

Fait clinique

Gestion des anti-agrégants plaquettaires en préopératoire : à propos d'un cas

Management of antiplatelet therapy: a case report

F. Carrare, N. Ferrier, G. Bitar, X. Marcaggi*, G. Amat

Service de médecine interne à orientation cardiologique, département de cardiologie, centre hospitalier de Vichy, boulevard Deniere, 03200 Vichy, France

Reçu le 5 juillet 2007 ; accepté le 30 août 2007

Disponible sur internet le 25 septembre 2007

Résumé

À propos d'une observation personnelle d'infarctus myocardique sous flurbiprofène utilisé en substitution de clopidogrel en préopératoire, nous avons revu la littérature concernant la gestion des anti-agrégants plaquettaires chez le coronarien et plus précisément le coronarien traité par angioplastie avec stent. Cette gestion s'avère délicate et toutes les questions posées n'ont pas, à ce jour, reçu de réponse, notamment en ce qui concerne le problème de la résistance à l'aspirine. En tout état de cause, cette observation personnelle nous a confortés dans l'idée que contrairement à certaines recommandations, le flurbiprofène n'est pas une alternative satisfaisante à l'aspirine et ou à la thiényridine.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report a personal case of myocardial infarction with flurbiprofen used instead of clopidogrel before an operation. We re-examined the literature concerning the management of the antiagregant treatment of the patient with angioplasty and/or stent who needs surgery. This management proves to be delicate and all the questions that it raises have not so far been answered in particular with regard to the problem of resistance to aspirin. Anyway this personal observation supports our view that contrary to certain recommendations flurbiprofène is not a satisfactory alternative to aspirin either with or without thiényridine.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anti-agrégants plaquettaires (AAP) ; Gestion préopératoire chez le coronarien ; Flurbiprofène ; Infarctus myocardique

Keywords: Antiagregant; Treatment; Flurbiprofen; Myocardial infarction

1. Cas clinique

M. S., patient de 63 ans est hospitalisé le 22 septembre 2006 à l'Unité de soin intensif cardiaque (USIC) pour le syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus-décalage de ST en latéral haut.

Il a pour facteurs de risque cardiovasculaire : un tabagisme à 30 PA sevré depuis 1994 et une hypercholestérolémie.

Il pèse 62 kg pour 1 m 72.

Ses antécédents chirurgicaux sont représentés par une polyposé nasale opérée en 1999, un stripping de varices du membre

inférieur droit en 2002, une hernie inguinale droite opérée en 1986. Ses antécédents médicaux sont représentés par une hernie hiatale, un adénome de prostate et un asthme suivi depuis 1993. Cet asthme s'inscrit dans un contexte d'allergie aux AINS et à la noramidopirine.

Deux syncopes étaient survenues après injection intraveineuse de noramidopirine.

Par ailleurs, une injection intramusculaire de Voltarène® en 1996 avait été suivie en une demi-heure d'un malaise avec perte de connaissance, puis crise convulsive hypertonique devant les pompiers. Le patient avait été hospitalisé : pas de troubles de la repolarisation sur l'électrocardiogramme, pas de troubles rythmique ou conducteur pendant la surveillance au scope.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Xavier.Marcaggi@ch-vichy.fr (X. Marcaggi).

En 1994, M. S. a été hospitalisé à deux reprises pour bilan de douleur thoracique. En échographie cardiaque, la fraction d'éjection ventriculaire gauche était évaluée à 50 %, avec hypokinésie inférieure et latérale. La coronarographie a montré des coronaires très athéromateuses, une dysfonction VG modérée, pas de possibilité de revascularisation.

M. S. était suivi annuellement avec plusieurs épreuves d'effort. La dernière épreuve d'effort en février 2005 sous Bi-tildiem® 90 mg (2 cp/j) était négative à la fréquence maximale théorique.

Il prend comme traitement : Bi-tildiem® 90 mg (2 cp/j), Plavix®, Zocor® 20 mg un demi-comprimé, Ventoline® et Symbicort® en aérosol.

Une exérèse de polypes nasaux est programmée le 4 octobre 2006. M. S. consulte l'anesthésiste le 21 septembre 2006. Le traitement par Plavix® est remplacé par du Cebutid® à la demande de l'anesthésiste.

Le 22 septembre, M. S. prend le premier comprimé de Cebutid®. Une heure et demie après cette prise, il présente une crise d'asthme associée à une douleur thoracique. Devant l'inefficacité de Ventoline® et Natispray®, le patient est pris en charge par le Samu.

À la prise en charge, le patient garde une douleur thoracique. La dyspnée a régressé.

Les constantes sont : pouls à 65/minute, tension artérielle à 150/100 mmHg. L'examen clinique est sans particularité avec en particulier une auscultation pulmonaire claire, pas de critères de bronchospasme.

