



Nouveau patient coronarien au cabinet comment lui faire avaler la « pilule » ?

Serge Doucet

Vous suiviez Richard, un homme de 46 ans, depuis quelques années pour une hypertension artérielle. Il vous revient un mois après un séjour « éclair » de trois jours à l'unité coronarienne à la suite d'un infarctus aigu du myocarde. Il est ébranlé, lui qui, selon ses dires, « n'avait jamais été malade » et travaillait cinquante heures par semaine. Il prend maintenant cinq nouveaux médicaments. On lui a suggéré un nouveau régime de vie : exercice, diète, perte de poids... Comment l'aider à retomber sur ses pieds et surtout à « avaler la pilule » ?

LE TRAITEMENT vigoureux des syndromes coronariens aigus (voir l'article des D^{rs} Richard Gallo et Nicolas Thibodeau-Jarry intitulé : « Le cœur du traitement de l'infarctus du myocarde en 2013 : définition, thrombolysse et nouveaux antiplaquettaires », dans le présent numéro) en a grandement amélioré le pronostic. De 1994 à 2006, la mortalité intrahospitalière des patients ayant subi un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) est passée de 11,5 % à 8 % et celle des patients ayant subi un infarctus sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI), de 7,1 % à 5,2 %, des diminutions d'environ 30 %, selon les données d'un grand registre américain¹. Plus de patients viendront donc à votre cabinet et auront différentes questions à vous poser. Êtes-vous prêt à y répondre ?

1. Quelle sera la durée du double traitement antiplaquettaire après un syndrome coronarien aigu ?

Le choix de l'antiplaquettaire (clopidogrel – Plavix, prasugrel – Effient ou ticagrélor – Brillinta) qui sera initialement donné en conjonction avec l'AAS a été fait en cours d'hospitalisation (voir l'article des D^{rs} Richard

Le Dr Serge Doucet, cardiologue, exerce au service d'hémodynamie de l'Institut de Cardiologie de Montréal et est professeur agrégé au Département de médecine de l'Université de Montréal.

Tableau 1

Facteurs augmentant le risque de saignement lors de la prise d'antiplaquettaire³

- Prise concomitante d'anticoagulant par voie orale
- Intervention chirurgicale prochaine (cancer, orthopédie, etc.)
- Saignement antérieur, anémie ou maladie ulcéreuse
- Sexe féminin
- Petit poids
- Insuffisance rénale chronique
- Âge avancé (≥ 75 ans)

Gallo et Nicolas Thibodeau-Jarry), mais la durée du traitement variera selon les différentes situations. Les recommandations canadiennes² de 2011 préconisent un an, peu importe l'antiplaquettaire choisi, après un STEMI ou un NSTEMI. Pour les patients ayant reçu un traitement médical (sans dilatation) ou subi des pontages coronariens et qui sont sous clopidogrel, le traitement doit durer au moins un mois et se poursuivre pendant un an, uniquement en l'absence de risque excessif de saignement (tableau 1)³. Les bienfaits à long terme sont moindres chez ce groupe de patients⁴.

Un traitement de plus d'un an est beaucoup plus discutabile et a été peu étudié. Il est recommandé chez les patients présentant un risque élevé de thrombose de tuteur (voir la prochaine question), qui ont eu des récives

Tableau II

Tuteurs coronariens offerts au Québec*

Tuteurs non médicamenteux

Vision et Mini Vision
Omega
Integrity
Pro-Kinetic et Pro-Kinetic Energy
Liberté
Graftmaster

Tuteurs médicamenteux

Xience V
Promus et Promus Element
Resolute Integrity
Orsiro
Endeavor
Absorb (tuteur biodégradable)

Autres

Ballon médicamenteux : Pantera Lux

* Certains tuteurs peuvent avoir été utilisés, mais ne plus être commercialisés. Certains produits sont offerts uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial de Santé Canada.

