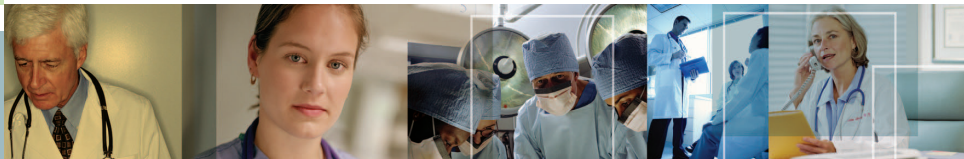




Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.



Guide de poche

Le traitement antiplaquettaire en milieu extrahospitalier

Recommandations 2011

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les lignes directrices de la société canadienne de cardiologie (SCC) sur le traitement antiplaquettaire (anglais seulement) à l'adresse www.ccsguidelineprograms.ca.

Communauté. Connaissances. Leadership.

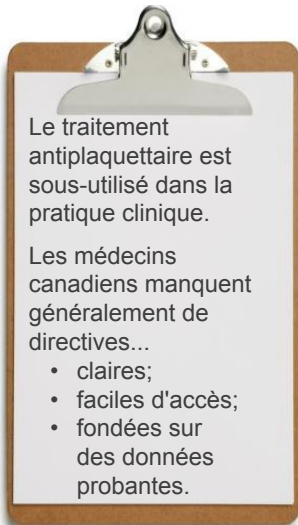


Table des matières

Introduction et justification.....	3	Prévention primaire.....	21
Traitement antiplaquettaire (TAP).....	4	Considérations clés : TAP en prévention primaire.....	22
TAP en prévention secondaire au cours de la première année suivant un SCA.....	5	TAP chez les patients diabétiques.....	23
Prise en charge d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI).....	6	Prise en charge des patients diabétiques.....	24
Prise en charge d'un SCA sans sus-décalage du segment ST...7		TAP chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.....	25
TAP en prévention secondaire au cours de la première année suivant une ICP.....	8	Prise en charge de l'insuffisance cardiaque.....	26
Prise en charge des patients subissant une ICP.....	9	Prise en charge de la néphropathie chronique.....	27
Prise en charge de la coronaropathie stable.....	10	Prise en charge durant la grossesse et l'allaitement.....	28
Considérations clés : TAP à la suite d'un SCA ou d'une ICP...11		Prise en charge périopératoire des :	
TAP en prévention secondaire à la suite d'un PAC.....	12	patients suivant un TAP.....	29
Prise en charge à la suite d'un PAC.....	13	patients prenant de l'AAS.....	30
TAP en prévention secondaire de la maladie vasculaire cérébrale.....	14	patients prenant de l'AAS et du clopidogrel.....	31
Prise en charge de l'ICT et de l'AVC ischémique.....	15	Considérations clés :	
Considérations clés : TAP pour la maladie vasculaire cérébrale.....	16	Prise en charge périopératoire du TAP.....	32
TAP pour la prévention des événements vasculaires chez les patients atteints d'une MAP.....	17	Prise en charge des saignements mineurs.....	33
Prise en charge de la maladie artérielle périphérique.....	18	Considérations clés :	
Prise en charge après une chirurgie artérielle périphérique.....	19	Prise en charge du TAP en cas de saignements mineurs...34	
TAP en prévention primaire des événements vasculaires.....	20	Traitement d'association par la warfarine et l'AAS.....	35
		Prise en charge des patients devant recevoir de la warfarine.36	
		Interaction entre le clopidogrel et les IPP.....	37
		Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons.....	38
		Interaction entre l'AAS et les AINS.....	39
		Utilisation d'AINS chez les patients recevant de l'AAS.....	40
		TAP : Interactions entre les médicaments.....	41



Introduction et justification



Méthodologie d'élaboration de lignes directrices canadiennes relatives au traitement antiplaquettaire 2011

- Cerner les lignes directrices cliniques pertinentes pour le traitement antiplaquettaire.
- Évaluer la qualité à l'aide de l'instrument AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*, une collaboration pour l'évaluation des lignes directrices pour la recherche et l'évaluation).
- Élaborer des recommandations en tenant compte des éléments suivants :
 - les lignes directrices existantes et leur score AGREE;
 - la documentation publiée après les lignes directrices existantes;
 - l'opinion des experts.
- Créer des recommandations calibrées à l'aide d'un système établi par la Société canadienne de cardiologie (SCC).
- Mener un examen externe par des experts canadiens dans leurs domaines respectifs, qui n'ont pas participé au processus de rédaction.



Traitement antiplaquettaire (TAP)

Les plaquettes jouent un rôle primordial dans la pathophysiologie cardiovasculaire.

Rupture ou érosion de la plaque d'athérosclérose de l'artère coronaire



Activation et agrégation plaquettaires



Thrombose intra-artérielle et événements cardiovasculaires indésirables

Les agents antiplaquetitaires constituent la pierre angulaire du traitement des patients atteints de maladie vasculaire athéroscléreuse, dont la coronaropathie, la maladie vasculaire cérébrale et la maladie artérielle périphérique.

Agents disponibles

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AAS • Clopidogrel • Dipyridamole | <ul style="list-style-type: none"> • Ticlopidine • Prasugrel • Ticagrélor |
|--|--|

TAP en prévention secondaire au cours de la première année suivant un SCA

Classification contemporaine des SCA

Dépend de :

- l'apparence de ECG;
- la mesure subséquente des marqueurs biologiques cardiaques (p. ex. la troponine).

STEMI

- Sus-décalage du segment ST sur l'ECG de surface → Indique généralement l'occlusion complète d'une artère coronaire.
- Preuve biochimique d'une nécrose myocardiale.

