

# Angioplastie, fibrillation atriale, antithrombotiques : Less is more

Cas Pratique  
Présenté par Dr Michel Zeitouni



2.3.4 Juin 2021

# Disclosures

## **Bourses de recherche :**

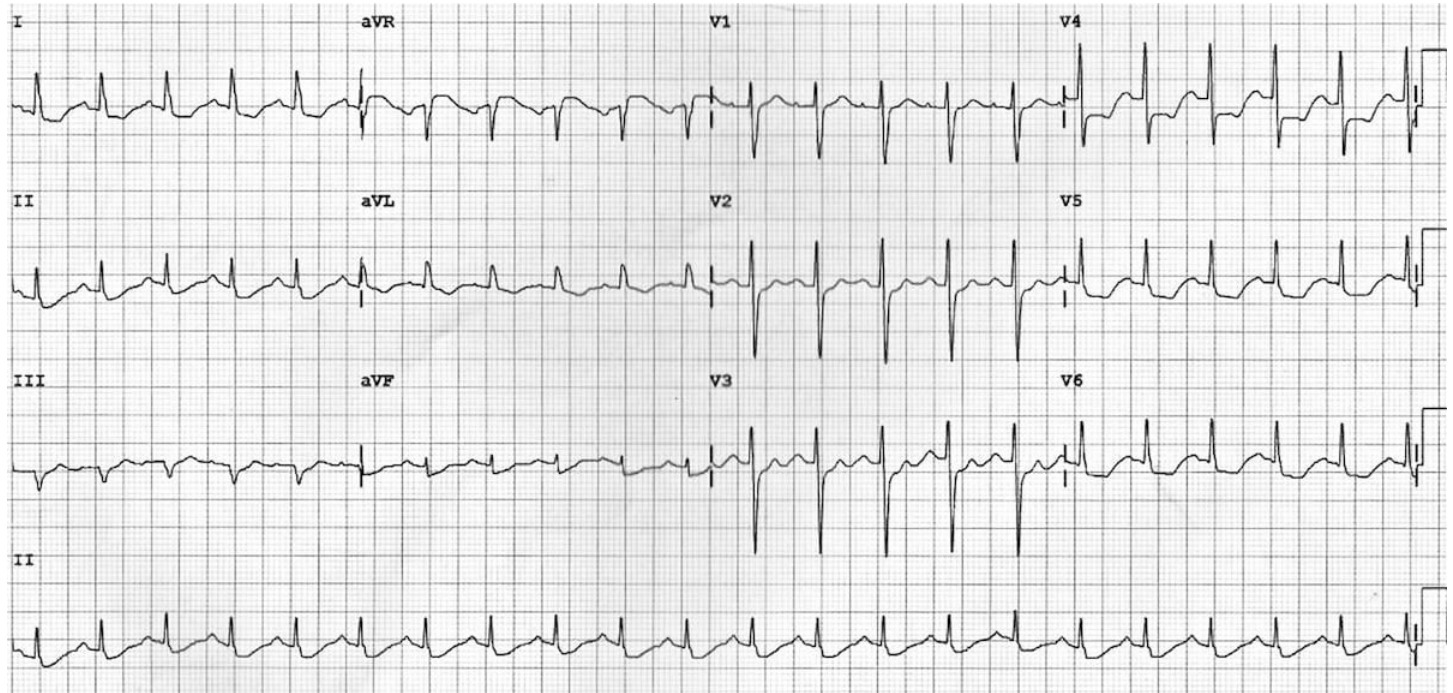
- **FFC, Institut Servier**

## **Honoraires :**

- **BMS/Pfizer**
- **Bayer**

# Mme Less, 69 ans

**Douleur thoracique angineuse de 20 min cédant spontanément**  
**Appel le SAMU**



# Mme Less, 69 ans

## Antécédents médicaux



Anémie sur ulcère gastrique en 2017 (guérie)  
FA paroxystique depuis 2020  
Dysthyroïdie à la cordarone en 2020  
Arthrose de hanche

