

# FA ET SCA

## LE TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE DANS LES SUITES DE L'ANGIOPLASTIE

Dr Laurent Drogoul

Saint Laurent Du Var

# Avant...Pendant...Après..



# Avant...

FA et SCA  
Plus de risque d'événements  
thromboemboliques ?

# Le SCA en FA

ST+ : Incidence de 28% dans les 15 premiers jours  
souvent le premier événement documenté

FA à la phase aiguë :  
augmente significativement le risque d'événements thromboemboliques  
immédiats

*aussi sur le long terme*  
*même si réduite avant la sortie*

Bloch Thomsen PE and al. Long-term recording of cardiac arrhythmias with an implantable cardiac monitor in patients with reduced ejection fraction after acute myocardial infarction: the Cardiac Arrhythmias and Risk Stratification After Acute Myocardial Infarction (CARISMA) study. Circulation 2010;122: 1258–1264.

Schmitt J and al. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. Eur Heart J 2009;30:1038–1045

Facteurs de risques événements thromboemboliques patients en FA

Age (years)	
<65	1.0 (Reference)
65–74	2.97 (2.54–3.48)
≥75	5.28 (4.57–6.09)
Female sex	1.17 (1.11–1.22)
Previous ischaemic stroke	2.81 (2.68–2.95)
Intracranial bleeding	1.49 (1.33–1.67)
Vascular disease (any)	1.14 (1.06–1.23)
• Myocardial infarction	1.09 (1.03–1.15)
• Previous CABG	1.19 (1.06–1.33)
• Peripheral artery disease	1.22 (1.12–1.32)
Hypertension	1.17 (1.11–1.22)
Heart failure (history)	0.98 (0.93–1.03)
Diabetes mellitus	1.19 (1.13–1.26)
Thyroid disease	1.00 (0.92–1.09)
Thyrotoxicosis	1.03 (0.83–1.28)

Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation Cohort study. Eur Heart J 2012;33:1500–1510

