



2015

## PROTOCOLE SYNDROME CORONARIEN AIGU BITHÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE

### Médicament de 1<sup>re</sup> intention

#### Prasugrel

Ne pas administrer si :

- antécédents ICT/ACV
- 75 ans et +
- cirrhose hépatique Child-Pugh C

#### Ticagrélor

Ne pas administrer si :

- bradycardie (< 50 bpm)
- bloc AV 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré
- hemodialysé ou cirrhose hépatique Child-Pugh B-C

### Médicament de 2<sup>e</sup> intention

#### Favoriser **clopidogrel**

- Si combinaison avec les anticoagulants oraux nécessaire
- Si antécédent d'ICT ou ACV

- Si risque de saignement augmenté
- Si chirurgie, trauma ou hémorragie récentes
- Si le patient a reçu la thrombolyse

**Aspirine** (ASA) 320 à 325 mg x 1 dose, puis 80 mg die

Administer les antiplaquettaires aux urgences

### STEMI

Choix antiplaquettaire en STEMI à confirmer avec un hémodynamicien

**Prasugrel** 60 mg x 1 dose, puis 10 mg die  
ou **ticagrélor** 180 mg x 1 dose, puis 90 mg bid

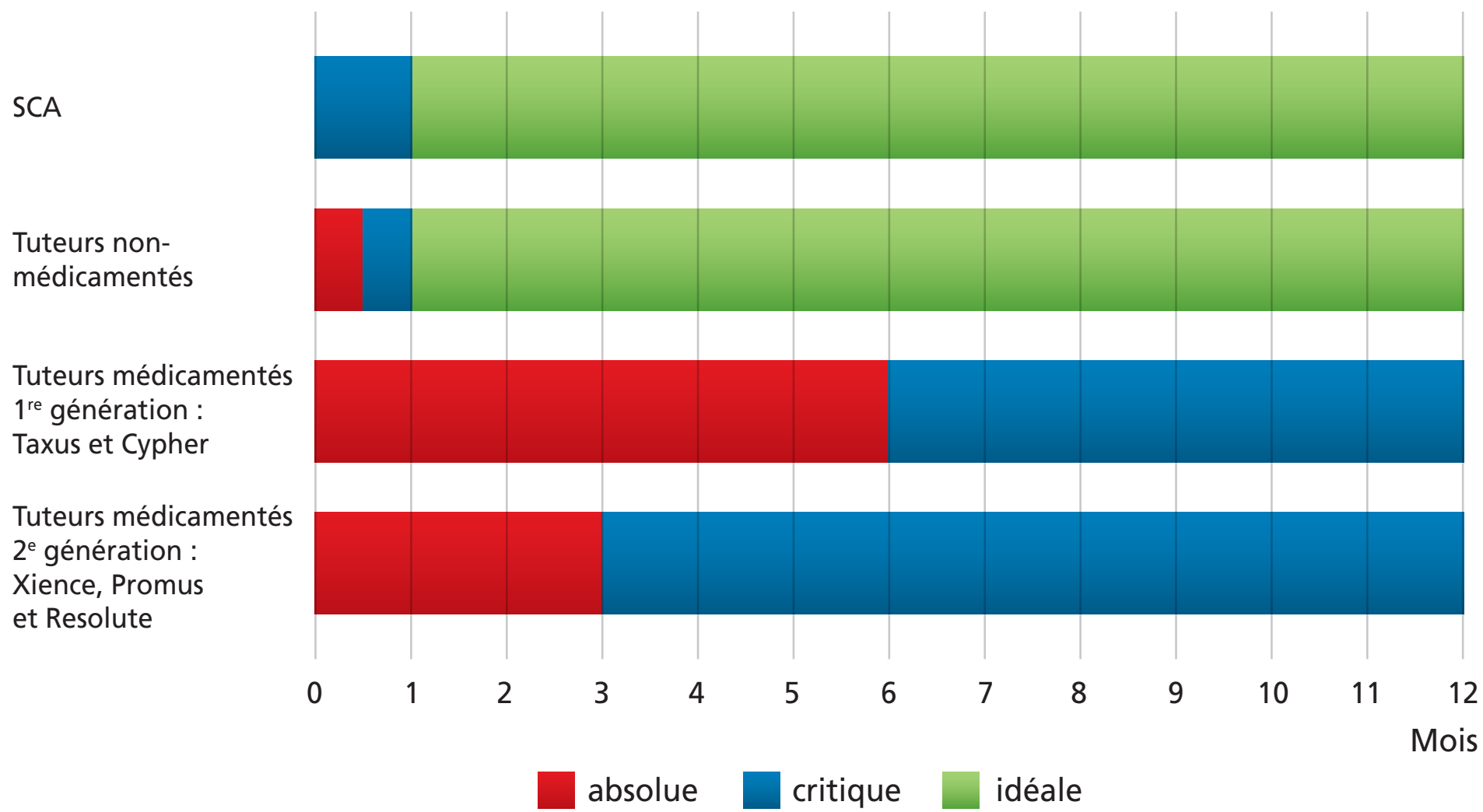
**Clopidogrel** 600 mg x 1 dose, puis 75 mg die