Tableau III

Facteurs associés à un taux élevé de thrombose de tuteur

- Multiples tuteurs et tuteurs se chevauchant
- Bifurcation, surtout en présence de multiples tuteurs
- Petits vaisseaux et petits tuteurs
- Insuffisance rénale
- Diabète
- Infarctus aigu du myocarde
- Antécédents de thrombose de tuteur
- Arrêt prématuré du double traitement antiplaquettaire

* Tableau de l'auteur.

de syndrome coronarien aigu (SCA) ou encore dont la charge athéroscléreuse coronarienne ou périphérique est élevée⁴. Lorsqu'il n'y a pas eu d'implantation de tuteurs médicamenteux dans la dernière année, l'arrêt du double traitement antiplaquettaire (pour une intervention chirurgicale ou une intolérance, par exemple) peut se faire beaucoup plus facilement, car il n'expose pas le patient au risque dramatique d'une thrombose de tuteur.

2. Quelle est la durée du traitement antiplaquettaire après une dilatation ?

Après la pose d'un tuteur non médicamenteux (tableau II), le patient doit recevoir un double traitement antiplaquettaire pendant un mois. On pourrait toutefois accepter deux semaines dans des situations exceptionnelles (intervention chirurgicale urgente, risque de

saignement, par exemple). Par contre, si la mise en place du tuteur a été nécessaire en raison d'un syndrome coronarien aigu, l'indication de traitement est d'un an, même si l'arrêt après un mois, au besoin, n'exposera pas le patient à un risque accru de thrombose de tuteur.

Dans le cas des tuteurs médicamenteux, la recommandation est d'un an^{5,6}. Dans certaines situations où le risque de thrombose de tuteur est élevé (tableau III), un traitement de deux ans ou plus pourra être recommandé. Toutefois, les technologies évoluent. En effet, les tuteurs médicamenteux de dernière génération (notamment ceux qui sont enduits d'évérolimus ou de zotarolimus) ne nécessitent que de trois à six mois d'un double traitement antiplaquettaire. Pour le modèle biodégradable, soit un tuteur médicamenteux qui se résorbe de lui-même après deux ans, un double traitement de six mois suffit. Quant au ballon médicamenteux (utilisé notamment dans la resténose intratuteur), il doit être associé à un traitement d'un à trois mois. Bien sûr, toutes les données qui appuient ces recommandations sont récentes et ne sont pas encore validées sur de larges populations. C'est pourquoi vous pourriez recevoir, au cours des prochains mois, des patients qui ont parfois des traitements antiplaquetitaires plus courts que leur a prescrits le cardiologue à leur congé de l'hôpital. Le tableau IV résume les recommandations actuelles.

Après la pose d'un tuteur non médicamenteux (tableau II), le patient doit recevoir un double traitement antiplaquettaire pendant un mois. Par contre, si la mise en place du tuteur a été nécessaire en raison d'un syndrome coronarien aigu, l'indication de traitement est d'un an.

Repère

Tableau IV**Durée recommandée pour un double traitement antiplaquettaire après dilatation^{5,6}**

	Maladie coronarienne athéroscléreuse aiguë	Syndrome coronarien stable
Tuteur non médicamenté	1 mois (minimum : 2 semaines)	1 an (minimum : 2 semaines)
Tuteur médicamenté	1 an (risque élevé de thrombose : 2 ans ou à vie)	1 an (risque élevé de thrombose : 2 ans ou à vie)
Tuteur biodégradable	6 mois	1 an
Ballon médicamenté	1 – 3 mois	1 an