SCA sans sus-décalage du segment ST

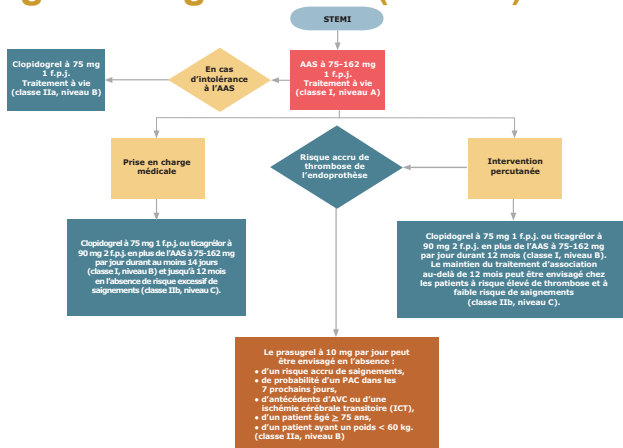
- Sans sus-décalage du segment ST sur l'ECG de surface → Indique généralement une thrombose intracoronaire non occlusive.
- Preuve biochimique d'une nécrose myocardiale.
- Marqueurs biologiques négatifs.

NSTEMI

Angine instable



Prise en charge d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI)

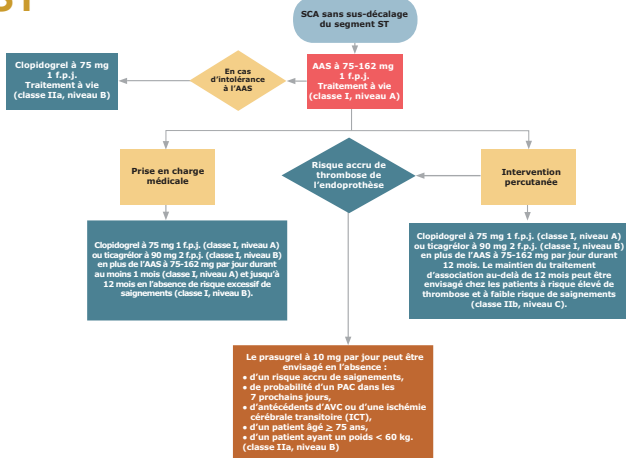


En général, l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ de l'ADP ajouté à l'AAS pendant la phase aiguë doit être maintenu pendant toute la durée du traitement (classe I, niveau C).

AAS : acide acétylsalicylique; ADP : adénosine diphosphate; PAC : pontage aorto-coronarien; STEMI : infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST.



Prise en charge d'un SCA sans sus-décalage du segment ST



En général, l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ de l'ADP ajouté à l'AAS pendant la phase aiguë doit être maintenu pendant toute la durée du traitement (classe I, niveau C).

AAS : acide acétylsalicylique; ADP : adénosine diphosphate; AVC : accident vasculaire cérébral; PAC : pontage aorto-coronarien.



TAP en prévention secondaire au cours de la première année suivant une ICP

L'ICP est thrombogène pour les raisons suivantes :

- rupture de la plaque et lésion vasculaire de cause mécanique.

ET

- mise en place d'endoprothèses métalliques.

Prévention secondaire avec la bithérapie antiplaquettaire

- Utilisation pendant 1 an à la suite d'une ICP.
- **EMN** : possibilité d'interruption précoce de la bithérapie en présence d'un risque élevé de saignements (p. ex. chirurgie importante).
- **EEM** : ne pas arrêter la bithérapie avant 1 an.
- Possibilité de poursuivre la bithérapie après 1 an chez les patients qui présentent un risque élevé de thrombose et un faible risque de saignements.

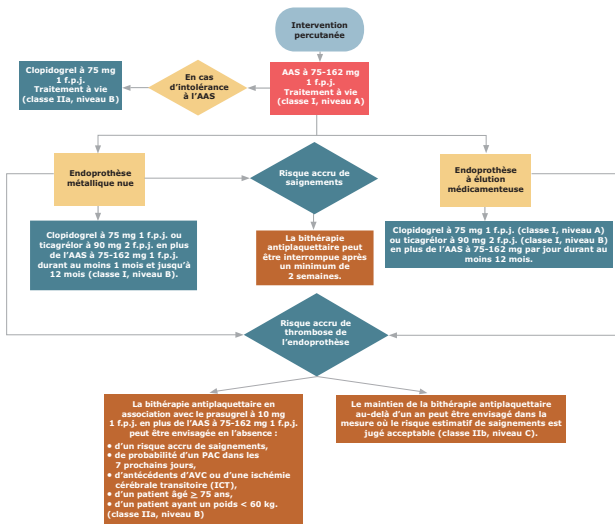
- Permet :**
- la guérison du vaisseau;
 - la stabilisation de la plaque;
 - la régénération de l'endothélium.

L'arrêt de la bithérapie plaquettaire après une ICP est associé à une hausse des risques de thrombose de l'endoprothèse subaiguë (de 1 à 30 jours) et tardive (de 30 jours à 1 an)*.

*La durée optimale de la bithérapie antiplaquettaire à long terme fait toujours l'objet de recherches.

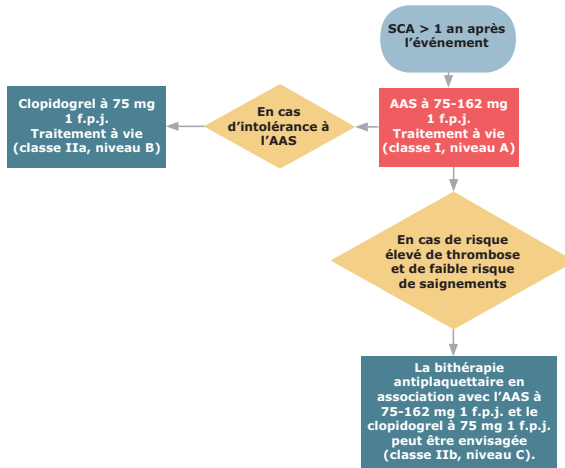
EEM : endoprothèse à élution médicamenteuse; EMN : endoprothèse métallique nue; ICP : intervention coronarienne percutanée; TAP : traitement antiplaquettaire.