### NSTEMI / Angine instable

**Ticagrélor** 180 mg x 1 dose, puis 90 mg bid

**Clopidogrel** 600 mg x 1 dose, puis 75 mg die

## DURÉE MINIMALE BI-THÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE



## TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES ANTIPLAQUETTAIRES

	CLOPIDOGREL (Plavix)	PRASUGREL (Effient)	TICAGRÉLOR (Brilinta)
<b>Classe</b>	2 <sup>e</sup> génération thiénopyridines	3 <sup>e</sup> génération thiénopyridines	cyclo-pentyl-triazolo-pyrimidine (CPTP)
<b>Pharmacologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mécanisme d'action irréversible</li> <li>■ récepteurs ADP P2Y12</li> <li>■ inactivation de 7 à 10 jours</li> <li>■ prodrogue</li> <li>■ 2C19 et 3A4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mécanisme d'action irréversible</li> <li>■ récepteurs ADP P2Y12</li> <li>■ inactivation de 7 à 10 jours</li> <li>■ prodrogue</li> <li>■ 3A4 et 2B6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mécanisme d'action réversible</li> <li>■ sous-récepteurs ADP P2Y12</li> <li>■ inactivation de 3 à 5 jours</li> <li>■ actif et métabolite actif</li> <li>■ 3A4 et glycoprotéine-P</li> </ul>
<b>Effets indésirables</b>	risque de saignement	risque de saignement	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ risque de saignement</li> <li>■ dyspnée</li> <li>■ pause ventriculaire</li> <li>■ <i>flushing</i></li> <li>■ augmentation créatinine et acide urique</li> </ul>
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ saignement majeur actif</li> <li>■ insuffisance hépatique sévère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ saignement majeur actif</li> <li>■ antécédents ICT et ACV</li> <li>■ insuffisance hépatique sévère Child-Pugh C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ saignement majeur actif</li> <li>■ insuffisance hépatique modérée à sévère Child-Pugh B-C</li> <li>■ hémodialysé</li> </ul>
<b>Précautions</b>	saignement mineur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ saignement mineur</li> <li>■ 75 ans et plus</li> <li>■ moins de 60 kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ saignement mineur</li> <li>■ Favoriser dose d'aspirine inférieure à 100 mg die</li> <li>■ bradycardie (moins de 50 bpm)</li> <li>■ bloc AV 2<sup>e</sup> - 3<sup>e</sup> degré</li> <li>■ ACV dans les 3 derniers mois</li> </ul>
<b>Dosage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DC 300 à 600 mg</li> <li>■ DM 75 mg die</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DC 60 mg</li> <li>■ DM 10 mg die</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DC 180 mg</li> <li>■ DM 90 mg bid</li> </ul>

# CHANGEMENT ANTIPLAQUETTAIRE

Changement  
d'un agent  
à un autre

## Médicament actuel

- **Clopidogrel** et **prasugrel** ont le même mécanisme d'action irréversible sur le récepteur P2Y12.
- **Ticagrélor** a un mécanisme d'action réversible sur le sous-récepteur P2Y12.
- La durée d'action du **ticagrélor** est inférieure au délai d'action du **clopidogrel** et du **prasugrel**.

## Nouveau médicament

- Il n'y a pas d'information formelle sur le changement entre agents.
- Nous proposons de faire le changement au meilleur de l'information PK, PD et pharmacologique.

