

Comment faire en pratique?

Exemple 1: Une seule pathologie cardiovasculaire

Exemple 2: Deux pathologies cardiovasculaires

Exemple 1

- Vous voyez un homme de 85 ans
- Ses antécédents : HTA, gonarthrose bilatérale et maladie de Parkinson
- Il a bénéficié d'un remplacement valvulaire aortique transcutané pour RAC serré il y a 8 mois
- Quel traitement anti-thrombotique est recommandé dans cette situation?

1- Repérer dans les têtes de chapitre de l'outil la pathologie cardio-vasculaire de votre patient

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU					
SCA ST- ou SCA ST+					
prise en charge médicamenteuse	Aspi + Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique OU raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi	ACO + Aspi OU Clopi	MonoAC	ACO
	Une bithérapie (MonoAAP+MonoAC) avec ACO et clopidogrel peut être une alternative à une triple thérapie de 1 mois si le risque hémorragique est plus important que le risque ischémique				
avec pontage aorto-coronarien	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
SCA ST+					
avec fibrinolyse	Aspi + Clopi	Aspi (+ Clopi)		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique OU raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**	AVK + Aspi OU Clopi	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	AVK + Aspi + Clopi	Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi	MonoAAP	Aspi

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

** Haut risque de thrombus intra VG : Fraction d'éjection < 40%, anomalie de la paroi antéro-apicale.

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	M pour mois
MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE						
MALADIE DES ARTÈRES CAROTIDES OU VERTÉBRALES						
sténose des artères carotides ou vertébrales	+ symptomatique			Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
	+ stent	Aspi + Clopi		Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
sténose des artères carotides	+ stent + SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)	12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée			Aspi + Clopi	MonoAAP Aspi OU Clopi
ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS (AOMI)						
AOMI: revascularisation percutanée		Aspi + Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi		
+ SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)			Aspi + Clopi		MonoAAP	Aspi OU Clopi
	12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée					
+ indication à une anticoagulation orale* avec un faible risque hémorragique comparé au risque d'AVC ou d'ischémie critique du membre inférieur en lien avec une occlusion (stent ou greffe)	ACO + Aspi OU Clopi		ACO (+ Aspi OU Clopi)	MonoAC	ACO	
AOMI : revascularisation chirurgicale	Uniquement si pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou				Aspi + Clopi	MonoAAP Aspi OU Clopi
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
AVC/AIT						
AVC ou AIT à cause d'athérosclérose				Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
MALADIE CARDIAQUE VALVULAIRE						
TAVI		Aspi + Clopi (OU AVK seul si faible risque d'hémorragie)	Aspi ET/OU Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi	
valve cardiaque mécanique + évènement thrombo-embolique malgré un INR adéquat			AVK (+ Aspi OU Clopi)	MonoAAP+MonoAC à vie peut être envisagé		

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

2- Repérer la situation précise de votre patient (traitement déjà réalisé, pathologies associées...)

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU					
SCA ST- ou SCA ST+					
prise en charge médicamenteuse	Aspi + Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi	ACO + Aspi OU Clopi	MonoAC	ACO
	Une bithérapie (MonoAAP+MonoAC) avec ACO et clopidogrel peut être une alternative à une triple thérapie de 1 mois si le risque hémorragique est plus important que le risque ischémique				
avec pontage aorto-coronarien	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
SCA ST+					
avec fibrinolyse	Aspi + Clopi	Aspi (+ Clopi)		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**	AVK + Aspi OU Clopi	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	AVK + Aspi + Clopi	Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi	MonoAAP	Aspi