3. Que faire en cas d'allergie soupçonnée ou prouvée à un antiplaquettaire ?

Lorsqu'un patient est allergique à l'AAS, deux options s'offrent à vous : remplacer l'AAS par le clopidogrel ou faire une désensibilisation à l'AAS. Le clopidogrel peut être donné seul après un syndrome coronarien aigu ou encore en cas d'allergie ou d'intolérance à l'AAS. Par contre, la désensibilisation est une bonne option quand on veut implanter un tuteur (surtout médicamenté). Elle s'effectue en milieu hospitalier à l'aide de doses croissantes d'AAS selon un protocole précis. Par la suite, le patient doit continuer la prise d'AAS à vie. L'allergie au clopidogrel, qui se manifeste par une éruption cutanée, peut généralement être traitée par de fortes doses de prednisone et d'antihistaminiques pendant quelques jours. Le patient ne doit pas cesser le clopidogrel s'il y a eu implantation récente de tuteurs. Le remplacement par un autre antiplaquettaire est une autre option, le ticagrélor étant alors à privilégier en raison des nombreuses réactions croisées entre le prasugrel et le clopidogrel.

4. Que faire en cas de saignements chez un patient recevant un double traitement antiplaquettaire ?

Bien sûr, en cas de saignement important, les patients doivent être pris en charge à l'urgence. Le prasugrel, de par son profil pharmacocinétique, est associé à un risque de saignement grave plus élevé². Il n'est donc pas recommandé chez les patients présentant un

risque élevé de saignement, ayant des antécédents d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou d'accidents ischémiques transitoires (AIT), ayant 75 ans ou plus ou pesant moins de 60 kg². Les saignements bénins (sous-conjonctivaux, buccaux ou gingivaux ou encore les pétéchies ou les ecchymoses) sont assez fréquents, mais limités. Par conséquent, ils n'exigent habituellement pas l'arrêt du traitement. En cas de pétéchies et d'ecchymoses, les plaquettes, le RIN et le temps de céphaline activée devraient être mesurés.

5. À part les saignements, quels sont les autres effets indésirables courants des nouveaux antiplaquettaires ?

Le clopidogrel peut parfois occasionner de la dyspepsie ou des troubles gastro-intestinaux. Le prasugrel et le ticagrélor peuvent entraîner des céphalées ou des étourdissements. Deux effets indésirables propres au ticagrélor, soit la bradycardie et la dyspnée, ne commandent généralement pas l'arrêt du traitement.

6. Comment gérer le traitement antiplaquettaire du patient coronarien qui a besoin d'une intervention non urgente ?

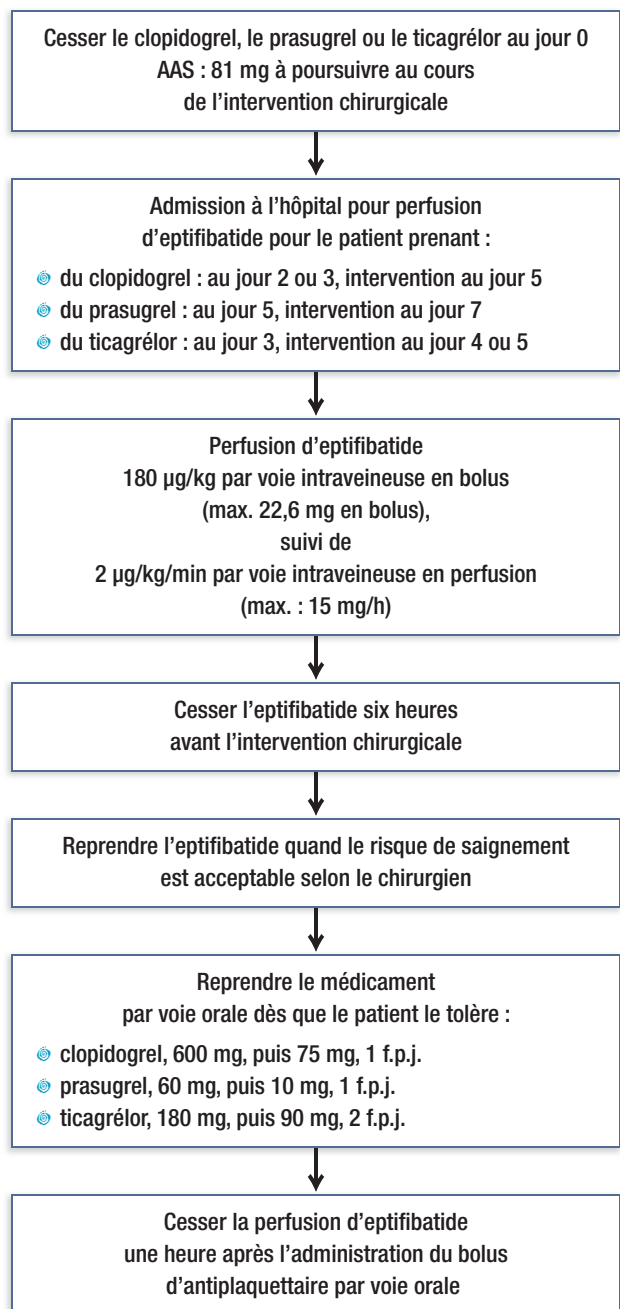
Lorsqu'un patient a reçu un tuteur médicamenté il y a moins d'un an, qu'il suit un double traitement antiplaquettaire et qu'il doit subir une intervention chirurgicale à risque de saignement ne pouvant être reportée au-delà du temps minimal prévu pour le double traitement, on suggère de faire le pont avec l'éptifibatide⁷ (figure⁷).