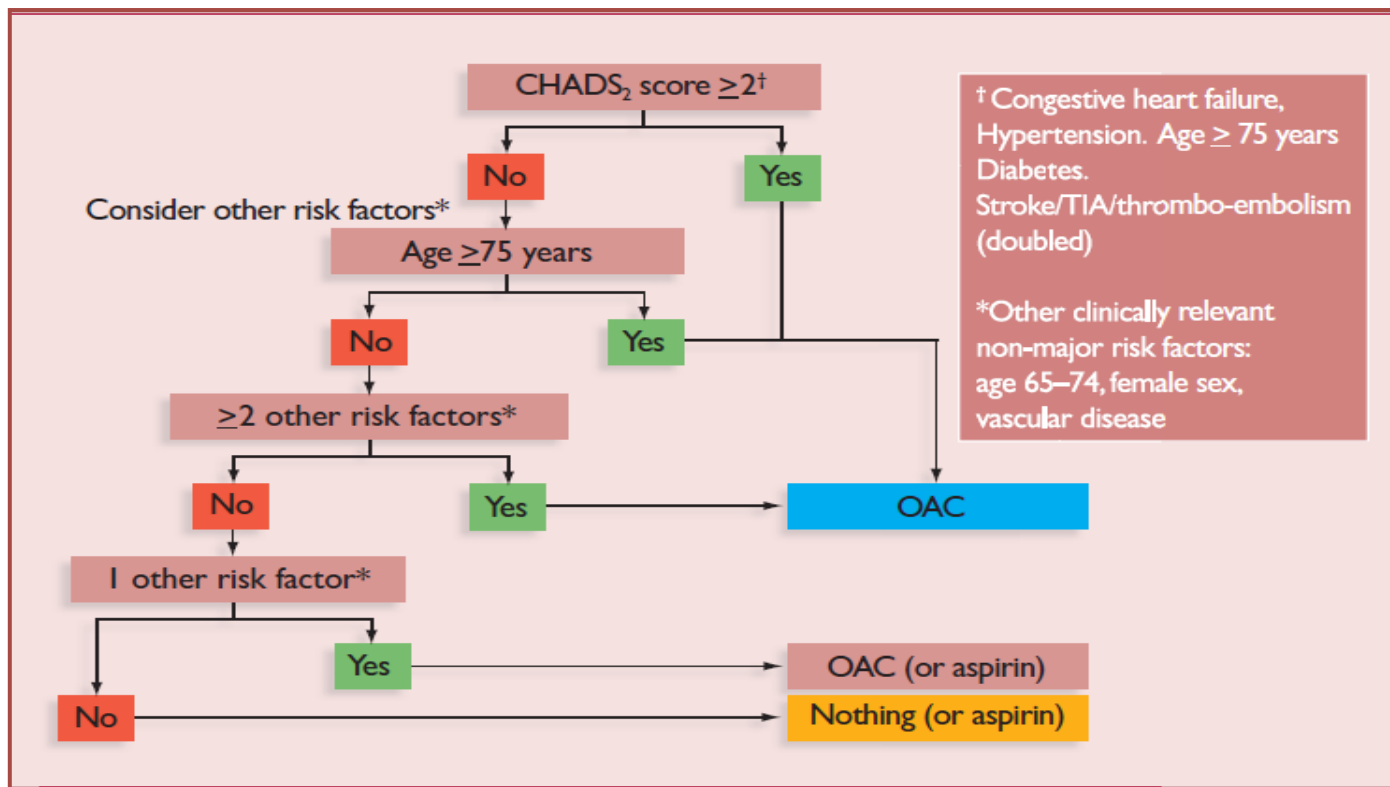
# SCA = changement potentiel de score

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age $\geq 75$	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease <sup>a</sup>	1
Age 65–74	1
Sex category (i.e. female sex)	1
<b>Maximum score</b>	<b>9</b>

<sup>a</sup>Prior myocardial infarction, peripheral artery disease, aortic plaque.

Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation Cohort study. Eur Heart J 2012;33:1500–1510

# ...Et donc de traitement préventif avec potentiellement passage de l'aspirine à OAC





Pendant..

# Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation

**Hein Heidbuchel<sup>1\*</sup>, Peter Verhamme<sup>2</sup>, Marco Alings<sup>3</sup>, Matthias Antz<sup>4</sup>,  
Hans-Christoph Diener<sup>5</sup>, Werner Hacke<sup>6</sup>, Jonas Oldgren<sup>7</sup>, Peter Sinnaeve<sup>2</sup>,  
A. John Camm<sup>8</sup>, and Paulus Kirchhof<sup>9,10</sup>**

# A l'admission d'un patient avec SCA et FA

Sous **AVK** au long court : poursuivre les AVK

+dose de charge d'aspirine ( 150 à 300mg)

+dose de charge clopidogrel ( si faible risque hémorragique)

Sous **AOD** au long court : Arrêt des OAD

+dose de charge d'aspirine (150 à 300mg)

+dose de charge clopidogrel ( si faible risque hémorragique)