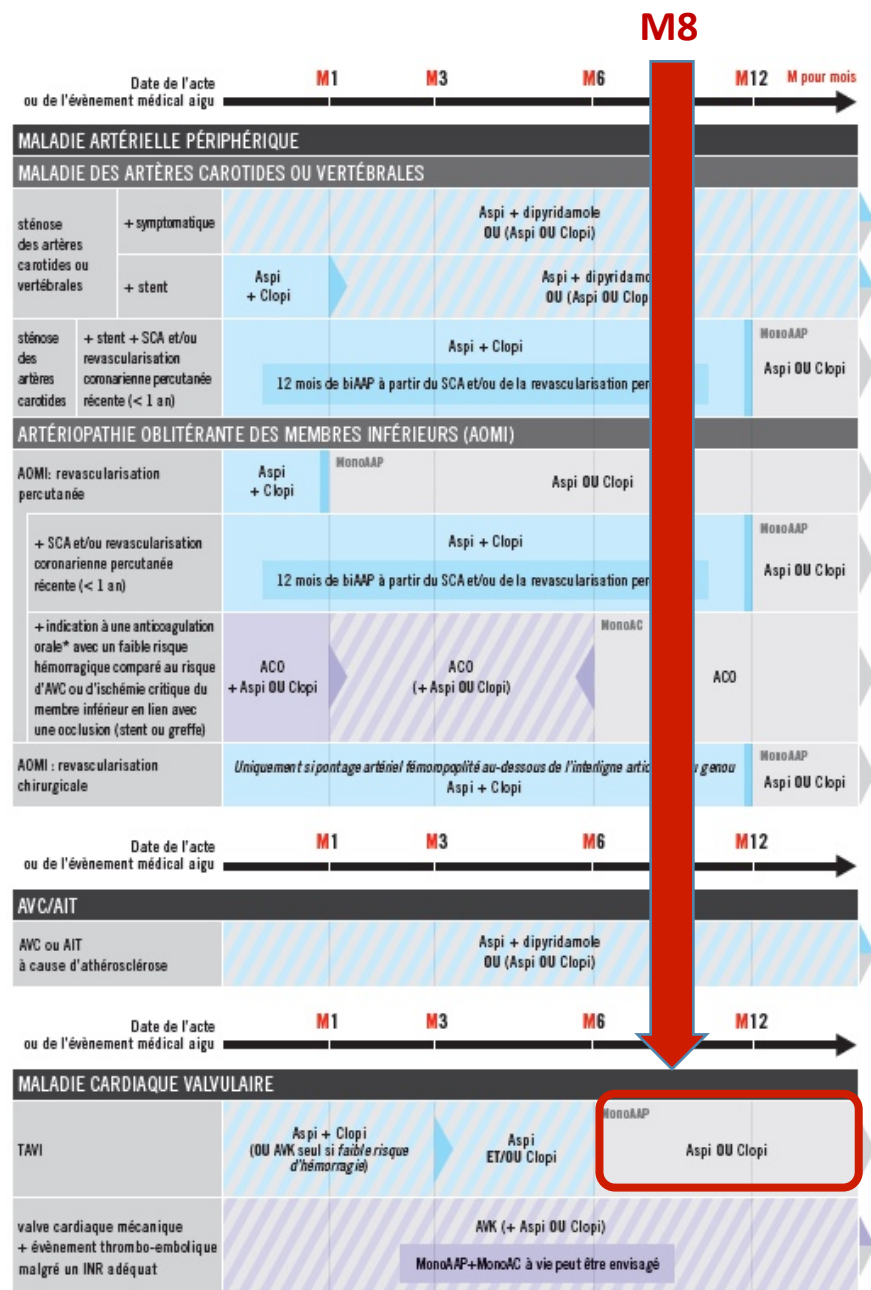
** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

** Haut risque de thrombus intra VG : Fraction d'éjection < 40%, anomalie de la paroi antéro-apicale.

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	M pour mois
MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE						
MALADIE DES ARTÈRES CAROTIDES OU VERTÉBRALES						
sténose des artères carotides ou vertébrales	+ symptomatique			Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
	+ stent	Aspi + Clopi		Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
sténose des artères carotides	+ stent + SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)	12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée				MonoAAP Aspi OU Clopi
ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS (AOMI)						
AOMI: revascularisation percutanée		Aspi + Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi		
+ SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)		12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée				MonoAAP Aspi OU Clopi
+ indication à une anticoagulation orale* avec un faible risque hémorragique comparé au risque d'AVC ou d'ischémie critique du membre inférieur en lien avec une occlusion (stent ou greffe)		ACO + Aspi OU Clopi	ACO (+ Aspi OU Clopi)	MonoAC	ACO	
AOMI : revascularisation chirurgicale		Uniquement si pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou				MonoAAP Aspi OU Clopi
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
AVC/AIT						
AVC ou AIT à cause d'athérosclérose				Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
MALADIE CARDIAQUE VALVULAIRE						
TAVI		Aspi + Clopi (OU AVK seul si faible risque d'hémorragie)	Aspi ET/OU Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi	
valve cardiaque mécanique + évènement thrombo-embolique malgré un INR adéquat		AVK (+ Aspi OU Clopi)				MonoAAP+MonoAC à vie peut être envisagé

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

3- Dans le schéma thérapeutique recommandé pour votre patient , repérer le moment où il se situe actuellement (ici M8)



Donc ici, une monothérapie antiagrégante au long cours est recommandée avec au choix :

