

## SYMPOSIUM European Society of Cardiology

# La double antiagrégation plaquettaire dans le STEMI : de la signification statistique à la pertinence clinique

L'utilisation d'une double antiagrégation plaquettaire est actuellement recommandée pour toutes les angioplasties primaires pour syndrome coronarien aigu. Le prasugrel et le ticagrelor ont fait la preuve de leur supériorité par rapport au clopidogrel dans de nombreux essais cliniques [1, 2].

Aux vues de ces données, l'ESC a publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge des STEMI [3]. Le traitement antithrombotique comprend une double antiagrégation plaquettaire (classe IA) par aspirine et antagoniste du récepteur de l'ADP, associée à une anticoagulation parentérale. La dose de charge d'aspirine est de 150 à 300 mg per os (80 à 150 mg IV en cas d'impossibilité). En première intention, le choix de l'antagoniste du récepteur de l'ADP doit se porter sur le prasugrel (60 mg puis 10 mg/j en 1 prise) ou le ticagrelor (180 mg puis 90 mg/2 fois/j) (classe IB). Le clopidogrel est administré en cas de contre-indication et/ou d'indisponibilité des deux autres molécules (classe IC). Sa dose de charge est de 600 mg, suivie de 150 mg par jour durant la première semaine, puis 75 mg/j au long cours.

Plusieurs situations particulières peuvent se présenter, notamment :

- **En cas de thrombolyse**, seule l'association aspirine/clopidogrel (dose

de charge de 300 mg si  $\leq 75$  ans) est préconisée [4], en raison de l'absence de donnée concernant le prasugrel et le ticagrelor dans cette situation.

- **En cas de nécessité de pontage aorto-coronarien**, le risque de saignement est accru [5, 6] et doit être mis en balance avec le risque de récurrence ischémique, l'étendue de l'atteinte coronaire, le type de chirurgie. Chez un patient stable, la durée d'interruption préconisée est de 7 jours pour le prasugrel, 3 à 5 jours pour le ticagrelor 5 et 5 jours pour le clopidogrel, avec reprise dès que le risque hémorragique est jugé faible.

- **En cas de non-reperfusion**, l'association aspirine/clopidogrel (sans dose de charge) est indiquée.

La population des patients diabétiques présente un risque plus élevé de décès et de complications, par conséquent le bénéfice du prasugrel ou du ticagrelor par rapport au clopidogrel chez ces patients s'avère plus important.

Concernant la durée de double antiagrégation plaquettaire, l'aspirine est poursuivie à vie, alors que les inhibiteurs de l'ADP sont maintenus jusqu'à 12 mois après un STEMI, avec un minimum de 1 mois pour un stent nu et de 6 mois pour un stent actif.

Ces recommandations concernent notamment les patients ayant une indication formelle à une anticoagulation efficace, chez lesquels la durée de la triple thérapie antithrombotique doit être réduite afin de minimiser le risque hémorragique.

Parmi les nouveaux antiagrégants plaquettaires, on dispose des données dans la vie réelle sur l'expérience clinique en termes d'efficacité et de sécurité d'emploi pour le prasugrel qui bénéficie de plus de 3 ans d'expérience en Europe, notamment avec le registre ATACS. Ce registre allemand a inclus près de 6 000 patients entre 2009 et 2011, dont environ 2 300 ont bénéficié d'une angioplastie pour SCA ST+. Un tiers des patients a reçu une bithérapie aspirine et prasugrel. Les patients les plus âgés, ceux de petit poids, de sexe féminin ont moins souvent reçu du prasugrel.

On observe une diminution de la mortalité sous prasugrel comparé au clopidogrel (2,1 % vs 4,6 %) et une réduction des événements cardiovasculaires majeurs (2,7 % vs 5,2 %), sans augmentation des saignements majeurs sous prasugrel ; des données qui confirment le bénéfice du prasugrel et sa place de traitement de référence chez les patients STEMI.

Enfin, les perspectives actuelles d'amélioration de la prise en charge des STEMI concernent également l'optimisation de la phase préhospitalière. Celle-ci repose sur la sensibilisation du grand public aux symptômes et à l'importance du premier contact médical, permettant un diagnostic précoce, l'administration d'une thérapie antithrombotique et l'acheminement direct du patient dans un centre de cathétérisme cardiaque [7]. Des éléments évalués dans un autre registre soutenu par Daiichi Sankyo et Lilly MULTIPRAC, actuellement en cours en Europe auprès de plus de 4000 patients SCA ST+.

### Bibliographie

1. WIVIOTT D. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2007; 357: 2001-2015.
2. WALLENTIN L. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2009; 361: 1045-1057.
3. STEG PG *et al.* ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 2012; doi: 10.1093.
4. SABATINE MS. Addition of Clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med*, 2005; 352: 1179-1189.
5. STEG PG. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with ST-elevation acute coronary syndromes intended for reperfusion with primary percutaneous coronary intervention: a platelet inhibition and patient outcomes (PLATO) trial subgroup analysis. *Circulation*, 2010; 122: 2131-2141.
6. MONTALESCOT G. Prasugrel compared with clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention for myocardial infarction. *Lancet*, 2009; 373: 723-731.
7. STEG PG. Bypassing the emergency room reduces delays and mortality in ST elevation myocardial infarction: the USIC 2000 registry. *Heart*, 2006; 92: 1378-1383.

F. Pontnau

Hôpital Saint-Joseph-PARIS

Compte rendu d'un symposium  
organisé par les Laboratoires

Daiichi Sankyo dans le cadre de l'ESC.

## réalités

## Bulletin d'abonnement

Je m'abonne à  
**réalités Cardiológicas**

**Médecin** ☐ 1 an : 60 €  
☐ 2 ans : 95 €

**Etudiant/Interne** ☐ 1 an : 50 €  
(joindre un justificatif) ☐ 2 ans : 70 €

**Etranger** ☐ 1 an : 80 €  
(DOM-TOM compris) ☐ 2 ans : 120 €

BULLETIN À RETOURNER À :

**PERFORMANCES MÉDICALES**

91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE  
75011 PARIS

**4**  
crédits  
FMC/an

Déductible des  
frais professionnels

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Code Postal

E.mail

**Règlement** ☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire (sauf American Express)

carte n°

cryptogramme  date d'expiration

Signature