## Précisions

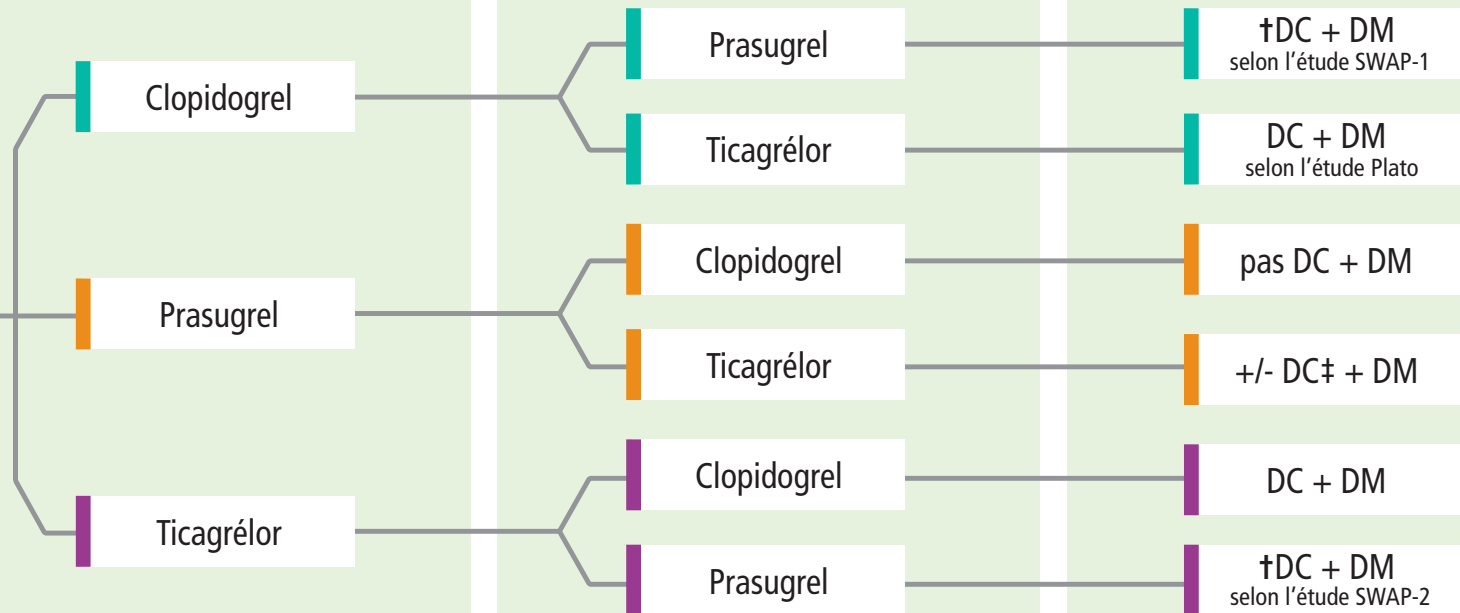
**DC** : dose de charge

**DM** : dose de maintien

† Attention : éviter multiples DC dans les premières 24 heures

‡ Administrer une DC si :

- risque de saignement faible
- risque de thrombose de stent augmenté
- patient n'a pas reçu de DC d'un autre antiplaquettaire dans les dernières 24 heures



