

Antiaggrégants et Anticoagulants

Quand et comment les faire co-habiter ?

Dr Nicolas FLORIS - SLBO

Dr Frédéric MATHIEU - CHRN

20 ans



CNACC

CENTRE NAMUROIS D'ANGIOPLASTIE ET DE CHIRURGIE CARDIAQUE



Clinique Saint-Luc
Bouge

Clinical risk factors for stroke, transient ischaemic attack, and systemic embolism

CHA ₂ DS ₂ -VASc risk factor	Points
Congestive heart failure Signs/symptoms of heart failure or objective evidence of reduced left-ventricular ejection fraction	1
Hypertension Resting blood pressure > 140/90 mmHg on at least two occasions or current antihypertensive treatment	1
Age 75 years or older	2
Diabetes mellitus Fasting glucose > 125 mg/dL (7 mmol/L) or treatment with oral hypoglycaemic agent and/or insulin	1
Previous stroke, transient ischaemic attack, or thromboembolism	2
Vascular disease Previous myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque	1
Age 65–74 years	1
Sex category (female)	1

Relevant clinical characteristics and dose adjustment in the four phase III NOAC trials in patients with atrial fibrillation

	Dabigatran (RE-LY)	Rivaroxaban (ROCKET-AF)	Apixaban (ARISTOTLE)	Edoxaban (ENGAGE AF-TIMI 48)
Renal clearance	80%	35%	25%	50%
Number of patients	18 113	14 264	18 201	21 105
Dose	150 mg or 110 mg twice daily	20 mg once daily	5 mg twice daily	60 mg (or 30 mg) once daily
Exclusion criteria for CKD	CrCl <30 mL/min	CrCl <30 mL/min	Serum creatinine >2.5 mg/dL or CrCl <25 mL/min	CrCl <30 mL/min
Dose adjustment with CKD	None	Rivaroxaban 15 mg once daily if CrCl 30–49 mL/min	Apixaban 2.5 mg twice daily if at least two of age ≥80 years, weight ≤60 kg, or serum creatinine ≥1.5 mg/dL (133 μmol/L)	Edoxaban 30 mg (or 15 mg) once daily if CrCl <50 mL/min
Percentage of patients with CKD	20% with CrCl 30-49 mL/min	21% with CrCl 30-49 mL/min	15% with CrCl 30-50 mL/dL	19% with CrCl <50 mL/min
Reduction of stroke and systemic embolism	No interaction with CKD status	No interaction with CKD status	No interaction with CKD status	NA
Reduction in major haemorrhages compared to warfarin	Reduction in major haemorrhage with dabigatran was greater in patients with eGFR >80 mL/min with either dose	Major haemorrhage similar	Reduction in major haemorrhage with apixaban	NA

www.escardio.org/guidelines

European Heart Journal - doi:10.1093/eurheartj/ehw210

SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

20 ans



CNACC

CENTRE NAMUROIS D'ANGIOPLASTIE ET DE CHIRURGIE CARDIAQUE



Clinique Saint-Luc
Bouge

Antiaggrégants - SCA

- Aspirine : 150-300mg puis 75-100mg/j
- Thiénopyridines :
 - Clopidogrel : 300mg puis 75mg/j (ST+ ST-)
 - Prasugrel : 60mg puis 10mg (5mg)/j (ST+ ST - diabétique) **ATT CI !**
conversion hépatique – inh. Irréversible – 1 an postSCA
- CycloPentylTriazoloPyrimidine :
 - Ticagrelor : 180mg puis 90mg 2x/j (ST+ ST-) pas de métab. Hép. - inh. Réversible – 1 an postSCA prolongations 2 ans de plus 60mg 2x/j si IRC-DB2-65ans-MultiVx-2ièmeMI

Double anti-aggrégation pour 12 mois, IPP !

