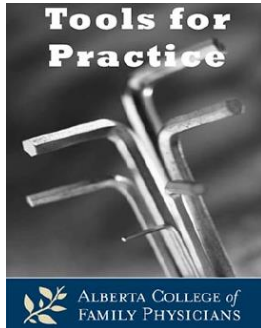


Révision : 26 mars 2018

Mise à jour des données probantes : Aucune mise à jour, modifications mineures du texte, mise à jour d'un prix dans le contexte

Conclusion : Modification du texte

Première publication : 20 janvier 2014



Le ticagrélol, nouvel antiplaquettaire, est-il supérieur à l'ancien « nouveau » clopidogrel?

Question clinique : Comment le ticagrélol (Brilinta^{MD}), nouvel antiplaquettaire, se compare-t-il au clopidogrel pour le traitement postérieur au syndrome coronaire aigu (SCA)?

Conclusion : Après un SCA, le ticagrélol réduit le résultat combiné des décès cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde (IM) d'environ 2 % de plus que le clopidogrel. Le ticagrélol augmente quelques événements indésirables, plus particulièrement la dyspnée, dans une proportion de 6 %. Il est plus cher et doit être administré deux fois par jour.

Données probantes

PLATO, essai clinique randomisé (ECR) multinational :

- 18 624 patients hospitalisés pour un SCA. Comparaison du ticagrélol au clopidogrel (les deux combinés aux soins habituels, y compris l'AAS) pendant un maximum de 12 mois^{1,2}. Constatation d'une réduction statistiquement significative de ce qui suit :
 - Paramètre principal (paramètre composite de décès d'origine cardiovasculaire, d'IM ou d'accidents vasculaires cérébraux), nombre de sujets à traiter (NST) = 53.
 - Amélioration des autres résultats :
 - IM récurrent : NST = 91.
 - Décès toutes causes confondues (NST = 71) ou liés à des causes vasculaires (NST = 91).
 - Aucune différence significative quant aux accidents vasculaires cérébraux.
 - Réactions indésirables :
 - Aucune différence significative concernant n'importe quel saignement, sauf pour les exceptions suivantes :
 - Taux plus élevé de saignements quand on exclut les patients ayant subi un pontage coronarien, nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 143.
 - Taux plus élevé d'hémorragies intracrâniennes mortelles, NNN = 926.
 - Dyspnée, peu importe la cause : NNN = 17; interruption nécessaire, NNN = 125.
 - Le ticagrélol a également été associé à une augmentation considérable des arythmies cardiaques non mortelles (pauses ventriculaires)³.

- Une analyse par sous-groupe portant sur 1 800 patients nord-américains de l'étude PLATO a montré un effet peu clair. Cependant, ces analyses n'avaient pas la puissance statistique nécessaire, et la prise de doses plus fortes d'AAS que celles qui étaient recommandées (325 mg par jour) a constitué un facteur de confusion^{2,3}.

Contexte

- Le ticagrélol, par rapport au clopidogrel, est associé à plusieurs effets bénéfiques théoriques : inhibiteur antiplaquettaire réversible, non activé par métabolisme hépatique (moins de variabilité intra-individuelle de la réaction), délai d'action et fin d'action plus rapides^{3,4}.
- Les effets bénéfiques du ticagrélol semblent se maintenir dans les groupes à risque plus élevé, comme ceux qui souffrent d'une insuffisance rénale⁵ et du diabète⁶.
 - Le ticagrélol est proposé comme solution de rechange pour ceux qui ne répondent pas au clopidogrel⁷.
- Préoccupations sans réponse :
 - Aucune explication claire de la raison pour laquelle les résultats pour le ticagrélol sont pires en Amérique du Nord⁸.
 - La dyspnée n'est pas expliquée³, mais elle n'est pas associée à une anomalie cardiaque structurelle ou à des anomalies lors de l'examen fonctionnel respiratoire^{9,10}.
- Le ticagrélol coûte considérablement plus cher que le clopidogrel (310 \$ pour 90 jours par rapport à 60 \$ pour 90 jours)¹¹ et nécessite une dose à deux prises quotidiennes.
- Le clopidogrel demeure une solution de rechange raisonnable, surtout si les patients :
 - Courent un risque élevé de saignement.
 - Ne peuvent pas tolérer le ticagrélol en raison de la dyspnée.
 - Ne peuvent pas respecter la prise de ticagrélol deux fois par jour.
 - Ne peuvent pas se permettre d'acheter le ticagrélol.

Auteurs originaux

Marco Mannarino, M.D., CCMF, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, *et al.* N Engl J Med. 2009;361:1045-1057.
2. Bates ER. ACP J Club. 2009;151(6):JC6-4.
3. Steiner JB, Wu Z, Ren J. ClinExpPharmacol Physiol. 2013 Jul;40(7):398-403.
4. Gurbel PA, Bliden KP, Butler K, *et al.* Circulation. 2009;120:2577-2585.
5. James S, Budaj A, Aylwad P, *et al.* Circulation. 2010;122:1056-1067.
6. Saucedo JF. Prim Care Diabetes. 2012;6:167-177.
7. Gurbel PA, Bliden KP, Butler K, *et al.* Circulation. 2010;121:1188-1199.
8. Gaglia, MA Jr, Waksman R. Circulation. 2011;123:451-456.
9. Storey RF, Bliden KP, Shankar BP, *et al.* J Am CollCardiol. 2010;56:185-193.
10. Butler K, Maya J, Teng R. Curr Med Res Opin. 2013;29(5):569-577.
11. Kolber MR, Lee J, Nickonchuk T, Price Comparison. Lien : http://www.acfp.ca/Portals/0/docs/ACFPPricing2013FINAL_Feb27.pdf.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant

transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.