Prise en charge des patients subissant une ICP





Prise en charge de la coronaropathie stable





Considérations clés : TAP à la suite d'un SCA ou d'une ICP

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un TAP à vie à tous les patients ayant subi un SCA, avec ou sans ICP. • Offrir la bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS + l'inhibiteur P2Y₁₂ à tous les patients ayant subi un SCA. • Connaître le type d'endoprothèse installé chez le patient. • Envisager la bithérapie antiplaquettaire après 1 an chez les patients qui présentent un risque élevé de thrombose et un faible risque de saignements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des doses d'AAS supérieures à 75-162 mg. • Arrêter la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an sans raison valable. • Arrêter la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an chez un patient ayant une EEM.



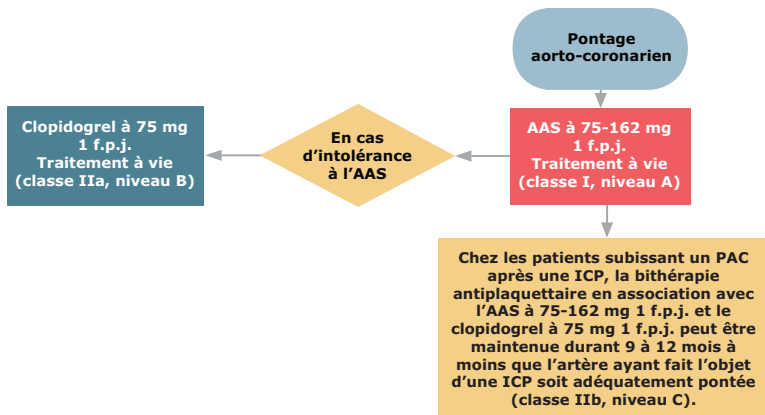
TAP en prévention secondaire à la suite d'un PAC

Le TAP est la norme pour la prévention d'une occlusion du greffon de la veine saphène après un PAC.

AAS	Clopidogrel	
<ul style="list-style-type: none"> • Administré indéfiniment → Peut prévenir les événements cliniques indésirables à la suite d'un PAC. • Aucune amélioration démontrée de la perméabilité du pontage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandé pour les patients allergiques ou intolérants à l'AAS. • Plus sécuritaire que les autres traitements possibles (p. ex. ticlopidine). • Aucune étude avec répartition aléatoire n'a porté spécifiquement sur l'efficacité du clopidogrel pour la prévention de l'occlusion du greffon veineux à la suite d'un PAC. 	<p>La warfarine semble aussi efficace que le traitement antiplaquettaire pour la prévention de l'occlusion du greffon de la veine saphène à la suite d'un PAC, mais elle est associée à des risques supérieurs de saignements.</p>



Prise en charge à la suite d'un PAC



La prise en charge en milieu extrahospitalier des patients à la suite d'un PAC est décrite dans cette figure. Elle peut comprendre une bithérapie antiplaquettaire à moins que l'artère ayant fait l'objet d'une ICP soit adéquatement pontée. AAS : acide acétylsalicylique; ICP : intervention coronarienne percutanée; PAC : pontage aorto-coronarien.



TAP en prévention secondaire de la maladie vasculaire cérébrale

Les patients qui présentent une ICT ou un AVC ischémique courent un risque élevé de récurrence d'AVC et d'autres événements vasculaires → ils nécessitent un TAP à vie.

Risques d'ICT ou d'AVC ischémique

- Ils présentent une valeur maximale au cours des 2 premiers jours suivant l'événement, et peuvent demeurer élevés pendant une période allant jusqu'à 90 jours.
- Risque global après 90 jours : ~17 %*.
- Risque de complications vasculaires combinées[†] : ~44 %[‡] après 10 ans.

Toutes les possibilités suivantes sont recommandées :

- AAS 75-162 mg une fois par jour
- Clopidogrel 75 mg une fois par jour
- AAS 25 mg + dipyridamole à libération prolongée 200 mg deux fois par jour
- La bithérapie antiplaquettaire avec AAS + clopidogrel peut être envisagée pendant les 30 jours suivant une ICT à risque élevé ou un AVC mineur si le risque de saignements est faible.
- La bithérapie antiplaquettaire ne doit pas être utilisée après 30 jours pour la prévention secondaire des AVC.

L'évaluation et le traitement rapides baissent les risques de récurrence d'AVC.

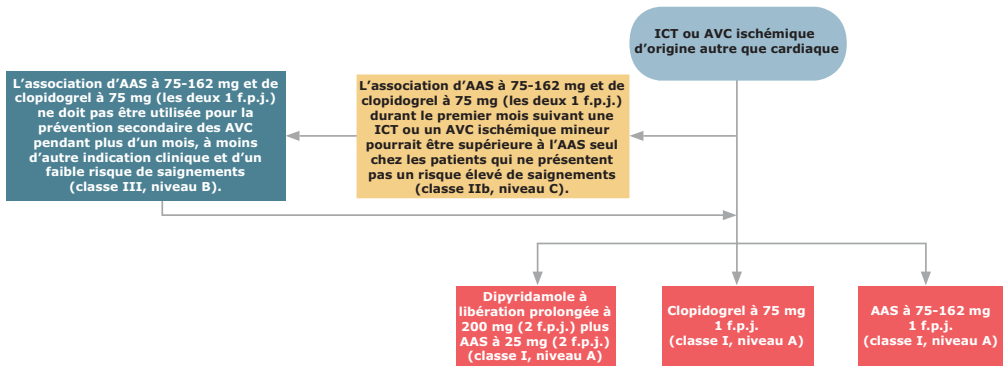
*IC de 95 %; 9 %-25 % quand le résultat est déterminé; [†]p. ex. IM, AVC et mortalité d'origine vasculaire;

[‡]IC de 95 %; 42 %-46 %. AAS : acide acétylsalicylique; AVC : accident vasculaire cérébral; IC : intervalle de confiance;

ICT : ischémie cérébrale transitoire; IM : infarctus de myocarde; TAP : traitement antiplaquettaire.



