

LE TRAITEMENT
ANTIPLAQUETTAIRE



LE TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE



LE TRAITEMENT
ANTIPLAQUETTAIRE



Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.

À propos de ce guide

Ce guide de poche est un outil de consultation rapide qui présente des recommandations en matière de diagnostic et de prise en charge fondées sur les lignes directrices 2018 de la SCC sur le traitement antiplaquettaire.

Ces recommandations sont destinées à fournir une approche raisonnable et pratique des soins prodigués aux patients atteints d'insuffisance cardiaque. Elles s'adressent aux médecins de première ligne, aux spécialistes, au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé. Elles pourraient être modifiées au fur et à mesure que les connaissances scientifiques, la technologie et les tendances en matière de pratique évoluent, et ne sauraient se substituer au jugement clinique. Le respect de ces recommandations ne produira pas nécessairement des résultats favorables dans tous les cas.

Pour plus d'informations ou des ressources supplémentaires, veuillez consulter notre site Web à www.ccs.ca. Ce document est relié à un sommaire à jour de toutes les recommandations de TAP de la SCC en vigueur de 2010 à la mise à jour ciblée 2018; le supplément est disponible à : www.ccs.ca/eguidelines.

Coprésidents et auteurs

Shamir R. Mehta, MD, et Jean-François Tanguay, MD

Auteurs

Comité primaire: Joseph G. Abunassar MD, Margaret L. Ackman PharmD, Kevin R. Bainey MD, Alan D. Bell MD, John A. Cairns MD, Warren J. Cantor MD, Raymond Cartier MD, James D. Douketis MD, Patrick R. Lawler MD, Marie Lordkipanidzé BPharm, PhD, G.B. John Mancini MD, Guillaume Marquis-Gravel MD, Michael S. McMurtry MD, Simon D. Robinson MBChB, MD, Matthew Sibbald MD, Derek Y. So MD, Jacob A. Udell MD, Sean van Diepen MD, Subodh Verma MD, Graham C. Wong MD, MPH

Comité secondaire: Paul W. Armstrong, MD, Akshay Bagai, MD, MHS, Claudia Bucci, PharmD, Jean-Pierre Déry, MD, Jean Diodati, MD, Jocelyn Dupuis, MD, PhD, David Fitchett, MD, Michael P. Love, MBChB, MRCP, MD, Robert Welsh, MD.

Introduction et justification	1
Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une ICP	2
Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une ICP pour traiter le SCA	2
Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une ICP pour traiter une autre pour traiter une autre affection que le SCA.....	4
Interruption de la bithérapie antiplaquettaire pour une intervention chirurgicale non cardiaque	6
PAC non urgent ou semi-urgent après un SCA	7
Passer d'un traitement à un autre	8
Stratégies d'intensification	9
Stratégies de désescalade thérapeutique	13
Patients atteints de FA qui subissent une ICP	16
Qui ne présentent pas de caractéristiques à haut risque	16
Pour traiter le SCA à haut risque d'ICP non urgente	19
Autres raisons de l'anticoagulation	24
Patients ayant déjà bénéficié d'un remplacement valvulaire ou TAVI	24
Patients ayant une thromboembolie veineuse	25
Patients qui présentent un risque de thrombus ventriculaire gauche	26

Introduction et justification

La présente mise à jour des lignes directrices 2011 et 2013 de la Société canadienne de cardiologie (SCC) pour le traitement antiplaquettaire intègre de nouvelles données probantes indiquant comment utiliser le traitement antiplaquettaire de façon optimale, particulièrement dans des conditions qui n'étaient appuyées que par peu ou pas de données auparavant. Les recommandations sont axées sur les sujets suivants :

1. La durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP) pour traiter le syndrome coronarien aigu (SCA) ou pour une autre indication.
2. La prise en charge de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une intervention chirurgicale non cardiaque.
3. La prise en charge de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent un pontage aortocoronarien (PAC) non urgent et semi-urgent.
4. Quand et comment passer d'un traitement antiplaquettaire oral à un autre.
5. La prise en charge du traitement antiplaquettaire et des anticoagulants chez les patients qui subissent une ICP et qui présentent une fibrillation auriculaire (FA), des prothèses valvulaires mécaniques ou des bioprothèses (y compris le remplacement valvulaire aortique par cathéter [RVAC]), une thrombœmbolie veineuse, ou un thrombus ventriculaire gauche (VG) établi ou possible avec fraction d'éjection réduite après un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI).

Chez les patients qui atteints de SCA (STEMI ou NSTEMI) qui subissent une ICP :

- Nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS à 81 mg par jour et soit ticagrélol à 90 mg deux fois par jour, soit prasugrel à 10 mg une fois par jour, plutôt que clopidogrel à 75 mg une fois par jour pendant un an (*Fortes recommandations, données probantes de haute qualité*).
- Pour les patients qui tolèrent un an de bithérapie antiplaquettaire sans événement de saignement majeur et qui ne présentent pas un risque élevé de saignement, nous recommandons de prolonger la bithérapie antiplaquettaire (*Fortes recommandations, données probantes de haute qualité pour une période allant jusqu'à trois ans de traitement*). Après un an, nous recommandons un schéma de la bithérapie antiplaquettaire d'AAS à 81 mg par jour et soit ticagrélol à 60 mg deux fois par jour (*Fortes recommandations, données probantes de haute qualité*), soit clopidogrel à 75 mg une fois par jour, soit prasugrel à 10 mg une fois par jour (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences - Les recommandations accordent une plus grande importance à la réduction des événements cardiovasculaires majeurs et de la thrombose de l'endoprothèse qu'à l'augmentation des saignements.

Conseils pratiques :

- Les recommandations concernant la durée de la bithérapie antiplaquettaire s'appliquent spécifiquement au traitement par inhibiteur de P2Y₁₂. L'AAS devrait être pris en continu indéfiniment chez la plupart des patients atteints d'une maladie coronarienne qui ne prennent pas d'anticoagulants oraux.
- Les patients qui présentent des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque accru d'événement cardiovasculaire thrombotique peuvent tirer un bienfait absolu plus important de la bithérapie antiplaquettaire prolongée sur plus d'un an.
- Les évaluations quantitatives des risques ont été développées. Ces résultats peuvent contribuer à identifier les patients à haut risque qui présentent un bienfait absolu plus important pour ce qui est de la bithérapie antiplaquettaire prolongée.
- Une évaluation continue des risques de saignement et d'ischémie doit être réalisée au moins une fois par année afin d'établir si la bithérapie antiplaquettaire devrait être poursuivie.
- Il faut éviter le prasugrel chez les patients avec antécédents d'ICT ou d'AVC.
- Pour les patients ayant eu un événement de saignement pendant la prise de ticagrélol ou de prasugrel, mais dont la prise continue de l'agent P2Y₁₂ est indiquée, veuillez consulter les recommandations de désescalade thérapeutique de la section 2.3 des Lignes directrices 2018 pour le traitement antiplaquettaire.
- Chez les patients ayant subi un STEMI et recevant un traitement aux fibrinolytiques, le clopidogrel est actuellement l'inhibiteur de P2Y₁₂ recommandé au cours des 24 premières heures. Un récent essai clinique aléatoire a permis de démontrer un plus haut niveau d'inhibition plaquettaire avec le ticagrélol comparativement au clopidogrel. Des essais en cours évaluent les résultats cliniques du ticagrélol dans ce cadre ([clinicaltrials.gov NCT02298088](https://clinicaltrials.gov/NCT02298088)).

