

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

2 janvier 2019



Deux, ça va; trois, c'est trop : bithérapie versus trithérapie après l'ICP

Question clinique : Les patients suivant un traitement anticoagulant oral (ACO) qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP) devraient-ils recevoir un agent antiplaquettaire combiné à un anticoagulant (bithérapie) ou deux agents antiplaquetitaires combinés à un anticoagulant

(trithérapie)?

Conclusion : Comparativement à la trithérapie, la bithérapie réduit le risque de saignement (un saignement de moins tous les six à onze patients) et pourrait diminuer les événements cardiovasculaires ou la mortalité. La bithérapie devrait être offerte à la plupart des patients sous ACO qui subissent une ICP.

Données probantes

Trois essais cliniques randomisés (ECR) de haute qualité réalisés auprès de patients atteints de fibrillation auriculaire surtout (âgés d'environ 70 ans) ayant reçu une ICP. Les définitions du saignement variaient; les saignements pertinents du point de vue clinique (entraînant au moins une visite chez le médecin ou une intervention) sont rapportés ci-dessous. Résultats statistiquement significatifs sauf indication contraire :

- WOEST¹ : Essai de moins grande envergure (573 patients), mais qui répond directement à la question. Clopidogrel combiné à un anticoagulant oral (bithérapie) versus clopidogrel combiné à l'AAS et à un anticoagulant oral (trithérapie) pendant une période allant d'un mois à un an (selon le choix du médecin). Au bout d'un an :
 - Saignement :
 - 14 % pour la bithérapie et 31,3 % pour la trithérapie; nombre de sujets à traiter (NST)=6.
 - Résultat composite pour le décès, l'infarctus du myocarde (IM), l'accident vasculaire cérébral, la revascularisation ou la thrombose d'endoprothèse :
 - 11,1 % pour la bithérapie et 17,6 % pour la trithérapie; NST=16.
 - Thrombose d'endoprothèse, IM, revascularisation du vaisseau cible et accident vasculaire cérébral (hémorragique ou ischémique) :
 - Aucune différence sur le plan statistique.
 - Mortalité, toutes causes confondues :

- 2,5 % pour la bithérapie et 6,3 % pour la trithérapie; NST=27.
- RE-DUA² : Essai de plus grande envergure (2 725 patients). Inhibiteur du récepteur P2Y12 (surtout le clopidogrel) combiné à 110 mg ou à 150 mg de dabigatran (bithérapie) versus inhibiteur du récepteur P2Y12 combiné à l'AAS et à la warfarine (trithérapie). Les patients âgés de 70 à 80 ans ont reçu 110 mg de dabigatran.
 - Résultats (combinaison des groupes visés par la bithérapie) au bout de 14 mois :
 - Saignement :
 - 17,5 % pour la bithérapie et 26,9 % pour la trithérapie, différence statistiquement significative; NST=11.
 - Aucune différence en ce qui concerne les autres résultats cardiovasculaires importants du point de vue clinique.
- PIONEER³ : 2 124 patients. Trois volets (y compris un volet sur le rivaroxaban à dose extrêmement faible). Accent sur l'inhibiteur du récepteur P2Y12 (surtout le clopidogrel) combiné à 15 mg de rivaroxaban (bithérapie) versus l'inhibiteur du récepteur P2Y12 combiné à l'AAS et à la warfarine (trithérapie).
 - Résultats (12 mois) :
 - Saignement :
 - 16,8 % pour la bithérapie et 26,7 % pour la trithérapie; NST=11.
 - Résultat composite pour le décès, l'infarctus du myocarde (IM), l'accident vasculaire cérébral, la revascularisation ou la thrombose d'endoprothèse : aucune différence.
- Les revues systématiques déclarent des conclusions semblables, mais incluent des études de cohorte et des ECR non pertinents^{4, 5}.

Contexte

- Environ 20 % des patients atteints de fibrillation auriculaire souffrent d'une coronaropathie^{6, 7}.
- Les lignes directrices canadiennes recommandent une bithérapie (traitement anticoagulant oral combiné au clopidogrel) pendant une période maximale d'un an pour les patients atteints de fibrillation auriculaire âgés de 65 ans ou plus et ayant un score CHADS₂ égal ou inférieur à 1 qui subissent une ICP⁸.

Auteurs

Caitlin R. Finley, B. Sc. (santé), M. Sc., et Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Dewilde WJM, Oirbans T, Verheugt FWA, *et al.*, *Lancet*, 2013, 381 : 1107-1115.
2. Cannon CP, Bhatt DL, Oldgren MPHJ, *et al.*, *N Engl J Med*, 2017, 377 : 1513-1524.
3. Gibson CM, Mehran R, Bode C, *et al.*, *N Engl J Med*, 2016, 375 : 2423-2434.
4. Golwala HB, Cannon CP, Steg PG, *et al.*, *Eur Heart J*, 2018, 39 : 1726-1735.
5. Gong X, Tang S, Li J, *et al.*, *PLoS ONE*, 2017, 12 : e0186449.
6. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, *et al.*, *NEJM*, 2009, 361 : 1139-1151.
7. Camm AJ, Accetta G, Ambrosio G, *et al.*, *Heart*, 2017, 103 : 307-314.
8. Mehta SR, Bainey KR, Cantor WJ, *et al.*, *Can J Cardiol*, 2018, 34 : 214-233.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.