## FDRCV



Dyslipidémie  
HTA

## Traitements au long cours



Apixaban 5 mg matin et soir  
Sotalol 80 mg matin et soir  
Amlor 5 mg le soir  
Automédication par AINS

1m62 – 68 kg – IMC 28,7kg/m<sup>2</sup>



Créat à 61μmol/L



Hb à 12,1g/dL



# Mme Less, 69 ans

## En USIC

**PA:** 180/95mmHg **FC:** 110bpm **SaO<sub>2</sub>:** 96%

Examen cardiovasculaire normal

Examen neurologique normal

Examen abdominal normal

**Score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 3**

**HAD BLED = 3**

**ETT normale**

Ecchymoses spontanées sous anticoagulant





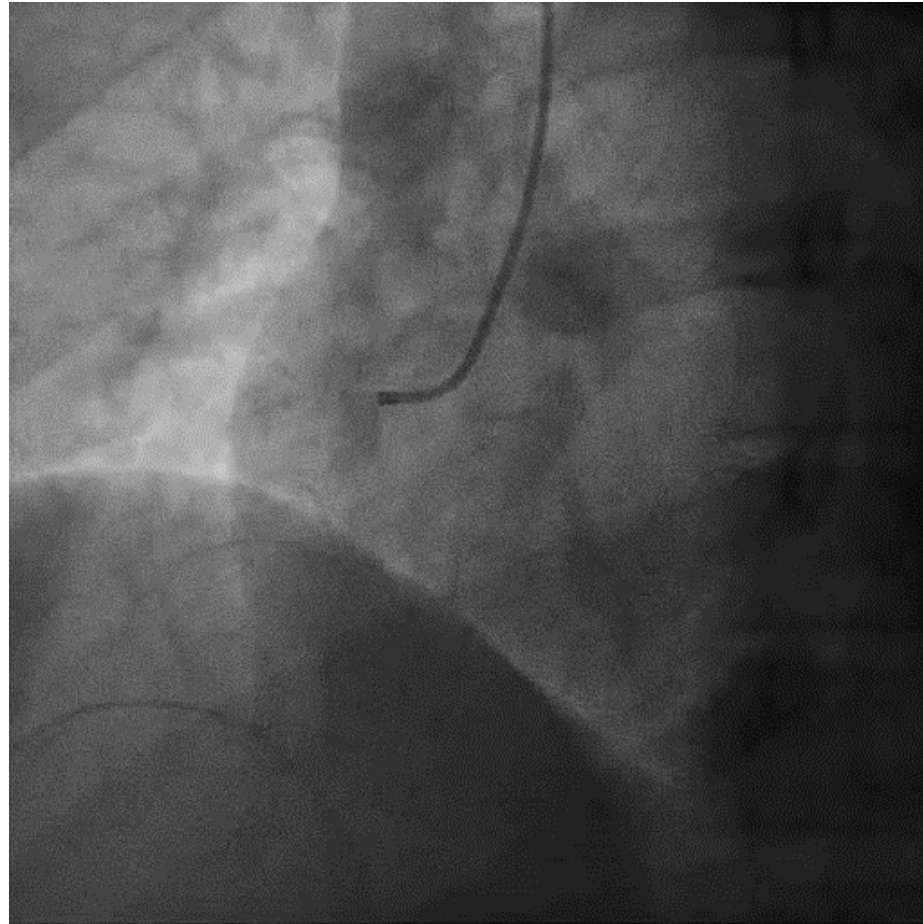
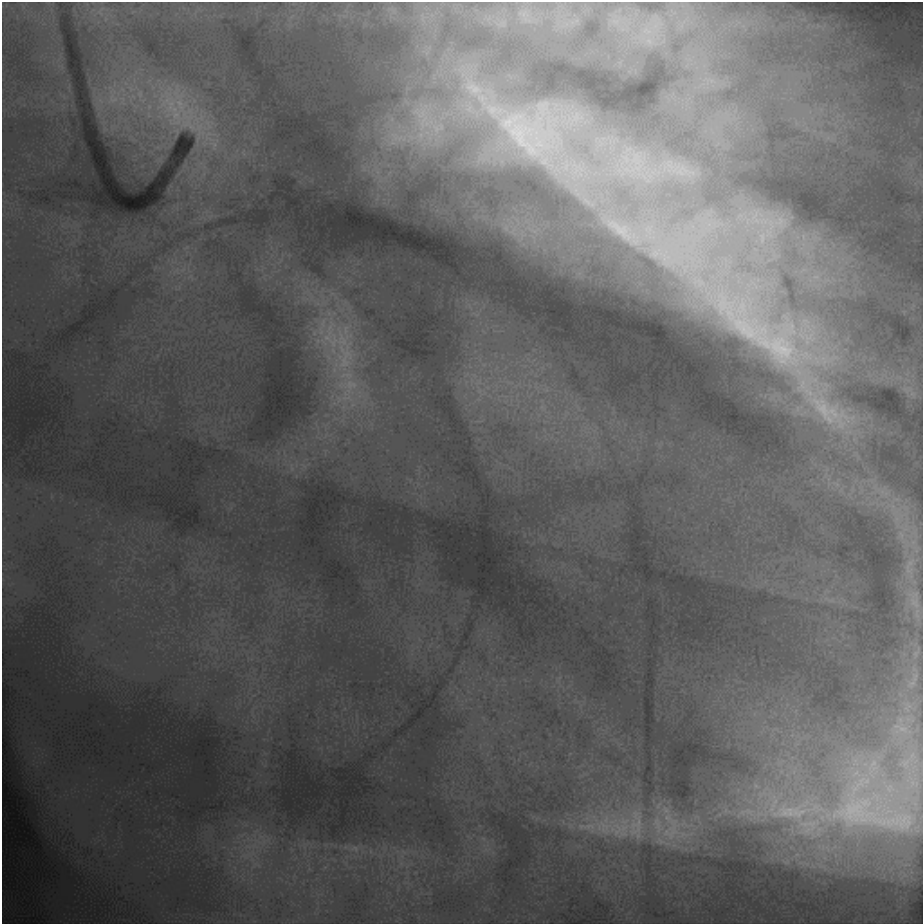
**Dernière prise d'apixaban à 8H**  
**Coronarographie prévue le lendemain**  
**Quelle stratégie d'anticoagulation péri procédurale ?**