ICP pour un STEMI ou NSTEMI

Bithérapie antiplaquettaire pendant un an

AAS à 81 mg 1 f.p.j. + ticagrélor à 90 mg 2 f.p.j. **ou** prasugrel à 10 mg 1 f.p.j.
(préférable à clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j.)

Après un an, établir le risque de saignement

Ne présente pas un risque élevé de saignement¹

Continuer la bithérapie antiplaquettaire pour une période allant jusqu'à 3 ans
AAS à 81 mg 1 f.p.j. + ticagrélor à 60 mg 2 f.p.j.
ou clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j.²

Risque élevé de saignement¹

STAP
AAS à 81 mg 1 f.p.j. **ou**
Clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j.

¹ Les facteurs associés au risque accru de saignement comprennent : anticoagulants oraux en plus de la bithérapie antiplaquettaire, âge avancé (> 75 ans), fragilité, anémie avec hémoglobine à < 110 g/dl, insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine < 40 ml/min), faible poids corporel (< 60 kg), hospitalisation pour des saignements durant la dernière année, AVC ou hémorragie intracrânienne antérieure, besoin régulier d'AINS ou de prednisone.

² Le prasugrel de 5 à 10 mg par jour est également une option en remplacement du ticagrélor ou du clopidogrel (Recommandation faible).



Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une ICP pour traiter une autre affection que le SCA

Chez les patients qui subissent une ICP pour une autre indication que le SCA (p. ex., maladie cardiaque ischémique stable) :

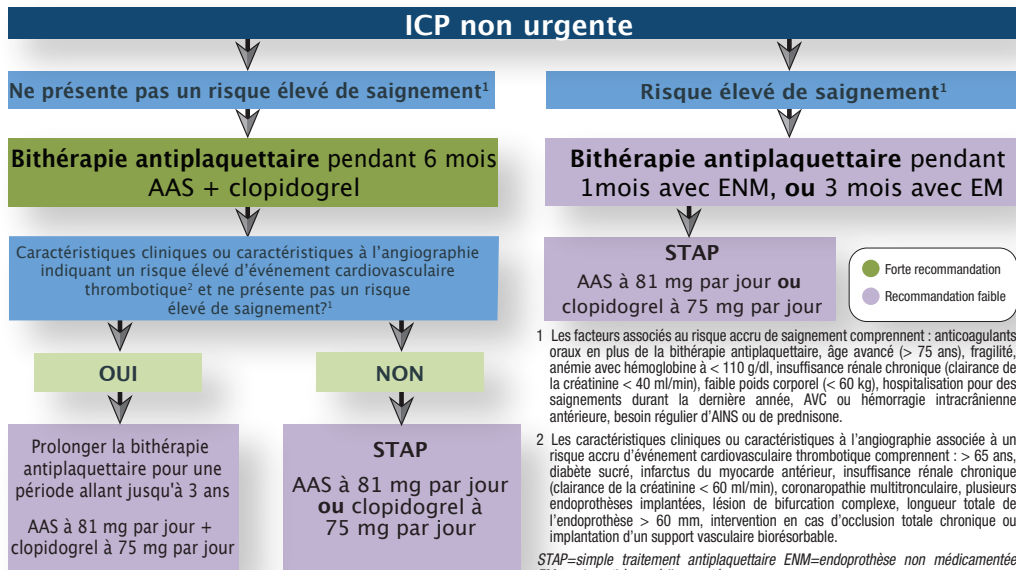
- Nous recommandons 6 mois (et jusqu'à 1 an) de bithérapie antiplaquettaire avec AAS et clopidogrel (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Pour les patients qui présentent des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement cardiovasculaire thrombotique et dont le risque de saignement est faible, il est raisonnable de prolonger la durée de la bithérapie antiplaquettaire à plus de 1 an (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée pour une période allant jusqu'à trois ans de traitement*).
- Nous suggérons que, pour les patients qui présentent un haut risque de saignement, la durée de la bithérapie antiplaquettaire soit écourtée à un minimum de 1 mois (si une endoprothèse non médicamentée est utilisée) ou de 3 mois (si une endoprothèse médicamentée est utilisée) (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Valeurs et préférences - Ces recommandations accordent une plus grande importance à la réduction des événements cardiovasculaires thrombotiques majeurs qu'à l'augmentation des saignements. Ces recommandations supposent que les patients qui subissent un saignement important sur le plan clinique ou qui présentent un risque élevé de saignement doivent faire l'objet d'une réévaluation pour établir la poursuite de la bithérapie antiplaquettaire après 1 an.

Conseils pratiques :

- Un principe général à prendre en compte pour ce qui est de décider de la durée de la bithérapie antiplaquettaire est l'évaluation claire des risques d'événement cardiovasculaire thrombotique et de saignements. Les patients dont le risque d'événement thrombotique est peu élevé, mais dont le risque de saignement est élevé, peuvent envisager une bithérapie antiplaquettaire plus courte alors que les patients dont ces risques sont inversés peuvent envisager une bithérapie antiplaquettaire plus longue.
- Comme c'est le cas avec le SCA, les patients qui subissent une ICP pour traiter une autre affection peuvent tirer un bienfait absolu plus important de la bithérapie antiplaquettaire prolongé s'ils présentent des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie associées à un risque accru d'événement cardiovasculaire thrombotique.

Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients qui subissent une ICP non urgente



Interruption de la bithérapie antiplaquettaire pour une intervention chirurgicale non cardiaque

- Pour les patients subissant une ICP qui reçoivent une endoprothèse non médicamenteuse et qui nécessitent une intervention chirurgicale non cardiaque non urgente, nous recommandons de reporter l'intervention au moins 1 mois après l'ICP (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Pour les patients subissant une ICP qui reçoivent une endoprothèse médicamenteuse et qui nécessitent une intervention chirurgicale non cardiaque non urgente, nous recommandons de reporter l'intervention au moins 3 mois après l'ICP (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*). Si une intervention chirurgicale non cardiaque semi-urgente est nécessaire, nous recommandons de reporter l'intervention au moins 1 mois après l'ICP (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).
- Pour les patients subissant une ICP qui reçoivent une endoprothèse non médicamenteuse ou médicamenteuse et qui nécessitent une intervention chirurgicale non cardiaque non urgente, nous suggérons autant que possible de poursuivre l'AAS pendant la période périopératoire (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).
- Pour les patients subissant une ICP qui reçoivent une endoprothèse non médicamenteuse ou médicamenteuse et qui nécessitent une intervention chirurgicale non cardiaque non urgente, nous suggérons de suspendre le clopidogrel et le ticagrélor de 5 à 7 jours avant l'intervention, et le prasugrel de 7 à 10 jours avant l'intervention (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).
- Pour les patients subissant une ICP qui reçoivent une endoprothèse non médicamenteuse ou médicamenteuse et qui ont subi une intervention chirurgicale non cardiaque, nous suggérons de reprendre la bithérapie antiplaquettaire dès que le chirurgien considère qu'il est sécuritaire de le faire (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).

Conseil pratique - Les risques et conséquences d'un saignement périopératoire varient grandement en fonction du type d'intervention réalisé. Certaines interventions chirurgicales mineures présentent un faible risque de saignement alors que d'autres présentent un risque élevé. Par exemple, certaines interventions dentaires, ophtalmologiques et endoscopiques présentent un faible risque de saignement et peuvent être réalisées sans avoir à suspendre le traitement antiplaquettaire.

PAC non urgent ou semi-urgent après un SCA

- Nous recommandons de poursuivre l'AAS chez tous les patients atteints de SCA, qui nécessitent un pontage aortocoronarien (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Afin de minimiser les risques de saignement chez les patients atteints de SCA qui reçoivent du ticagrélol et qui nécessitent un PAC semi-urgent, nous suggérons d'interrompre le traitement au moins 48 à 72 heures avant l'intervention, et nous recommandons idéalement une période d'interruption de 5 jours avant un PAC non urgent.
- Afin de minimiser les risques de saignement chez les patients atteints de SCA qui reçoivent du clopidogrel et qui nécessitent un PAC semi-urgent, nous suggérons d'interrompre le traitement au moins 48 à 72 heures avant l'intervention, (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*) et nous recommandons idéalement une période d'interruption de 5 jours avant un PAC non urgent (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Afin de minimiser les risques de saignement chez les patients atteints de SCA qui reçoivent du prasugrel et qui nécessitent un PAC semi-urgent, nous suggérons d'interrompre le traitement au moins 5 jours avant l'intervention, (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*) et nous recommandons idéalement une période d'interruption de 7 jours avant un PAC non urgent (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

Conseil pratique - La prise en charge du traitement antiplaquettaire durant la période périopératoire devrait être basée sur une évaluation claire des risques de complications thrombotiques coronaires par rapport aux risques de saignement périopératoire, abordée avec le chirurgien, le cardiologue d'intervention, le médecin/cardiologue traitant et le patient.

Voici quelques exemples de scénarios cliniques communs nécessitant de passer d'un traitement antiplaquettaire à un autre.

Intensification du clopidogrel au prasugrel ou au ticagrélor	Passer du prasugrel au ticagrélor	Désescalade du prasugrel ou du ticagrélor au clopidogrel
<p><u>Chez les patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - atteints de SCA, qui ont d'abord été traités avec du clopidogrel lors de la présentation; - admis en raison d'un événement thrombotique (p. ex., thrombose de l'endoprothèse ou SCA), qui ont été traités avec du clopidogrel; - qui ont un mauvais métaboliseur du clopidogrel (p. ex., perte de fonction du CYP2C19). 	<p><u>Chez les patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - avec une intolérance ou des effets indésirables, qui présentent des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement cardiovasculaire thrombotique qui justifient l'achèvement de la bithérapie antiplaquettaire prescrit; - admis en raison d'un événement thrombotique (p. ex., thrombose de l'endoprothèse ou SCA), qui ont été traités avec l'inhibiteur du récepteur P2Y12 initial; - qui présentent des interactions entre les inducteurs du CYP3A et le ticagrélor, qui affectent la pharmacodynamie du médicament. 	<p><u>Chez les patients qui présentent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une complication entraînant un saignement majeur maintenant contrôlé, qui présentent des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement cardiovasculaire thrombotique qui justifient l'achèvement de la bithérapie antiplaquettaire prescrite; - un saignement nuisible et pertinent sur le plan clinique qui empêche le patient de continuer le prasugrel ou le ticagrélor; - une intolérance ou des effets secondaires au prasugrel/ticagrélor, qui ne présentent pas de caractéristiques cliniques ni de caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement cardiovasculaire thrombotique; - une nouvelle indication expliquant la nécessité d'un traitement concomitant avec un anticoagulant oral.

Inhibiteur du récepteur P2Y₁₂

- Nous estimons qu'il ne convient pas de remplacer l'inhibiteur du récepteur P2Y₁₂ initialement prescrit au moment du congé de l'hôpital, à moins qu'il y ait une raison clinique impérieuse (p. ex., thrombose de l'endoprothèse, événement cardiovasculaire, saignement ou intolérance/effets secondaires importants) (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Stratégies d'intensification

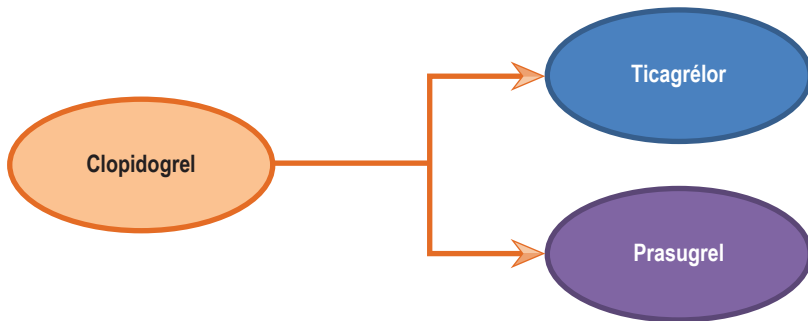
Passer du clopidogrel au ticagrélor

- Pour les patients devant passer du clopidogrel au ticagrélor, nous recommandons une dose de charge de ticagrélor de 180 mg suivie d'une dose de 90 mg deux fois par jour, sans égard au moment de la dernière dose de clopidogrel (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

Passer du clopidogrel au prasugrel

- Pour les patients devant passer du clopidogrel au prasugrel, nous recommandons une dose de charge de prasugrel de 60 mg suivie d'une dose de 10 mg par jour, sans égard au moment de la dernière dose de clopidogrel (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

