

Mise au point

## Traitement du thrombus dans les syndromes coronaires aigus en salle de cardiologie interventionnelle

## Treatment of intracoronary thrombus in the catheterisation laboratory in acute coronary syndrome patients

J.-P. Collet\*, F. Beygui, O. Barthélemy, B. Livarek, G. Montalescot

*Institut de cardiologie, centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière, APHP, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France*

Disponible sur internet le 04 octobre 2007

---

### Résumé

Le traitement du thrombus intracoronaire en salle de cathétérisme interventionnel est assez bien codifié. Il faut différencier trois situations particulières. Premièrement, celle de l'angioplastie primaire qui est la situation la plus commune. L'utilisation d'inhibiteur de la glycoprotéine IIb/IIIa et plus particulièrement de l'abciximab reste le traitement de référence qui a démontré un effet sur la mortalité. La thrombectomie est très utile pour l'angioplasticien même si les preuves cliniques irréfutables manquent. La situation de l'angioplastie de sauvetage postthrombolyse est plus rare et beaucoup plus complexe en raison du risque hémorragique majoré. Deuxièmement, l'angioplastie élective au cours de laquelle apparaît un thrombus intracoronaire. Il s'agit d'une situation plus rare souvent liée à une mauvaise appréciation du risque, au mauvais choix du matériel et à la mauvaise préparation du patient. L'identification des erreurs commises est ici l'élément essentiel de la prise en charge thérapeutique. Enfin troisièmement, la thrombose itérative postangioplastie. Il s'agit sans aucun doute de la situation la plus rare, mais aussi celle dont la prise en charge est la plus difficile.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Treatment of intracoronary thrombus is well documented. Three situations should be differentiated Primary percutaneous coronary intervention for early STEMI presenters is the most frequent one. Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors are the gold standard antithrombotic treatment with a clear mortality benefit with abciximab. Thrombectomy with simple to use devices is another attractive option for interventionalists, although there is no clear established clinical benefit. Rescue PCI following failed thrombolysis is a more complicated situation given the underlying bleeding risk that is difficult to evaluate. The second situation is when a thrombus appears during an elective PCI. Although much less frequent than primary PCI, it is more often related to a lack of identification of the risk, to an inappropriate choice of the materials or to a non-optimal upstream antithrombotic treatment. A careful identification of all potential relevant causes is the key point of the management strategy. Post-PCI rethrombosis is the third situation and probably the less frequent. However, it is the most difficult to deal with.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Thrombus intracoronaire ; Syndrome coronaire aigu ; Thrombectomie ; Anti-GP IIb/IIIa

*Keywords*: Intracoronary thrombus; Acute coronary syndrome; Thrombectomy; Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean-philippe.collet@psl.aphp.fr](mailto:jean-philippe.collet@psl.aphp.fr) (J.-P. Collet).

Il s'agit d'une situation dramatique pour deux raisons. Premièrement, elle met en jeu le pronostic vital du patient en raison de la maladie coronaire instable sous-jacente. Ainsi, le risque évolutif vers une situation rapidement explosive avec thrombose extensive aboutissant au choc cardiogénique et au décès sur table est toujours possible. Deuxièmement, la prise en charge d'une telle situation est difficile en raison du risque hémorragique que l'on fait courir au patient par l'initiation de traitements antithrombotiques puissants. Il faut bien distinguer trois situations particulières qui résument parfaitement ce contexte général.

**1. Le thrombus apparaît au cours d'une angioplastie élective dans le contexte d'un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST**