- Il faut faire un relais Apixaban → HNF ou Enoxaparine pendant l'hospitalisation
- Il est préférable de laisser l'anticoagulant oral habituel pendant l'hospitalisation

**Recommendations for combining antiplatelet agents and anticoagulants in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients requiring chronic oral anticoagulation**




*Collet et al., Eur Heart J. 2020*

<b>Anticoagulation</b>		
During PCI, additional parenteral anticoagulation is recommended, irrespective of the timing of the last dose of all NOACs and if INR is <2.5 in VKA-treated patients.	<b>I</b>	<b>C</b>
In patients with an indication for OAC with VKA in combination with aspirin and/or clopidogrel, the dose intensity of VKA should be carefully regulated with a target INR of 2.0–2.5 and a time in the therapeutic range >70%. <sup>236,238–241</sup>	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Uninterrupted therapeutic anticoagulation with VKA or NOACs should be considered during the periprocedural phase.	<b>IIa</b>	<b>C</b>





**Patiente sous apixaban 5 mg x 2 / j**  
**Quels stents faut il utiliser chez cette patiente ?**

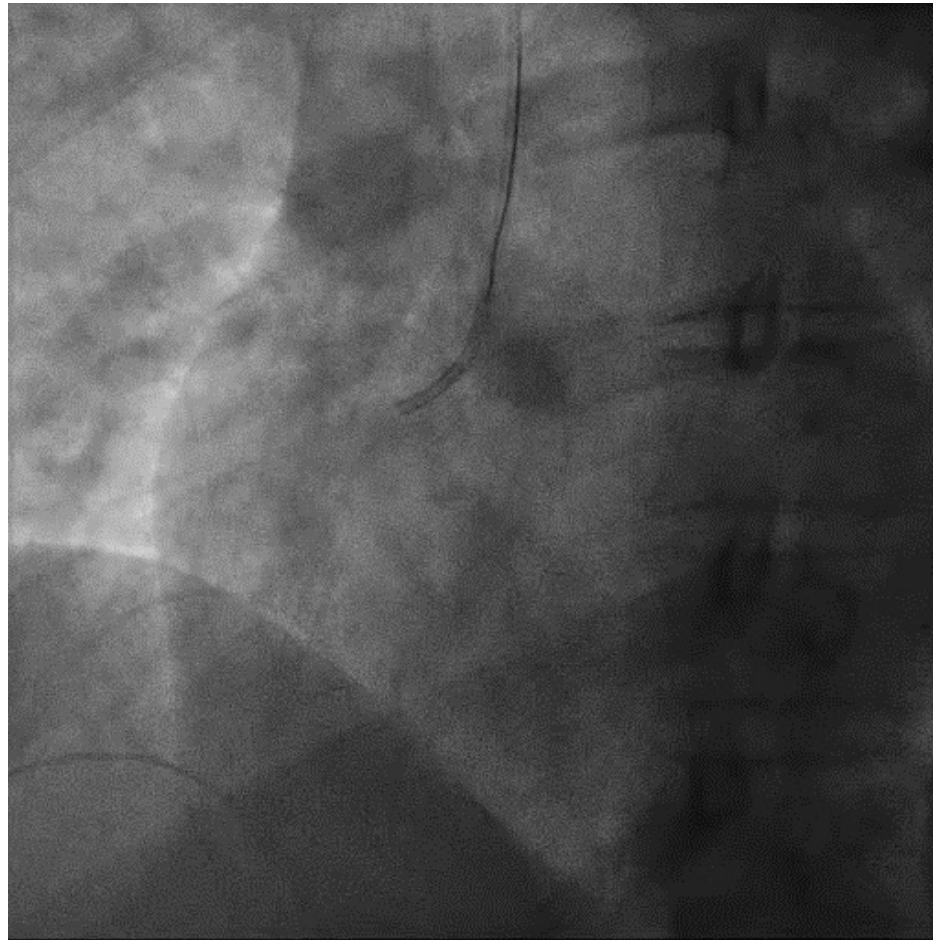
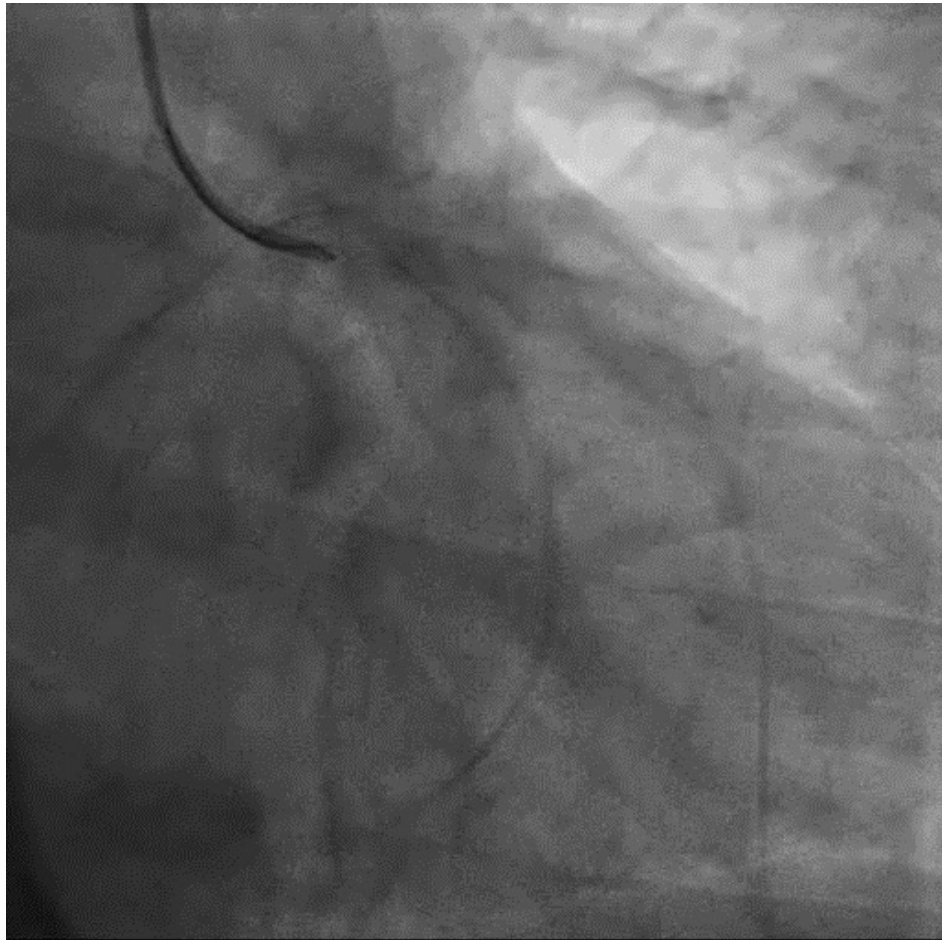
- Stent actif 
- Stent nu pour réduire la durée de la double anti-agrégation plaquettaire 
- Il faut compléter par un bolus IV de HNF ou Enoxaparine IV pendant l'angioplastie 

