

# Traitement antithrombotique en pathologie artérielle coronaire

Robert A. Harrington, MD; Richard C. Becker, MD, FCCP; Michael Ezekowitz, MD; Thomas W. Meade, DM, FCCP; Christopher M. O'Connor, MD; David A. Vorchheimer, MD and Gordon H. Guyatt, MD, FCCP  
Chest 2004; 126: 513S-548S

## 1.0 PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES CORONAIRES AIGUS SANS SUS-DÉCALAGE DU SEGMENT ST

### 1.1. Traitements antiplaquettaires

#### 1.1.1. Aspirine

**1.1.1.1.** Pour tous les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, sans allergie évidente à l'aspirine, nous recommandons la prise immédiate d'aspirine, 75 à 325 mg per os puis quotidiennement 75 à 162 mg (**Niveau 1A**).

#### 1.1.2. Thiénoxydines

**1.1.2.1.** Pour tous les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, ayant une allergie à l'aspirine, nous recommandons un traitement immédiat par clopidogrel, bolus oral de 300 mg suivi d'une posologie de 75 mg/j de durée indéfinie (**Niveau 1A**).

**1.1.2.2.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, pour lesquels le cathétérisme cardiaque est différé ou pour lesquels une chirurgie pour pontage coronaire n'est pas prévue dans les 5 jours suivant l'angiographie coronaire, nous recommandons la prescription immédiate d'un bolus de clopidogrel (300 mg) suivi d'une prise de 75 mg/j pendant 9 à 12 mois en plus de l'aspirine (**Niveau 1A**).

*Motivations et préférences : cette recommandation privilégie le fait d'éviter un infarctus du myocarde plutôt que d'éviter un saignement majeur.*

**1.1.2.3.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, pour lesquels l'angiographie sera réalisée rapidement ( $\leq 24$  heures), nous suggérons de débiter le clopidogrel après l'évaluation de l'anatomie coronaire (**Niveau 2A**).

*Motivations et préférences : cette recommandation privilégie le fait d'éviter un saignement majeur par rapport au bénéfice absolu faible du clopidogrel dans les premières 24 h du traitement.*

**1.1.2.4.** Pour les patients ayant reçu du clopidogrel et pour lesquels une chirurgie pour pontage coronaire est prévue, nous recommandons d'interrompre le clopidogrel 5 jours avant la chirurgie programmée (**Niveau 2A**).

#### 1.1.4. Inhibiteurs des glycoprotéines IIb/IIIa

**1.1.4.1.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, jugés à risque modéré à important, nous recommandons l'administration soit d'éptifibatide soit de tirofiban comme traitement initial (précoce) en plus du traitement par aspirine et héparine (**Niveau 1A**). Chez ces patients jugés à risque modéré à important qui reçoivent aussi du clopidogrel, nous recommandons l'éptifibatide ou le tirofiban comme traitement initial additionnel (**Niveau 2A**).

**1.1.4.2.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, nous recommandons de ne pas utiliser l'abciximab comme traitement initial sauf si l'anatomie coronaire est connue et si une procédure coronaire interventionnelle est planifiée dans les 24 h (**Niveau 1A**).

### 1.2 Traitements antithrombotiques

#### 1.2.1 Héparine non fractionnée

**1.2.1.1.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, nous recommandons l'administration d'HNF plutôt que l'absence de traitement par héparine en traitement à court terme avec les traitements antiplaquettaires (**Niveau 1A**). Nous recommandons une posologie d'HNF basée sur le poids et le maintien d'un TCA entre 50 et 75 sec (**Niveau 1C+**).

#### 1.2.2. Héparine de bas poids moléculaire

**1.2.2.1.** Pour le traitement initial des patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, nous recommandons l'administration d'HBPM plutôt que celle d'HNF (**Niveau 1B**).

**1.2.2.2.** Nous recommandons **DE NE PAS** surveiller en routine l'effet anticoagulant des HBPM (**Niveau 1C**).

**1.2.2.3.** Nous proposons de continuer les HBPM pendant une procédure coronaire interventionnelle chez ces patients lorsque ce traitement a été débuté à la phase aiguë (**Niveau 2C**).

**1.2.2.4.** Pour les patients recevant un traitement par inhibiteur des GPIIb/IIIa comme traitement initial du syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, nous proposons un traitement par HBPM plutôt que par HNF (**Niveau 2B**).

#### 1.2.5. Inhibiteurs directs de la thrombine.

**1.2.5.1.** Chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, nous recommandons de ne pas utiliser un inhibiteur direct de la thrombine comme traitement anti-

thrombinique initial de routine (**Niveau 1B**).