Prise en charge de l'ICT et de l'AVC ischémique



La prise en charge en milieu extrahospitalier de l'ICT et de l'AVC ischémique d'origine non-cardiaque peut comprendre la bithérapie antiplaquettaire pendant le premier mois.

AAS : acide acétylsalicylique; AVC : accident vasculaire cérébral; ICT : ischémie cérébrale transitoire.



Considérations clés : TAP pour la maladie vasculaire cérébrale

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Offrir le traitement antiplaquettaire à vie à tous les patients après un AVC ischémique ou une ICT. • Envisager la bithérapie antiplaquettaire avec AAS + clopidogrel chez les patients présentant une ICT à risque élevé ou un AVC mineur pendant 30 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la bithérapie antiplaquettaire avec AAS + clopidogrel pour la prévention secondaire des AVC à long terme.



TAP pour la prévention des événements vasculaires chez les patients atteints d'une MAP

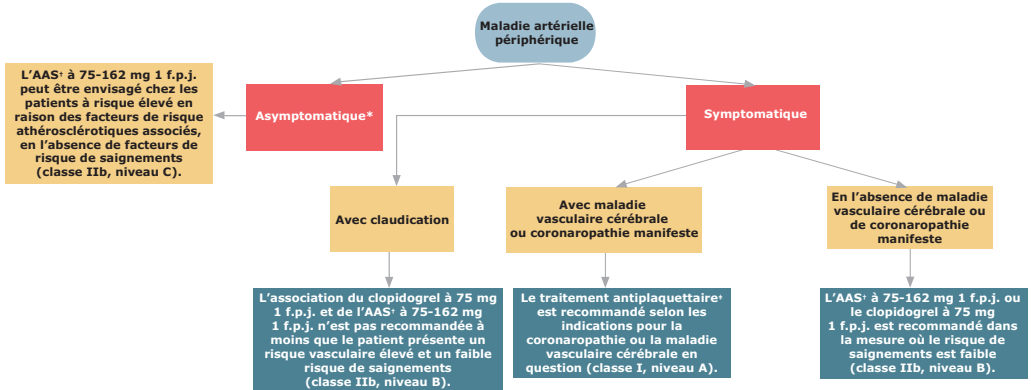
	MAP Asymptomatique*	MAP Symptomatique*
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> Bruit au niveau de l'un des principaux vaisseaux, diminution ou absence du pouls périphérique. OU <ul style="list-style-type: none"> Artère anormalement dilatée (anévrisme possible). 	<ul style="list-style-type: none"> Claudication; OU <ul style="list-style-type: none"> Douleur au repos; OU <ul style="list-style-type: none"> Lésions ischémiques.
Risque vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> Comprend généralement les facteurs de risque habituels. Des données ont démontré que les patients ayant un indice de pression systolique cheville-bras < 0,9 présentent un taux de morbidité et de mortalité d'origine cardiovasculaire à mi-chemin entre celui des patients ayant un indice normal et celui des patients présentant une claudication. 	<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé d'événements cardiovasculaires et de mortalité, même quand on tient compte des facteurs de risque habituels.

*Indice de pression systolique cheville-bras < 0,9.

MAP : maladie artérielle périphérique; TAP : traitement antiplaquettaire.



Prise en charge de la maladie artérielle périphérique

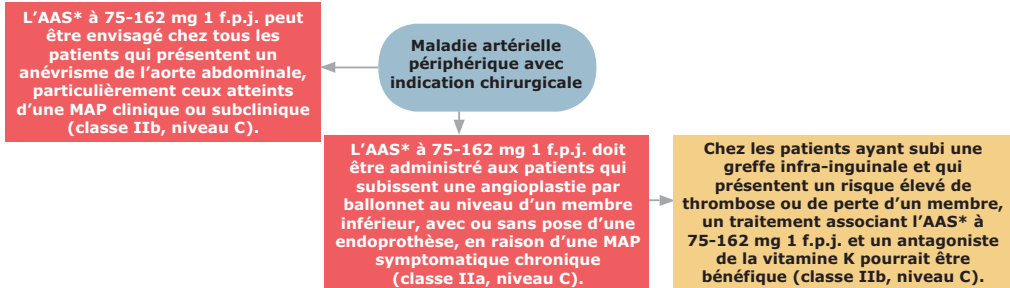


*La MAP asymptomatique est caractérisée par un indice de pression systolique cheville-bras < 0,9 en l'absence de claudication et d'autres manifestations, comme une maladie vasculaire obstructive au niveau des membres. †Dans le cas de patients allergiques ou intolérants à l'AAS, il est recommandé d'utiliser le clopidogrel (classe IIa, niveau B). ‡Dans le cas de patients atteints d'une MAP et recevant des anticoagulants par voie orale pour traiter certaines maladies, notamment la fibrillation auriculaire, la thromboembolie veineuse, l'insuffisance cardiaque, ou qui ont une valve mécanique, l'ajout d'un traitement antiplaquettaire est à proscrire (classe III, niveau A).

AAS : acide acétylsalicylique; MAP : maladie artérielle périphérique.



Prise en charge après une chirurgie artérielle périphérique



La prise en charge en milieu extrahospitalier des patients à la suite d'une chirurgie artérielle périphérique ou d'une revascularisation percutanée, ou des patients présentant un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). *Dans le cas de patients allergiques ou intolérants à l'AAS, il est recommandé d'utiliser le clopidogrel (classe IIa, niveau B).