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

*Neumann et al., Eur Heart J. 2019 Jan 7;40(2):87-165.*

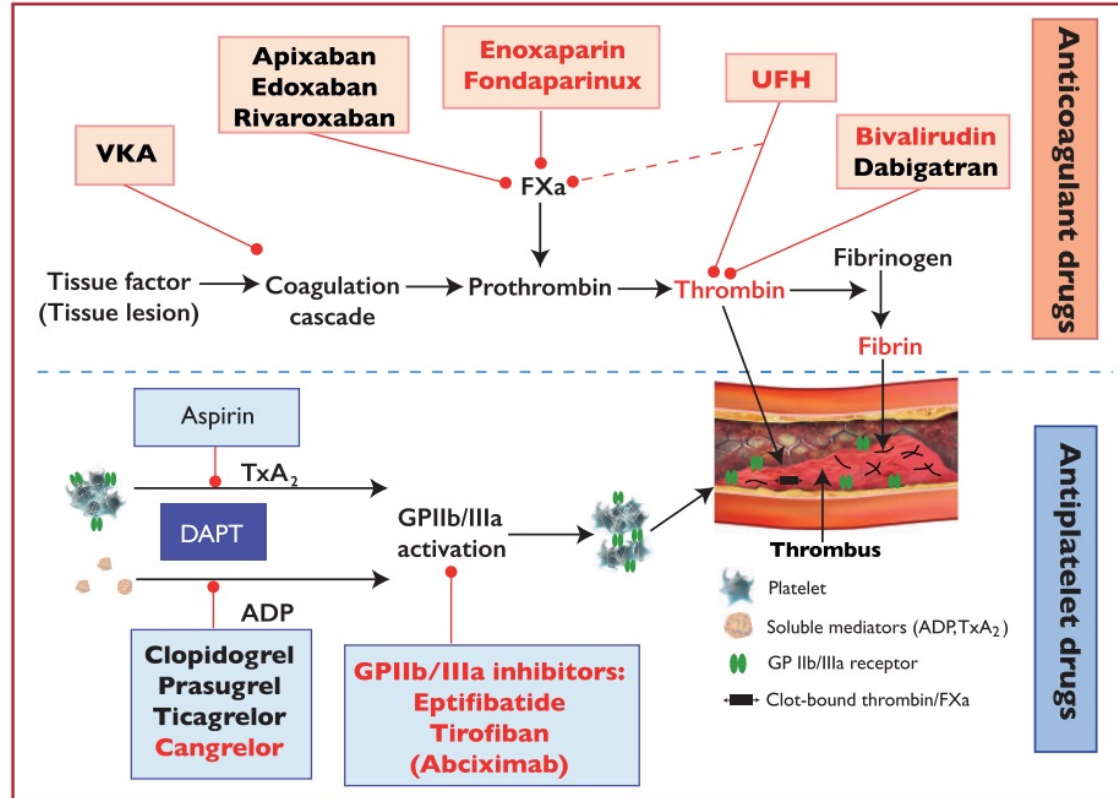
Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
DES are recommended over BMS for any PCI irrespective of: <ul style="list-style-type: none"> <li>● clinical presentation</li> <li>● lesion type</li> <li>● planned non-cardiac surgery</li> <li>● anticipated duration of DAPT</li> <li>● concomitant anticoagulant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










