

Le patient coronarien en FA

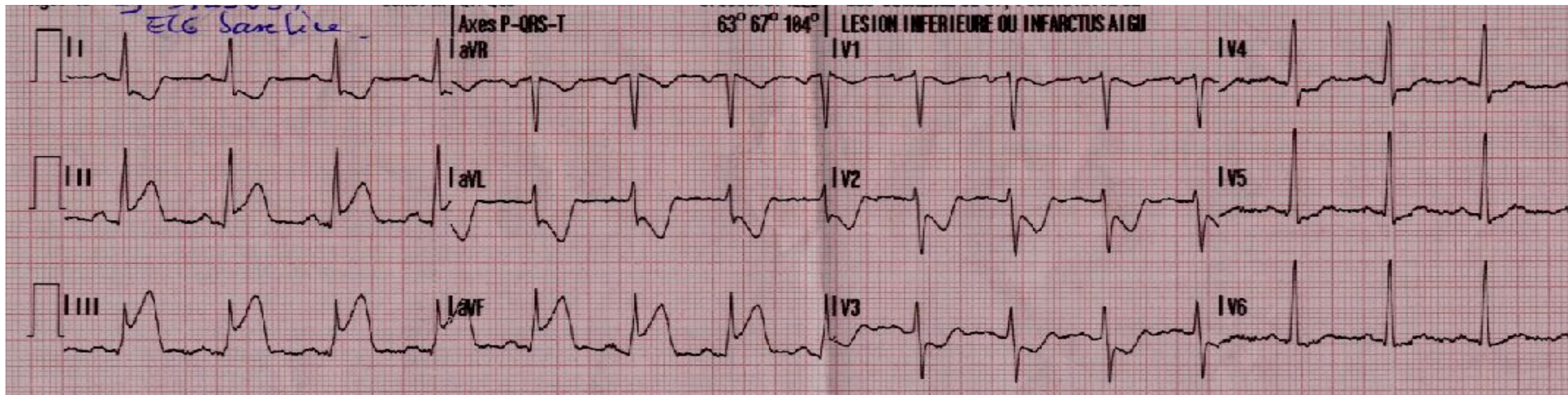
Une situation fréquente, des choix simples?

Cas Pratique

Mme H, 79ans

Prise en charge par le SAMU pour SCA ST+ évoluant depuis 3h.

TA: 160/95mmHg FC: 103bpm SaO2: 96% (en AA)



Mme H, 79ans

Antécédents médicaux



Cardiopathie ischémique révélée en 2014.
➤ ATL IVA (DES – 23 mm)
FA non valvulaire paroxystique.

FDRCV



HTA d'équilibre modérée
Tabagisme sevré (depuis 10 ans)
Dyslipidémie

Traitements au long cours



Fluindione 0.5 cp/j
Atorvastatine 20mg/j
Bisoprolol 5mg/j
Ramipril 5mg/j

1m76 – 89kg – IMC 28,7kg/m²



Dernière biologie disponible

Créat à 86µmol/L – DFG=66mL/min



Hb à 12,1g/dL



Quels traitements antithrombotiques la patiente doit-elle recevoir?

- Une dose de charge d'HNF I.V. ✓
- Une dose de charge d'HBPM I.V. ✓
- Pas d'anticoagulant car AVK au long cours ✗
- Une dose de charge d'aspirine ✓
- Une dose de charge en clopidogrel ✓
- Une dose de charge en ticagrelor/prasugrel ✗

ESC GUIDELINES

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

6.5.1 Patients taking oral anticoagulation

Patients should receive additional parenteral anticoagulation, regardless of the timing of the last dose of oral anticoagulant. GP IIb/IIIa inhibitors should be avoided. Loading of aspirin should be done as in all STEMI patients, and clopidogrel is the P2Y₁₂ inhibitor of choice (600 mg loading dose) before or at the latest at the time of PCI. Prasugrel and ticagrelor are not recommended. Ideally, a chronic anticoagulation regimen should not be stopped during admission.

Quels traitements antithrombotiques la patiente doit-elle recevoir?