Dans le cas des tuteurs médicamentés, la recommandation est un double traitement antiplaquettaire d'un an. Dans certaines situations où le risque de thrombose de tuteur est élevé, un traitement de deux ans ou plus pourra être recommandé.

Repère

Figure

Stratégie de pont avec l'eptifibatide pour les patients sous double antiplaquettaire ayant besoin d'une intervention chirurgicale non urgente



Adapté de : Huang PH, Croce KJ, Bhatt DL et coll. Recommendations for management of antiplatelet therapy in patients undergoing elective noncardiac surgery after coronary stent implantation. *Crit Pathw Cardiol* 2012; 11 (4) : 177-85. Reproduction autorisée.

7. Comment prescrire des antiplaquetitaires à un patient sous warfarine en continu (fibrillation auriculaire, valvule mécanique, etc.) ?

Le patient sous warfarine en continu qui développe un syndrome coronarien aigu devrait recevoir, s'il est traité médicalement, 80 mg d'AAS chaque jour pendant trois mois. Le patient ayant subi un pontage devrait aussi prendre de l'AAS de façon prolongée (à vie) s'il est sous warfarine en continu. Après une dilatation et la mise en place d'un tuteur non médicamenté, il faut prescrire 80 mg d'AAS, 75 mg de clopidogrel et de la warfarine pendant six semaines. Si le tuteur est médicamenté, la durée est de douze mois. Il faut garder en tête que chez un patient ayant une indication de warfarine en continu, le tuteur non médicamenté doit toujours être privilégié.

En ce qui a trait au patient atteint d'athérosclérose coronarienne stable qui n'a pas subi de pontage, il n'y a pas lieu d'ajouter de l'AAS² s'il prend de la warfarine en continu.

8. Outre les antiplaquetitaires, quels sont les médicaments ou les interventions améliorant le pronostic après un SCA ?

Six traitements se sont révélés efficaces, dans de grandes études à répartition aléatoire, pour améliorer le pronostic et la survie après un syndrome coronarien aigu³ (autant pour l'angine instable que pour le NSTEMI et le STEMI, les bienfaits étant maximaux dans ce dernier cas). Outre les antiplaquetitaires dont nous avons déjà parlé, le traitement intensif par de fortes doses de statines visant à abaisser la concentration de cholestérol LDL stabilisera les plaques d'athérosclérose, préviendra les récurrences et diminuera la mortalité (voir l'article des D^{rs} Jean Grégoire et Ragui Ibrahim, intitulé : « Nouvelles lignes directrices sur les lipides – Mieux cibler pour mieux traiter », dans le présent numéro, pour connaître les nouvelles cibles). Les bêtabloquants constituent le troisième traitement dont les bienfaits sont largement établis, mais ils sont sous-utilisés. Ils doivent être pris pendant de deux à trois ans, surtout chez les patients à risque élevé (personnes plus âgées, avec atteinte ventriculaire, maladie pluritronculaire, etc.). Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) préviennent le remodelage

