

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors d'une endoscopie bronchique chez le coronarien

Juin 2012

Les antiagrégants plaquettaires (AAP) peuvent majorer un saignement au cours d'une procédure endoscopique.

Chez le coronarien, arrêter les AAP pour réaliser un geste invasif est un facteur de risque majeur d'accident thrombotique cardiaque sévère ou léthal.

Ces deux risques étant antagonistes, il est impératif d'identifier au préalable :

- 1 - le risque thrombotique lié à une éventuelle modification du traitement par AAP ;
- 2 - le risque hémorragique lié à la bronchoscopie et sa faisabilité sous AAP.

OBJECTIF

Proposer à chaque patient la stratégie de prise en charge qui optimisera la balance entre ces deux risques en fonction de l'acte envisagé et du risque thrombotique inhérent à sa coronaropathie.

1 - ÉVALUER L'HÉMOSTASE ET INFORMER LE PATIENT

- L'interrogatoire ciblé est l'outil à privilégier pour évaluer le risque hémorragique avant un geste invasif.
- La performance des tests biologiques actuels est médiocre pour évaluer le risque hémorragique sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel.
- Un bilan d'hémostase préopératoire systématique pour déterminer le risque hémorragique d'un patient sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel n'est pas utile.
- Il est recommandé d'informer le patient sur les risques thrombotique et hémorragique et de lui expliquer la stratégie thérapeutique envisagée.
- La présentation par le patient d'un document précisant sa pathologie coronaire, le type de stents utilisés et les traitements prescrits facilite l'évaluation et lui permet de participer à la décision.
- En raison de l'absence de démonstration de son efficacité, la transfusion prophylactique systématique de concentrés plaquettaires n'est pas recommandée.
- En cas de nécessité d'arrêt de tous les AAP, aucun relais par AINS ou HBPM n'est recommandé.

2 - ÉVALUER LES RISQUES THROMBOTIQUE ET HÉMORRAGIQUE

1. Évaluer le risque thrombotique

| | Risque majeur | Risque moindre # |
|--|----------------------|------------------------|
| Pose d'un stent nu* | < 6 semaines | > 6 semaines |
| Pose d'un stent actif* | Moins de 6 à 12 mois | Au-delà de 6 à 12 mois |
| Syndrome coronarien aigu (SCA) : STEMI ou NSTEMI | < 6 semaines | De 6 semaines à 1 an |

* Le risque de thrombose est maximal dans les suites de la pose du stent.

Le coronarien simple (sans dilatation, sans stent) est considéré comme étant à risque moindre.

Facteurs surajoutés transformant le risque moindre en risque majeur :

Liés au terrain :

- contexte de l'angioplastie (SCA ou infarctus avec sus-décalage du segment ST),
- altération de la fonction ventriculaire gauche,
- diabète ; insuffisance rénale ; néoplasie évolutive,
- antécédent de thrombose de stent ;

Liés à la procédure :

- plusieurs vaisseaux stentés ; long segment stenté (50 mm), tronc commun,
- petit calibre du stent (2,5 mm) ; calcification ; stent sous-dimensionné,
- bifurcation ; utilisation de stent actif en dehors des indications reconnues ;
- pharmacogénétique : portage du variant CYP2C19*2.

- **Le risque thrombotique majeur** nécessite une bithérapie par AAP : acide acétylsalicylique (AAS) : 75 mg/j + thiényopyridine (clopidogrel ou prasugrel ou ticagrélor) durant au moins 6 semaines pour les stents nus et 12 mois pour les stents actifs, puis à adapter au cas par cas.
- **Le risque thrombotique moindre** nécessite en principe une monothérapie par AAP à vie.

Traitement AAP recommandé chez le coronarien

| | Type de traitement | Durée |
|------------------------|--------------------------------------|--|
| Coronaropathie | Monothérapie : AAS ou clopidogrel | Indéfiniment |
| SCA | AAS + clopidogrel | ≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS |
| SCA dilaté | AAS + prasugrel ou AAS + clopidogrel | ≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS |
| Stent actif (hors SCA) | AAS + clopidogrel | ≥ 6 à 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS |
| Stent nu (hors SCA) | AAS + clopidogrel | 6 semaines, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS |

2. Évaluer le risque hémorragique

| Risque hémorragique sans AAP | Acte endoscopique | Faisabilité | |
|------------------------------|--|-------------|-------------------------------|
| | | sous AAS | sous clopidogrel ou prasugrel |
| Risque faible à modéré | Bronchoscopie sans prélèvement | OUI | OUI |
| | Bronchoscopie avec aspiration bronchique | | |
| | Bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire (LBA) | | |
| | Bronchoscopie avec brosse à visée bactériologique | | |
| | Bronchoscopie avec brosse à visée cytologique | | |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) d'éperon(s) | | |
| Risque élevé | Bronchoscopie avec ponction transbronchique à l'aiguille, avec ou sans échoguidage | NON | |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) d'un bourgeon ou d'une masse endobronchique | | |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) transbronchique(s) | | |