# Si STEMI

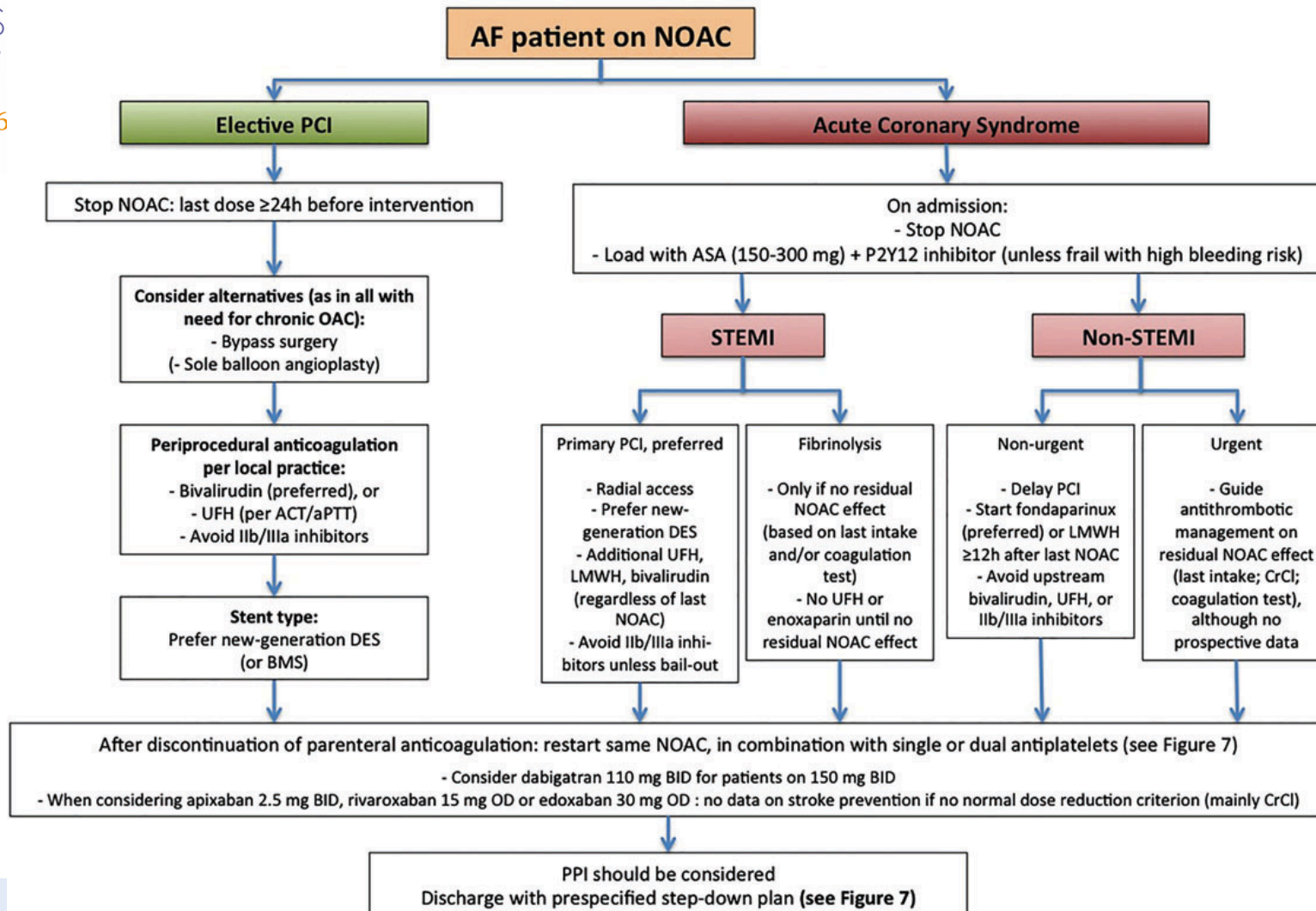
- Abord radial
- Stent actif de dernière génération
- Anticoagulation en fonction de la dernière prise d'OAD
- Pas d'antiGPIIb/IIIa ( sauf catastrophe...)

**Management of antithrombotic therapy in AF patients presenting with ACS and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)**

# Si NSTEMI

- Coronarographie dans les 24h
- Débuter HBPM ou fondaparinux 12h après dernière prise AOD

**Management of antithrombotic therapy in AF patients presenting with ACS and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)**





Un OAD est un anticoagulant de la FA et de la MTE  
Et c'est tout !

N'est pas un anticoagulant qui protège des thrombose de matériel  
Endovasculaire perprocédure.

**Faire les doses habituelles d'héparine.**

# Après





## 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

**The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

**Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)**



European Heart Journal  
doi:10.1093/eurheartj/ehu298

CURRENT OPINION

**Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS)**

# DES vs BMS

## 2014: BMS vs DES= DES>BMS

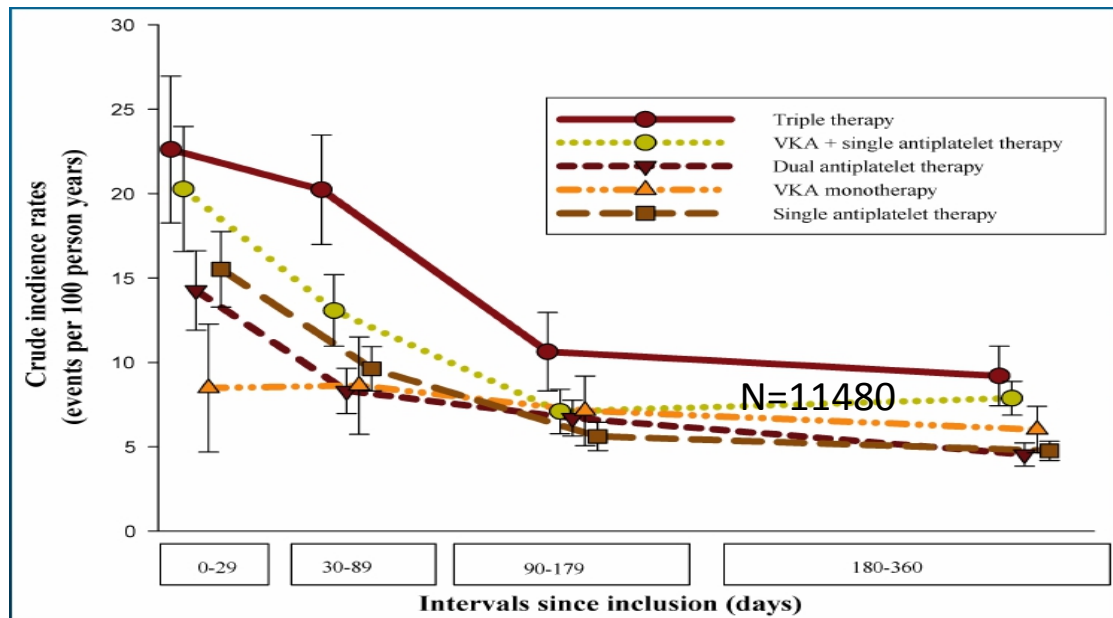
New-generation DES are preferred over BMS among patients requiring oral anticoagulation if bleeding risk is low (HAS-BLED  $\leq 2$ ).