- **Délai d'arrêt avant chirurgie :**

Prasugrel 7 j, Clopidogrel 5j, Ticagrelor 3j

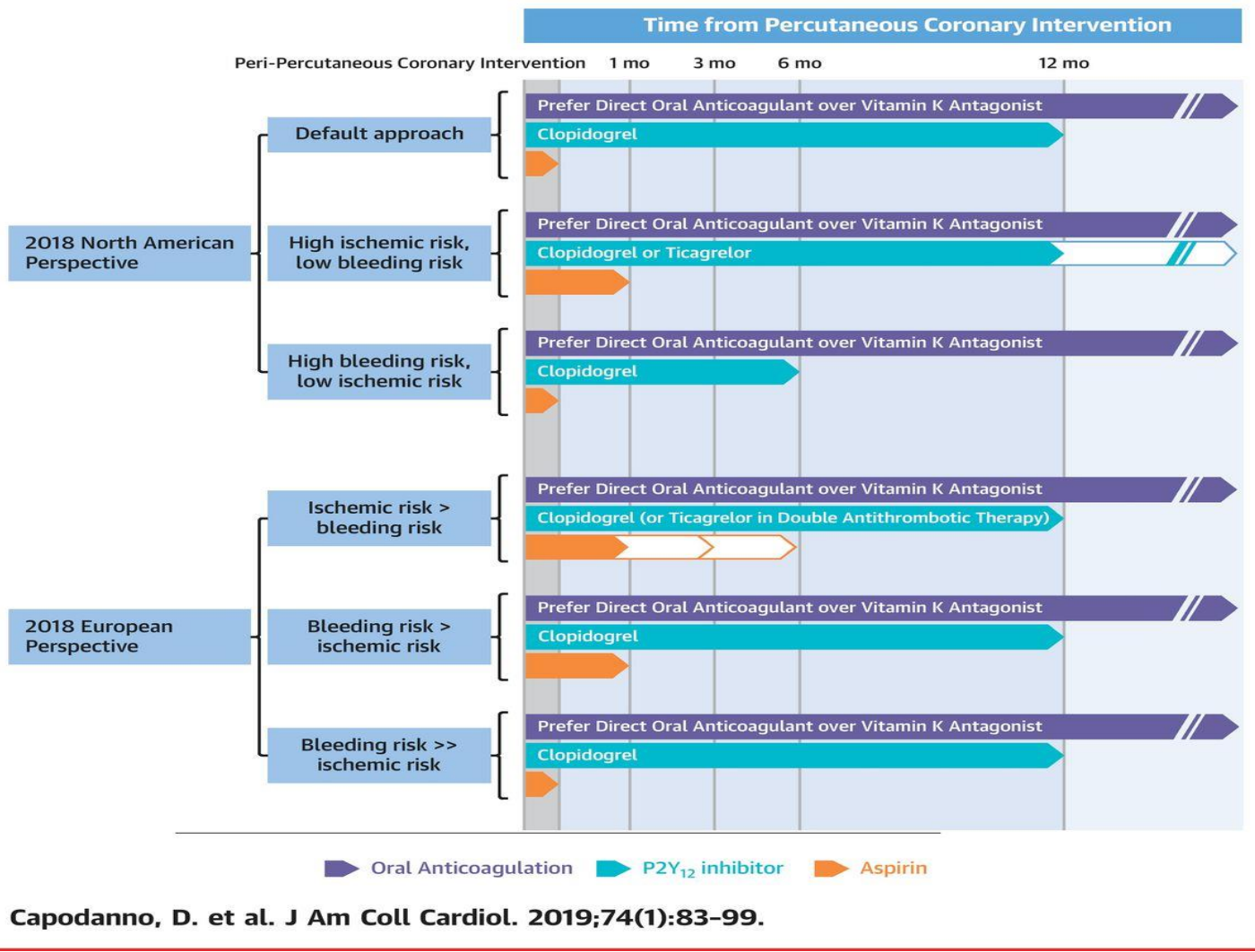


À mesure que la population vieillit, l'incidence de la FA, de la maladie coronaire et des patients atteints de FA subissent une ICP augmente

- Environ **5 à 8 %** des patients subissant une ICP présente de la FA (+ prothèses mécaniques).
- La stratégie antithrombotique chez ces patients est un dilemme, car le risque de thrombose d'endoprothèse et d'AVC ischémique doit être équilibré avec le risque de saignement → trithérapie augmente le risque de saignement de 2 à 3x.