Dose de charge : 180 mg
Dose d'entretien : 90 mg deux fois par jour
Moment : sans égard au moment de la dernière dose de clopidogrel



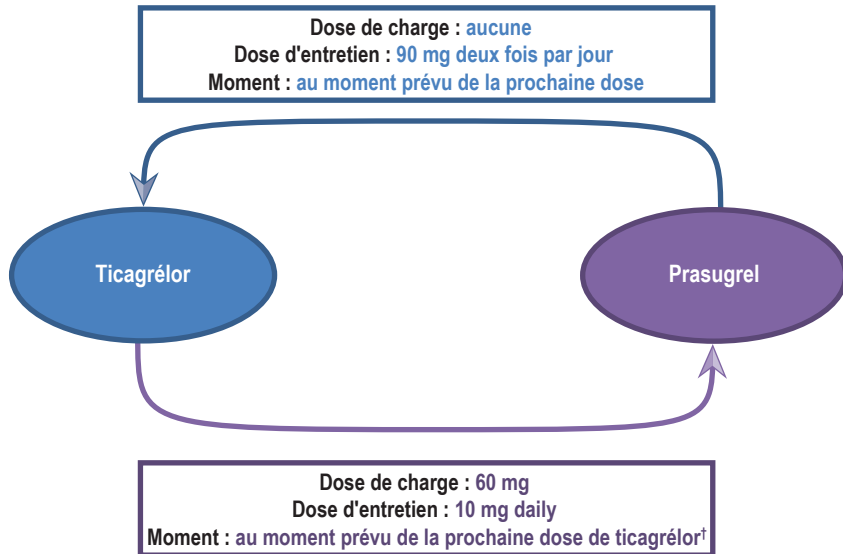
Dose de charge : 60 mg
Dose d'entretien : 10 mg par jour
Moment : sans égard au moment de la dernière dose de clopidogrel

Passer du prasugrel au ticagrélor

- Pour les patients devant passer du prasugrel au ticagrélor, nous suggérons une dose de ticagrélor de 90 mg deux fois par jour, sans dose de charge, à commencer au moment prévu de la prochaine dose de prasugrel (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).

Passer du ticagrélor au prasugrel

- Pour les patients devant passer du ticagrélor au prasugrel, nous suggérons une dose de charge de prasugrel de 60 mg suivie d'une dose de 10 mg par jour, à commencer au moment prévu de la prochaine dose de ticagrélor (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).



† Attendre au matin suivant (c.-à-d., 24 h après la dernière dose de ticagrelor) est également raisonnable.

- Pour les patients qui prennent du ticagrélor ou du prasugrel et qui ont une complication résultant en un saignement important sur le plan clinique qui est maintenant contrôlé, nous suggérons une désescalade au clopidogrel à 75 mg par jour (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).

Passer du ticagrélor au clopidogrel

- Pour les patients qui prennent du ticagrélor et qui ont d'importants effets indésirables (à l'exception des saignements) ou qui ne parviennent pas à tolérer le médicament (et si le prasugrel ne constitue pas une option), nous suggérons la désescalade du clopidogrel avec une dose de charge de 600 mg suivie de 75 mg par jour, à commencer au moment de la prochaine dose prévue de ticagrélor (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).

Conseils pratiques :

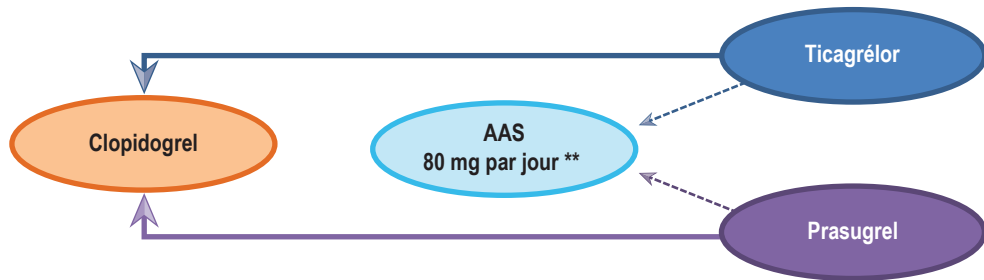
- La dose de charge de 600 mg offre un bienfait pharmacodynamique à court terme (48 heures) après le remplacement du clopidogrel, lequel peut être pertinent durant la période suivant immédiatement un SCA ou une ICP. Chez les patients qui sont stables, une dose de charge de 300 mg ou un remplacement directement à 75 mg par jour sans dose de charge constitue aussi des options raisonnables, particulièrement si les patients présentent possiblement un risque de saignement élevé. Lors de l'étude TOPIC, on a établi que le passage direct du ticagrélor au clopidogrel à 75 mg par jour un mois après un SCA réduit les risques de saignement sans augmenter les événements ischémiques, et ce, sans que l'étude soit destinée à mesurer les résultats ischémiques.
- Le moment optimal pour commencer le clopidogrel a été largement étudié. Dans le cadre de l'étude OPTI-CROSS, le changement a été fait lors de la prochaine dose prévue de ticagrélor; attendre au matin suivant (c.-à-d., 24 h après la dernière dose de ticagrélor) peut également être raisonnable selon les données pharmacodynamiques tirées de l'étude RESPOND.

Passer du prasugrel au clopidogrel

- Pour les patients qui reçoivent du prasugrel et qui ont d'importants effets indésirables (à l'exception des saignements) ou qui ne parviennent pas à tolérer le médicament (et pour qui le ticagrélor ne constitue pas une option), nous suggérons la désescalade du clopidogrel directement à 75 mg par jour (sans dose de charge) au moment de la prochaine dose prévue de prasugrel (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences - Les stratégies suggérées sont formulées en fonction d'un examen systématique de la littérature qui évalue les données pharmacodynamiques d'une inhibition plaquettaire optimale et d'une absence de complications importantes causant des saignements. Les études où des patients étaient considérés comme non-répondants au test de la fonction plaquettaire avant la répartition aléatoire ont été exclues pour des questions de généralisabilité.

Dose de charge : charge facultative à 300-600 mg *
Dose d'entretien : 75 mg par jour
Moment : au moment prévu de la prochaine dose de ticagrélor†



Dose de charge : aucune
Dose d'entretien : 75 mg par jour
Moment : au moment prévu de la prochaine dose

* Bienfait à court terme (48 h), peut être pertinent durant la période immédiate post-SCA/ICP, s'il n'y a pas de risque de saignement.

† Attendre 24 h après la dernière dose de ticagrélor est également raisonnable.

