

## NUMÉRO THÉMATIQUE

### Les NACOs dans la FA

# FA et maladie coronaire: quelle place pour les NACOs? Quelles associations antithrombotiques?

La coexistence d'une maladie coronaire (stable ou instable) et d'une fibrillation auriculaire (persistante ou récente) n'est pas rare. Dans le registre GRACE, 14 % des 21 700 patients pris en charge pour un SCA avaient une FA préexistante ou un nouvel épisode de FA et, dans l'étude CHARISMA, 3,5 % des 9 400 patients stables (inclus pour une maladie athérombotique avérée) avaient une FA associée. Inversement, 14 à 18 % des patients inclus dans les études RE-LY (dabigatran), ROCKET-AF (rivaroxaban) et ARISTOTLE (apixaban) avaient un antécédent d'infarctus.

Cette association a un impact pronostique délétère démontré (la mortalité est multipliée par 3 dans une analyse poolée de plus de 120 000 patients ayant un SCA) et complique considérablement les modalités du traitement antithrombotique. Il faut en effet jongler entre la double antiagrégation plaquettaire (DAPT) et l'anticoagulation efficace. La trithérapie antithrombotique (TAT) est associée à un doublement des complications hémorragiques comparée à la DAPT et doit être limitée dans les indications et le temps.



→ O. BARTHÉLÉMY  
Institut de Cardiologie,  
CHU Pitié-Salpêtrière, PARIS.

La disponibilité récente des NACOs ajoute un niveau de complexité dans la stratégie thérapeutique de ces patients. Les avantages attendus sont nombreux (une demi-vie courte, la possibilité de recourir à des posologies diminuées, l'absence de contrôle biologique...) avec quelques limites cependant (absence d'antidote, peu de preuve clinique en association notamment avec les nouveaux antiplaquettaires...). Le traitement antithrombotique de ce type de patient doit tendre vers un subtil équilibre entre le risque thromboembolique (FA), le risque ischémique (maladie coronaire) et le risque hémorragique (antithrombotiques). De nombreux scores permettent une évaluation de chacun de ces risques (CHA2DS2-VASc, GRACE pour le SCA et HAS-BLED, respectivement) et sont des outils d'aide à la prescription pour les praticiens (fig. 1).

Il existe peu de données cliniques solides (études randomisées) pour guider le praticien dans le choix du meilleur traitement antithrombotique dans cette situation clinique particulière, et les recommandations actuelles reposent essentiellement sur des consensus d'experts. Schématiquement, trois situations cliniques peuvent se présenter et conduisent à des prises en charge différentes :

- SCA chez le patient en FA persistante déjà sous anticoagulants au long cours ;
- nouvel épisode de FA dans les suites d'un SCA ;
- nouvel épisode de FA chez le coronarien stable.

Quelle que soit la situation, la prévention des complications hémorragiques impose certaines précautions :

- utiliser de faibles doses d'aspirine (75-100 mg).

# NUMÉRO THÉMATIQUE

## Les NACOs dans la FA

	Paramètres	Points
C	Insuffisance cardiaque	1
H	HTA	1
A <sub>2</sub>	Âge ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1
S <sub>2</sub>	Stroke (AVC, AIT, embolie périphérique)	2
V	Maladie vasculaire (IDM, AOMI, athérome aortique)	1
A	Âge 65-74 ans	1
Sc	Sexe féminin	1

	Paramètres	Points
H	HTA	1
A	Anomalie de la fonction rénale/hépatique	1/1
S	Stroke (AVC)	1
B	Bleeding (hémorragie)	1
L	INR Labile	1
E	Elderly (âge > 65 ans)	1
D	Drogues/alcool	1/1

Fig. 1: Scores de risque thromboembolique (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc) en haut, hémorragique (HAS-BLED) au centre et ischémique du SCA (GRACE) en bas.

- en cas d'angiographie coronaire, utiliser la voie radiale.
- en cas d'angioplastie, préférer les stents nus (BMS).

### Patient en FA sous AVK/ NACOs présentant un SCA

#### 1. Procédure coronaire interventionnelle

En cas de nécessité d'une exploration coronaire invasive, il est admis que la procédure peut être effectuée sous AVK sans adjonction d'héparine chez les patients qui sont déjà sous ce traitement au long cours. Ce n'est pas le cas avec les NACOs qui n'ont pas été évalué spécifiquement dans cette situation. Il est donc recommandé d'interrompre et de relayer ces traitements par une anticoagulation IV le temps de la procédure. Pour rappel, une augmentation des thromboses intracathéter a été rapportée dans l'étude OASIS V avec le fondaparinux (anti-Xa IV). Bien entendu, la voie radiale qui s'accompagne d'une quasi-disparition des complications hémorragiques au point de ponction doit être privilégiée. Enfin, dans certains cas, une angioplastie au ballon seul peut s'envisager ou bien un traitement chirurgical préféré en cas d'atteinte multitrunculaire, afin d'éviter le recours à une trithérapie antithrombotique.

#### 2. Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST

Pour les patients sous anticoagulants, l'angioplastie primaire est fortement recommandée plutôt que la thrombolyse. Le relais des NACOs n'étant pas possible dans cette situation, il est recommandé d'effectuer une injection complémentaire d'anticoagulant IV. Les inhibiteurs des Gp IIb/IIIa doivent être utilisés avec parcimonie, uniquement en *bail out*. Si la thrombolyse est la seule option, aucune héparine ne

doit être administrée, la vérification des paramètres d'hémostase reste difficile dans cette situation, et la décision doit se faire au cas par cas, en fonction du rapport bénéfice risque.