3 - GESTION DES ENDOSCOPIES BRONCHIQUES CHEZ LE CORONARIEN

- Il n'est pas recommandé de réaliser un geste invasif sous prasugrel ou ticagrélor.
- Une concertation pluridisciplinaire est nécessaire lors de la prise de décision, au moins entre le praticien qui réalise l'acte et ceux qui suivent le traitement de la coronaropathie.
- Dans la majorité des cas, l'AAS est maintenue durant l'endoscopie bronchique car un arrêt, même bref, expose à des accidents cardio-vasculaires graves.

| Acte d'endoscopique bronchique | | Risque thrombotique majeur (bithérapie antiagrégante) | Risque thrombotique moindre (monothérapie antiagrégante) |
|---|--|---|---|
| Endoscopies à risque hémorragique faible à modéré | Bronchoscopie sans prélèvement | Maintien des AAP en cours. | Maintien de l'AAP en cours. |
| | Bronchoscopie avec aspiration bronchique | | |
| | Bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire (LBA) | | |
| | Bronchoscopie avec brosse à visée bactériologique | | |
| | Bronchoscopie avec brosse à visée cytologique | | |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) d'éperon(s) | | |
| Endoscopies à risque hémorragique élevé | Bronchoscopie avec ponction transbronchique à l'aiguille, avec ou sans échoguidage | Différer l'endoscopie OU discussion pluridisciplinaire de l'arrêt de la thiénopyridine avant l'acte : | Maintien d'une monothérapie par AAS. Si monothérapie par clopidogrel : discuter une éventuelle substitution par AAS. |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) d'un bourgeon ou d'une masse endobronchique | | |
| | Bronchoscopie avec biopsie(s) transbronchique(s) | | |

- clopidogrel : 5 jours ;
- prasugrel : 7 jours.
AAS toujours maintenue.

Gestion des AAP selon l'acte d'endoscopie bronchique et le risque thrombotique coronarien

Modalités d'interruption des AAP si l'arrêt est nécessaire.

| Traitement en cours | Arrêt envisagé | Délai entre l'arrêt et le geste |
|---------------------|----------------|---|
| AAS | AAS | 3 jours (si risque thrombotique majeur) à 5 jours |
| Clopidogrel | Clopidogrel | 5 jours |
| AAS + clopidogrel | Clopidogrel | 5 jours |
| AAS + prasugrel | Prasugrel | 7 jours |
| AAS + ticagrélor | Ticagrélor | 5 jours |

Recommandations sur le traitement et la reprise des AAP

| Traitement initial | Traitement poursuivi lors du geste invasif | Traitement envisagé en post-opératoire immédiat | Modalités pratiques de la reprise |
|-------------------------|--|---|--|
| Monothérapie AAP | | | |
| AAS | AAS | AAS | Poursuite AAS même dose. |
| AAS | Aucun | AAS | Reprise AAS même dose. |
| Clopidogrel | Aucun | Clopidogrel | Reprise clopidogrel (après dose de charge 300 mg si besoin). |
| Clopidogrel | AAS (relais) | AAS | Poursuite AAS même dose jusqu'à la reprise du clopidogrel. |
| Bithérapie AAP | | | |
| AAS + clopidogrel | AAS | AAS | AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur). |
| AAS + clopidogrel | Aucun | AAS | AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur). |
| AAS + prasugrel | AAS | AAS | AAS même dose + prasugrel même dose. |
| AAS + ticagrélor | AAS | AAS | AAS même dose + ticagrélor même dose. |

- La reprise est possible très précocement après le geste invasif, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire, si l'hémostase a été jugée correcte et en l'absence de saignement majeur. Le patient doit être informé des modalités de la reprise du traitement et en recevoir une trace écrite.

AVERTISSEMENT

L'ensemble des situations cliniques ne pouvant être traité ici, il est important de se reporter au texte des recommandations autant que de besoin.

La HAS et la SFED remercient les sociétés savantes suivantes qui ont contribué activement à ce travail :

- Groupe d'Étude sur l'Hémostase et la Thrombose (GEHT)
- Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP)
- Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)
- Société Française de Cardiologie (SFC)
- Société Française de Rhumatologie (SFR)
- Collège de Médecine Générale (CMG)
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- Société de Chirurgie Vasculaire de Langue Française (SCV)
- Association Française d'Urologie (AFU)
- Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)