Tableau V**Reprise de la conduite automobile chez un patient souffrant d'une maladie coronarienne**

	Conduite d'un véhicule privé	Conduite d'un véhicule commercial
1. Syndrome coronarien aigu		
STEMI*	1 mois après le congé	3 mois après le congé
NSTEMI† avec atteinte VG importante‡	1 mois après le congé	3 mois après le congé
NSTEMI avec atteinte VG légère* ou angine instable		
⊕ Dilatation pendant l'hospitalisation	48 h après la dilatation	7 jours après la dilatation
⊖ Pas de dilatation (traitement médical)	7 jours après le congé	30 jours après le congé
2. Athérosclérose coronarienne stable		
Angine stable ou athérosclérose asymptomatique	Pas de restriction	Pas de restriction
Période après la dilatation	48 heures après la dilatation	7 jours après la dilatation
3. Après une revascularisation chirurgicale		
	1 mois après le congé	3 mois après le congé

* STEMI : patient ayant subi un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ; † NSTEMI : patient ayant subi un infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST ; ‡ Une atteinte ventriculaire gauche (VG) est dite importante s'il y a une nouvelle anomalie de contractilité

Traduit de : Simpson C, Ross D, Dorian P et coll. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference 2003. Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive and Fly. Executive summary. *Can J Cardiol* 2004 ; 20 (13) : 1313-23. Reproduction autorisée.

après l'infarctus et doivent être prescrits en cas d'atteinte segmentaire importante même en présence d'une fraction d'éjection normale ou peu diminuée. Les antagonistes des récepteurs HT₁ de l'angiotensine II (tel que le valsartan étudié dans l'étude VALIANT⁸) peuvent s'y substituer en cas d'intolérance. À noter que les IECA aident également à stabiliser la plaque et à réduire l'évolution de l'athérosclérose (études HOPE et EUROPA) et sont donc indiqués à long terme après un syndrome coronarien aigu⁹.

Enfin, les deux dernières interventions qui ont clairement amélioré le pronostic et la survie après un syndrome coronarien aigu sont la cessation tabagique et l'exercice couplé à l'atteinte d'un poids santé.

9. Après un syndrome coronarien aigu ou une intervention de revascularisation, quand le patient peut-il recommencer à conduire ?

Il importe ici de différencier la conduite d'un véhicule privé et celle d'un véhicule commercial. Il faut aussi bien établir le tableau initial du patient. Le *tableau V*¹⁰ résume les recommandations.

10. L'épreuve d'effort est-elle indiquée dans le suivi des patients ayant subi un SCA ? Qu'en est-il des patients coronariens dont l'état est stable ?


Généralement, les patients qui se présentent à votre

Lorsqu'un patient a reçu un tuteur médicamenteux il y a moins d'un an, qu'il suit un double traitement antiplaquettaire et qu'il doit subir une intervention chirurgicale à risque de saignement ne pouvant être reportée au-delà du temps minimal prévu pour le double traitement, on suggère de faire le pont avec l'eptifibatide.

