

P. Fontana

Pr Pierre Fontana
Service d'angiologie et d'hémostase
HUG, 1211 Genève 14
pierre.fontana@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2015; 11: 255

PRÉSENTATION CLINIQUE

Un patient de 67 ans, connu pour une hypertension artérielle traitée et un antécédent d'AVC hémorragique il y a cinq ans, alors qu'il était sous aspirine 100 mg/j et prasugrel 10 mg/j suite à un syndrome coronarien aigu, développe une fibrillation atriale. Son traitement actuel est un bêtabloquant, une statine et de l'aspirine 100 mg/j. Sa fonction rénale est normale. Quel régime antithrombotique peut-on lui proposer ?

COMMENTAIRE

Ces dernières années ont vu l'arrivée sur le marché de nombreux antithrombotiques avec des antiplaquettaires puissants (prasugrel et ticagrélor) et une nouvelle génération d'anticoagulants oraux (NACO: rivaroxaban, dabigatran et apixaban). Les nouveaux antiplaquettaires sont réservés au syndrome coronarien aigu en association avec l'aspirine et l'indication des anticoagulants de dernière génération est réservée, en Suisse (décembre 2014), pour la prévention de la maladie thromboembolique veineuse après une chirurgie lourde (rivaroxaban et apixaban), le traitement de la maladie thromboembolique veineuse (rivaroxaban) ou la prévention d'accident ischémique en cas de fibrillation atriale (rivaroxaban, dabigatran et apixaban). Dans l'ensemble, les études de phase III concernant la fibrillation atriale ont montré que les NACO étaient au moins aussi efficaces que les antivitamines K, avec une tendance à moins d'hémorragies majeures.¹ Même si l'utilisation de certains d'entre eux a été associée à davantage d'hémorragies digestives, la survenue d'hémor-

Antithrombotiques de dernière génération et hémorragie cérébrale

Tableau 1. Incidence des hémorragies intracrâniennes dans les études de phase III concernant la fibrillation atriale

NACO: anticoagulant oral de dernière génération. AVK: antivitamine K (warfarine dans ces études).

Etude	NACO	AVK	Rapport de risque (IC 95%)
RE-LY (dabigatran)	66/12091	90/6022	0,37 (0,27-0,50)
ROCKET-AF (rivaroxaban)	55/7131	84/7133	0,65 (0,47-0,92)
ARISTOTLE (dabigatran)	52/9120	122/9081	0,42 (0,33-0,59)

ragies cérébrales est clairement plus faible pour tous les NACO, avec une réduction d'environ 50% (tableau 1). En revanche, il est à noter qu'il n'existe pour l'instant pas d'antidote spécifique, que ce soit pour les antiplaquettaires ou les NACO. Les registres sont cependant assez rassurants quant au devenir de patients avec hémorragie majeure sous NACO.²

Les recommandations actuelles proposent qu'à plus d'un an après un syndrome coronarien aigu, les antiplaquettaires soient arrêtés chez les patients devant être anticoa-

gulés, que cela soit avec un antivitamine K ou un NACO.³

CONCLUSIONS

Dans le cas du patient décrit ci-dessus, un arrêt de l'aspirine et une anticoagulation par un NACO est une option raisonnable. Même s'il n'existe pas encore d'antidote spécifique (disponibilité prévue pour fin 2015), la diminution du risque d'AVC hémorragique sous NACO est déterminante pour le choix du traitement. ■

Implications pratiques

- ▶ L'arsenal des antithrombotiques s'est beaucoup étoffé mais les nouvelles molécules doivent être prescrites dans des indications bien précises
- ▶ Le choix de l'antithrombotique dépend non seulement de l'indication mais également des caractéristiques du patient comme les comédications et la fonction rénale
- ▶ Un antécédent d'hémorragie cérébrale est une contre-indication à la prescription de prasugrel mais pas forcément à la prescription d'un NACO lorsque cet événement n'est pas récent

Bibliographie

- 1 Dentali F, et al. Efficacy and safety of the novel oral anticoagulants in atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Circulation* 2012;126: 2381-91.
- 2 Beyer-Westendorf J, et al. Rates, management, and outcome of rivaroxaban bleeding in daily care: Results from the dresden noac registry. *Blood* 2014;124:955-62.
- 3 Lip GY, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: A joint consensus document of the European Society of Cardiology working group on thrombosis, European Heart rhythm Association (ehra), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (eapci) and European Association of Acute Cardiac Care (acca) endorsed by the Heart Rhythm Society (hrs) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (aphrs). *Eur Heart J* 2014;35:3155-79.