

NUMÉRO THÉMATIQUE

Thrombose de stent

Éditorial

La thrombose de stent dans tous ses états

La thrombose de stent est une complication rare mais qui reste redoutable, grevée d'une mortalité élevée. Sa survenue est multifactorielle. Elle dépend du patient, de son traitement, de la lésion elle-même ou de la procédure d'angioplastie. En l'espace de quelques années, l'évolution de la technologie des stents et les progrès pharmacologiques obtenus avec les nouveaux antiagrégants plaquettaires ont permis de réduire le risque de thrombose de stent de façon significative.

Plus récemment, l'imagerie endoluminale, en particulier la tomographie par cohérence optique (OCT), s'est montrée déterminante dans la compréhension du mécanisme de la thrombose et sa prise en charge. Dans le registre PESTO, conduit dans 17 centres français, l'OCT a identifié une cause mécanique potentiellement responsable de la thrombose dans 97 % des cas (malapposition, rupture d'une plaque de néo-athérome, sous-déploiement, mailles non couvertes). L'analyse de ces informations a permis de guider la stratégie thérapeutique dans plus de la moitié des cas. Il reste à déterminer si cette modification de la prise en charge est ou non associée à une réduction des événements cardiovasculaires.

La prévention des thromboses de stent repose en partie sur l'évolution des endoprothèses. La réduction de l'épaisseur des mailles, l'avènement de nouvelles drogues et de nouveaux polymères ont eu pour conséquence de réduire ce risque. Les stents actifs à polymère biodégradable ou dépourvus de polymère ont montré des résultats prometteurs qu'il conviendra de confirmer en pratique clinique quotidienne. Il en est de même des stents entièrement biorésorbables.

Si les nouveaux inhibiteurs des P_2Y_{12} se sont montrés efficaces à prévenir les thromboses de stent dans les syndromes coronariens aigus, le monitoring de l'inhibition plaquettaire par des tests spécifiques n'a pas fait la preuve de son bénéfice clinique. La thérapie sur mesure, comme celle testée dans l'essai ANTARCTIC qui évalue l'ajustement de la posologie du prasugrel en fonction des tests plaquettaires, pourrait améliorer l'efficacité et la sécurité d'emploi des inhibiteurs des P_2Y_{12} . Cette approche individuelle de la prise en charge pharmacologique s'applique déjà à la durée optimale de la bithérapie antiagrégante plaquettaire, qui peut être raccourcie dans certaines situations à haut risque hémorragique et prolongée au-delà de 1 an chez les patients à haut risque thrombotique.

Ce Numéro thématique de *Réalités Cardiologiques* a été élaboré par des auteurs ayant activement contribué aux progrès accomplis ces dernières années dans le domaine pharmacologique ou dans celui de l'imagerie. Tout ce que le cardiologue, interventionnel ou non, doit connaître de la thrombose de stent s'y trouve. Bonne lecture !



→ **N. MENEVEAU**
Pôle Cœur-Poumon,
CHU Jean Minjot, BESANÇON.