

Traitement antithrombotique au cours de l'angioplastie coronaire percutanée

Jeffrey J. Popma, MD; Peter Berger, MD; E. Magnus Ohman, MD, FCCP; Robert A. Harrington, MD;
Cindy Grines, MD and Jeffrey I. Weitz, MD
Chest 2004 ; 126 :576S-599S

1.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : TRAITEMENTS ANTIPLAQUETTAIRES ORAUX

1.1. Aspirine

1.1.1. Chez les patients bénéficiant d'une procédure coronaire interventionnelle (PCI), nous recommandons un prétraitement par aspirine, 75 à 325 mg (**Niveau 1A**).

1.1.2. Pour le traitement à long terme après PCI, nous recommandons l'aspirine, 75 à 162 mg/j (**Niveau 1A**).

1.1.3. Pour le traitement au long cours après PCI, chez les patients recevant un antithrombotique tel que le clopidogrel ou la warfarine, nous recommandons la prescription d'aspirine à faible dose, 75 à 100 mg/j (**Niveau 1C+**).

1.2.1. Ticlopidine versus clopidogrel après la mise en place d'un stent.

1.2.1.1. Chez les patients bénéficiant de la mise en place d'un stent, nous recommandons l'association d'aspirine et d'une thiényridine (ticlopidine ou clopidogrel) plutôt qu'une anticoagulation systémique (**Niveau 1A**).

1.2.1.2. Nous recommandons le clopidogrel plutôt que la ticlopidine (**Niveau 1A**).

1.2.2.1 Nous recommandons une dose de charge de 300 mg de clopidogrel au moins 6 heures avant une PCI planifiée (**Niveau 1B**). Si le clopidogrel est débuté moins de 6 heures avant la PCI, nous suggérons une dose de charge de 600 mg de clopidogrel (**Niveau 2C**).

1.2.2.2. Si la ticlopidine est administrée, nous recommandons une dose de charge de 500 mg au moins 6 heures avant la PCI planifiée (**Niveau 2C**).

1.2.3 Patients intolérants à l'aspirine.

1.2.3.1. Chez les patients bénéficiant d'une PCI qui ne tolèrent pas l'aspirine, nous recommandons que la dose de charge de clopidogrel (300 mg) ou de ticlopidine (500 mg) soit administrée au moins 24 heures avant la PCI planifiée (**Niveau 2C**).

1.2.4. Durée du traitement par thiényridine après mise en place d'un stent.

1.2.4.1. Après PCI, nous recommandons, en association avec l'aspirine, l'administration de clopidogrel (75 mg/j) pendant au moins 9 à 12 mois (**Niveau 1A**).

1.2.4.2. Si la ticlopidine est utilisée à la place du clopidogrel après la PCI, nous recommandons de maintenir la ticlopidine pendant 2 semaines après l'implantation d'un stent nu en association avec l'aspirine (**Niveau 1B**).

1.2.4.3. Chez les patients à risque athéroscléreux faible, tels que les patients ayant une lésion coronaire isolée, nous recommandons le clopidogrel pendant au moins 2 semaines après la mise en place d'un stent nu (**Niveau 1A**), pendant 2 à 3 mois après la mise en place d'un stent au sirolimus (**Niveau 1C+**) et pour 6 mois après mise en place d'un stent au paclitaxel (**Niveau 1C**).

1.3 Les autres agents antiplaquettaires oraux

1.3.1. Pour les patients ayant bénéficié de la mise en place d'un stent coronaire, nous suggérons la prescription de ticlopidine (**Niveau 1B**) ou de clopidogrel (**Niveau 1C**) plutôt que celle de cilostazol.

1.3.2. Les patients intolérants à l'aspirine et bénéficiant d'une PCI, nous suggérons aux cliniciens de ne pas utiliser le dipyridamole comme alternative aux thiényridines (**Niveau 2C**).

2.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : INHIBITEURS DES GPIIb-IIIa

2.1. Pour tous les patients bénéficiant d'une PCI, particulièrement ceux qui ont une PCI primaire ou ceux ayant un angor instable réfractaire ou d'autres facteurs de risque élevés, nous recommandons l'utilisation d'inhibiteurs de GPIIbIIIa (abciximab ou eptifibatide) (**Niveau 1A**).

2.2. Chez les patients bénéficiant d'une PCI pour un syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST, nous recommandons l'abciximab plutôt que l'éptifi-batide (**Niveau 1B**).

Remarque : chaque fois que cela est possible, l'abciximab devrait être débuté avant le gonflement du ballonnet.