# Favoriser Enoxaparine car activité anti-Xa similaire à celle des AOD

Collet et al., Eur Heart J. 2020



## Quelle stratégie antiplaquettaire péri-procédurale de l'angioplastie ?

- L'aspirine est indiquée dans tout les cas 
- Le clopidogrel est l'inhibiteur du P2Y12 à favoriser 
- Il est possible d'utiliser du Ticagrelor ou du Prasugrel en triple association à l'apixaban 
- Si la FA est à bas risque emboligène, il est possible de prescrire une DAPT comprenant Aspirine – Ticagrelor ou Aspirine – Prasugrel sans anticoagulant pendant 4 semaines, puis relayer tica/prasu par l'apixaban 
- Il est possible d'associer Ticagrelor ou Prasugrel avec un AOD en bithérapie précoce 

# Recommendations for combining antiplatelet agents and anticoagulants in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients requiring chronic oral anticoagulation

Collet et al., Eur Heart J. 2020

## Antiplatelet treatment

In patients with AF and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq 1$  in men and  $\geq 2$  in women, after a short period of TAT (up to 1 week from the acute event), DAT is recommended as the default strategy using a NOAC at the recommended dose for stroke prevention and a single oral antiplatelet agent (preferably clopidogrel).<sup>238–241,244,245</sup>

I

A

Periprocedural DAPT administration consisting of aspirin and clopidogrel up to 1 week is recommended.<sup>238–241,244,245</sup>

I

A

DAT (with an OAC and either ticagrelor or prasugrel) may be considered as an alternative to TAT (with an OAC, aspirin, and clopidogrel) in patients with a moderate or high risk of stent thrombosis, irrespective of the type of stent used.

IIb

C

The use of ticagrelor or prasugrel as part of TAT is not recommended.

III

C

death.<sup>243,244</sup> At variance with the default strategy, in patients with HBR, DAT should be shortened to 6 months by withdrawing the ongoing antiplatelet therapy; while in patients with high coronary ischaemic risk, TAT should be prolonged up to 1 month, followed by



DAT for up to 12 months. There is currently limited evidence to support the use of OACs with ticagrelor or prasugrel as dual therapy after PCI as an alternative to TAT.<sup>241,245</sup> Following coronary stenting, DAPT with aspirin and ticagrelor or prasugrel, without OAC, may be considered as an alternative to TAT in patients with high ischaemic risk NSTEMI-ACS and AF and one non-sex stroke risk factor within the first 4 weeks. Regarding the need to continue with any antiplatelet

## Association new P2Y12i + AOD

AUGUSTUS trial < 8 % des patients  
PIONEER - AF trial < 6 % des patients  
REDUAL 12 % des patients

« More research is needed »

Prise en charge post angioplastie  
La patiente est maintenant sous aspirine – clopidogrel et AOD  
Quelle stratégie antithrombotique et quelle durée ?

- Je change la dose d'apixaban 5 mg x 2 / j pour apixaban 2.5 mg x 2 / j 
- 7 jours après l'angioplastie, une **double association Apixaban– clopidogrel prévient** efficacement les saignements sans augmenter les évènements ischémiques 

## Recommendations for combining antiplatelet agents and anticoagulants in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients requiring chronic oral anticoagulation