L'électrocardiogramme (ECG) (Fig. 1) s'inscrit en rythme sinusal, intervalle PR à 0,18 seconde, axe des QRS à 0°, pas

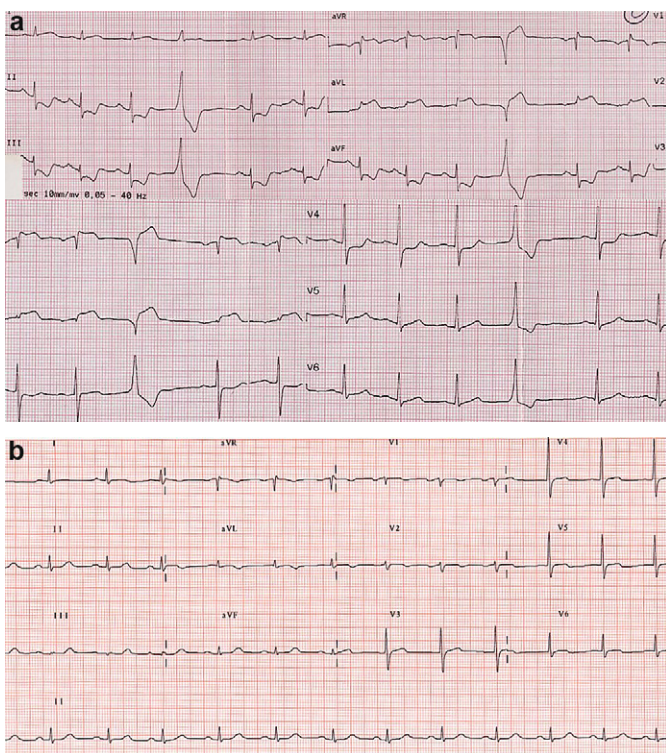


Fig. 1. a : ECG à la prise en charge par le Samu ; b : ECG postcoronarographie.

d'onde Q, onde de Pardee en V1–V2–AVL, miroir en territoire inférieur.

Un traitement médical est débuté : Risordan® 2 mg/h, bolus de 5000 UI d'héparine, 500 mg d'Aspégic® i.v., quatre comprimés de Plavix®. Le patient est admis en salle de coronarographie à la première heure de la douleur.

À l'arrivée en salle, on assiste à une reperfusion clinique et électrique : disparition complète de la douleur thoracique et normalisation de l'ECG.

La coronarographie (Fig. 2) montre un athérome non sténosant de l'ostium de l'interventriculaire artérielle (IVA), une sténose très serrée de l'IVA postdiagonale, une sténose très serrée de l'ostium de la première diagonale avec flux TIMI 2 amélioré par corvasal intracoronaire. L'artère bissectrice porte une sténose modérée proximale. L'artère circonflexe dominée présente des sténoses modérées sur les marginales. La coronaire droite est dominante avec une sténose très serrée après le genou supérieur et une sténose modérée au genou inférieur. Une petite artère rétroventriculaire gauche est suboccluse.

Un traitement médical est poursuivi en soins intensifs de cardiologie. Il n'y a pas de récurrences douloureuses. L'évolution électrique se fait vers une ischémie sous-épicardique en V1–V2–V5–V6–D1–AVL. La troponine I s'élève à 10 ng/ml, les CPK à 276 UI/l.

L'échographie cardiaque montre un ventricule gauche non dilaté (DTD = 53 mm, DTS = 32 mm) avec dysfonction VG modérée (FE à 50 % en Simpson monoplan), pas de valvulopathie significative.

La persistance d'un angor conduit à poser l'indication de revascularisation chirurgicale devant ces lésions tritronculaires.

M. S. est opéré le 23 novembre 2006 d'un quadruple pontage : artère thoracique interne (ATI) gauche séquentiel première diagonale–IVA, ATI droit–marginale, saphène–CD troisième segment.

Depuis la revascularisation chirurgicale, M. S. n'a pas présenté de crise angineuse. Il reçoit une association de : Tenormine® 100 mg, Kardégic® 75 mg, Crestor® 5 mg.

2. Discussion

Cette observation pose le problème de la gestion préopératoire des anti-agrégants plaquettaires (AAP).

Les AAP sont constitués par l'acide acétylsalicylique ou aspirine, le flurbiprofène, le dipyridamole et les thiénoxydines (ticlopidine et clopidogrel).

L'aspirine entraîne une inactivation irréversible de la cyclo-oxygénase. La récupération complète de l'agrégation plaquettaire nécessite entre sept et dix jours, délai de renouvellement des plaquettes dans le sang périphérique.

Le flurbiprofène entraîne une inactivation réversible de la cyclo-oxygénase. Sa demi-vie est de quatre à cinq heures et la récupération de l'agrégation plaquettaire est complète après cinq demi-vies. Son indication est limitée à la prévention secondaire des accidents ischémiques du myocarde ou des thromboses après revascularisation myocardique (par angio-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869640>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869640>

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