

Un échange intéressant et pratique sur le forum Med-UCL : « Clopidogrel, Asaflow et petite chirurgie »

Daniel Vanthuyne

Patient sous clopidogrel + asaflow pour artériopathie
Doit subir l'exérèse de 2 dents et dans 1 mois l'exérèse d'une tumeur cutanée avec petite greffe de peau
Question : la stomatologue demande qu'il arrête ces 2 médicaments 4 jours avant : faut-il remplacer par une HBPM à dose préventive ??
Merci de vos lumières
Cordialement

Dr Patricia Eeckeleers
Médecine générale

Réponses :

Bonsoir chère Consœur,
Moi, je le mettrais sous HBPM en tous cas !
Cordialement.

Dr Cl.Garitte

Et HBPM à dose curative et non préventive je pense non ?

Gaëtan THOMAS

Merci pour le partage de ce cas.

La gestion des antithrombotiques à l'occasion de geste invasifs a déjà fait l'objet de plusieurs publications / communications (y compris récentes) dans le Louvain Médical, dont un Webinaire récent.

Lien vers le résumé en libre accès en PDF ci-dessous.

<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/resumes-webinaires14.10.21.pdf>

Quelques commentaires :

L'arrêt systématique de la bithérapie antiplaquettaire avant un geste invasif n'est pas recommandé et même à proscrire.

Les risques hémorragiques liés à la procédure (ou à un traitement antithrombotique alternatif) et les risques thrombotiques liés à l'arrêt des médicaments doivent être bien pesés.

Les HBPM (anticoagulants - inhibant le facteur Xa) ne peuvent se substituer aux antiplaquettaires (cyclo-oxygénase - récepteur plaquettaire à l'ADP).

Pour ce cas (artérite MI), je pense qu'il fait réévaluer l'opportunité de la bithérapie (AAS-Clopidogrel) et s'assurer qu'elle est justifiée.

Alternatives : AAS seule - Clopidogrel seul, ou association Xarelto 2.5 mg 2x/J + AAS 100 mg (étude Compass)

Si les gestes envisagés sont à risque hémorragique :

- Stop Clopidogrel à J-5 ou même si J-3 (patient avec turnover plaquettaire majoré - diabète, athéromatose diffuse).

- Poursuite AAS 100 mg/jour

Après le geste - J+1, reprise Clopidogrel (prodrug) avec dose de charge (4 Co de 75 mg) pour restaurer rapidement une efficacité du Clopidogrel.

Cedric Hermans, MD, PhD, FRCP (Lon, Edin)

Full Professor
Head Haemostasis and Thrombosis Unit
Haemophilia Clinic
Division of Adult Haematology
St-Luc University Hospital
Avenue Hippocrate 10
1200 Brussels
BELGIUM

Tel : -32-2-764-17-85 (Direct line)

- 32-2-764-17-40 (Secretary)

Fax : -32-2-764-89-59

Skype : cedric hermans

E-mail : cedric.hermans@uclouvain.be

E-mail (bis) : hermans.cedric@gmail.com

Bonjour,

L'indication d'un double traitement antiagrégant plaquettaire pour « artériopathie » est trop vague. Il faudrait avoir d'avantage d'informations.

Pour une artériopathie des membres inférieurs par exemple on a l'habitude de prescrire de l'Asaflow seul qui peut être arrêté 3 jours avant une intervention. Après pose d'un stent périphérique (non coronaire) on prescrit en plus du Clopidogrel, mais pour une courte période (2 mois) seulement. Pour un pontage périphérique ce n'est pas classique non plus (ASA+/- anticoagulant). Pour un antécédent d'AVC, Asaflow seul etc... Donc je m'interroge sur cette l'indication de ce Clopidogrel (traitement > 6 mois, stent coronaire pharmaco actif...?).

Bien à vous.

Pr. Frank HAMMER

Service de Radiologie Vasculaire et Interventionnelle

Cliniques Universitaires St. Luc

10 av. Hippocrate

B-1200 Bruxelles

Consultant en Neuroradiologie Interventionnelle CHU Mt. Godinne

Tel: 00 32 2 764 29 15

Fax: 00 32 2 770 55 74

Bonjour,
Si je ne me trompe pas, il y a aussi les patients sensibles au Clopidogrel ou à l'AAS et ceux qui ne le sont pas, d'où l'intérêt de le savoir pour arrêter l'un des 2 selon indication (test sanguin assez couteux et non remboursé).
Merci de votre avis qui confirmerait cette idée.