Collet et al., Eur Heart J. 2020

When rivaroxaban is used and concerns about HBR prevail over stent thrombosis or ischaemic stroke, rivaroxaban 15 mg o.d. should be considered in preference to rivaroxaban 20 mg o.d. for the duration of concomitant SAPT or DAPT. <sup>240,245</sup>	Ila	B
In patients at HBR (HAS-BLED $\geq 3$ ), dabigatran 110 mg b.i.d. should be considered in preference to dabigatran 150 mg b.i.d. for the duration of concomitant SAPT or DAPT to mitigate bleeding risk. <sup>238</sup>	Ila	B
In patients treated with an OAC, aspirin plus clopidogrel for longer than 1 week and up to 1 month should be considered in those with high ischaemic risk or other anatomical/procedural characteristics which outweigh the bleeding risk (Table 11).	Ila	C

### PIONEER

Rivaroxaban 15 mg + P2Y12i

Rivaroxaban 2.5 mg  
+ P2Y12i + aspirine

### REDUAL





Dabigatran 150 mg ou 110 mg x 2 /j  
avec  
P2Y12i + aspirine

### AUGUSTUS

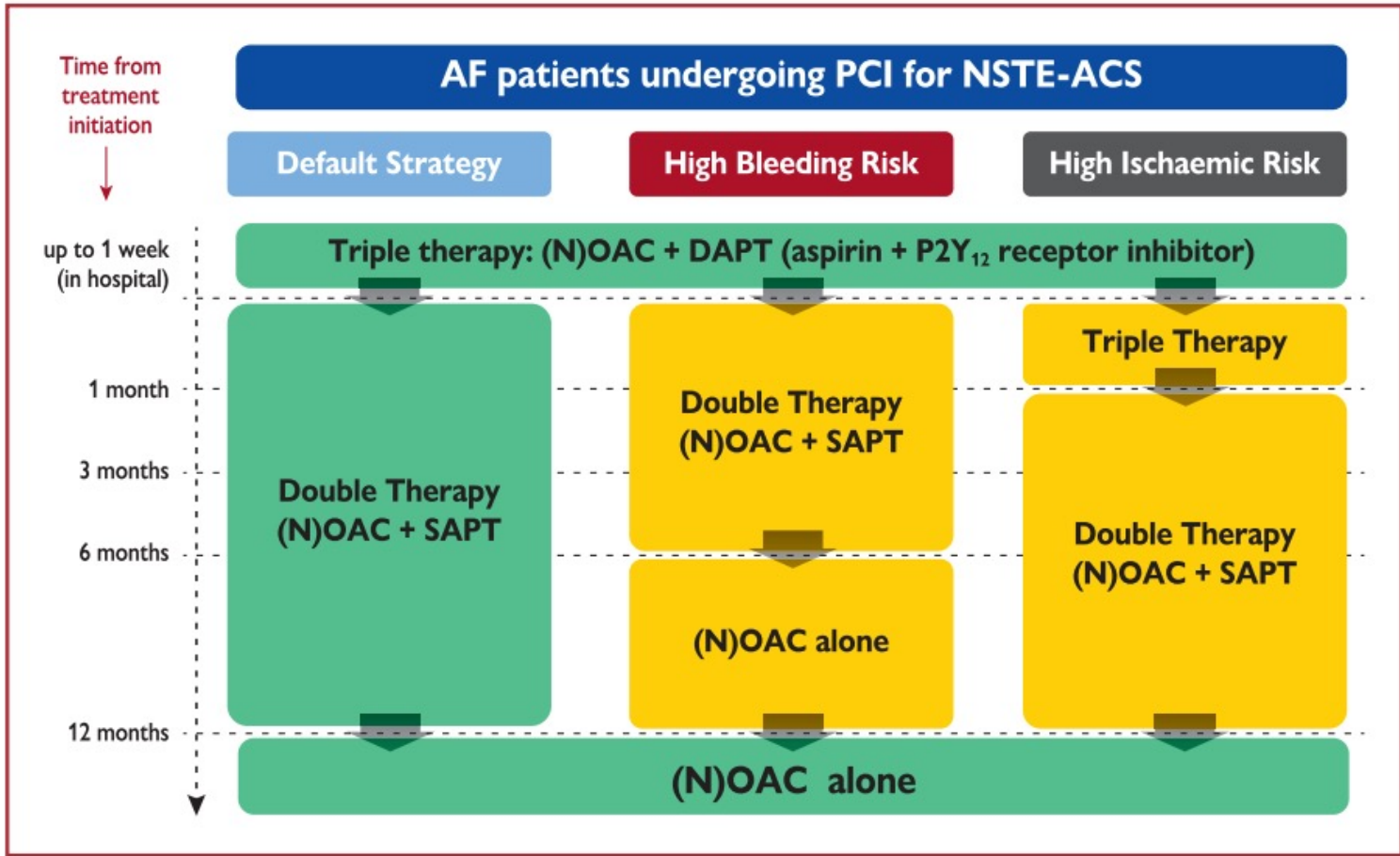
Apixaban 5 mg\* x 2 / j  
avec  
P2Y12i + aspirine  
ou  
P2Y12i + placebo

