

Mise au point

Voie d'abord radiale et prise en charge des malades sous anticoagulants oraux au long cours en cardiologie interventionnelle

Radial access and management of patients with long-term oral anticoagulation for cardiac catheterization

P.-F. Lesault*, E. Teiger

Laboratoire d'hémodynamique et de cardiologie interventionnelle, service de physiologie et des explorations fonctionnelles, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France

Reçu le 24 septembre 2009 ; accepté le 26 septembre 2009

Disponible sur Internet le 17 octobre 2009

Résumé

Les patients sous anticoagulants oraux sont des patients à haut risque hémorragique et dont la prise en charge en cardiologie interventionnelle est délicate. Le geste invasif que représente l'angioplastie implique le plus souvent une adaptation de leur traitement anticoagulant et les expose au risque de complications au niveau du point de ponction. La gestion du traitement antithrombotique une fois le stent implanté est un véritable challenge pour le physicien qui doit en l'absence de recommandations sur le sujet évaluer selon sa propre expérience et pour chaque patient le risque ischémique et hémorragique des différentes stratégies antithrombotiques. Néanmoins, certaines approches comme le maintien des anticoagulants, la voie d'abord radiale et la connaissance précise pour chaque malade du risque ischémique, hémorragique et de resténose permet de limiter les complications. Ce travail a pour but de récolter l'ensemble des données concernant l'angioplastie des patients sous anticoagulants oraux stentés afin de proposer un schéma thérapeutique permettant d'optimiser leur prise en charge.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Abord radial ; Angioplastie ; Anticoagulation ; Coumadine ; Hémorragie ; Complications au point de ponction

Abstract

Patients with long-term oral anticoagulation are exposed to high bleeding risk and should be managed with care for invasive procedure. Angioplasty is assumed to increase bleeding and access site complications and it is often recommended to temporarily interrupt anticoagulation therapy. Moreover, due to the lack of recommendations, antithrombotic regimen adopted after stenting represents a substantial challenge for the physician who must balance the risk of ischemic and bleeding events. Nevertheless, approaches as uninterrupted therapeutic oral anticoagulation, transradial approach and a best knowledge of ischemic risk, haemorrhage risk and restenosis risk can limit long term complication. Herein, we review the currently available data assessing angioplasty and long-term antithrombotic therapy for stented patients with long-term oral anticoagulation and we propose a potential treatment paradigm to improve long-term prognosis.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Transradial approach; Angioplasty; Anticoagulation; Warfarin; Bleeding; Access site complications

1. Introduction

Une double antiagrégation plaquettaire par aspirine et clopidogrel est actuellement recommandée après toute angioplastie

avec implantation d'un stent, pour une durée minimale de quatre semaines après l'implantation d'un stent nu jusqu'à plus d'un an pour les stents actifs [1]. Néanmoins, environ 3,8 % des patients bénéficiant d'une angioplastie ont une indication à une anticoagulation orale au long cours (ACO) [2], posant le problème de la prescription d'une double antiagrégation plaquettaire associée aux antivitamines K. En effet le risque hémorragique en relation avec la prescription de cette triple thérapie antithrombotique est à

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre-francois.lesault@hmn.aphp.fr (P.-F. Lesault).

contrebalancer avec le risque ischémique à l'arrêt des anticoagulants ou au risque de thrombose de stent lors d'une prescription d'une simple antiagrégation. D'autant plus qu'il a maintenant été clairement démontré que les complications hémorragiques mêmes mineures survenant après angioplastie tout comme la thrombose de stent sont hautement prédictifs de mortalité [3–6].

Tel est le dilemme de chaque cardiologue interventionnel, qui compte tenu de l'absence de guidelines et d'études randomisées à grande échelle lui permettant de l'aider ou de choisir la meilleure prescription médicamenteuse pour son patient, doit décider en fonction de ses habitudes et de sa propre expérience, au cas par cas. Néanmoins, plusieurs armes comme la voie radiale peuvent lui être proposées afin de limiter les complications de cette population considérée à hauts risques.

Dans cette revue, nous discuterons des patients sous anticoagulants stentés, des données actuellement disponibles pour leur prise en charge en cardiologie interventionnelle que ce soit à visée thérapeutique mais aussi diagnostique et enfin de la façon d'optimiser leur prise en charge pour limiter leurs complications.

2. Une population à haut risque

Les patients sous anticoagulant admis en salle de coronarographie sont par définition une population à haut risque. En effet, Aggarwal et al. [2] ont démontré dans un registre américain regroupant plus de 260 000 patients bénéficiant d'une angioplastie et dont 10 000 étaient sous coumadine, qu'ils étaient significativement plus âgés (âge moyen 70 ans contre 64 ans), cumulaient les facteurs de risque et les antécédents cardiovasculaires. De plus, il était plus fréquemment retrouvé des lésions coronaires complexes de type C. En conséquence cette population avait un pronostic hospitalier péjoratif par rapport à la population témoin avec une surexposition aux accidents vasculaires cérébraux et aux hémorragies notamment gastro-intestinales et du point de ponction, dans un registre où la quasi-totalité des angioplasties était réalisée par voie fémorale.