*Motivations et préférences : cette recommandation tient compte des limites des essais des inhibiteurs directs de la thrombine dans les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST ainsi que la complexité d'utilisation de ces inhibiteurs par comparaison aux héparines (HNF et HBPM).*

## **2.0 post-infarctus et post-syndrome coronarien aigu**

### **2.1 Traitements antiplaquettaires**

Chez les patients ayant eu un syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST :

**2.1.1.** Nous recommandons la prescription d'aspirine à une posologie initiale de 160 à 325 mg puis en traitement indéfini 75 à 162 mg/j (**Niveau 1A**).

**2.1.2.** Pour les patients avec antécédent de saignement induit par l'aspirine, ou avec des facteurs de risque hémorragique, nous recommandons une dose plus faible d'aspirine ( $\leq 100$  mg) (**Niveau 1C+**).

**2.1.3.** Chez les patients où l'aspirine est contre indiquée ou mal tolérée, nous recommandons l'administration de clopidogrel au long cours (75 mg/j) (**Niveau 1A**).

### **2.3 Comparaison des essais de traitements anticoagulants et antiplaquettaires et/ou de l'association aspirine et warfarine**

**2.3.1.** Chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde (IDM) jugé de risque faible à modéré, nous recommandons dans la plupart des cas l'aspirine seule plutôt que l'utilisation d'AVK plus aspirine (**Niveau 2B**).

*Motivations et préférences : cette recommandation accorde une faible valeur à la prévention thrombo-embolique et une valeur élevée aux inconvénients, au coût et aux hémorragies associés au traitement AVK.*

**2.3.2.** Dans les systèmes de santé avec une surveillance méticuleuse de l'INR réalisé de façon standard et accessible en routine, chez les patients jugés à risque élevé et faible après un IDM, nous recommandons à long terme (jusqu'à 4 ans) un traitement AVK à dose élevée (INR cible 3,5 ; extrêmes 3,0 à 4,0) sans prise concomitante d'aspirine ou un traitement AVK à dose modérée (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) avec de l'aspirine. Ces deux recommandations sont de **Niveau 2B**.

**2.3.3.** Chez les patients à risque élevé avec IDM,

incluant ceux ayant fait un IDM antérieur étendu, ceux ayant une insuffisance cardiaque significative, ceux ayant un thrombus intracardiaque visible à l'échocardiographie et ceux ayant un antécédent thrombo-embolique, nous suggérons l'utilisation d'une dose modérée d'AVK (INR compris entre 2,0 et 3,0) en association avec une faible dose d'aspirine ( $\leq 100$  mg/j) pendant trois mois après l'IDM (**Niveau 2A**).

## **3.0 Maladie coronaire chronique, stable**

### **3.1 Agents antiplaquettaires**

**3.1.1.** Pour tous les patients avec une maladie coronaire chronique et stable, nous recommandons l'utilisation d'aspirine per os, 75 à 162 mg/j (Niveau 1A). Nous suggérons que l'aspirine soit poursuivie indéfiniment (**Niveau 2C**).

**3.1.2.** Chez les patients ayant une maladie coronaire chronique et stable, et un profil de risque indiquant une probabilité élevée de développer un IDM, nous suggérons un traitement prolongé par clopidogrel associé à l'aspirine (Niveau 2C).

### **3.2 Antivitamines K**

Chez les patients ayant une maladie coronaire chronique et stable sans antécédent d'IDM, nous suggérons aux cliniciens **DE NE PAS** utiliser les AVK oraux au long cours (Niveau 2C).

## **4.0 Insuffisance cardiaque congestive avec ou sans maladie coronaire**

### **4.1 AVK, Aspirine**

**4.1.1** Chez les patients avec insuffisance cardiaque congestive (ICC) d'étiologie non ischémique, nous recommandons **DE NE PAS** utiliser d'aspirine ou d'AVK (**Niveau 1B**).

**4.1.2** Nous recommandons, lorsque ceci est au contraire indiqué, que ces patients reçoivent de l'aspirine qu'ils soient ou non traités par des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) (**Niveau 1C+**).

## **5.0 Prévention primaire**

### **5.1 Aspirine, AVK ou leur association**

**5.1.1.** Chez les patients avec un risque modéré d'événement coronaire (en fonction de leur âge et leur profil de facteurs de risque cardiaque avec un risque à 10 ans d'événement cardiaque  $> 10\%$ ), nous recommandons la prise d'aspirine, 75 à 162 mg/j, plutôt que l'administration d'AVK ou l'abstention thérapeutique (**Niveau 2A**).

**5.1.2.** Pour les patients à risque très élevé d'événement et chez qui l'INR peut être surveillé sans difficulté, nous suggérons des faibles doses d'AVK avec un INR cible aux environs de 1,5 (**Niveau 2A**).