\*adaptation de dose habituelle

## Combien de temps avant de pouvoir mettre l'apixaban en monothérapie pour Mme Less ?

- On peut garder Apixaban en monothérapie à partir de 3 mois 
- On peut garder Apixaban en monothérapie à partir de 6 mois 
- On peut garder Apixaban en monothérapie à partir de 1 an 
- Au vue du haut risque coronaire on n'arrête jamais l'antiagrégant 





# Take home message

## Stratégies pour éviter les saignements chez les patients traités par anticoagulant oral

Evaluer les **risques hémorragique et ischémique** en utilisant des scores validés (**HAS-BLED, CHADS-VASC**) et rechercher notamment les facteurs modifiables

Une **double thérapie (anticoagulant oral + clopidogrel)** doit être instaurée le plus tôt possible dès 1 semaine (ou même sortie d'hospitalisation ?)

**Nombreuses stratégies possibles à adapter au profil du patient**

**En cas de risque coronaire élevé nécessitant ticagrelor ou prasugrel : possibilité de ne pas anticoaguler pendant 4 semaines si FA à faible risque emboligène**

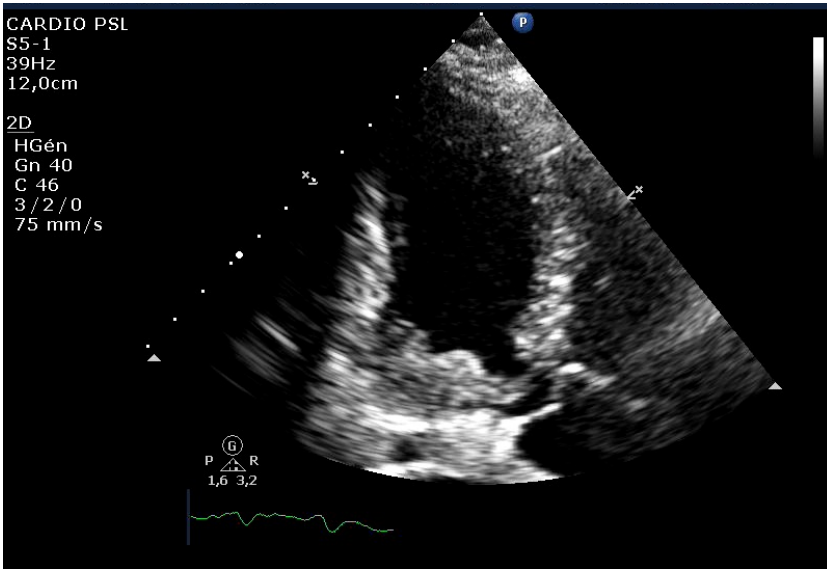
**Anticoagulant oraux direct (AOD)** plutôt que d'antivitamine K (AVK).

Le **clopidogrel** est l'antiP2Y12 de choix.

Utiliser de **faible dose** d'aspirine ( $\leq 100\text{mg/j}$ ).

**Utilisation IPP**

## Les cas pour lesquels tout n'est pas encore clair...



- Situations et âges extrêmes (patients jeunes versus patients très âgées)
- Angioplastie à haut risque / maladie coronaire agressive / thrombose stent précoce
- Thrombus intra VG post IDM et AOD
- Quel traitement à plus de 1 an ?

Merci de votre attention