- Une dose de charge d'HNF I.V. ✓
- Une dose de charge d'HBPM I.V. ✓
- Pas d'anticoagulant car AVK au long cours ✗
- Une dose de charge d'aspirine ✓
- Une dose de charge en clopidogrel ✓
- Une dose de charge en ticagrelor/prasugrel ✗

ESC GUIDELINES

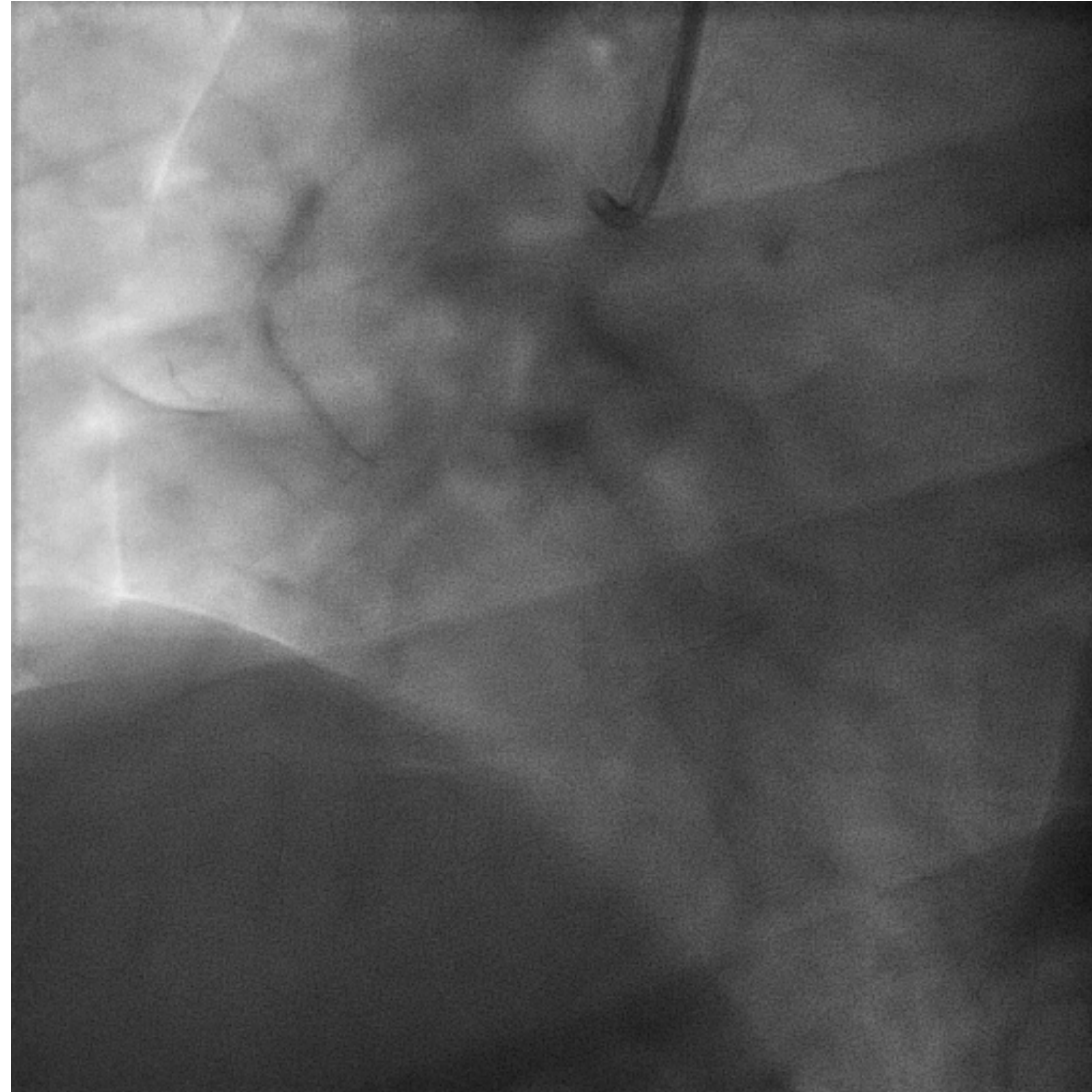
2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Antithrombotic treatments for STEMI

Peri-interventional therapy		
Anticoagulation is recommended for all patients in addition to antiplatelet therapy during PCI. ^{703,726}	I	A
Routine use of UFH is recommended.	I	C
Routine use of enoxaparin should be considered. ⁷³⁷	IIa	B
It is recommended that periprocedural aspirin and clopidogrel are administered to patients undergoing coronary stent implantation.	I	C

