Quelle anti-agrégation plaquettaire dans la pathologie artérielle périphérique ? par François Boustani

Artériopathie des MI

Prévention secondaire :

Simple ou double anti-agrégation ? L'aspirine a montré dans une méta-analyse de 195 essais une réduction de 23% du risque IDM, d'AVC ou de décès cardiovasculaire par rapport au placebo (5.8% vs 7.1%). Dans l'étude CHARISMA, il n'y a pas eu de bénéfice de la double anti-agrégation plaquettaire aspirine clopidogrel par rapport à l'aspirine seule. Peu de données sur l'association aspirine warfarine à faible dose chez le patient artéritique. Les recommandations ACCP 2012 ne préconisent pas cette association dans cette indication.

Aspirine ou clopidogrel ? Malgré l'étude CAPRIE, qui a montré une supériorité du clopidogrel sur l'aspirine chez les patients porteurs d'une AOMI avec 3.71% d'événements (IDM ou AVC ou décès vasculaires) dans le groupe clopidogrel versus 4.86% dans le groupe aspirine, les recommandations sont unanimes pour considérer qu'il existe un petit bénéfice, mais qui ne justifie pas le coût pour proposer le clopidogrel en première intention.

En pratique, aspirine entre 75 et 160 mg en monothérapie au long court. En effet des doses plus élevées peuvent occasionner des complications digestives sans bénéfice supplémentaire démontré. En cas d'intolérance à l'aspirine le clopidogrel peut être proposé à la posologie de 75 mg/j.

Stent : une double anti-agrégation plaquettaire est proposée pendant un mois mais cette attitude ne repose pas sur des faits démontrés. En pratique, il convient de distinguer trois situations :

- Angioplastie **non compliquée**, avec ou sans stent : une simple anti-agrégation plaquettaire est recommandée au long cours avec comme objectif de réduire le risque d'IDM, d'AVC ou de décès vasculaire et de maintenir la perméabilité au long court du stent.
- Angioplastie **compliquée** de dégâts pariétaux, embolie nécessitant une thromboaspiration : une double anti-agrégation plaquettaire est recommandée pendant un an.
- Angioplastie **sous poplitée** : une double anti-agrégation plaquettaire est recommandée pendant un an.

En cas d'une monothérapie, l'aspirine est proposée, en première intention une posologie entre 75 et 160 mg. En cas d'intolérance à l'aspirine, le clopidogrel peut être utilisé.

Pontage périphérique :

Mise au point : il existe un risque élevé de thrombose des pontages imposant la prescription d'antiagrégants plaquettaires. Les pontages ont une perméabilité moins bonne dans les situations suivantes :

- Pontages distaux (fémoro-poplités ou fémoro-jambiers) ont une moins bonne perméabilité que les pontages proximaux.
- Pontages prothétiques ont une moins bonne perméabilité que les pontages veineux.

Quelle anti-agrégation plaquettaire dans la pathologie artérielle périphérique ? par François Boustani

- Pontages longs ont une moins bonne perméabilité que les pontages courts.
- Moins bonne perméabilité en cas d'un lit distal de mauvaise qualité, d'une hyperplasie intimale ou du non contrôle des facteurs de risque.

Les études :

- Selon une méta-analyse de la **Cochrane Library**, l'aspirine à faible dose seule ou en association avec le dipyridamole a réduit les occlusions des pontages à un an de 40%.
- Dans l'**étude BOA**, les anticoagulants se sont révélés légèrement supérieurs aux antiagrégants mais au prix de deux fois plus d'hémorragie.
- Dans l'**étude CASPAR**, il n'y a pas eu de différence entre le groupe aspirine+placebo et le groupe aspirine+clopidogrel (soit 35% d'occlusion à 2 ans), sauf dans le cas des pontages prothétiques où la double anti-agrégation s'est révélée nettement supérieure à l'aspirine seule (37% d'occlusion versus 53%).

Les recommandations de l'ACCP 2012 : en cas de pontage périphérique, la monothérapie est proposée soit par aspirine (75 à 100 mg), soit par clopidogrel 75 mg. Cette attitude est à préférer à l'association antiplaquettaire-warfarine à faible dose.

Une seule exception à cette règle : le pontage périphérique prothétique se terminant en sous gonial. Dans ce cas, il est préconisé l'association aspirine clopidogrel pendant un an.

Aorte et ses branches

- **Anévrisme de l'aorte abdominale** : risque très faible d'occlusion de l'aorte après chirurgie ouverte ou après la pose d'une endoprothèse. Il s'agit d'une indication à une monothérapie au long court.
- **Plaque complexe de la crosse de l'aorte** dont les plus emboligènes sont les plaques ulcérées, ayant une épaisseur > 4-5mm ou associées à des éléments mobiles. Indication aux antiagrégants plaquettaires avec contrôle des facteurs de risque. Les anticoagulants oraux peuvent être proposés en cas de thrombus mobile. On manque d'étude dans cette indication en attendant les résultats de l'étude ARCH qui compare aspirine+clopidogrel aux anticoagulants.
- **Sténose d'une artère viscérale** branche de l'aorte abdominale : indication à une monothérapie au long court.
- **Angioplastie avec ou sans stent d'une artère viscérale** : indication à une monothérapie au long court, précédée d'une double antiagrégation pendant le premier mois.

Sténose carotidienne : selon les dernières recommandations ACCP 2012 :

Quelle anti-agrégation plaquettaire dans la pathologie artérielle périphérique ? par François Boustani

- **Sténose carotidienne asymptomatique** : aspirine 75 à 100 mg. Mais dans ce cas, l'endartériectomie doit être considérée si la sténose est entre 60 et 99% en NASCET (ESC 2011).
- **Sténose carotidienne symptomatique** : une double antiagrégation soit par aspirine+clopidogrel , soit par aspirine dipyridamole (25/200 mg) est à privilégier. La double antiagrégation est à préférer à l'aspirine 75 à 100 mg seule qui est aussi une option possible. Mais dans ce cas, l'endartériectomie est fortement indiquée si la sténose est entre 70 et 99% en NASCET (ESC 2011) et elle doit être considérée si la sténose est entre 50 et 69% en NASCET (ESC 2011).