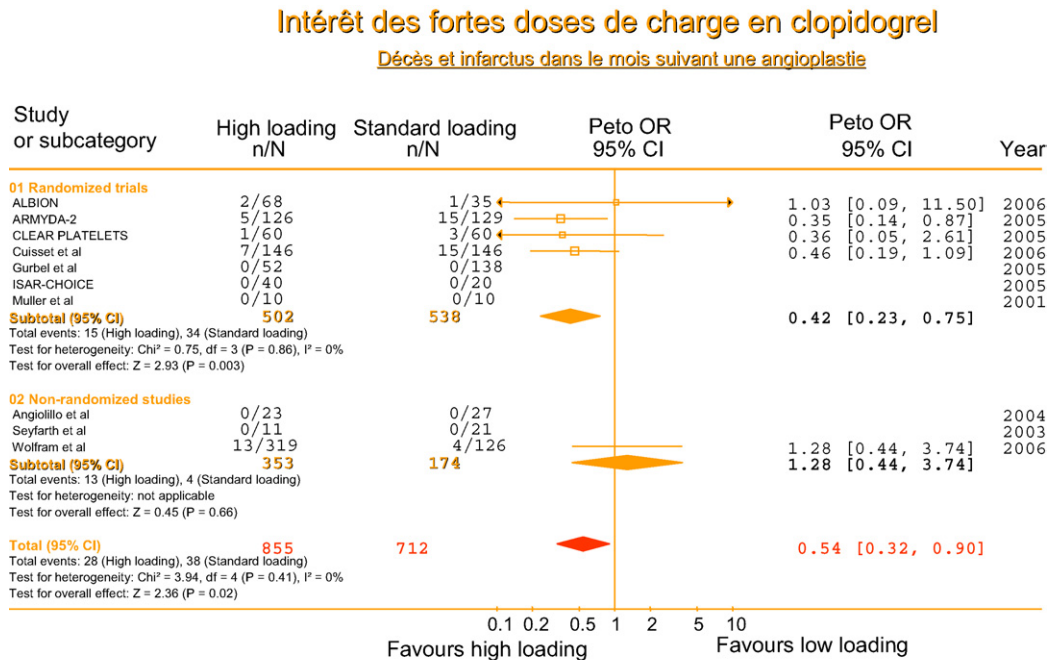
L'apparition d'un thrombus intracoronaire survient dans 2 % des angioplasties dites électives (Registre RIVIERA) [1]. Les trois questions qu'il convient de se poser sont les suivantes : mon patient est-il bien préparé ? Ai-je bien posé l'indication ? Ai-je fait une erreur technique ? Ces trois questions sont très pertinentes dans la mesure où le plus souvent, ces complications thrombotiques aiguës sont liées à une succession de petites erreurs qui s'accumulent. C'est leur identification qui va permettre la prise en charge optimale.

*1.1. La préparation par les antithrombotiques est capitale*

Chacun des traitements a sa contribution spécifique qui est très bien établie. Aucun ne doit être négligé. Il s'agit évidem-

ment de mesures préventives, mais qui pour certaines d'entre elles peuvent toujours être initiées en salle de cathétérisme.

- L'intérêt de *recharger les patients traités chroniquement par aspirine* par une dose de charge allant de 250 à 500 mg par voie intraveineuse ne fait plus aucun doute. L'absence d'aspirine est un facteur prédictif indépendant de mortalité dans l'angioplastie élective. Il vaut donc mieux l'utiliser par excès en cas de doute ! N'oublions pas que l'allergie est exceptionnelle et que la désensibilisation est possible avec un taux de succès de 80 %.
- La *préparation par le clopidogrel* est également incontournable. Il faut s'assurer que la dose de charge a été faite par au moins 300 mg 12 heures avant ou 600 mg dans les six heures précédant le geste. N'oublions pas que les répondeurs lents sont fréquents et constituent plus de la moitié des patients. L'une des façons de s'affranchir de cette limite est d'augmenter les doses de charges en clopidogrel [2,3]. Il faut rappeler le bénéfice clinique maintenant établi des fortes doses de charges en clopidogrel par rapport aux doses de l'AMM de 300 mg (Fig. 1).
- Enfin, *l'anticoagulation doit être soigneusement préparée*. Cela passe par une organisation commune entre les salles d'angioplastie et les unités de soins intensifs dans la mesure où ces patients vont passer de l'une à l'autre. Ils seront donc prétraités en amont de la salle de cathétérisme. La leçon la plus importante des récentes publications est d'éviter d'utiliser plusieurs anticoagulants chez le même patient afin de prévenir le risque hémorragique (sur anticoagulation) et le risque ischémique par défaut d'anticoagulation. Le choix



**Aucune augmentation du risque d'hémorragie majeure ou mineure (p=0.55 et p=0.98).  
 Interaction significative entre le taux d'évènement ischémique et le bénéfice clinique des fortes doses de charge (p=0.005), suggérant que plus le risque est élevé et plus l'intérêt de forte de charge est important**

Fig. 1. Intérêt des fortes doses de charge en clopidogrel par rapport aux faibles doses de charges (Meta-analysis appraising high clopidogrel loading in patients undergoing percutaneous coronary intervention American heart journal 2007 In Press).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869582>

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