** Envisager la monothérapie avec AAS si le changement est dû à un saignement.

- Nous recommandons que les patients atteints de fibrillation auriculaire (FA) et de coronaropathie symptomatique concomitantes reçoivent un schéma de traitement antithrombotique fondé sur une évaluation équilibrée de leurs risques : 1) d'AVC ischémique, 2) d'événement(s) coronaire(s) futur(s) et 3) de saignement important sur le plan clinique associé à l'utilisation d'agents antithrombotiques (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Chez les patients atteints de FA qui subissent une ICP non urgente et qui ne présentent pas de caractéristiques à haut risque :

- Si le patient a moins de 65 ans et un CHADS2 = 0, nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire seul avec de l'AAS à 81 mg par jour avec du clopidogrel à 75 mg par jour pendant 6 mois (et jusqu'à 1 an) (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Valeurs et préférences - Le risque d'AVC varie d'environ 0,7 % par année chez les patients de moins de 65 ans dont le facteur de risque CHADS2 est égal à 0, jusqu'à environ 2,1 % par année chez les patients de 65 à 74 ans. Le risque de thrombose de l'endoprothèse est supérieur durant le premier mois suivant l'ICP. Il diminue par la suite. Chez les patients atteints de FA présentant un faible risque d'AVC, cette recommandation accorde une plus grande importance à la prévention des futurs événements coronaires et au saignement de moindre importance avec la bithérapie antiplaquettaire par rapport aux anticoagulants oraux, et une moins grande importance au risque accru d'AVC avec la bithérapie antiplaquettaire par rapport aux anticoagulants oraux.

Conseil pratique - Chez les patients présentant un risque élevé de saignement, la durée de la bithérapie antiplaquettaire doit être écourtée à un minimum de 1 mois (si une endoprothèse en métal nu a été utilisée) ou de 3 mois (si une endoprothèse à élution médicamenteuse a été utilisée), selon la recommandation 5 à la page 4.

Patients atteints de FA qui subissent une ICP

Chez les patients atteints de FA qui subissent une ICP non urgente et qui ne présentent pas de caractéristiques à haut risque :

- Si le patient a 65 ans ou plus ou un CHADS₂ ≥ 1, nous suggérons un anticoagulant oral avec du clopidogrel à 75 mg par jour pendant au moins 1 mois (et jusqu'à 12 mois) après l'implantation de l'endoprothèse en métal nu et pendant au moins 3 mois (et jusqu'à 12 mois) après l'implantation d'une endoprothèse à élution médicamenteuse (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences - Le risque d'AVC augmente à 2,1 % par année chez les patients de 65 à 74 ans et même plus chez les patients de plus de 75 ans, ce qui justifie l'inclusion d'un anticoagulant oral dans le schéma posologique. La suggestion d'un anticoagulant oral et du clopidogrel (et l'omission de l'AAS) est basée sur des essais aléatoires démontrant un faible risque de saignement avec ce schéma posologique comparativement à la warfarine avec le clopidogrel et l'AAS (trithérapie traditionnelle). Même si les données probantes suggèrent qu'il est peu probable que l'efficacité soit compromise en omettant l'AAS, aucun essai clinique aléatoire n'a été mis en œuvre pour détecter les différences modérées entre les événements thrombotiques. Les doses d'anticoagulants oraux évaluées dans le cadre d'essais cliniques aléatoires réalisés auprès de patients atteints de FA et subissant une ICP sont indiquées dans le tableau 4. Le rivaroxaban à 15 mg par jour (10 mg par jour chez les patients atteints d'insuffisance rénale) avec le clopidogrel et le dabigatran à 110 ou à 150 mg deux fois par jour avec le clopidogrel ont été évalués lors d'essais cliniques aléatoires en comparaison avec la trithérapie traditionnelle avec la warfarine. Au moment de la rédaction de ce document, les essais cliniques aléatoires évaluant les schémas posologiques avec l'apixaban et l'edoxaban chez les patients atteints de FA et subissant une ICP étaient en cours, donc aucune recommandation n'est fournie pour ce qui est de la dose de ces agents.

Après la période initiale du traitement antithrombotique chez les patients atteints de FA qui subissent une ICP non urgente et qui ne présentent pas de caractéristiques à haut risque :

- Si le patient a moins de 65 ans et un CHADS₂ = 0, nous recommandons un traitement à long terme avec de l'AAS seul ou, en cas de caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique et un faible risque de saignement, de l'AAS et un inhibiteur du récepteur P2Y₁₂ (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*); ou
- Si le patient a 65 ans ou plus ou un CHADS₂ ≥ 1, nous recommandons un traitement à long terme avec un anticoagulant oral seul (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*) ou,
- Si le patient présente des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique et un faible risque de saignement, un anticoagulant oral et un simple traitement antiplaquettaire avec de l'AAS ou un inhibiteur du récepteur P2Y₁₂ sont recommandés (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Conseil pratique - Tous les patients devraient recevoir de l'AAS à 81 mg (ou au moins 160 mg si le patient n'a jamais pris d'AAS) le jour de l'ICP.

Patients atteints de FA ne présentant pas de caractéristiques à haut risque qui subissent une ICP non urgente

FA et ICP non urgente sans caractéristiques à haut risque¹

Âge < 65 **et** CHADS₂ = 0

AAS + Clopidogrel

Durée : au moins 1 mois avec ENM et au moins 3 mois avec EM (et jusqu'à 12 mois)

AAS +/- inhibiteur³ P₂Y₁₂

Âge ≥ 65 **ou** CHADS₂ ≥ 1

ACO² + Clopidogrel

Durée : au moins 1 mois avec ENM et au moins 3 mois avec EM (et jusqu'à 12 mois)

ACO⁴ +/- STAP

- 1 Une ICP est considérée à haut risque en fonction des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie comme : diabète sucré, SCA antérieur, insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine < 60 ml/min), thrombose de l'endoprothèse antérieure, fumeur actuel, coronaropathie multitronculaire, plusieurs endoprothèses implantées, lésion de bifurcation complexe, longueur totale de l'endoprothèse > 60 mm, intervention en cas d'occlusion totale chronique ou implantation d'un support vasculaire biorésorbable.
- 2 Les schémas d'anticoagulants oraux évalués dans ce contexte comprennent le rivaroxaban à 15 mg par jour (10 mg pour les patients atteints d'insuffisance rénale), le dabigatran à 110 mg ou à 150 mg 2 f.p.j. et la warfarine. Si la warfarine est nécessaire, le RIN cible recommandé est de 2,0 à 2,5. Tous les patients devraient recevoir une dose de charge d'AAS de 160 mg au moment de l'ICP (s'ils n'ont jamais reçu d'AAS avant). Par la suite, l'AAS peut être arrêté dès le jour suivant l'ICP.
- 3 Un traitement prolongé avec un inhibiteur du récepteur P₂Y₁₂ peut être ajouté à l'AAS si des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique se développent et si le risque de saignement est faible.
- 4 L'anticoagulant oral au-delà de la période initiale du traitement antithrombotique (jusqu'à un an après l'ICP) devrait être administré à des doses standard de prévention de l'AVC, conformément aux lignes directrices de la SCC sur la fibrillation auriculaire. Un simple traitement antiplaquettaire avec de l'AAS ou du clopidogrel peut être ajouté à l'anticoagulant oral si des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique se développent et si le risque de saignement est faible.