Repère

cabinet pour un suivi après un syndrome coronarien aigu ont déjà subi une épreuve d'effort ou un autre test non effractif (médecine nucléaire, échographie et IRM de stress, etc.) afin d'établir le stade de leur maladie avant leur congé. Ils ont aussi passé une coronarographie si l'anatomie n'était pas déjà connue et ont reçu le traitement (revascularisation ou traitement médical). Il n'y a donc pas lieu de faire une autre épreuve d'effort dans les premiers mois qui suivent l'hospitalisation, sauf si le patient a un travail physique. Le patient devra alors subir une épreuve d'effort de trois à six semaines après son congé pour permettre son retour au travail. La dépense énergétique du patient devra atteindre 6 ou 7 METS. L'épreuve d'effort est également indiquée à tout moment pour le patient coronarien avant de commencer un programme d'entraînement. Quant au patient dont la maladie coronarienne est stable, l'épreuve d'effort annuelle n'est indiquée que si la classe fonctionnelle est difficile à préciser à l'anamnèse ou pour une comparaison plus objective¹¹. Quant au patient ayant eu une revascularisation incomplète, les tests fonctionnels avec examen d'imagerie (nucléaire, échographique ou par résonance magnétique) sont préférables.

11. Y a-t-il d'autres tests indiqués dans le suivi des patients coronariens ?

Lors d'un syndrome coronarien aigu, le dosage du cholestérol est rarement fiable. Bien souvent, un traitement aura déjà été entrepris ou une augmentation de la dose aura été prescrite. C'est pourquoi un bilan lipidique complet trois mois après l'hospitalisation est essentiel pour ajuster le traitement médicamenteux. Après un contrôle adéquat, un suivi annuel est suffisant. 

Date de réception : le 20 mars 2013

Date d'acceptation : le 8 avril 2013

Le Dr Serge Doucet n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Floyd KC, Yarzebski J, Spencer FA et coll. A 30-year perspective (1975-2005) into the changing landscape of patients hospitalized with initial acute myocardial infarction. Worcester Heart Attack Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2 (2) : 88-95.
2. Bell AD, Roussin A, Cartier et coll. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Can J Cardiol* 2011; 27 (suppl. A) : S1-S59.

Summary

In-Office Cardiac Patient Care: Managing Medications and New Lifestyle Habits. Patients coming for in-office follow-up after an acute coronary syndrome will generally be on double antiplatelet therapy. The length of this treatment will vary according to their bleeding risk, the type of stent used (drug-eluting or not), if any, and their risk for stent thrombosis. Six interventions improve patient survival and prevent the progression of atherosclerosis: the use of antiplatelets, statins, betablockers, and ACE inhibitors, smoking cessation, and physical exercise, coupled with the achievement of an ideal weight.

3. Théroux P. *Acute coronary syndromes. A companion to Braunwald's Heart Disease* 2^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2011. p. 201-21.
4. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel vs aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348 (9038) : 1329-39.
5. Eisenstein EL, Anstrom KJ, Kong DF et coll. Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation. *JAMA* 2007; 297 (2) : 159-68.
6. Park SJ, Park DW, Kim YH et coll. Duration of dual antiplatelet therapy after implantation of drug-eluting stents. *N Engl J Med* 2010; 362 (15) : 1374-82.
7. Huang PH, Croce KJ, Bhatt DL et coll. Recommendations for management of antiplatelet therapy in patients undergoing elective non-cardiac surgery after coronary stent implantation. *Crit Pathw Cardiol* 2012; 11 (4) : 177-85.
8. Tokmakova M, Solomon SD. Inhibiting the renin-angiotensin system in myocardial infarction and heart failure: lessons from SAVE, VALIANT and CHARM, and other clinical trials. *Curr Opin Cardiol* 2006; 21 (4) : 268-72.
9. Anderson JL, Adams CD, Antman EM et coll. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50 (7) : e1-e157. Erratum dans *J Am Coll Cardiol* 2008; 51 (9) : 974.
10. Simpson C, Ross D, Dorian P et coll. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference 2003. Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive and Fly. Executive summary. *Can J Cardiol* 2004; 20 (13) : 1313-23.
11. Froelicher VF, Myers JN. *Manual of Exercise Testing*. 3^e éd. Philadelphie : Mosby, Elsevier ; 2007. 384 p.