**IIa**

**C**

***BVS ? Problématique durée Triple thérapie***

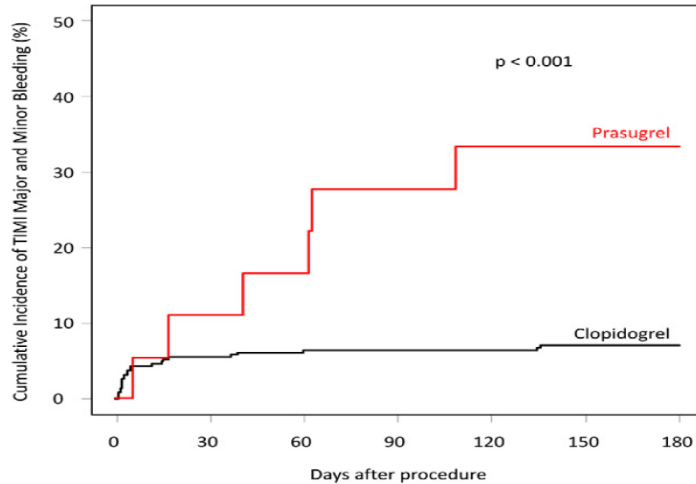
# Triple thérapie



Triple thérapie Aspirine/Clopidogrel/AVK: majoration risque hémorragique+++

Adapted from Lamberts et al, Circulation 2012

# Triple thérapie avec Prasugrel/Tica?



Triple Therapy: OAC+ASA+P2Y12 blockers  
N=21 prasugrel\* et N=356 Clopidogrel

The use of ticagrelor and prasugrel as part of initial triple therapy is not recommended



Sarafoff et al, JACC Vol. 61, No. 20, 2013

Peut-on faire plus simple?

Étude multicentrique ouverte (15 centres en Belgique et Pays-Bas) randomisée comparant 2 stratégies anti-thrombotiques après stenting (actifs 2/3 nus 1/3) :

### **Groupe “double thérapie”**

AVK + Clopidogrel 75 mg

durée :

1 mois min pour un stent nu

12 mois pour un stent actif

### **Groupe “triple thérapie”**

AVK + Clopidogrel 75 mg + Aspirine 80 mg

durée :

1 mois min pour un stent nu

12 mois pour un stent actif

**Suivi** : 12 mois

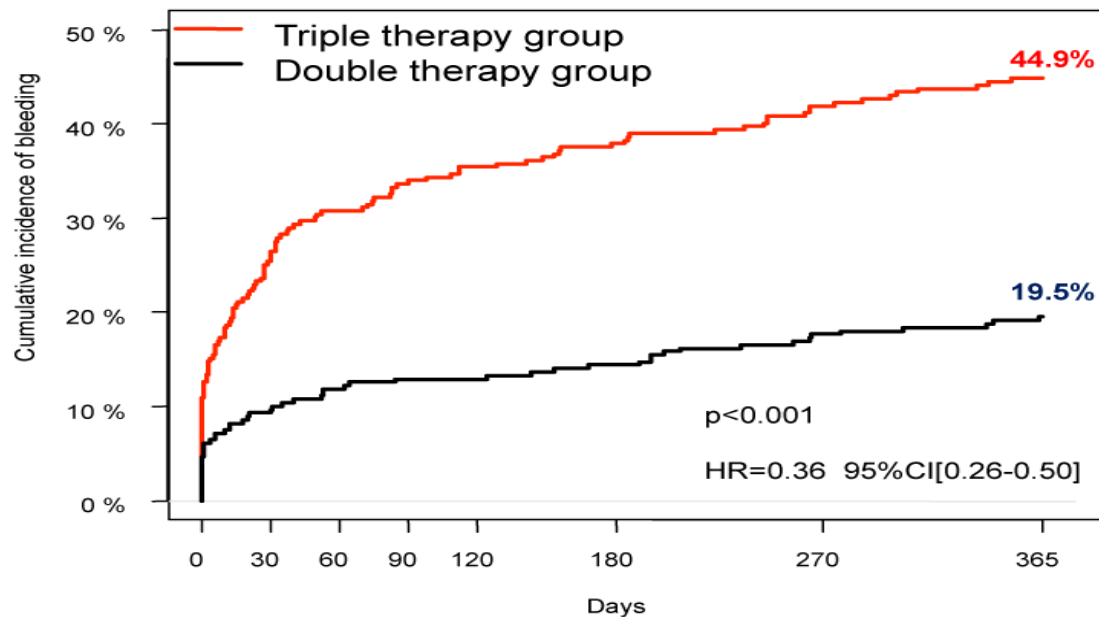
**Critère primaire de jugement** : survenue de tout type de saignement ( critères TIMI)