AAS : acide acétylsalicylique; MAP : maladie artérielle périphérique.



TAP en prévention primaire des événements vasculaires

Prévention primaire

- Peut être définie comme étant une gamme de traitements antiplaquettaires, administrés à des sujets ne présentant aucune manifestation d'athérosclérose dans n'importe quel lit vasculaire, pour prévenir les événements vasculaires cliniques ou toute manifestation susceptible d'y être associée.
- L'athérosclérose peut comprendre, sans s'y limiter :
 - les syndromes de l'angine poitrine;
 - l'IM;
 - l'AVC ischémique;
 - l'ICT;
 - la claudication intermittente;
 - l'ischémie critique des membres.

Les bienfaits de l'AAS et du TAP pour la prévention primaire n'ont pas été démontrés.



Prévention primaire

Dans certains cas particuliers, l'AAS à 75-162 mg 1 f.p.j. peut être envisagé chez les hommes et les femmes qui ne sont pas atteints d'une maladie vasculaire manifeste, et chez qui le risque vasculaire est élevé et le risque de saignements, faible (classe IIb, niveau C).

Prévention
primaire

L'utilisation systématique de l'AAS, peu importe la dose, n'est pas recommandée pour prévenir les événements vasculaires ischémiques (classe III, niveau A).

L'association de clopidogrel et d'AAS, peu importe la dose, n'est pas recommandée pour prévenir les événements vasculaires ischémiques (classe III, niveau B).

Aux fins de la présente ligne directrice, la prévention primaire est définie comme étant une gamme de traitements antiplaquettaires, administrés à des sujets ne présentant aucune manifestation d'athérosclérose dans n'importe quel lit vasculaire, pour prévenir les événements vasculaires cliniques ou toute manifestation susceptible d'y être associée.
AAS : acide acétylsalicylique.



Considérations clés : TAP en prévention primaire

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Envisager l'AAS uniquement en cas de preuves claires de risques élevés : <ul style="list-style-type: none"> • Sténose carotidienne asymptomatique. • Athérosclérose coronaire asymptomatique. • Indice de pression systolique cheville-bras réduit. • Insuffisance rénale terminale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le TAP pour la prévention primaire.



TAP chez les patients diabétiques

Les patients atteints de diabète présentent divers facteurs de risque et diverses altérations de la fonction plaquettaire qui peuvent les prédisposer à l'activation plaquettaire et à la survenue d'une thrombose.

- **Les altérations plaquettaires peuvent comprendre les suivantes :**
 - l'augmentation du renouvellement plaquettaire;
 - l'amélioration de l'agrégation plaquettaire;
 - l'augmentation de la synthèse de thromboxane.

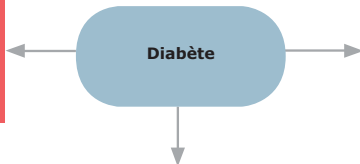
Malgré des preuves claires d'un état procoagulant chez les patients diabétiques, l'équilibre entre les avantages et les dangers potentiels du traitement antiplaquettaire semble moins favorable chez les patients diabétiques que chez ceux d'autres groupes présentant des risques cardiovasculaires élevés.

L'absence de bienfaits manifestes du traitement antiplaquettaire en prévention primaire chez les patients diabétiques indique peut-être que ceux-ci constituent un sous-groupe de patients présentant des mécanismes comme la résistance à l'AAS.



Prise en charge des patients diabétiques

L'AAS* à 75-162 mg 1 f.p.j. peut être envisagé en prévention secondaire chez les patients diabétiques atteints d'une maladie vasculaire manifeste contre laquelle les bienfaits de ce traitement ont été démontrés (classe I, niveau A).



Diabète

L'utilisation systématique de l'AAS*, peu importe la dose, n'est pas recommandée pour la prévention primaire des événements vasculaires ischémiques chez les patients diabétiques (classe III, niveau A).

Chez les patients > 40 ans qui présentent d'autres facteurs de risque cardiovasculaire contre lesquels les bienfaits de l'AAS ont été démontrés et chez qui le risque de saignements majeurs est faible, l'AAS* à faible dose à 75-162 mg 1 f.p.j. peut être envisagé en prévention primaire (classe IIb, niveau B).

*Dans le cas de patients allergiques ou intolérants à l'AAS, il est recommandé d'utiliser le clopidogrel à raison de 75 mg une fois par jour. (classe IIa, niveau B).

AAS : acide acétylsalicylique.



TAP chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque

L'IC est associée à une augmentation des risques d'événements thromboemboliques et d'autres événements cardiovasculaires ischémiques surtout en raison du débit cardiaque réduit qu'elle entraîne.

Étiologie de l'IC :

- Ischémique : 70 % des patients.
- Hypertension et causes idiopathiques : 30 % des patients.

L'IC, a beau être associée à un état prothrombotique, le traitement antiplaquettaire n'est pas recommandé en l'absence d'ischémie coronaire.

Le traitement antiplaquettaire doit être utilisé chez tous les patients atteints d'IC d'origine ischémique*.

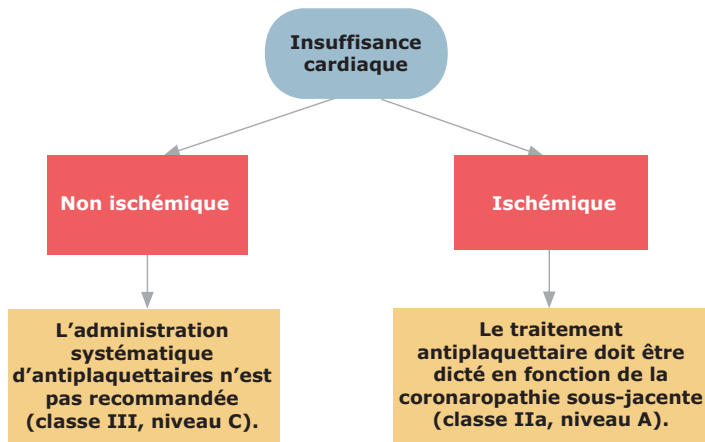
Certaines données suggèrent que l'AAS pourrait entraîner une hausse du risque secondaire d'hospitalisation en raison d'une IC.