Benoît Gillion

Cher-e-s collègues,

Je profite de cet échange courriel pour souligner qu'un antiagrégant (plaquettaire) n'est pas un anticoagulant (facteurs protéiques), et vice versa. L'un et l'autre sont des antithrombotiques.

Pour faire simple, l'antiagrégant, par son action plaquettaire, protège les parois artérielles athéroscléreuses d'un éventuel thrombus plaquettaire consécutif à la rupture d'un plaque/sténose.

Alors que l'anticoagulant, par son action sur la cascade des protéines de la coagulation, protège contre la formation de caillots par stagnation sanguine dans une oreillette non-contractile (FA) ou des veines en stase (post-op, immobilisation, ...)

Ils ne sont pas interchangeables.

Et ils ne doivent être associés que si l'un et l'autre sont indiqués, et ce sans contre-indication*.

Cordialement,

*Une contre-indication classique à la bithérapie antithrombotiques (anticoagulant + antiagrégant) est l'absence d'événement artériel ischémique au cours des douze derniers mois chez un patient âgé qui est sous anticoagulant au long cours, par exemple pour une FA

Benoit Boland, MD, PhD
Gériatrie, pharmacothérapie clinique
Chef de Clinique, CUSLuc, Bruxelles
Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain
Professeur ordinaire clinique, UCLouvain
Belgique

En cas de bithérapie ne note-t-on pas une élévation significative des hémorragies digestives par exemple vs mono thérapie ? (Indépendamment d'une pathologie digestive préexistante évidemment)

JC Hariga

Profitons de ces explications de Benoit pour tordre le cou à une étonnante croyance qui sévit dans le public et ... parmi pas mal de collègues : il est inutile de prendre de l'AAS avant un long voyage en avion !

Guy Beuken

Doit-on stopper ou continuer l'aspirine lorsqu'on introduit le clopidogrel ?

Même question pour les NOAC

Cordialement

David SIMON

Stopper car dans la littérature, rien de montre l'avantage de l'association. Par contre, on augmente le risque de complications hémorragiques

Dr Patricia Eeckeleers

Cher Collègue

Il y a peu d'indication d'une bithérapie par anticoagulant (NOAC) et antiplaquettaire (clopidogrel), en dehors de stent coronaire récent ou semi-récent.

Si l'indication de cette double thérapie est avérée, on peut associer un NOAC et le clopidogrel, au prix bien entendu d'une augmentation du risque hémorragique évalué à +50%.

Cordialement.

Prof. Philippe Hainaut

Chef de Service

Médecine Interne

Maladie Thromboembolique veineuse

Président Master Complémentaire Médecine Interne

Tél: +32 2 7641039

Secrétariat: +32 2 7641051

Fax: +32 2 7648944

VOUS SOUHAITEZ PARTICIPER À LA LISTE « MED-UCL » ?

Pour s'abonner à notre liste, la procédure est très simple :

1. Choisissez l'adresse-mail avec laquelle vous souhaitez vous abonner à la liste.
2. Envoyez un message à **sympa2@listes.uclouvain.be** avec l'adresse à partir de laquelle vous souhaitez vous abonner. Sympa n'est pas une personne mais un automate de gestion de listes de diffusion.
3. En **objet** du message, écrivez : subscribe med-ucl **Prénom Nom** (indiquez vos propres prénom et nom).
4. Laissez le corps du message vide. **Pas de signature !**

Vous recevrez ensuite un message vous informant que votre demande a été acceptée.

En fonction de la disponibilité du gestionnaire, **le délai de réception de la notification peut varier**. Il est inutile d'envoyer plusieurs demandes.

COMMENT L'UTILISER ? C'EST TRÈS SIMPLE :

Envoyez votre message ou votre question à **med-ucl@listes.uclouvain.be**.

La liste est privée et destinée exclusivement à des médecins UCL.

La liste est modérée, il est donc possible qu'il y ait un léger délai entre l'envoi de votre message et sa transmission aux membres de la liste.

Quand vous envoyez un message ou quand vous répondez, ce message est envoyé à toutes les personnes inscrites sur la liste. **Assurez-vous de l'intérêt collectif de votre message !**