5 6 7
JUN 2019

APPAC
Ensemble, imaginons la cardiologie de demain



Intervention coronaire percutanée

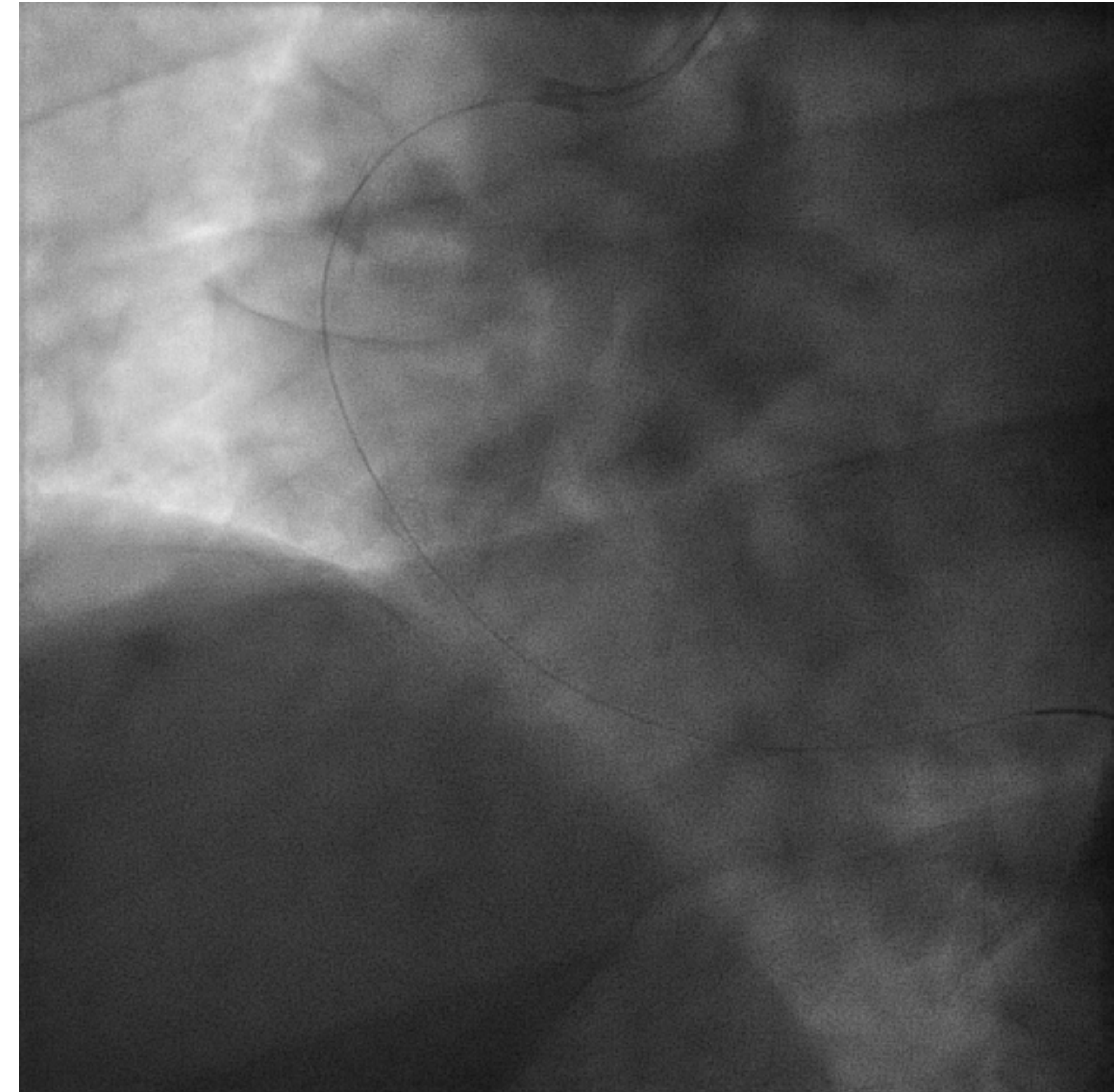
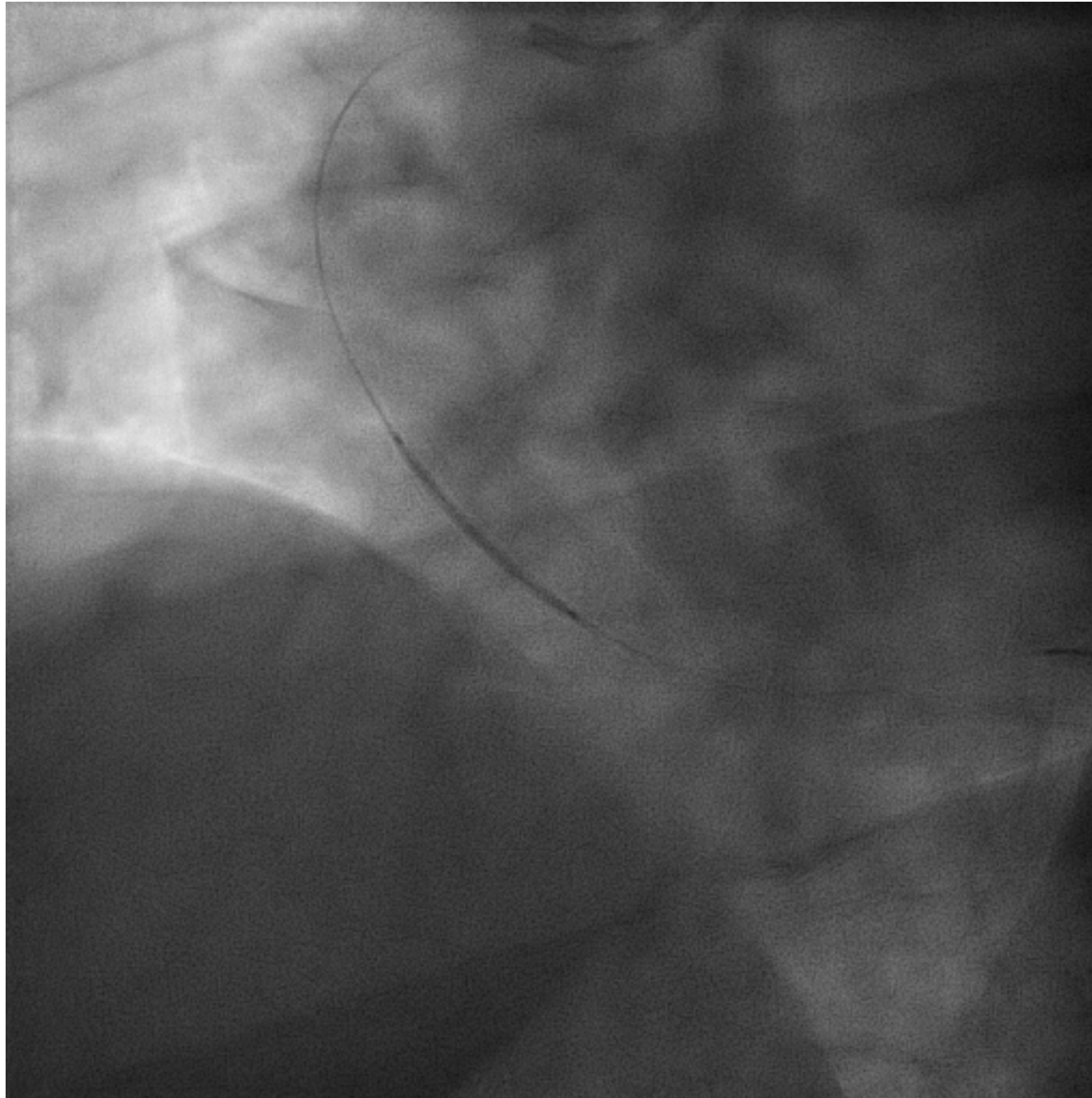
Quel type de stent utilisez-vous chez cette patiente dans ce contexte?