**Critères secondaires de jugement** :

- combinaison d'AVC, décès, nécrose myocardique, thrombose de stent et revascularisation artère coupable
- tous critères

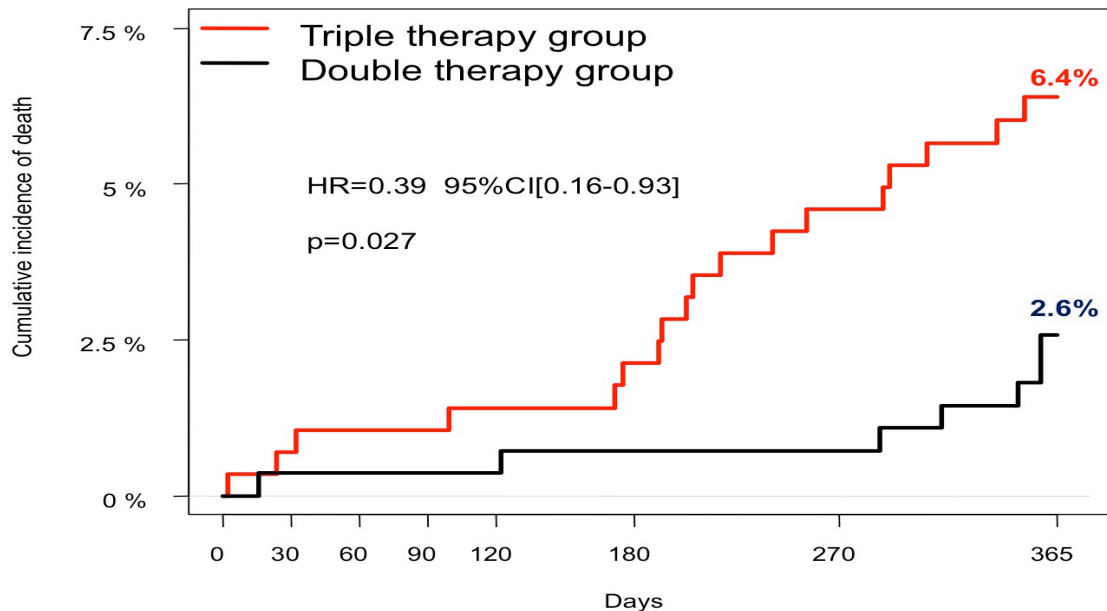
# WOEST - Résultats - critère primaire

(incidence cumulée des saignements)



n at risk:	284	210	194	186	181	173	159	140
	279	253	244	241	241	236	226	208

# WOEST - Mortalité toutes causes



n at risk:	284	281	280	280	279	277	270	252
	279	278	276	276	276	275	274	256



12 165 patients fibrillation atriale,  
hospitalisés pour infarctus et/ou angiostenting coronaire entre 2001 et 2009. médiane  
CHADS2 de  $1,9 \pm 1,2$ ,  
score de risque hémorragique HAS-BLED de  $2,0 \pm 0,9$