FA : fibrillation auriculaire; AAS : acide acétylsalicylique; ENM : endoprothèse en métal nu; EM : endoprothèse à élution médicamenteuse; ACO : anticoagulant oral; ICP : intervention coronarienne percutanée; STAP : simple traitement antiplaquettaire

Patients atteints de FA qui subissent une ICP

Chez les patients atteints de FA et subissant une ICP pour traiter le SCA ou une ICP non urgente à haut risque :

- Si le patient a moins de 65 ans et un CHAD₂=0, nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire seule avec de l'AAS à 81 mg par jour et un inhibiteur du récepteur P₂Y₁₂ (le ticagrélor ou le prasugrel est recommandé pour les patients atteints de SCA et le clopidogrel est recommandé pour les patients qui subissent une ICP non urgente) pendant une période allant jusqu'à 12 mois (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Valeurs et préférences - Les patients atteints de FA qui ont moins de 65 ans, un CHADS₂ = 0 et qui subissent une ICP nécessitent une bithérapie antiplaquettaire afin de réduire les risques d'événements thrombotiques coronariens. Les anticoagulants oraux ne sont pas recommandés chez les patients présentant un faible risque d'AVC.

Conseil pratique - La durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients atteints de SCA (ou ceux qui subissent une ICP à haut risque), qui sont aussi atteints de FA avec un faible risque d'AVC, doit dépendre d'une évaluation claire des risques d'événements thrombotiques coronaires et de saignement. Les patients dont le risque d'événements thrombotiques coronariens est peu élevé, mais dont le risque de saignement est élevé, peuvent envisager une bithérapie antiplaquettaire plus courte, et les patients dont ces risques sont inversés peuvent envisager une bithérapie antiplaquettaire plus long.

Chez les patients atteints de FA qui subissent une ICP pour traiter le SCA ou une ICP non urgente à haut risque :

- Si le patient a 65 ans ou plus ou un $CHADS_2 \geq 1^*$, nous recommandons un schéma initial de trithérapie avec de l'AAS à 81 mg par jour, du clopidogrel à 75 mg par jour et un anticoagulant oral à intensité/dose réduite. L'AAS peut être arrêté le jour suivant l'ICP ou poursuivi pendant une période allant jusqu'à 6 mois de traitement, selon le risque d'événements thrombotiques coronaires récurrents par rapport au risque de saignement important (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

* *Si le facteur de risque $CHADS_2 = 1$ et que le patient a moins de 65 ans, il existe une autre option pour le traitement initial (en particulier si le patient présente un risque élevé d'événement ischémique) : la bithérapie antiplaquettaire seule avec AAS + ticagrélor ou prasugrel pour le SCA, semblable à la recommandation pour le patient dont le $CHADS_2 = 0$.*

- Après l'arrêt de l'AAS, nous suggérons de poursuivre l'anticoagulant oral et le clopidogrel à 75 mg par jour pour une période allant jusqu'à 12 mois après l'ICP initiale (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences - Chez les patients de 65 à 74 ans, le risque d'AVC est d'environ 2,1 % par année, et il est encore plus élevé après 75 ans, alors que le risque d'événement coronaire est d'environ 6 à 10 % par année après un SCA (STEMI ou NSTEMI), ce qui justifie l'inclusion d'un anticoagulant oral dans le schéma posologique antithrombotique après une ICP. Puisque le risque de saignement est plus élevé avec la trithérapie, une intensité/dose réduite d'anticoagulant oral est suggérée dans ce contexte. La durée de la trithérapie varie en fonction du risque d'événement ischémique (tableau 1) par rapport au risque de saignement (tableau 2) du patient. Chez les patients qui présentent un faible risque d'événement thrombotique et un risque élevé de saignement, la durée de la trithérapie peut être écourtée, et l'AAS peut être arrêté dès le jour suivant l'ICP. Chez les patients dont le risque d'événement thrombotique est très élevé et le risque de saignement est faible, l'AAS peut être maintenu plus longtemps, pendant une période de traitement allant jusqu'à 6 mois. Pour les patients qui présentent un risque moyen d'événement ischémique et de saignement, l'aspirine peut être maintenue pendant une période située entre les deux (par exemple, 1 ou 3 mois).

Patients atteints de FA qui subissent une ICP pour traiter le SCA ou une ICP non urgente à haut risque

FA et ICP pour traiter le SCA ou ICP non urgente à haut risque¹

Âge < 65 et CHADS₂ = 0

AAS + inhibiteur² du P₂Y₁₂
(ticagrélor, prasugrel préférable au clopidogrel pour traiter le SCA)
Durée après l'ICP : jusqu'à 12 mois

AAS +/- inhibiteur⁵ du P₂Y₁₂

Âge ≥ 65 ou CHADS₂ ≥ 1*

Reduced OAC³ + ASA + clopidogrel
AAS : cesser 1 jour après l'ICP ou dans les 6 mois suivants⁴, suivi de : clopidogrel + ACO
Durée après l'ICP : jusqu'à 12 mois

ACO⁶ +/- STAP

*Si le facteur de risque CHADS₂ = 1 et que le patient a moins de 65 ans, il existe une autre option pour le traitement initial (en particulier si le patient présente un risque élevé d'événement ischémique) : la bithérapie antiplaquettaire seule avec AAS + ticagrélor ou AAS + prasugrel, semblable à la recommandation pour le patient dont le CHADS₂ = 0.

