



Les indications des traitements par antiagrégants plaquettaires sont elles respectées ?

ARGUMENTAIRE

Les traitements inhibiteurs plaquettaires font partie des médicaments les plus prescrits en France. Le nombre de patients bénéficiant de ce type de traitement est en constante augmentation ; il représenterait 3 à 5% de la population française. Il y aurait 200000 à 300000 nouveaux patients susceptibles de relever de ces thérapeutiques chaque année. (1)

Ces traitements ont fait la preuve de leur efficacité en prévention secondaire de nombreuses pathologies cardiovasculaires d'origine athéromateuse qui sont de plus en plus fréquentes et potentiellement graves. (2,3)

Les recommandations actuelles concernant les indications et la gestion des antiagrégants plaquettaires (AAP) sont multiples et en constante évolution, des modifications ont été notamment apportées à la définition du haut risque vasculaire chez le patient diabétique par la HAS. (4)

Cependant, il existe encore quelques incertitudes notamment en ce qui concerne le bénéfice du traitement antiagrégants plaquettaires chez les patients présentant une sténose carotide asymptomatique non chirurgicale.

En médecine ambulatoire les deux molécules les plus couramment utilisées sont Aspirine et Clopidogrel. L'Aspirine est l'inhibiteur des fonctions plaquettaires le plus étudié et correspond au traitement antithrombotique de référence dans la prévention de la thrombose compliquant l'athérosclérose, sauf pour l'artériopathie des membres inférieurs où son efficacité est moins bien documentée que celle du Clopidogrel. (1,2)

Ces deux molécules peuvent également être utilisées en association notamment en cas d'angioplastie coronaire avec pose de stent. (5)

De plus, certaines recommandations préconisent l'association de l'Aspirine aux antivitamines K chez des patients à risque thrombotique très élevé. (6)

Ces traitements ont cependant des effets indésirables non négligeables qui limitent leurs indications. Leur principal effet indésirable commun est le risque hémorragique lié à l'inhibition plaquettaire. De plus il existe un risque d'ulcérations digestives propre au traitement par Aspirine évalué à 0,06 % par an. Les éruptions cutanées sont plus fréquentes avec le Clopidogrel et entraînent un arrêt de traitement pour 0,5 % des patients. Dans un essai, il n'est pas apparu de différence statistiquement significative entre les deux molécules en ce qui concerne l'incidence globale des arrêts de traitement pour effets indésirables. (2)

Il faut également prendre en compte qu'un traitement par antiagrégants plaquettaires peut conduire à retarder une intervention chirurgicale urgente.

Compte tenu de ces effets indésirables potentiellement graves, il est indispensable de toujours évaluer le rapport bénéfice/risque d'un traitement par antiagrégants plaquettaires.

Concernant l'Aspirine ce rapport est maximal pour des posologies comprises entre 75 et 350 mg/j : les effets indésirables digestifs sont dépendants de la dose administrée, alors que l'efficacité anti-thrombotique n'augmente pas avec la dose et sûrement pas au delà de 350 mg. (7)

Une réévaluation régulière du traitement par antiagrégants plaquettaires est donc nécessaire, notamment vérification de son indication et de son absence d'effets indésirables.

INDICATIONS		TRAITEMENTS AAP
Insuffisance coronaire	syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST (3,5)	bithérapie antiagrégante
	syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST (3,5)	bithérapie antiagrégante
	post-syndrome coronaire aigu, maladie coronaire chronique stable, suite de pontage, suite d'angioplastie coronaire (3,5)	monothérapie antiagrégante
	angioplastie coronaire avec pose de stent (3,5)	bithérapie antiagrégante
AVC ischémique	AVC ischémique à la phase aiguë en l'absence de cardiopathie emboligène (8)	monothérapie antiagrégante
	suites d'AVC ischémique à la phase aiguë en l'absence de cardiopathie emboligène (8)	monothérapie antiagrégante
Fibrillation auriculaire	FA isolée chez des patients âgés de moins de 75 ans sans facteur de risque associé (9)	monothérapie antiagrégante
Prothèse valvulaire	prothèse valvulaire mécanique avec risque embolique élevé (6)	en association avec un traitement par AVK
	prothèse valvulaire biologique sans risque thrombotique élevé après les trois premiers mois de traitement par AVK (6)	après les trois premiers mois de traitement par antivitamines K
Prévention primaire	diabétique avec atteinte rénale (albuminurie>300 mg/24h ou clairance de la créatinine<60ml/min) (4)	monothérapie antiagrégante
	diabétique de plus de 10 ans avec deux facteurs de risque cardiovasculaire associés (4)	monothérapie antiagrégante
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs en dehors des complications aiguës	symptomatique (10)	monothérapie antiagrégante
	non symptomatique (10)	monothérapie antiagrégante
Sténose carotide	suite de chirurgie carotide (11)	monothérapie antiagrégante
	suite d'endartériectomie avec pose de stent (11)	bithérapie antiagrégante
Syndrome myéloprolifératif	thrombocytémie essentielle (12,13)	monothérapie antiagrégante
	polyglobulie (12,13)	monothérapie antiagrégante
Pathologie vasculaire placentaire (13,14)		monothérapie antiagrégante
Syndrome des anticorps antiphospholipides (13,14)		monothérapie antiagrégante

RÉFÉRENCES

- 1) République française. Arrêté de novembre 2006 fixant les recommandations pour une pratique efficiente des antiagrégants plaquettaires. Journal Officiel du 5 Avril 2007.
- 2) Prescrire Rédaction. Indications de l'aspirine et des autres antiagrégants plaquettaires. Rev Presc 1999 ; 19 (201) : 839-52.
- 3) Patrono C, Bachmann F, et al. Expert Consensus Document on the Use of Antiplatelet Agents. The task force on the use of antiplatelet agents in patients with atherosclerotic cardiovascular disease of the European society of cardiology. European Heart Journal 2004 ; 25 : 166-181.
- 4) Haute Autorité de santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation) : Synthèse. Saint-Denis : HAS ; 2006.
- 5) Haute Autorité de Santé. ALD 13 maladie coronarienne. Saint-Denis : HAS 2009.
- 6) Bonow et al. ACC/AHA Practice Guidelines. JACC Vol. 48, No. 3, 2006 August 1, 2006 : e112-118.
- 7) Serebruany V, Steinhubl S, et al. Analysis of risk of bleeding complications after different doses of aspirin in 192.036 patients enrolled in 31 randomized controlled trials. Am J Cardiol 2005; 95: 1218-1222.
- 8) Haute Autorité de santé. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Saint-Denis : HAS ; 2008.
- 9) Haute Autorité de santé. Fibrillation auriculaire. Saint-Denis : HAS ; 2007.
- 10) Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs. Saint-Denis : HAS ; 2006.
- 11) Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge des sténoses de la bifurcation carotidienne-Indications des techniques de revascularisation. Saint-Denis : HAS ; 2007.
- 12) Prescrire Rédaction. La thrombocytémie essentielle. Rev Prescrire 2006 ;26(269) :123-125.
- 13) Lecompte T, Toussaint-Hacquard M. Inhibiteurs du fonctionnement plaquettaire. EMC (Elsevier,Paris) EMC-Hématologie 2 (2005) :35-51.
- 14) Haute Autorité de santé. Conférence de consensus. Thrombophilie et grossesse. Paris : HAS ; 2003