*Aucune preuve n'a confirmé les bienfaits pour les patients atteints d'IC d'origine non ischémique (autrement que pour la prévention secondaire de l'IC liée à la coronaropathie).

AAS : acide acétylsalicylique; IC : insuffisance cardiaque; TAP : traitement antiplaquettaire.



Prise en charge de l'insuffisance cardiaque





Prise en charge de la néphropathie chronique

Le traitement antiplaquettaire doit être envisagé pour la prévention secondaire chez les patients atteints de néphropathie chronique et d'une maladie vasculaire manifeste contre lesquelles les bienfaits de ce traitement ont été établis (classe IIa, niveau C).

Néphropathie chronique

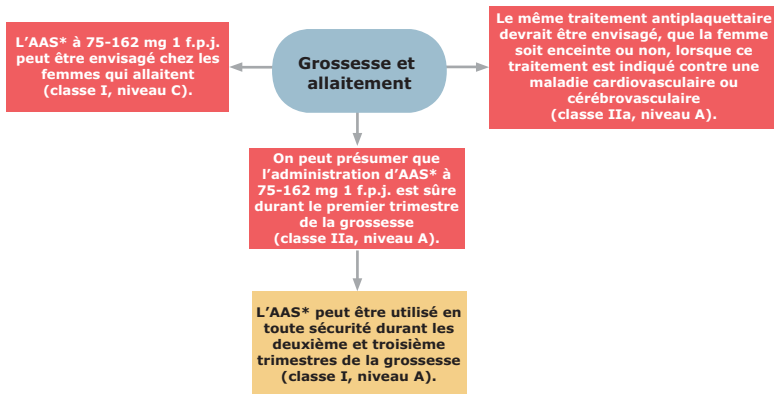
L'AAS* à 75-162 mg 1 f.p.j. peut être envisagé pour la prévention primaire des événements vasculaires ischémiques chez les patients atteints d'IRT qui présentent un faible risque de saignements (classe IIb, niveau C).

Néphropathie chronique : taux de filtration glomérulaire estimé ou clairance de la créatinine < 60 ml/min/1,73 m² (aux fins de la présente ligne directrice, obtenu soit avec la formule de Cockcroft-Gault ou avec l'équation de modification du régime alimentaire en cas de néphropathie). *Dans le cas de patients allergiques ou intolérants à l'AAS, il est recommandé d'utiliser le clopidogrel à raison de 75 mg une fois par jour (classe IIa, niveau B).

AAS : acide acétylsalicylique; IRT : insuffisance rénale terminale.



Prise en charge durant la grossesse et l'allaitement



*L'utilisation d'antiplaquettaire autres que l'AAS à faible dose pour des indications cardiovasculaires et cérébrovasculaires durant la grossesse ou l'allaitement doit être envisagée seulement si les bienfaits pour la mère l'emportent clairement sur les risques pour le fœtus ou le nourrisson (classe IIb, niveau C).

AAS : acide acétylsalicylique.



Prise en charge périopératoire des patients suivant un TAP

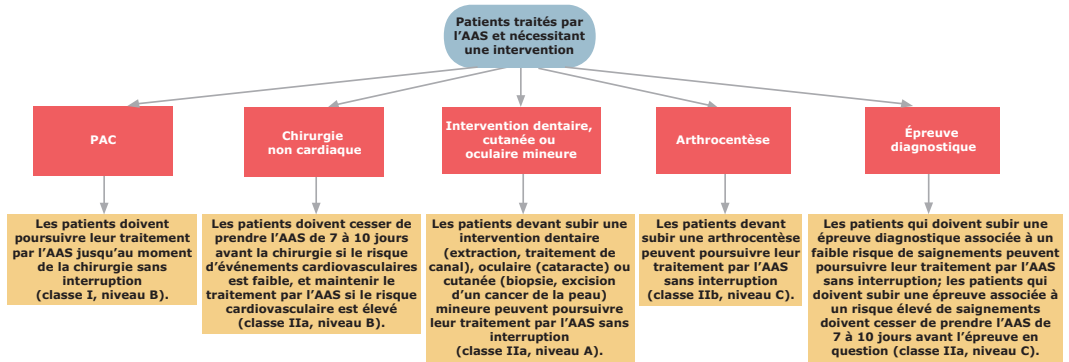
Risque relatif de saignements associé aux interventions chirurgicales et non chirurgicales courantes.

Risque très élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie (chirurgie de la colonne vertébrale ou intracrânienne). • Chirurgie cardiaque (pontage aorto-coronarien ou chirurgie de remplacement valvulaire). 	
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie vasculaire majeure (réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale, revascularisation aorto-fémorale). • Chirurgie urologique majeure (prostatectomie, résection d'une tumeur de la vessie). • Chirurgie orthopédique majeure d'un membre inférieur (remplacement de l'articulation du genou/de la hanche). 	<ul style="list-style-type: none"> • Résection pulmonaire. • Anastomose intestinale. • Implantation d'un stimulateur cardiaque permanent ou d'un défibrillateur cardiaque. • Interventions prédéterminées (biopsie rénale, péricardiocentèse, polypectomie colique).
Risque modéré	<ul style="list-style-type: none"> • Autre chirurgie intra-abdominale. • Autre chirurgie intra-thoracique. • Autre chirurgie orthopédique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autre chirurgie vasculaire. • Autres interventions prédéterminées (biopsie de la prostate ou du col de l'utérus).
Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> • Cholécystectomie par laparoscopie. • Traitement par laparoscopie d'une hernie inguinale. • Interventions dentaires. • Interventions dermatologiques. • Interventions ophtalmologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coronarographie. • Gastroskopie ou coloscopie. • Interventions prédéterminées (biopsie de la moelle osseuse ou d'un nœud lymphatique, thoracentèse, paracentèse, arthrocentèse).
Risque très faible	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction d'une dent ou nettoyage dentaire. • Biopsie de la peau ou résection d'un cancer de la peau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction de cataracte.

