

Stratégies antithrombotiques dans la fibrillation auriculaire.

Cas pratiques guidés par les recommandations ESC 2010

→ F. DIEVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Utilisation des scores d'évaluation du risque embolique et hémorragique

Tous ces cas pratiques concernent un patient qui consulte pour un bilan cardiologique demandé par le médecin traitant du fait de la constatation d'un rythme cardiaque irrégulier, non rapide et asymptomatique. La stratégie discutée est celle du traitement antithrombotique au long cours et non pas à court terme et non pas celle du traitement proprement rythmologique.

1^{er} cas : Homme de 75 ans

Un âge au moins égal à 75 ans est un marqueur majeur du risque embolique et constitue à lui seul une indication au traitement anticoagulant. Le choix du traitement est donc d'emblée simple et ne nécessite pas de rechercher les autres éléments du score CHADS2 ou du score CHA2DS2-VASc.

L'indication d'une anticoagulation étant posée, la première étape est d'évaluer le risque de complications hémorragiques par l'utilisation du score HAS-BLED. Il sera donc nécessaire d'effectuer un bilan sanguin permettant d'évaluer la fonction rénale et hépatique.

>>> Si la valeur de ce score est inférieure à 4, l'indication du traitement

anticoagulant reste posée et il convient de passer aux étapes suivantes :

- informer le patient des arguments en faveur de ce traitement et de ses risques,
- évaluer la capacité du patient à prendre correctement ce traitement au long cours après l'avoir informé des modalités et enjeux.

Une fois cette démarche accomplie, il reste à prendre en compte les préférences du patient.

>>> Si le score HAS-BLED est supérieur à 3 (donc au moins égal à 4), il est logique que les données des étapes d'information, de capacité à prendre correctement le traitement et les préférences du patient prennent une place plus importante. En cas de refus du patient de prendre des AVK et d'autant plus que le risque hémorragique est élevé, deux options seront alors à discuter : l'abstention d'antithrombotiques (l'utilisation de l'aspirine expose à un risque hémorragique similaire à celui des AVK à cet âge et son bénéfice est moindre) ou l'utilisation du dabigatran à 110 mg, deux fois par jour, lorsque ce traitement aura une AMM spécifique.

2^e cas : Femme de 66 ans

Le CHADS2 est égal à 0, il faut donc évaluer le risque embolique par le CHADS2-VASc. Du fait du sexe et de l'âge, le score est égal à 2 et l'indication des anticoagulants est posée.

Les étapes ultérieures sont les mêmes que dans le cas précédent.

L'élément qui va différer est qu'en cas de refus de la patiente de prendre des AVK, et d'autant plus que le risque hémorragique est élevé, les options seront différentes puisque le bénéfice de l'aspirine semble être plus important que dans le cas précédent. De ce fait, trois options thérapeutiques sont possibles :

- l'aspirine seule,
- l'association de clopidogrel et d'aspirine,
- le dabigatran, à faible posologie (110 mg deux fois par jour) en cas de score HAS-BLED à 3, et à posologie plus élevée (150 mg deux fois par jour) en cas de score HAS-BLED entre 0 et 2, lorsque cette molécule aura l'AMM.

3^e cas : Femme de 63 ans

Le CHADS2 est égal à 0, le CHA2DS2-VASc doit donc être évalué. S'il reste égal à 1 (du fait du sexe féminin) et si l'échocardiographie n'a pas permis de visualiser correctement l'aorte, une échographie transœsophagienne doit être proposée.

>>> S'il n'y a pas de plaques d'athérome aortique, le CHA2DS2-VASc reste égal à 1 et il peut être proposé à cette patiente soit des anticoagulants, soit de l'aspirine (à une posologie quotidienne comprise entre 75 et 325 mg), en préférant les anticoagulants.

>>> S'il y a des plaques d'athérome aortique, le CHA2DS2-VASc devient

égal à 2, et l'indication des anticoagulants est retenue.

Les étapes ultérieures sont les mêmes que dans le cas précédent avec les mêmes options complémentaires en fonction des préférences de la patiente et de son score HAS-BLED.

Il est à noter qu'en cas de CHA2DS2-VASc égal à 1 et, dans le cas où le choix thérapeutique s'est porté vers l'aspirine, il faut informer la patiente que ce choix sera à reconsidérer 2 ans plus tard, lorsque l'âge de 65 ans sera atteint, du fait d'une augmentation du score CHA2DS2-VASc.