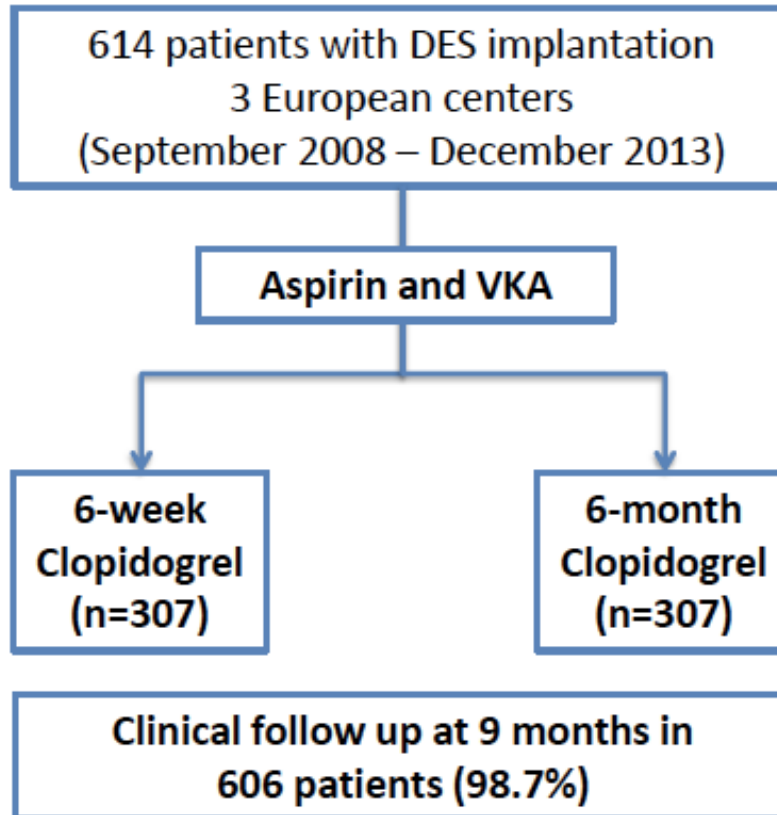
- 40% : *monothérapie: AVK, ou aspirine ou clopidogrel ;*
- 50% : *bithérapie : AVK/clopidogrel, AVK/aspirine ou aspirine/clopidogrel ;*
- 15% : *trithérapie : AVK + clopidogrel + aspirine.*

**Association AVK/clopidogrel plus favorable.  
Trithérapie moins efficacité et majore le risque de complications  
hémorragiques**

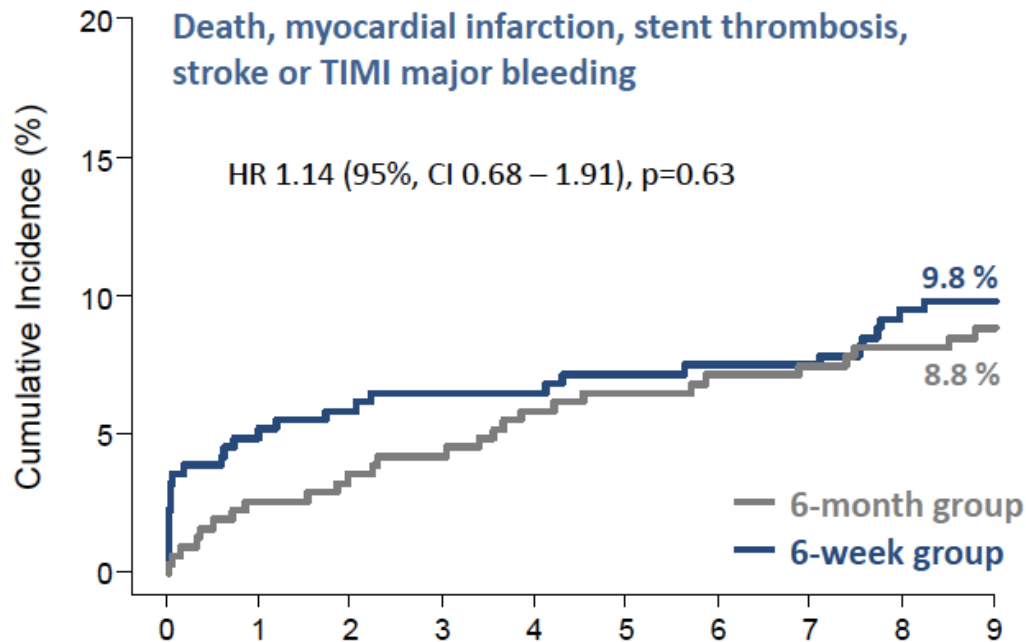
**AVK/clopidogrel vs trithérapie RR=0,78 ; IC95% [0,55-1,12]**

Attente des études randomisées en cours : évaluer les AOD chez les patients devant bénéficier d'une ATC. PIONNER FA PCI, REDUAL PCI, AUGUSTUS etc ..