- Stent actif 
- Stent nu pour réduire la durée de la double anti-agrégation plaquettaire 

ESC/EACTS GUIDELINES
2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Recommendations	Class ^a	Level ^b
DES are recommended over BMS for any PCI irrespective of: <ul style="list-style-type: none"> ● clinical presentation ● lesion type ● planned non-cardiac surgery ● anticipated duration of DAPT ● concomitant anticoagulant therapy.^{100,578,579,640} 	I	A

Mise en place d'un stent actif (3.0*28mm)



Et pour la suite?

- Le SAMU administre une dose de charge d'aspirine IV (250 mg) dans le transport.
- Un traitement complémentaire par HBPM IV (0.5mg/kg), associé à une dose de charge de clopidogrel (600mg) PO, est administré en salle de cathétérisme.



- L'évolution est simple. L'échographie cardiaque constate une hypokinésie inférieure avec une FEVG préservée.
- Le pic de troponine (Hs) est 1117UI. La fonction rénale est conservée. L'Hb est à 11.5g/dL. L'INR à l'arrivée est 2,7



- A J3 post-IDM, un retour à domicile est envisagé.
- Quel traitement antithrombotique prescrivez-vous en vu du retour à domicile?



Et pour la suite? Recommandations générales

ESC GUIDELINES

2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Assess ischaemic and bleeding risks using validated risk predictors (e.g. CHA₂DS₂-VASc, ABC, and HAS-BLED) with a focus on modifiable risk factors.