TAP : traitement antiplaquettaire.



Prise en charge périopératoire des patients prenant de l'AAS

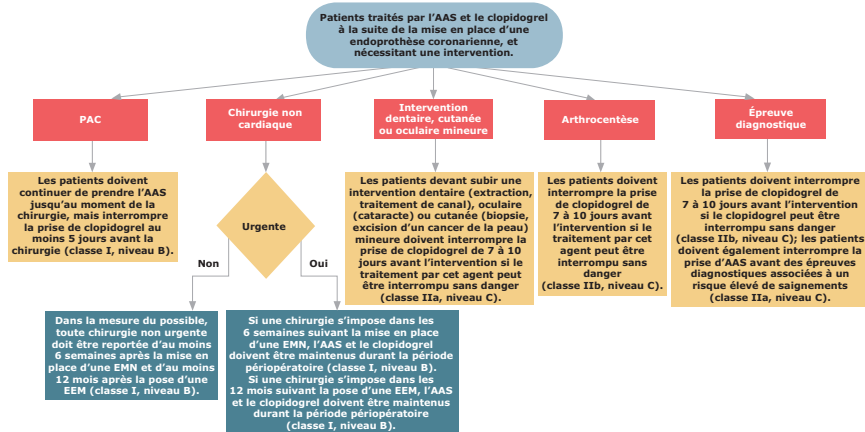


La prise en charge périopératoire antiplaquettaire variera en fonction du risque de saignements lié au diagnostic ou à l'intervention chirurgicale, ainsi que du risque d'événement cardiovasculaire ischémique.

AAS : acide acétylsalicylique; PAC : pontage aorto-coronarien.



Prise en charge périopératoire des patients prenant de l'AAS et du clopidogrel



La prise en charge périopératoire antiplaquettaire des patients recevant une bithérapie antiplaquettaire à la suite de l'installation d'une endoprothèse coronaire variera en fonction du type d'endoprothèse et de l'urgence de la chirurgie.

AAS : acide acétylsalicylique; EEM : endoprothèse à élution médicamenteuse; EMN : endoprothèse métallique nue; PAC : pontage aorto-coronarien.

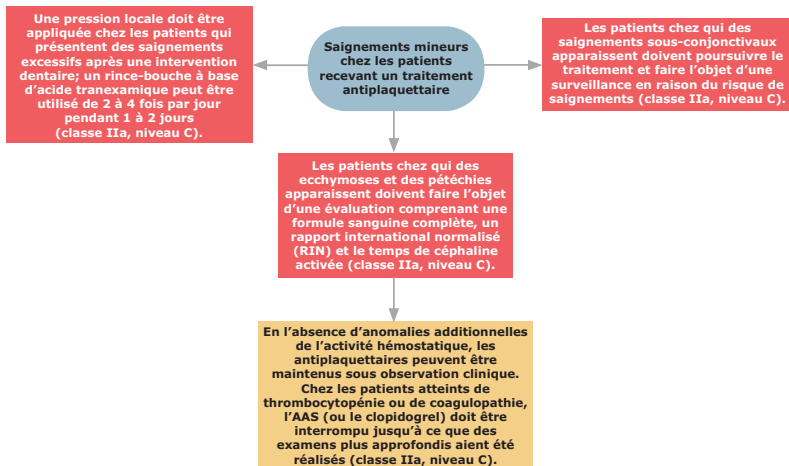


Considérations clés : Prise en charge périopératoire du TAP

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none">• Retarder les interventions chez les patients suivant une bithérapie antiplaquettaire.• Arrêter l'administration du clopidogrel pendant les 7 à 10 jours précédant l'intervention s'il est possible de le faire en toute sécurité.• Arrêter l'administration d'AAS pendant les 7 à 10 jours précédant une intervention chirurgicale à risque élevé.	<ul style="list-style-type: none">• Interrompre la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an chez les patients ayant une EEM.• Interrompre la bithérapie antiplaquettaire avant 6 semaines chez les patients ayant une EMN.• Arrêter l'administration d'AAS pour les interventions mineures, y compris :<ul style="list-style-type: none">• l'arthrocentèse;• les interventions dentaires;• la chirurgie de la cataracte;• les excisions de peau.



Prise en charge des saignements mineurs



La prise en charge de patients suivant un traitement antiplaquettaire avec des saignements mineurs est décrite, et peut comprendre une évaluation approfondie pour les patients qui présentent des ecchymoses ou des pétéchies.

AAS : acide acétylsalicylique.



Considérations clés : Prise en charge du TAP en cas de saignements mineurs

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de saignements persistants • Formule sanguine complète. • RIN et temps de céphaline activée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter le traitement antiplaquettaire dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • ecchymoses; • pétéchies; • hémorragies sous-conjonctivales; • épistaxis; • saignements des dents ou des gencives (rinçage-bouche à base d'acide tranexamique).



Traitement d'association par la warfarine et l'AAS

Warfarine

- Généralement utilisée pour la prévention primaire et secondaire des événements thromboemboliques.