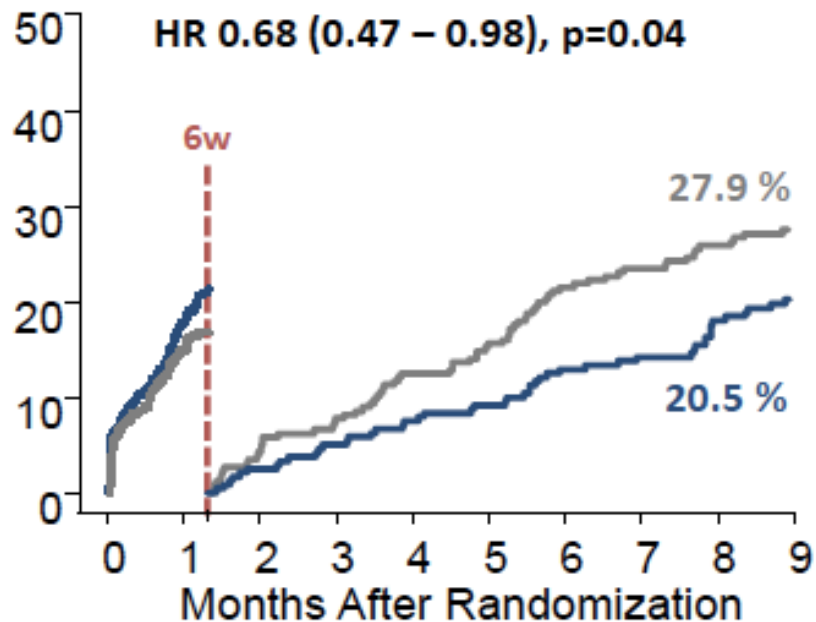
Quelle durée ?



# Primary Endpoint



## Post-hoc landmark analysis of any BARC Bleeding before and after 6 weeks (6w)



6 months  
6 weeks

# Quel AOD ?

## Les AOD : FDR de Syndromes coronaires aigus ?

	Dabigatran (RE-LY)	Rivaroxaban (ROCKET-AF)	Apixaban (ARISTOTLE)
IDM %/an	0,64	1,1	0,64
	P=0,12	P=0,12	P=0,37

*A priori pas de différence significative...*



# *Sur risque IDM dabigatran ?*

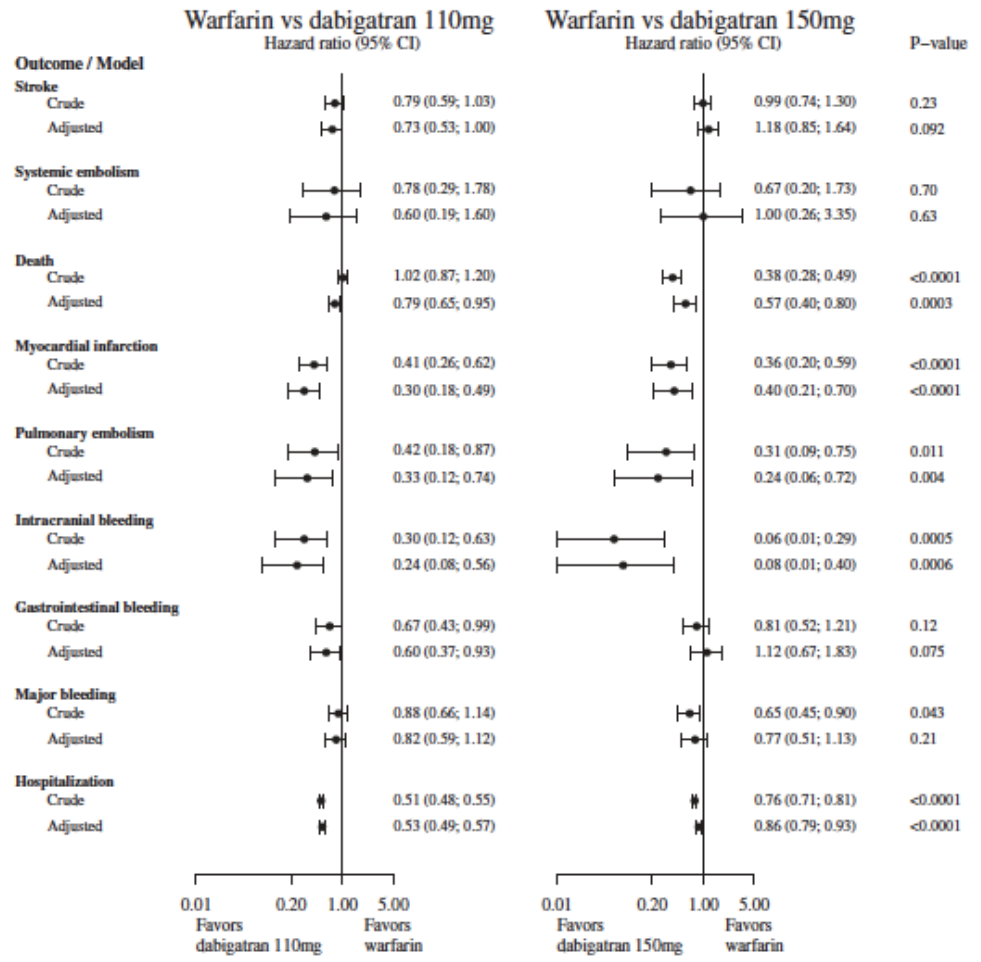
Meta-analyse des essais RE-LY, RE-COVER, RE-DEEM, RE-MEDY, RE-SONATE

