



De l'AAS après l'ATG et l'ATH : retour vers le futur pour la prophylaxie de la TEV?

QUESTION CLINIQUE

Chez les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou (ATG) ou de la hanche (ATH), l'AAS engendre-t-il les mêmes taux de thromboembolie veineuse (TEV) symptomatique et de saignement que les héparines de faible poids moléculaire (HFPM) ou les anticoagulants oraux directs (AOD)?

CONCLUSION

Après un traitement initial de 10 jours (HFPM) ou de 5 jours (AOD), le passage à l'AAS occasionne des taux de TEV et de saignement semblables. Si l'on commence la prise d'AAS seul immédiatement après l'intervention chirurgicale, le taux de TEV est supérieur à celui causé par les HFPM (3,5 % contre 1,8 %). En raison de son coût et de sa facilité d'utilisation, après un traitement initial avec des HFPM ou des AOD, les patients peuvent faire la transition vers l'AAS pour le reste de leur prophylaxie de la TEV.

DONNÉES PROBANTES

- Données provenant de trois essais de non-infériorité contrôlés randomisés financés par les fonds publics. Seuls les cas de TEV symptomatique sont signalés.
- Après un traitement initial avec des anticoagulants :
 - AAS par rapport à une HFPM¹ : 778 patients canadiens qui avaient subi une ATH ont reçu de la daltéparine pendant 10 jours, puis ont été répartis en deux groupes, l'un continuant de prendre ce médicament et l'autre prenant 81 mg d'AAS par jour pendant 28 autres jours. On a mis fin à l'étude tôt à cause de problèmes de recrutement. Après 3 mois :
 - TEV symptomatique, saignement non majeur pertinent et majeur : aucune différence statistique.
 - AAS par rapport à un AOD² : 3 424 patients canadiens qui avaient subi une ATH ou une ATG ont reçu du rivaroxaban pendant 5 jours, puis ont été répartis en deux groupes, l'un continuant de prendre ce médicament et l'autre prenant 81 mg d'AAS par jour pendant 9 (genou) ou 30 jours (hanche). Après 3 mois :
 - TEV symptomatique, saignement non majeur pertinent et majeur : aucune différence statistique.
- AAS par rapport à une HFPM immédiatement après l'intervention chirurgicale³ :
 - 9 711 patients australiens qui avaient subi une ATG ou une ATH ont été répartis en deux groupes, l'un prenant une dose quotidienne de 100 mg d'AAS et l'autre, une dose quotidienne de 40 mg d'énoxaparine pendant 14 (genou) ou 35 jours (hanche). On a mis fin à l'étude tôt en raison de la supériorité de l'HFPM. Après 90 jours :
 - TEV symptomatique : 3,5 % (AAS) par rapport à 1,8 % (énoxaparine), statistiquement différent.
 - Saignement majeur, mortalité toutes causes confondues : aucune différence.

CONTEXTE

- Sans prophylaxie, environ 4 % des patients qui subissent une arthroplastie développeront une TEV symptomatique⁴.
- Les lignes directrices recommandent une anticoagulation pendant 14 (genou) et 35 (hanche) jours avec l'un des médicaments suivants : HFPM, AOD, antagoniste de la vitamine K ou AAS^{4,5}.
- Coût des médicaments (30 jours)⁶ :
 - HFPM : de 200 à 300 \$
 - AOD : de 50 à 100 \$
 - AAS : 5 \$

RÉFÉRENCES

1. Anderson DR, Dunbar MJ, Bohm ER, et al. Ann Intern Med. 2013; 158:800-806.
2. Anderson DR, Dunbar M, Murnaghan J, et al. N Engl J Med. 2018; 378:699-707.
3. Sidhu VS au nom du Cristal Study Group. JAMA 2022; 328 (8): 719-727.

AUTEURS

Michael R. Kolber, M. D., CCMF, M. Sc., **Robert E. Korbyl**, M. D., FRCSC, **Tony Nickonchuk**, B. Sc. Pharm.

4. Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, et al. Chest 2012; 141(2 Suppl):e278S-325S.
5. Anderson DR, Morgan GP, Bennett C, et al. Blood Adv. 2019;3(23):3898-3944.
6. Liste des médicaments interactive d'Alberta Blue Cross pour les calculs. Lien : idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do. Consulté le 7 mars 2023.

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

OUTILS DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



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 www.toolsforpractice.ca.

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.