### 3. SCA sans élévation du segment ST

Dans la mesure du possible, l'exploration coronaire doit être effectuée 12 heures après la dernière prise de NACO et sous anticoagulant IV.

### 4. Prévention secondaire

Les scores de risque peuvent aider à évaluer la balance bénéfices/risques des différentes stratégies thérapeutiques. La nécessité du traitement anticoagulant au long cours doit être réévaluée. En l'absence de traitement anticoagulant, la durée recommandée de la DAPT est de 12 mois après un SCA, et de 1 mois ou 6 à 12 mois dans la maladie coronaire stable après stent nu ou stent actif, respectivement. Le recours à une trithérapie antithrombotique majore le risque hémorragique.

Dans l'étude WOEST, le risque hémorragique était multiplié par 2 avec la TAT comparée à une association AVK + clopidogrel (**fig. 2**). La trithérapie antithrombotique doit donc être la plus courte possible et peut être de 1 mois après BMS, 3 mois après DES. Ensuite, une monothérapie par NACO ou AVK peut être envisagée en cas de risque ischémique faible (Il n'existe pas d'étude spécifique avec les NACO mais le bénéfice observés avec les NACO par rapport aux AVK est homogène dans tous les sous-groupes et notamment chez les coronariens). En cas de risque hémorragique élevé, une association anticoagulant à faible dose et un antiplaquettaire peut être privilégiée. Faute de données suffisantes, l'association NACO + nouveaux antiplaquettaire ne peut être recommandée.

#### Patient développant une FA en post-SCA

La DAPT est recommandée pour une durée de 12 mois après un SCA. En cas de survenue d'une FA dans cette

période, le traitement antithrombotique doit être modifié.

Pour les patients à bas risque athérombotique et haut risque hémorragique, une monothérapie par AVK peut être envisagée dès 1 à 3 mois après BMS, 6 mois après DES. La monothérapie par NACO reste à évaluer. Pour les patients à haut risque athérombotique, l'association anticoagulant + clopidogrel peut être recommandé au vu des résultats de l'étude WOEST. Si le risque thromboembolique est faible, une DAPT suffit.

Il a été établi que de faibles doses de NACO avaient un effet de prévention des récidives ischémiques (étude ATLAS ACS 2 TIMI 51), mais un effet préventif des complications thromboemboliques n'est pas démontré pour ces posologies. Il faut noter qu'il existe plus d'évidence clinique pour l'utilisation des anti-Xa oraux dans cette indication (l'utilisation du dabigatran étant associée à un surrisque d'infarctus de 33 % dans l'étude RELY, avec cependant un bénéfice clinique net maintenu dans le sous-groupe des patients avec antécédents d'infarctus). En cas d'utilisation du dabigatran, la faible dose (110 mg × 2) est recommandée associée à une dose faible d'aspirine.

#### Patient coronarien stable développant une FA

L'instauration du traitement anticoagulant reste conditionnée au score de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc dans cette situation. L'association AVK + aspirine n'apporte pas de bénéfice supplémentaire par rapport aux AVK seuls, avec un risque hémorragique accru (étude WARIS 2). Une monothérapie par AVK est donc préconisée en cas de FA chez le coronarien stable.

Il n'existe pas d'étude dédiée évaluant les NACO dans ce cas de figure. Cependant, dans les études sur la FA, les 15-20 % de patients avec antécédents

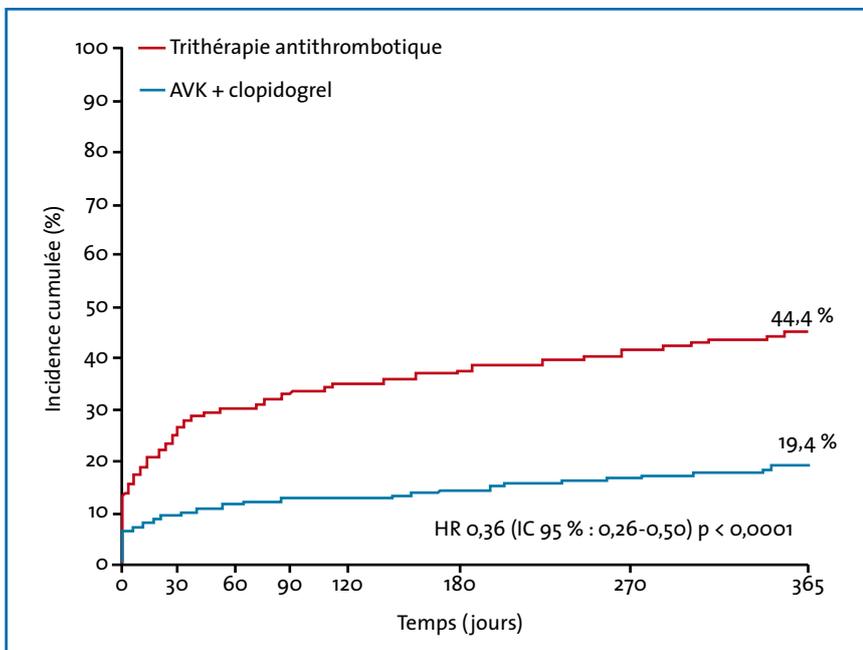


Fig. 2 : Incidence des hémorragies dans l'étude WOEST (Trithérapie antithrombotique vs AVK + clopidogrel).