augmentation du risque sous dabigatran :  
RR=1,48 ; p=0,005.

Méta analyse Larsen et al.JACC

*Mais pas de confirmation dans le « vraie vie »*

**Efficacy and Safety of Dabigatran Etxilate and Warfarin in “Real-World” Patients With Atrial Fibrillation**  
 A Prospective Nationwide Cohort Study



# Privilégier celui qui a un antidote ?

## IDARUCIZUMAB 2,5 g / 50 mL, solution injectable/pour perfusion

### Indications

Dans le cadre de l'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) de cohorte, Idarucizumab 2,5 g/50 mL, solution injectable/pour perfusion, l'agent de réversion spécifique du dabigatran, est indiqué chez les patients adultes traités par Pradaxa (dabigatran étexilate) quand une réversion rapide de ses effets anticoagulants est requise :

- **pour une urgence chirurgicale ou des procédures urgentes ne pouvant pas être différée(s) de plus de 8 heures telle(s) que :**

- Neurochirurgie (incluant les hématomes intracérébraux, sous durax aigus ou chroniques et extraduraux, chirurgie intraoculaire)
- Chirurgie dans un contexte de sepsis
- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie orthopédique à haut risque hémorragique
- Chirurgie digestive à haut risque hémorragique (ex : rupture splénique, rupture hépatique)
- Chirurgie vasculaire de localisation cervicale, thoracique, abdominale ou pelvienne
- Polytraumatisme

- **en cas de saignements menaçant le pronostic vital et/ou fonctionnel d'un organe tels que :**

- Choc hémorragique
- Complication hémorragique de localisation neurologique au cours d'une navigation endovasculaire ou de geste interventionnel neuroradiologique
- Hémorragie majeure non accessible à un geste hémostatique
- Hémorragie intracrânienne et hémorragie intraspinale
- Hémorragie intraoculaire ou rétro-orbitaire »

# En fonction du risque hémorragique Patient en FA devant recevoir bithérapie

## Augmentation du risque hémorragique

- 1) Age >75 ans
- 2) Cl 30 à 50 ml/min
- 3) Poids <60 kg
- 4) ATCD hémorragiques



Warfarine INR 2 à 2,5  
Apixaban 2,5mg \* 2  
Rivaroxaban 15mg

## Absence de risque hémorragique

- 1) Age <75 ans
- 2) Cl > 50 ml/min
- 3) Poids >60kg
- 4) Pas d'ATCD Hémorragiques



Dabigatran 110\*2  
Apixaban 5mg\*2

# Les recommandations

## *En pratique après le SCA :*

Triple thérapie : Aspirine+clopidogrel+**AVK ou AOD** 1 à 6 mois

Réduction à 1 mois si : Haut risque hémorragique  
Faible risque athéro-thrombotique ( Score SYNTAX , GRACE , REACH)

Allongement de la durée 6 mois voir 1 an si :  
Haut risque athéro-thrombotique  
( score mais aussi caractéristiques de l'ACT stent TC , bifurcation proximale ...)  
Bas risque hémorragique

bref

Antiagrégation et anticoagulation « sur mesure »

En première ligne le cardiologue interventionnel : CAT dans la lettre de sortie.

***Et après la première année...?  
Quel OAD ?***

Merci de votre attention.