

Consensus d'expert de l'ACC : Association du traitement anticoagulant oral au traitement antiagrégant

Message principal : L'utilisation de la «trithérapie» de traitement antithrombotique n'est pas recommandée pour la plupart des patients en raison d'un risque accru de saignement. Si une trithérapie est nécessaire, une courte durée (par exemple, pas plus de 30 jours) est recommandée

1. Environ 10% des patients ayant eu une ATC récente ont une fibrillation atriale (FA) concomitante. D'autres peuvent avoir une maladie thromboembolique veineuse (MTEV) concomitante. Le choix du protocole antithrombotique optimal est un challenge.

2. Il existe généralement quatre situations cliniques possibles :

- A. Une FA antérieure déjà sous anticoagulants et nécessité de pratiquer une ATC
- B. Une FA d'apparition récente nécessitant une anticoagulation chez un patient déjà sous traitement antiagrégant plaquettaire pour une cardiopathie ischémique
- C. Une MTEV préalable sous anticoagulants et nécessité de pratiquer une ATC
- D. Une MTEV récente ou récidivante nécessitant une anticoagulation chez un patient déjà sous traitement antiagrégant plaquettaire pour une cardiopathie ischémique

3. En général, l'utilisation de la «trithérapie» (bithérapie antiplaquettaire plus anticoagulants) n'est pas recommandée pour la plupart des patients en raison d'un

risque accru de saignement. Si une trithérapie est nécessaire, une courte durée (par exemple, pas plus de 30 jours) est recommandée. Lorsqu'il est associé à un anticoagulant, le clopidogrel est l'agent antiplaquettaire recommandé pour la plupart des patients. Si l'aspirine est utilisée, elle doit être limitée à <100 mg par jour.

4. Pour les patients prenant plus que deux traitements antithrombotiques, l'initiation ou la poursuite d'un inhibiteur de la pompe à protons et le sursoit à d'autres médicaments anti-inflammatoires doivent être préconisés pour réduire le risque d'hémorragie digestive.

5. Pour les patients ayant une FA sous anticoagulants et qui ont besoin d'une ATC, l'utilisation d'un anticoagulant oral direct (AOD) est préférable à un antagoniste de la vitamine K (AVK). Une anticoagulation orale associée à une association antiplaquettaire P2Y12 est recommandée pendant les 6 à 12 premiers mois (possibilité de passer du P2Y12 à l'aspirine pendant du 6^{ème} au 12^{ème} mois en cas d'ATC effectuée pour une cardiopathie ischémique stable), suivie d'une monothérapie à base d'anticoagulants après 12 mois.

6. Pour les patients sous traitement antiagrégant plaquettaire (AAP) qui développent une FA de novo, la prise en charge dépend de l'indication du traitement AAP. Pour la prévention cardiovasculaire primaire, le passage à une monothérapie à base d'anticoagulant est recommandé. En cas d'ATC avec cardiopathie ischémique stable ou un syndrome coronarien aigu, l'utilisation d'un anticoagulant oral plus un inhibiteur de P2Y12 pendant 12 mois au maximum est recommandée, suivie d'un anticoagulant oral seul. Pour les patients ayant une maladie cérébrovasculaire sans stent carotidien, une monothérapie par anticoagulation orale est recommandée. Pour les patients ayant un stent carotidien ou une artériopathie périphérique, une courte anticoagulation associée à un inhibiteur du P2Y12 peut être recommandée, suivie d'une anticoagulation orale seule.

7. La prise en charge des patients ayant déjà eu une MTEV dépend de la situation clinique au cours de laquelle l'événement de la MTEV s'est produite. Si la MTEV était associée à des facteurs de risque fortement favorisants et réversibles, alors retarder une ATC peut être envisagé pour que le traitement anticoagulant puisse être interrompu. Si une anticoagulation à long terme ou indéfinie serait nécessaire, l'utilisation de doses de traitement standard d'anticoagulation plus un traitement AAP

à base des inhibiteurs de P2Y12 est recommandée après l'ATC. Si la dose d'anticoagulation est réduite (par exemple, «AOD demi-dose» pour la prévention secondaire de la MTEV), la poursuite de l'utilisation d'un seul AAP (par exemple, l'aspirine) est indiquée à long terme.

8. Pour les patients sous traitement AAP qui développent un nouvel événement de MTEV, l'utilisation d'une anticoagulation associée à un seul AAP est généralement recommandée. Les patients sous traitement AAP pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires ou à plus de 12 mois de l'ATC la plus récente ou du syndrome coronarien aigu peuvent être traités par une anticoagulation en monothérapie.

9. Pour les patients prenant des médicaments AOD qui nécessitent une ATC, la plupart des AOD peuvent être arrêtés de 36 à 48 heures avant la procédure. Un arrêt plus précoce des AOD avant la procédure d'ATC peut être nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée à sévère, en particulier en cas d'utilisation du dabigatran.

10. Lorsqu'il est utilisé en association avec des AAP, le dosage des AOD suit généralement les directives de la Food and Drug Administration pour la prévention des AVC dans la FA ou le traitement de la MTEV. Cependant, le rivaroxaban peut être administré à 15 mg par jour (réduire à 10 mg par jour pour une clairance de la créatinine <50 ml / min) lorsqu'il est associé à des inhibiteurs de P2Y12, sur la base de l'étude PIONEER-AF PCI

Référence

[Dharam J Kumbhani](#), [Christopher P Cannon](#), [Craig J Beavers](#), [Deepak L Bhatt](#), [Adam Cuker](#), [Ty J Gluckman](#), [Joseph E Marine](#), [Roxana Mehran](#), [Steven R Messe](#), [Nimesh S Patel](#), [Benjamin E Peterson](#), [Kenneth Rosenfield](#), [Sarah A Spinler](#), [Vinod H Thourani](#)

2020 ACC Expert Consensus Pathway for Anticoagulant and Antiplatelet Therapy

J Am Coll Cardiol 2020 Nov 26;S0735-1097(20)36615-8.
doi:10.1016/j.jacc.2020.09.011.