Keep triple therapy duration as short as possible; dual therapy after PCI (OAC and clopidogrel) to be considered instead of triple therapy.

One should consider the use of a NOAC instead of a VKA when NOACs are not contraindicated.

Consider a target INR in the lower part of the recommended target range and maximize time in the therapeutic range (i.e. >65%) when a VKA is used.

Clopidogrel is the P2Y₁₂ inhibitor of choice.

Use low-dose (≤ 100 mg daily) aspirin.

Routine use of PPIs.

Evaluation du risque embolique/hémorragique

Evaluation du risque Embolique



Letter	Risk factor	Score
C	Congestive heart failure/LV dysfunction	1
H	Hypertension	1
A ₂	Age ≥75	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
V	Vascular disease*	1
A	Age 65–74	1
S	Sex category (i.e., female sex)	1
	Maximum score	9

CHADSVASC à 5/9

Evaluation du risque hémorragique



Risk Factor	Score
Hypertension	1
Abnormal renal/liver function	1 or 2
Stroke	1
Bleeding history or predisposition	1
Labile INR	1
Elderly (age over 65)	1
Drugs/alcohol concomitantly	1 or 2
Maximum Score	9

HAS BLED à 3/9

Quels traitements au long cours?

• AVK + Clopidogrel + AAS	WOEST	PIONEER	RE-DUAL	AUGUSTUS
• AVK + Clopidogrel	WOEST			AUGUSTUS
• AOD + Clopidogrel + AAS		PIONEER		AUGUSTUS
• AOD + Clopidogrel		PIONEER	RE-DUAL	AUGUSTUS
• AOD + New P2Y12		PIONEER	RE-DUAL	AUGUSTUS
		5.7% de la population	12% de la population	7.4% de la population

Applicabilité de ces études à Mme H

Syndrome Coronaire Aigu

RE-DUAL	SCA $n=1375$ (50.5%)
PIONEER	SCA $n=1096$ (51.6%)
AUGUSTUS	SCA $n=1714$ (37.3%)

Délai d'inclusion post-PCI

RE-DUAL	72h post-PCI
PIONEER	120h post-PCI
AUGUSTUS	14j post-PCI

CHADS VASC = 5

RE-DUAL	CHADS VASC moyen = 3.8
PIONEER	CHADS VASC moyen = 3.7
AUGUSTUS	CHADS VASC moyen = 3.9

HAS BLED = 3

RE-DUAL	HAS BLED moyen = 2.7
PIONEER	HAS BLED moyen = 3.0
AUGUSTUS	HAS BLED moyen = 2.9

Major exclusion criteria

- Pas d'ATCD de saignement sévère
- Pas d'IRC sévère (DFG < 30 mL/min) ou d'anémie (Hb < 10 g/dL)
- Pas de complication de l'IDM

➤ **Discussion avec la patiente:**

- Patiente favorable sur le principe au AODs (moins de prise de sang++)
- Arrêt du fluindione dès l'arrivée de la patiente.
- Contrôle INR quotidien et relais par Apixaban 5mgx2/j dès que INR <2.0 (AUGUSTUS-like).
- Absence de critère pour dose réduites: Age >80ans; Poids <60kg; Créatinémie >133µmol/L

➤ **Poursuite du clopidogrel 75mg/j pour une durée d'un an.**

➤ **Arrêt de l'aspirine en sortie d'hospitalisation**

➤ **Reste du traitement:**

- Lansoprazole 15mg/j
- Atorvastatine 80mg/j
- Bisoprolol 7,5mg/j
- Ramipril 10mg/j

Questions sur cette prise en charge

Pouvait-on maintenir les AVK chez cette patiente?

Contre

- AOD > AVK sur le risque de saignement
- 29.0% des patients inclus dans AUGUSTUS étaient préalablement sous AVK



Pour

- Pas d'ATCD d'hémorragie sous AVK ou INR labile
- Possibilité d'une stratégie WOEST-Like

Pouvait-on maintenir une (courte) double thérapie antiplaquettaire chez cette patiente?

Contre

- Risque de saignement: age, triple thérapie
- Absence de thrombose de stent



Pour

- Présentation sous la forme d'un STEMI
- ATCD de stent (IVA, longueur totale de stent à 51mm)

Le choix de l'AOD, sur quels critères?

Alternatives

- Dabigatran (150 mgx2/j plutôt que 110mgx2/j) + Clopidogrel 75mg/j
- Rivaroxaban 15mg/j + Clopidogrel 75 mg/j

5 6 7
JUN 2019



Merci de votre attention