

Cardiovasculaire

Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T, Mehran R, Goodman SG, Windecker S, Darius H, Li J, Averkov O, Bahit MC, Berwanger O, Budaj A, Hijazi Z, Parkhomenko A, Sinnaeve P, Storey RF, Thiele H, Vinereanu D, Granger CB, Alexander JH; AUGUSTUS Investigators. Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2019;380:1509-1524

LABOUREAU Morgane
PRUD'HOMM Joaquim

Résumé :

AUGUSTUS, essai clinique international et prospectif porte sur des patients atteints de fibrillation atriale (FA) ayant un syndrome coronarien aigu (SCA) ou une angioplastie. En plus d'un antiplaquettaire anti-P2Y12 (Clopidogrel, Prasugrel ou Ticagrelor, choix du praticien), les patients ont reçu apixaban ou AVK (comparaison en ouvert). Par ailleurs, ils ont été randomisés pour recevoir en plus aspirine ou placebo (comparaison en double aveugle). Les patients avaient donc soit une bithérapie antithrombotique (anti-P2Y12+anticoagulant) soit une trithérapie antithrombotique (aspirine+anti-P2Y12+anticoagulant). Ainsi, 4614 patients ont été inclus ; âge médian 70,7 ans ; 71% de sexe masculin. La survenue à 6 mois de saignement majeur ou cliniquement significatif a eu lieu plus fréquemment chez les patients traités par AVK+anti-P2Y12 par rapport au groupe apixaban+anti-P2Y12 (HR : 0,69 [95% CI, 0,58-081] ; $p < 0,001$). Un saignement est survenu plus fréquemment sous trithérapie que sous bithérapie (1,89 [1,59-2,24] ; $p < 0,001$). Les patients du groupe apixaban+anti-P2Y12 avaient une incidence plus faible de décès ou d'hospitalisation que ceux du groupe AVK+anti-P2Y12 (0,83 [0,74-0,93] ; $p = 0,002$). L'incidence d'accidents ischémiques était similaire dans les deux groupes. Il n'y avait pas de différence d'incidence de décès ou hospitalisation et de survenue d'évènements ischémiques en comparant bi et trithérapie.

Partie critique :

Les auteurs concluent que chez les patients âgés ayant une FA et ayant récemment eu un SCA ou une angioplastie, traités par un antiplaquettaire anti-P2Y12, un traitement antithrombotique incluant apixaban, sans aspirine, permet de réduire le risque de saignements et le nombre d'hospitalisations sans différence significative dans la survenue d'accidents ischémiques. Notons que le comité de surveillance et de sécurité annoncé comme indépendant et aveugle sur les résultats est, en fait, composé en grande partie par les investigateurs de cette étude. Si la situation clinique (FA+SCA) est fréquente en gériatrie, l'âge des patients inclus est relativement jeune révélant probablement un biais de sélection. Le message à retenir est que l'aspirine, ici donné à faible dose (81 mg sans ajustement sur le sexe ou le poids ce qui a probablement nuit à l'efficacité potentielle de ce traitement), engendre un risque hémorragique accru. Sa prescription chez les patients atteints de FA avec coronaropathie instable, doit être prudente. Concernant l'utilisation d'apixaban contre celle d'un AVK, il nous est plus difficile de conclure. En effet, l'effet démontré n'est pas observé dans la sous population de sujets âgés de plus de 80 ans. Il paraît donc difficile de changer nos habitudes de prescription sur cette seule étude.