Figure 4

1. Une ICP est considérée à haut risque en fonction des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie comme : diabète, SCA antérieur, insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine < 60 ml/min), thrombose de l'endoprothèse antérieure, fumeur actuel, coronaropathie multitrunculaire, plusieurs endoprothèses implantées, lésion de bifurcation complexe, longueur totale de l'endoprothèse > 60 mm, intervention en cas d'occlusion totale chronique ou implantation d'un support vasculaire biorésorbable.
2. Le ticagrélor et le prasugrel sont recommandés pour les patients atteints d'un SCA, alors que le clopidogrel est recommandé pour ceux qui subissent une ICP non urgente.
3. Les schémas évalués en trithérapie comprennent le rivaroxaban à 2,5 mg 2 f.p.j. ou la warfarine. Si la warfarine est nécessaire, le RIN cible recommandé est de 2,0 à 2,5. Les options d'anticoagulants oraux évalués dans un contexte de traitement double comprennent le rivaroxaban à 15 mg par jour (avec du clopidogrel) ou le dabigatran à 110 mg/150 mg bid (avec du clopidogrel).
4. La bithérapie antiplaquettaire aura commencé durant la prise en charge du SCA ou avant l'ICP non urgente à haut risque. L'AAS peut être arrêté le jour suivant l'ICP ou poursuivi pendant une période plus longue (p. ex., 1 à 3 mois, ou pour un maximum de 6 mois après l'ICP). Le moment pour cesser l'AAS variera en fonction du risque d'événement ischémique et de saignement du patient.
5. Un inhibiteur du récepteur P₂Y₁₂ peut être ajouté à l'AAS si des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique se développent et si le risque de saignement est faible.
6. L'anticoagulant oral au-delà d'un an après l'ICP devrait être administré à des doses standard de prévention de l'AVC, conformément aux lignes directrices de la SCC sur la fibrillation auriculaire. Un simple traitement antiplaquettaire avec de l'AAS ou du clopidogrel peut être ajouté à l'anticoagulant oral si des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique se développent et si le risque de saignement est faible.

FA : fibrillation auriculaire; SCA : syndrome coronarien aigu; AAS : acide acétylsalicylique; ACO : anticoagulant oral; ICP : intervention coronarienne percutanée; STAP : simple traitement antiplaquettaire

Conseils pratiques :

- Tous les patients devraient recevoir de l'AAS à 81 mg (ou 160 mg si le patient n'a jamais pris d'AAS) le jour de l'ICP. Par la suite, l'AAS peut être arrêté dès le jour suivant l'ICP.
- Les facteurs associés à l'augmentation du risque d'événement ischémique et de saignement sont indiqués dans les tableaux 1 et 2.
- Dans une situation où il est nécessaire de combiner un anticoagulant oral avec un traitement antiplaquettaire, il faut envisager de réduire la dose d'anticoagulant oral (ou l'intensité de la warfarine), et possiblement de cesser l'AAS le jour suivant l'ICP, compte tenu du risque élevé de saignement dans ce contexte.
 - Les schémas d'anticoagulants oraux évalués dans un contexte de trithérapie comprennent :
 - rivaroxaban à 2,5 mg 2 f.p.j. + AAS + clopidogrel
 - warfarine (le RIN cible recommandé est de 2,0 à 2,5)
 - Les schémas d'anticoagulants oraux qui ont été évalués dans un contexte de traitement double comprennent :
 - rivaroxaban à 15 mg par jour (10 mg chez les patients atteints d'insuffisance rénale) + clopidogrel à 75 mg par jour
 - dabigatran à 110 mg ou à 150 mg deux fois par jour + clopidogrel à 75 mg par jour. Il est à noter que dans l'essai clinique RE-DUAL PCI portant sur le dabigatran chez les patients atteints de FA et subissant une ICP, le dabigatran à 110 mg 2 f.p.j. a été associé à un risque plus élevé de décès ou d'événement thrombotique (11 % comparativement à 8,5 %, rapport de risque de 1,30, IC à 95 % 0,98-1,73, P=0.07). Ce risque n'a pas été observé avec le dabigatran à 150 mg 2 f.p.j. (7,9 % comparativement à 7,9 %, rapport de risque de 0,97, IC à 95 % 0,68-1,39, P=0.44). Par conséquent, chez les patients qui ne présentent pas un risque de saignement élevé, le dabigatran à 150 mg 2 f.p.j. peut être préférable lorsqu'il est utilisé avec le clopidogrel à 75 mg par jour (sans AAS).
 - Des essais cliniques portant sur l'apixaban et l'edoxaban chez des patients atteints de FA et subissant une ICP sont en cours.
- Il convient d'envisager d'utiliser un inhibiteur de la pompe à protons pour minimiser les saignements gastro-intestinaux lorsque les patients suivent une trithérapie.
- Lorsqu'un inhibiteur du récepteur P_2Y_{12} doit être combiné à un anticoagulant oral dans un traitement double ou une trithérapie, le clopidogrel est préférable au ticagrélor et au prasugrel compte tenu de son faible risque de saignement et du manque de données probantes sur le ticagrélor ou le prasugrel en combinaison avec un anticoagulant oral.
- De nombreux résultats d'évaluation des risques ont été formulés afin de quantifier le risque ischémique. Même si aucun de ces résultats n'a été validé chez une population de patients atteints de FA et subissant une ICP, ils peuvent tout de même être utiles pour le clinicien lors de l'évaluation des risques.

Patients atteints de FA qui subissent une ICP

Après la période initiale du traitement antithrombotique chez les patients atteints de FA qui subissent une ICP pour traiter le SCA ou une ICP non urgente à haut risque :

- Si le patient a moins de 65 ans et un $CHADS_2 = 0$, nous recommandons un traitement à long terme avec de l'AAS seul ou, en cas de caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique et un faible risque de saignement, de l'AAS et un inhibiteur du récepteur P_2Y_{12} (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*); ou
- Si le patient a 65 ans ou plus ou un $CHADS_2 \geq 1$, nous recommandons un traitement à long terme avec un anticoagulant oral seul (*forte recommandation, données de qualité modérée et élevée*) ou, si les caractéristiques cliniques ou les caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique persistent et un faible risque de saignement, un anticoagulant oral et un simple traitement antiplaquettaire avec de l'AAS ou un inhibiteur du récepteur P_2Y_{12} (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Conseil pratique - L'essai COMPASS a permis de démontrer que, chez les patients atteints d'une maladie coronarienne ou d'une maladie artérielle périphérique stable, l'AAS ajouté à un anticoagulant oral à très faible dose (rivaroxaban à 2,5 mg 2 f.p.j.) peut réduire le risque d'événement cardiovasculaire majeur. Il est important de noter que le rivaroxaban à 2,5 mg 2 f.p.j. n'a pas été évalué pour ce qui est de la prévention de l'AVC à long terme chez des patients atteints de FA. La dose standard de rivaroxaban pour la prévention de l'AVC chez les patients atteints de FA est de 15 mg ou de 20 mg par jour. Il convient d'envisager de prolonger le traitement à long terme avec un anticoagulant oral (à une dose standard de prévention de l'AVC avec FA) et un simple traitement antiplaquettaire (clopidogrel ou AAS) chez certains patients qui présentent un faible risque de saignement, mais des caractéristiques cliniques ou des caractéristiques à l'angiographie indiquant un risque élevé d'événement ischémique.