AAS

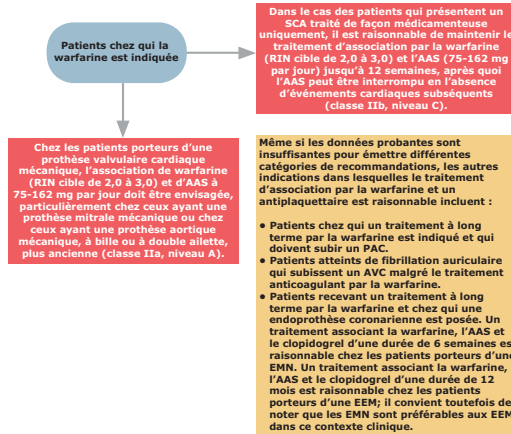
- Généralement utilisé pour la prévention primaire et secondaire des événements athérombotiques.

Scénarios cliniques possibles pour le traitement d'association :

1. Lorsqu'une maladie implique à la fois des médiateurs de la coagulation et des médiateurs plaquettaires (p. ex. le SCA).
2. Lorsqu'un patient présente deux affections distinctes, l'une traitée au moyen d'un anticoagulant et l'autre au moyen de TAP (p. ex. les patients atteints de fibrillation auriculaire et de coronaropathie, ou encore de TEV et de coronaropathie).



Prise en charge des patients devant recevoir de la warfarine



La prise en charge des patients devant recevoir un traitement à la warfarine exige une évaluation des risques de saignements et des maladies pour lesquelles un traitement d'association serait acceptable.

AAS : acide acétylsalicylique; AVC : accident vasculaire cérébral; EMN : endoprothèse métallique nue;

EEM : endoprothèse à élution médicamenteuse; PAC : pontage aorto-coronarien; SCA : syndrome coronarien aigu;

RIN : rapport international normalisé.



Interaction entre le clopidogrel et les IPP

Le clopidogrel doit être activé par l'isoenzyme CYP2C19 du cytochrome P450 dans le foie.

Interactions avec les IPP

- Peut inhiber le CYP2C19
 - Lansoprazole
 - Oméprazole
 - Esoméprazole
- Pantoprazole

Inhibiteurs
puissants

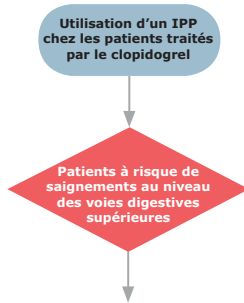
Inhibiteur
faible

La prise en charge de patients suivant une bithérapie antiplaquettaire peut comprendre l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons avec inhibition minimale du cytochrome P2C19 chez les patients qui sont exposés à un risque accru de saignements au niveau des voies digestives supérieures.

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons.



Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons



L'interaction pharmacodynamique entre le clopidogrel et les IPP et les résultats initiaux des études d'observation suggèrent un risque accru d'événements cardiovasculaires chez les patients utilisant le clopidogrel et un IPP de façon concomitante. Les résultats d'un essai clinique avec répartition aléatoire publiés récemment suggèrent que ce risque ne serait pas significatif sur le plan clinique. Néanmoins, en raison des limites potentielles attribuables à la méthodologie de l'essai et à la population de patients recrutés, les IPP qui inhibent peu le CYP2C19 sont utilisés de préférence chez les patients traités par le clopidogrel qui sont exposés à un risque accru de saignements au niveau des voies digestives supérieures (classe IIb, niveau B).



Interaction entre l'AAS et les AINS

L'AAS se lie de façon irréversible à la sérine en position 529 de la COX-1 des plaquettes, empêchant leur agrégation.

Interaction avec les AINS*

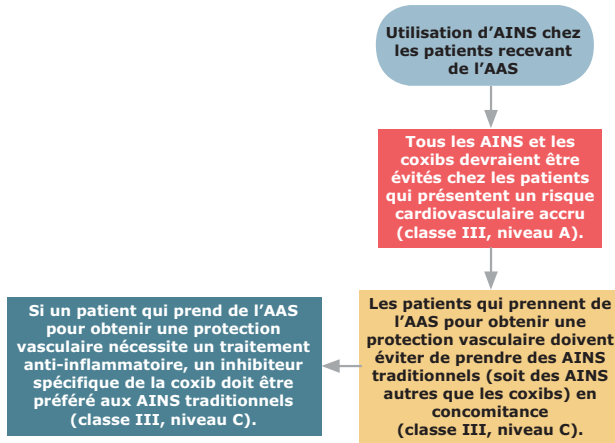
- Les AINS traditionnels forment un complexe réversible avec la COX-1 selon la concentration de sérum du médicament → À la dissociation, les plaquettes reprennent leurs fonctions normales.
- Peut inhiber la liaison de l'AAS à la COX-1.

*Chez les patients recevant de l'AAS, l'AINS traditionnels est proscrite et, si jamais un anti-inflammatoire s'avère nécessaire, il faut préférer un inhibiteur spécifique de la cyclo-oxygénase-2.

AAS : acide acétylsalicylique; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdien; COX-1 : cyclo-oxygénase-1.



Utilisation d'AINS chez les patients recevant de l'AAS





TAP : Interactions entre les médicaments

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des IPP ayant un effet minimal sur le CYP2C19 chez les patients recevant du clopidogrel et présentant des risques accrus de saignements au niveau des VDS. • Préférer des coxibs aux AINS traditionnels chez les patients prenant de l'AAS pour la prévention CV, mais seulement s'ils sont absolument nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des IPP inhibant le CYP2C19 chez les patients prenant du clopidogrel ou du prasugrel. • Utiliser des AINS ou des coxibs chez les patients présentant des risques accrus d'événements vasculaires.

AAS : acide acétylsalicylique; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien; coxib : inhibiteur de la cyclo-oxygénase-2;
 CV : cardiovasculaire; IPP : inhibiteurs de la pompe à protons; TAP : traitement antiplaquettaire;
 VDS : voies digestives supérieures.