



Un comprimé d'AAS par jour pour tenir la Fibrillation Auriculaire en échec?

QUESTION CLINIQUE

Comment l'AAS et les anticoagulants oraux directs se comparent-ils pour ce qui est du risque de saignement en présence d'une fibrillation auriculaire?

CONCLUSION

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire, peu importe leur âge, l'apixaban est supérieur à l'AAS pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux ou des embolies systémiques (1,6 % [apixaban] par rapport à 3,7 % [AAS]), sans risque accru d'hémorragie intracrânienne ou majeure. Les autres anticoagulants oraux directs n'ont pas été étudiés dans ce contexte.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire.
- Un seul essai clinique randomisé (ECR) compare un anticoagulant oral direct (l'apixaban) et l'AAS en présence d'une fibrillation auriculaire¹. 5 599 participants atteints de fibrillation auriculaire pour laquelle la warfarine ne convenait pas (exemple : RIN labile), âge d'environ 70 ans, score CHADS d'environ 2. Après environ 1,1 an :

- Accident vasculaire cérébral/embolie systémique : 1,6 % (apixaban) par rapport à 3,7 % (AAS).
 - < 65 ans : 0,7 % par rapport à 2 % (AAS), nombre de sujets à traiter (NST) = 77.
 - > 75 ans : 2 % par rapport à 6,1 % (AAS), NST = 25.
 - > 85 ans : 1 % par rapport à 7,5 % (AAS), NST = 16².
- Hémorragie majeure : 1,4 % par rapport à 1,2 % (AAS), aucune différence statistique.
 - Aucune différence significative entre l'apixaban et l'AAS, peu importe le sous-groupe d'âge (y compris celui des personnes de plus de 85 ans), mais le risque augmente avec l'âge. Exemple : pour ce qui est de l'apixaban : 0,7 % (< 65 ans) par rapport à 4,7 % (> 85 ans)^{1,2}.
- Hémorragie intracrânienne ou saignement gastro-intestinal : aucune différence (0,4 % dans tous les groupes).
- Risques d'hémorragie ou de saignement, diverses populations (exemple : accidents vasculaires cérébraux emboliques de source indéterminée). Une revue systématique comparant les anticoagulants oraux directs et l'AAS. Après environ 17,2 mois³ :
 - Apixaban (4 ECR, 10 978 patients) :
 - Hémorragie intracrânienne symptomatique (0,5 % par rapport à 0,8 % [AAS]), aucune différence.
 - Hémorragie majeure (2,8 % par rapport à 2,4 % [AAS]), aucune différence.
 - Dabigatran (2 ECR, 5 695 patients) :
 - Hémorragie intracrânienne symptomatique (1,2 % par rapport à 1,2 % [AAS]), aucune différence.
 - Hémorragie majeure (2,7 % par rapport à 2,3 % [AAS]), aucune différence.
 - Rivaroxaban (3 ECR, 28 821 patients) :
 - Hémorragie intracrânienne symptomatique (0,4 % par rapport à 0,2 % [AAS]), nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 500.
 - Hémorragie majeure (2,2 % par rapport à 1,4 % [AAS]), NNN = 125.
- Limites : Peu d'ECR sur des patients frêles, différentes populations, peu de renseignements sur les types d'événements hémorragiques.

CONTEXTE

- Lignes directrices de 2020 de la Société cardiovasculaire du Canada⁴ :
 - Anticoagulation orale : > 65 ans/antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension, d'insuffisance cardiaque, de diabète.
 - Sinon : aucun antithrombotique, à moins qu'il ne soit recommandé pour la prévention secondaire de la coronaropathie et de la maladie artérielle périphérique.
- L'apixaban et l'edoxaban sont supérieurs à la warfarine pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux et de l'embolie systémique et provoquent moins d'événements hémorragiques majeurs^{5,6}.

RÉFÉRENCES

1. Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C et al. N Engl J Med. 2011 Mar 3;364(9):806-817.
2. Ng KH, Shestakovska O, Connolly AJ et al. Age Ageing. 2016 Jan;45(1):77-83.
3. Coyle M, Lynch A, Higgins M et al. JAMA Netw Open. 2024 Dec 2;7(12):e2449017.
4. Andrade, JG, Aguilar M, Atzema C et al. Can J Cardiol. 2020 Dec;36(12):1847-1948.
5. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E et al. N Engl J Med. 2013 Nov 28;369:2093-2104.
6. Kolber M, Bungard T. Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) : meilleurs parce que nouveaux? Outils pour la pratique, n° 73. Le 5 août 2016. Lien : <https://cfpclearn.ca/wp-content/uploads/2012/09/TFP-73-Novel-Oral-Anti-coagulants-NOACs-FR-JG.pdf>. Consulté le 15 janvier 2025.

AUTRICES

Émélie Braschi, M.D., Ph. D.
Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

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

OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

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.