GESTION PÉRIOPÉRATOIRE  
DE LA BI-THÉRAPIE  
ANTIPLAQUETTAIRE POUR  
PROCÉDURE NON-NEURAXIAL  
ANESTHÉSIQUE

Péri-  
opératoire

### Arrêt et reprise

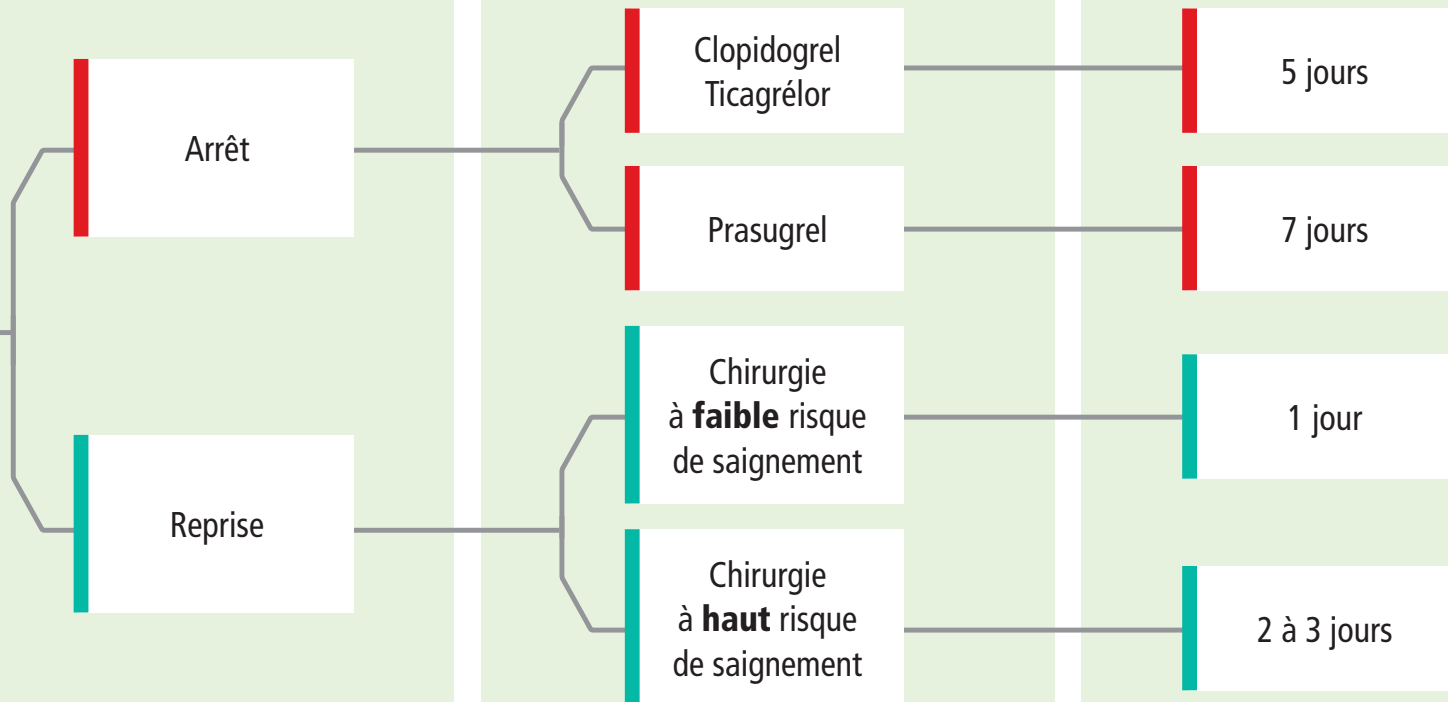
- Aspirine à poursuivre
- Suivre **durée minimale** bi-thérapie antiplaquettaire

### Médicaments

- **Clopidogrel** et **prasugrel** : attendre la régénération de nouvelles plaquettes avec l'administration du médicament
- **Ticagrélor** : attendre l'élimination du médicament pour la réactivation des plaquettes actuelles

### Recommandations

- Reprise sans dose de charge
- Dose de charge si inhibition plaquettaire requise dans les prochaines 2 à 6 heures



Pour procédure neuraxial, consulter le guide péri-opératoire pour procédure anesthésique du CHUM

## PRÉVENTION SAIGNEMENT GASTRO-INTESTINAL

Risque de saignement gastrique  
avec utilisation des antiplaquettaires

Si antécédents d'ulcère ou  
de saignement gastrique,  
considérer dépistage et  
traitement *H. pylori*

### Faible - Modéré

- plus de 60 ans
- bi-thérapie antiplaquettaire
- prise corticostéroïde, AINS ou ISRS
- reflux gastro-oesophagien

### Élevé

- anticoagulants oraux
- antécédents saignement gastro-intestinal

### Risque faible

à modéré =

selon le nombre  
de facteurs de risques

### Risque élevé =

selon au moins un  
des éléments présents

#### 1 facteur = risque faible

Pas d'inhibiteur  
de la pompe à protons

#### 2 facteurs et plus = risque modéré

Ajout d'un inhibiteur  
de la pompe à protons

#### 1 facteur = risque élevé

Ajout d'un inhibiteur  
de la pompe à protons

Rédaction : John Nguyen, pharmacien, D<sup>r</sup> Ying Tung Sia, cardiologue, D<sup>r</sup> George Honos, cardiologue et D<sup>r</sup> Samer Mansour, cardiologue,  
avec la collaboration du Service de cardiologie et du Département de pharmacie du CHUM.

Entériné par le Comité de pharmacologie du CHUM – mai 2013. Mise à jour 25 novembre 2015.

Ce document est imprimé grâce à une subvention sans restriction des compagnies AstraZeneca et Eli Lilly.