2.3. Nous recommandons l'administration d'abciximab en bolus de 0,25 mg/kg suivie d'une perfusion de 12 heures à une vitesse de 10 µg/min

(**Niveau 1A**) et l'administration d'eptifibatide par un double bolus (180 µg/min/kg chacun à 10 min d'intervalle) suivi d'une perfusion de 18 heures de 2,0 µg/min/kg/min (**Niveau 1A**).

2.4 Chez les patients bénéficiant d'une PCI, nous recommandons **DE NE PAS** utiliser le tirofiban comme alternative à l'abciximab (**Niveau 1A**).

2.5 Pour les patients avec un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST ou ayant un angor instable, qui sont à risque moyen à élevé sur la base du score TIMI, nous recommandons l'administration en amont d'un inhibiteur de GPIIb/IIIa (soit eptifibatide ou tirofiban) débuté dès que possible avant la PCI (**Niveau 1A**).

2.6 Chez les patients avec un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST recevant comme traitement d'amont du tirofiban, nous recommandons que la PCI soit différée d'au moins 4 heures après le début de la perfusion de tirofiban (**Niveau 2C**).

2.7 Chez les patients avec un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST et une élévation de la troponine, pour lesquels une PCI est planifiée, nous recommandons que l'abciximab soit débuté dans les 24 heures précédant l'intervention (**Niveau 1A**).

Motivations et préférences : Ces recommandations pour l'utilisation des inhibiteurs des GPIIb/IIIa privilégient la prévention des événements cardiovasculaires et accorde une valeur relative faible à leur coût et à leurs complications hémorragiques.

3.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : HÉPARINE NON FRACTIONNÉE

3.1 Chez les patients recevant un inhibiteur de GPIIb/IIIa, nous recommandons un bolus d'héparine de 50 à 70 UI/kg pour atteindre un ACT cible de plus de 200 sec (**Niveau 1C**).

3.2 Chez les patients ne recevant pas d'inhibiteur de GPIIb/IIIa, nous recommandons que l'héparine soit administrée à une posologie suffisante pour obtenir un TCA entre 250 et 350 sec (**Niveau 1C+**). Nous suggérons un bolus d'héparine ajusté au poids entre 60 et 100 UI/kg (**Niveau 2C**).

3.3 Chez les patients dont la PCI n'est pas compliquée, nous recommandons **DE NE PAS** utiliser de façon routinière la perfusion post-procédurale d'héparine (**Niveau 1A**).

4.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : HÉPARINE DE BAS POIDS MOLÉCULAIRE

4.1 Chez les patients ayant reçu une HBPM avant la PCI, nous recommandons que l'administration d'un traitement anticoagulant supplémentaire dépende de l'heure de la dernière dose d'HBPM (**Niveau 1C**). Si la dernière dose d'énoxaparine a été administrée moins de 8 h avant la PCI, nous suggérons l'absence de traitement anticoagulant additionnel (**Niveau 2C**). Si la dernière dose d'énoxaparine a été administrée entre 8 et 12 h avant la PCI, nous suggérons un bolus IV d'énoxaparin de 0,3 mg/kg au moment de la PCI (**Niveau 2C**). Si la dernière dose d'énoxaparin a été administrée plus de 12 h avant la PCI, nous suggérons un traitement anticoagulant conventionnel pendant la PCI (**Niveau 2C**).

5.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : INHIBITEURS DIRECTS DE LA THROMBINE

5.2.1. Pour les patients bénéficiant d'une PCI qui ne sont pas prétraités par un inhibiteur de GPIIb/IIIa, nous recommandons l'administration de bivalirudine (0,75 mg/kg en bolus suivi d'une perfusion de 1,75 mg/kg/h pendant la durée de la PCI), plutôt que d'héparine, lors de la PCI (**Niveau 1A**).

5.2.2. Chez les patients bénéficiant d'une PCI qui sont à faible risque de complications, nous recommandons l'administration de bivalirudine comme alternative à l'héparine comme traitement d'appoint aux inhibiteurs de GPIIb/IIIa (**Niveau 1B**).

5.2.3. Chez les patients bénéficiant d'une PCI qui sont à risque hémorragique élevé, nous recommandons la bivalirudine plutôt que l'héparine comme traitement d'appoint aux inhibiteurs de GPIIb/IIIa (**Niveau 1B**).

6.0 PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PCI : ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K

6.0 Chez les patients bénéficiant d'une PCI et sans autre indication de traitement anticoagulant systémique, nous recommandons **DE NE PAS** utiliser la warfarine (ou tout autre antivitamine K) en routine après une PCI (**Niveau 1A**).