Quel que soit le cas du patient

Dans tous les cas, l'évaluation du risque embolique et du risque hémorragique devra être faite régulièrement, le niveau d'un patient évoluant dans ces scores au fil du temps par le seul accroissement de l'âge, mais aussi du fait de la survenue de nouveaux éléments, dont la difficulté à obtenir un INR stable par exemple.

Enfin, pour des raisons médico-légales, il est nécessaire de consigner dans le dossier médical et sur le courrier de correspondance du patient les résultats de l'évaluation de ces scores, et les choix faits par le patient.

Situations pratiques associant FA et maladie coronaire chronique ou aiguë

1^{er} cas : Homme de 70 ans, FA sous AVK, syndrome coronaire aigu, pression artérielle à 170 mmHg, diabète, antécédent d'AIT et insuffisance rénale. Lésion de l'IVA proximale

>>> Quel type de stent utiliser ?

Le diabète et la lésion de l'IVA proximale sont des indications validées

pour utiliser un stent actif. Mais le score HAS-BLED de ce patient est au moins égal à 3 (âge supérieur à 65 ans, hypertension non contrôlée, antécédent d'AIT et insuffisance rénale).

Dans ce cas, seul un stent nu est à proposer, car l'implantation d'un stent actif va nécessiter une triple thérapie (avec un AVK et un INR entre 2,0 et 2,5, de l'aspirine à une posologie $\leq$ 100 mg/j et du clopidogrel à 75 mg/j) dont la durée est associée à une augmentation progressive du risque hémorragique. Le recours à un stent nu va permettre de diminuer la durée de la triple thérapie et donc la durée d'exposition à une majoration du risque hémorragique.

>>> Quelle stratégie antithrombotique utiliser et combien de temps ?

La durée de la triple thérapie est ici plus conditionnée par le risque hémorragique élevé que par la situation clinique.

La triple thérapie (avec un AVK et un INR entre 2,0 et 2,5, de l'aspirine à une posologie $\leq$ 100 mg/j et du clopidogrel à 75 mg/j) sera maintenue pendant 4 semaines.

Ensuite, un des deux antiagrégants sera arrêté, et jusqu'à 12 mois, l'AVK (avec un INR cible entre 2,0 et 2,5) sera maintenu en association soit au clopidogrel 75 mg/j, soit à l'aspirine ($\leq$ 100 mg/j).

Après 12 mois, l'antiagrégant plaquettaire sera maintenu seul avec un INR cible entre 2,0 et 3,0.

2^e cas : Homme de 70 ans, coronarien stable, sort d'hospitalisation pour survenue d'une FA, est de nouveau en rythme sinusal et reçoit un AVK et 75 mg/j d'aspirine

Il n'y a aucune démonstration que l'association d'aspirine à un AVK

diminue le risque ischémique. En revanche, il est démontré que cette association augmente le risque hémorragique.

Il faut donc arrêter d'emblée le traitement par aspirine si le score CHA2DS2-VASc est au moins égal à 1, ce qui est le cas, puisque l'âge est supérieur à 65 ans.

3^e cas : Homme de 70 ans, FA permanente, sort d'hospitalisation après une angioplastie avec stent actif pour un syndrome coronaire aigu avec comme traitement : AVK, aspirine à 160 mg/j et clopidogrel à 2 comprimés par jour

Lorsqu'une triple thérapie est instituée, le risque hémorragique est d'autant plus élevé que les doses des traitements sont élevées.

Il faut donc d'emblée réduire la posologie d'aspirine à 75, voire 100 mg/j et celle de clopidogrel à 75 mg par jour. Il faut indiquer que l'INR cible est compris entre 2,0 et 2,5 et non pas 3,0 pour la borne supérieure.

Dans ce cas de figure, dès lors que le score HAS-BLED avait été vérifié, permettant l'implantation d'un stent actif, le fait que le stent soit actif ou non ne change pas la stratégie antithrombotique à moyen et long termes qui est la suivante :

- pendant les 6 premiers mois : maintien de la triple thérapie avec AVK (INR entre 2,0 et 2,5) + aspirine ($\leq$ 100 mg/j) + clopidogrel 75 mg/j,
- dans un deuxième temps et jusqu'à 12 mois : arrêt d'un des deux antiagrégants plaquettaires et maintien de l'AVK (INR entre 2,0 et 2,5) et soit du clopidogrel 75 mg/j, soit de l'aspirine ($\leq$ 100 mg/j),
- ensuite et en traitement au long cours : arrêt du deuxième antiagrégant et maintien des AVK seuls (INR entre 2,0 et 3,0).