CENTRAL ILLUSTRATION: Consensus Recommendations on the Practical Management of Oral Anticoagulation and Antiplatelet Therapy in Patients With Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention



Daive Capodanno et al. JACC 2019;74:83-99

20 ans



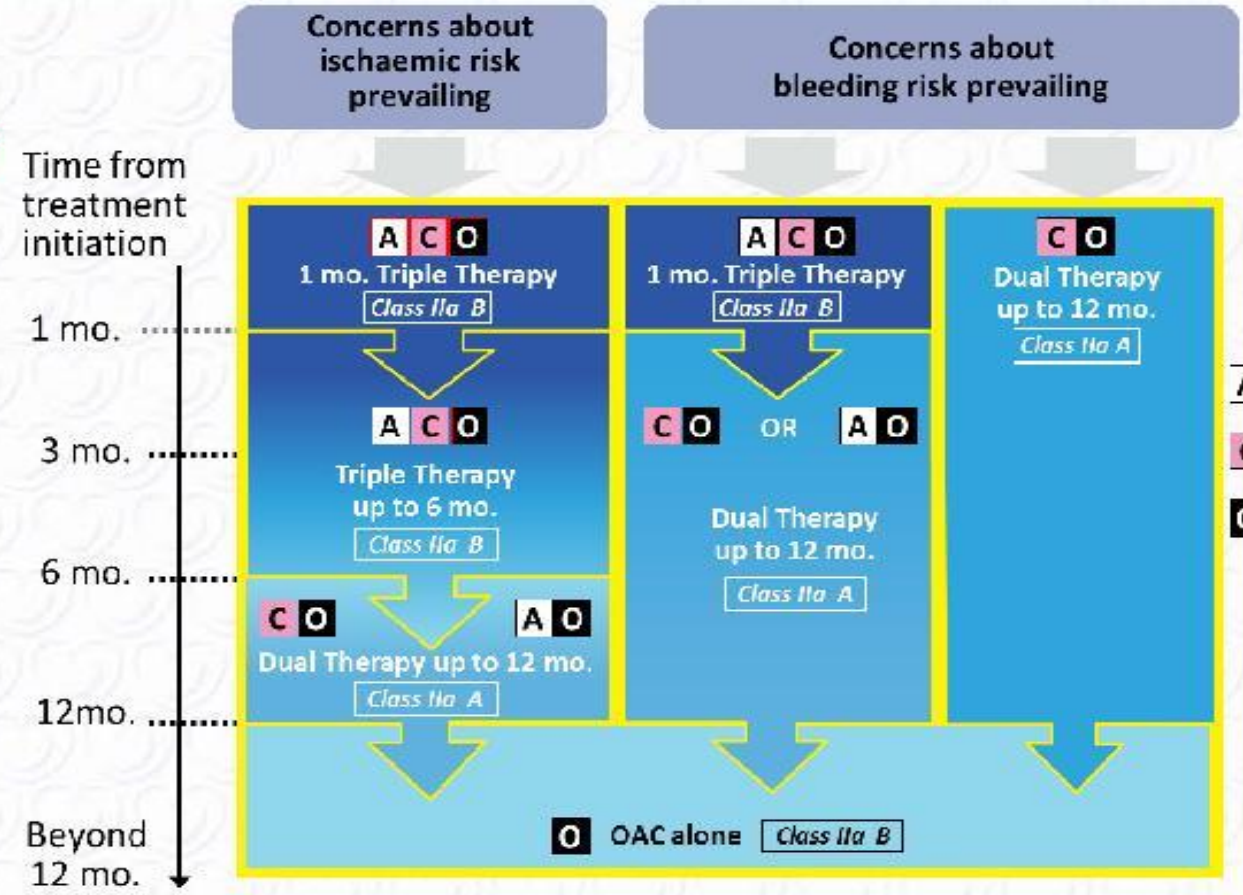
CNACC

CENTRE NAMUROIS D'ANGIOPLASTIE ET DE CHIRURGIE CARDIAQUE



Algorithm for dual antiplatelet therapy (DAPT) in patients with an indication for oral anticoagulation undergoing percutaneous coronary intervention (PCI)

Patients with an indication for oral anticoagulation undergoing PCI



A = Aspirin
 C = Clopidogrel
 O = Oral anticoagulation

Messages :

- L'ajout de l'aspirine dans une triple thérapie double le risque hémorragique
- Clopidogrel: antag. P2Y12 de choix en cas d'association (par rapport ticagrelor et prasugrel)
- Risque de saignement moindre sous NACO par rapport aux AVKs
- En cas de double traitement anti-thrombotique: préférer le clopidogrel par rapport à l'aspirine
- Arrêt précoce de l'aspirine présente un profil de risque de saignement moindre au prix d'un risque ischémique sans doute acceptable (mais puissance statistique des études insuffisante et gestion périprocédurale à préciser)
- Disparition de la recommandation de stent non médicamenteux en cas de FA
- Usage libéral des IPPs
- Eviter AINS