- Nous recommandons que les patients ayant une maladie coronarienne symptomatique concomitante et une autre maladie nécessitant la prise d'anticoagulants oraux reçoivent un traitement antithrombotique basé sur l'évaluation claire des risques 1) d'embolie systémique, 2) d'événement coronaire futur et 3) de saignement important sur le plan clinique associés à l'utilisation d'agents antithrombotiques (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Chez les patients ayant déjà bénéficié d'un remplacement valvulaire et qui subissent une ICP pour un SCA ou pour une autre indication :

- Pour les patients ayant subi un remplacement valvulaire avec une prothèse mécanique, nous recommandons un schéma initial composé d'AAS à 81 mg par jour, de clopidogrel à 75 mg par jour et d'un antagoniste de la vitamine K (VKA) (trithérapie). L'AAS peut être arrêté le jour suivant l'ICP ou poursuivi pendant une période allant jusqu'à 6 mois de traitement, selon le risque d'événements thrombotiques récurrents par rapport au risque de saignement important (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).
- Pour les patients ayant subi un remplacement valvulaire avec une prothèse mécanique, nous déconseillons l'utilisation d'un NACO, peu importe qu'il soit en combinaison avec un traitement antiplaquettaire ou utilisé seul (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Pour les patients ayant subi un remplacement valvulaire avec une bioprothèse (implantée il y a moins de 6 mois), nous suggérons une bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS à 81 mg par jour et du clopidogrel à 75 mg par jour pendant au moins 6 mois (pour une période allant jusqu'à 12 mois) (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).
- Pour les patients ayant subi un remplacement valvulaire aortique par cathéter (RVAC) (implanté il y a moins de 6 mois), nous suggérons une bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS à 81 mg par jour et du clopidogrel à 75 mg par jour pendant 3 à 6 mois (*Recommandation faible, données probantes de très faible qualité*).

Valeurs et préférences - Après l'ICP, l'utilisation ininterrompue d'un antagoniste de la vitamine K (warfarine) est essentielle afin de minimiser le risque de thrombose valvulaire chez les patients ayant une prothèse mécanique. L'utilisation de NACO devrait être proscrite dans ces cas. La durée de la trithérapie varie en fonction du risque d'événement thrombotique par rapport au risque de saignement du patient. Chez les patients qui présentent un faible risque d'événement thrombotique et un risque élevé de saignement, la durée de la trithérapie peut être écourtée, et l'AAS peut être arrêté dès le jour suivant l'ICP. Chez les patients dont le risque d'événement thrombotique est élevé et le risque de saignement est faible, la trithérapie peut durer plus longtemps, pendant une période de traitement allant jusqu'à 6 mois. Chez les patients qui présentent un risque modéré d'événement thrombotique et de saignement, la durée de la trithérapie se trouvera entre les deux.

Conseil pratique - La warfarine est spécifiquement indiquée chez les patients ayant une prothèse valvulaire mécanique. Les autres anticoagulants oraux ne sont pas recommandés.

Patients ayant eu une thromboembolie veineuse qui subissent une ICP

Chez les patients ayant eu une thromboembolie veineuse qui subissent une ICP pour un SCA ou pour une autre indication :

- Nous suggérons un schéma posologique initial composé d'AAS à 81 mg par jour, de clopidogrel à 75 mg par jour et d'un anticoagulant administré par voie parentérale **OU** orale (conformément aux recommandations relatives à la thrombose veineuse profonde et à l'embolie pulmonaire). L'AAS peut être arrêté le jour suivant l'ICP ou poursuivi pendant une période allant jusqu'à 6 mois de traitement, selon le risque d'événements ischémiques récurrents par rapport au risque de saignement important. Après l'arrêt de l'AAS, nous suggérons de poursuivre l'anticoagulant oral et le clopidogrel à 75 mg par jour pour une période allant jusqu'à 12 mois après l'ICP initiale (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).
- Pour les patients nécessitant une ICP non urgente, nous recommandons si possible de retarder l'ICP jusqu'à la fin de l'anticoagulant parentéral ou oral visant à traiter la thromboembolie veineuse (*Forte recommandation, données probantes de très faible qualité*).

† Chez certains patients nécessitant une prophylaxie prolongée en rapport avec la TEV (c.-à-d., chirurgie orthopédique ou oncologique), les mêmes recommandations peuvent être suivies concernant le traitement de la TEV. À la fin de la prophylaxie en rapport avec la TEV, la bithérapie antiplaquettaire peut être reprise si la durée minimale n'est pas dépassée selon les autres profils de risques cliniques.

Valeurs et préférences - Cette recommandation met l'accent sur l'optimisation de la prévention et du traitement de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire avec un anticoagulant parentéral ou oral.

Chez les patients ayant eu un thrombus ventriculaire gauche établi qui subissent une ICP pour traiter un SCA ou pour une autre indication :

- Nous suggérons un schéma initial de trithérapie avec de l'AAS à 81 mg par jour, du clopidogrel à 75 mg par jour et un anticoagulant oral. L'AAS peut être arrêté dès le jour suivant l'ICP ou poursuivi pendant une période allant jusqu'à 6 mois de traitement, selon le risque d'événements ischémiques coronaires récurrents par rapport au risque de saignement important. Après l'arrêt de l'AAS, nous suggérons un traitement composé d'un anticoagulant oral et de clopidogrel à 75 mg par jour pendant une période allant jusqu'à 1 an. Si le thrombus du ventricule gauche semble résolu dans les 3 mois suivant l'ICP, nous suggérons de cesser l'utilisation des anticoagulants oraux et de poursuivre le traitement avec de l'AAS à 81 mg par jour et un inhibiteur du récepteur P₂Y₁₂ pendant une période allant jusqu'à 1 an après l'ICP (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Conseil pratique - La warfarine est le seul anticoagulant évalué pour le traitement d'un thrombus ventriculaire gauche établi. Même si les NACO sont généralement plus sûrs que la warfarine, ils n'ont pas fait l'objet d'études dans ce contexte spécifique.

Patients qui subissent une ICP et qui présentent un risque de thrombus ventriculaire gauche

Chez les patients qui subissent une ICP pour traiter un SCA et qui présentent un risque élevé de thrombus du ventricule gauche :

- Nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS à 81 mg par jour et soit du ticagrélor à 90 mg deux fois par jour, soit du prasugrel à 10 mg une fois par jour pendant un an (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Nous recommandons d'éviter la trithérapie en raison du peu de données concernant la prévention du thrombus du ventricule gauche et du risque élevé de saignement (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Procurez-vous iCCS, l'application tout-en-un sur les lignes directrices!



L'application iCCS contient de l'information sur les plus récentes lignes directrices

Téléchargez l'application mobile iCCS aujourd'hui

Pour de plus amples renseignements, consultez le [CCS.CA/fr/applications](https://www.ccs.ca/fr/applications)





Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.

Veillez visitez notre site Web à

www.ccs.ca



@CCS_SCC