Néanmoins, il a bien été démontré que le traitement anticoagulant oral est à lui seul un facteur prédictif de survenue d'évènements cardiovasculaires et de complications hémorragiques. Dans une étude cas-témoin finlandaise [7] portant sur 239 patients sous coumadine appariés selon l'âge, le sexe et la présentation de la maladie coronaire à 239 patients sans anticoagulants, la survenue d'évènements cardiovasculaires (décès, infarctus du myocarde, resténose et thrombose de stent) sur un suivi de 12 mois après angioplastie était significativement plus importante sous ACO (*Odds ratio* [OR] 1,7–1,0 à 3,0; $p=0,05$). On retrouvait également un sur-risque hémorragique (OR 3,4–1,2 à 9,3; $p=0,02$) dans la population sous ACO dont près de 20 % survenait au niveau du point de ponction, dans une population où la voie fémorale était à nouveau prédominante (79 % des patients).

3. Faisabilité et sécurité des actes invasifs avec maintien des anticoagulants oraux

Cette population de patients âgés, aux multiples facteurs de risque et aux antécédents lourds doit être particulièrement ciblée

par le cardiologue interventionnel en vue de limiter les risques liés à l'acte invasif.

L'interruption temporaire du traitement anticoagulant avant coronarographie diagnostique fait partie des recommandations standards [8]. Un INR inférieur à 1,8 au moment de la réalisation du geste est le plus souvent recommandé [9]. Néanmoins, cette attitude peut être délicate notamment chez les patients à haut risque d'évènements thrombotiques ou porteur d'une valve mécanique.

Les héparines non fractionnées ou de bas poids moléculaire sont souvent administrées le temps de l'arrêt de l'ACO mais prolongent l'hospitalisation et augmente le risque thromboembolique [8,10–12]. Sur une petite étude prospective [13], le maintien des ACO pour la réalisation d'une coronarographie diagnostique par voie radiale n'a été associé à aucune complication hémorragique grave. Une autre étude randomisée [14] utilisant cette fois la voie fémorale avec ou sans arrêt des ACO 48 heures avant le geste et avec retrait du désilet par compression manuelle n'avait pas montré de différence en termes de survenue d'hématomes au point de ponction. Une récente étude rétrospective à gros volume [15] (258 patients) conforte la sécurité de la coronarographie diagnostique sous ACO qu'elle soit réalisée par voie radiale ou fémorale, avec ou sans système de fermeture. En effet, il n'a été noté dans cette étude que 2 % de complications au point de ponction avec aucune différence significative par rapport à la population témoin. Néanmoins et même si le faible nombre d'évènements (cinq au total) rend difficile leur interprétation trois messages supplémentaires sont à souligner : il n'y a eu qu'une complication hémorragique survenue parmi les 144 voies radiales et a priori non en relation avec le point de ponction, deux des cinq patients ayant présenté un épisode hémorragique étaient sous héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et deux des cinq complications étaient en relation avec un surdosage aux ACO.

D'autres études portant cette fois ci sur l'angioplastie des patients sous anticoagulant ont été publiées et renforcent la sécurité du maintien des anticoagulants pour la réalisation du geste invasif. Une grande étude rétrospective finlandaise [16] portant sur plus de 500 angioplasties dont 80 % réalisées par voie fémorale (30 % de système de fermeture) a montré une augmentation du risque hémorragique (5 % versus 1,2 % $p=0,024$) et du nombre de complications au niveau du point de ponction (11,3 % versus 5 %, $p=0,011$) en cas d'interruption temporaire des ACO versus le maintien de ceux-ci. Même si ces résultats sont à tempérer compte tenu d'une plus grande utilisation des antiGpIIb3a et des HBPM dans la cohorte avec arrêt des ACO, il apparaît que l'âge, la voie fémorale, l'utilisation de systèmes de fermetures ou d'héparine de bas poids moléculaire sont des facteurs indépendants de la survenue de complications au niveau du point de ponction.

Enfin, la société française de cardiologie par l'intermédiaire de sa filiale du groupe athérome et cardiologie interventionnelle présidée par Martine Gilard a réalisé le premier registre prospectif à grande échelle sur cette population. Dans 40 centres français, 400 patients ont été suivis pendant un an dans le registre STENTICO [17]. Dans 35 % des cas, les anticoagulants ont été maintenus pendant la procédure avec un INR

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869431>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869431>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)