- 1) **Aspirine seule**
- 2) **Clopidogrel seul**

**** Indication à une ACO :** Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASC ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASC égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie : 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3-6 mois si idiopathique et au long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

4- Vérifier le dosage recommandé pour la (les) molécule(s) à prescrire

LES SITUATIONS CLINIQUES NON PRÉSENTÉES DANS CET OUTIL DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN AVIS SPÉCIALISÉ

Mono	Monothérapie: antiagrégante plaquettaire (MonoAAP) ou anticoagulante (MonoAC)	Thérapie 1 ou THÉRAPIE 2	Possibilité de ces deux modalités de traitements (selon les couleurs en haché) en fonction de l'état de santé du patient (risque ischémique ou hémorragique)
BIAAP	Bithérapie antiagrégante plaquettaire (BiAAP)		Durée minimale de traitement
MonoAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et anticoagulante (MonoAAP + MonoAC)		Durée maximale de traitement
BIAAP+MonoAC	Triple thérapie (BiAAP + MonoAC)		Durée de traitement recommandée

Abréviations

ACO	Anticoagulants oraux
AIT	Accident ischémique transitoire
AOD	Anticoagulants oraux directs
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
Aspi	Aspirine
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamine K
BIAAP	Bithérapie antiagrégante plaquettaire
BIAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et monothérapie anticoagulante
CHA2DS2-VASc	C Insuffisance cardiaque (1 point)
score évaluant le risque ischémique en cas de FA-NV	H Hypertension (1)
	A2 Age ≥ 75 (2)
	D Diabète (1)
	S2 Antécédent d'AVC ou d'AIT embolique (2)
	V Maladie vasculaire périphérique (1)
	A Age 65-74 (1)
	Sc Sexe (1)
Clopi	Clopidogrel
EP	Embolie pulmonaire
FA-NV	Fibrillation atriale non valvulaire
INR	International Normalized Ratio
MonoAAP	Monothérapie anti-agrégante plaquettaire
MonoAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et anticoagulante
MonoAC	Monothérapie anticoagulante
MVTE	Maladie veineuse thromboembolique
Prasu	Prasugrel
SCA	Syndrôme coronarien aigu
SCA ST-	SCA sans élévation du segment ST
SCA ST+	SCA avec élévation du segment ST
TAVI	Remplacement valvulaire percutané
Tica	Ticagrelor
TVP	Thrombose veineuse profonde
VG	Ventricule gauche

CIBLE D'INR POUR LES VALVES CARDIAQUES MÉCANIQUES	Facteurs de risques associés au patient *
Thrombogénicité de la prothèse	Aucun ≥1
Faible ^b	2.5 3.0
Moyenne ^c	3.0 3.5
Haute ^d	3.5 4.0

INR = international normalized ratio;
FEVG = fraction d'éjection du ventriculaire gauche
^a Remplacement valvulaire mitral ou tricuspidé, antécédent
thrombo-embolique, FA, sténose mitrale, FEVG < 35%
^b Carbomedics, Medtronic Hall, ATS, Medtronic Open-Pivot, St-Jude
Medical, On-X, Sorin Bicarbon
^c autres valves prothétiques à 2 feuillets sans donnée suffisante
^d Lillehei-Kaster, Omnisience, Starr-Edwards (ball-cage), Bjork
Shiley et autre valve avec soupape de retenue

Dosage des antithrombotiques

Aspirine : 75-100 mg/jour
 Aspirine/dipyridamole (Asasantine): 25/200 mg deux fois par jour
 AVK : objectif INR 2-3 pour une FA-NV, une MVTE, un thrombus intra-VG
 Clopidogrel (Plavix): 75 mg/jour

Prasugrel (Ezentis): 10 mg/jour (5 mg/jour pour les patients avec un
poids < 60 kg)

Contre-indications du prasugrel : antécédents d'hémorragie cérébrale
ou d'accident vasculaire cérébral ischémique (transitoire ou constitué),
hémorragie en cours ; le prasugrel n'est pas recommandé chez le
patient de plus de 75 ans ou ayant un poids de moins de 60 kg.

Ticagrelor (Brilique): 90 mg deux fois par jour

Contre-indications du ticagrelor : antécédents d'hémorragie cérébrale
ou hémorragie en cours

Rivaroxaban (Xarelto):

- TVP/EP : J1 à J21 : 15 mg x 2/jour puis à partir de J22 : 20 mg/jour
en une prise
- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV :
20 mg/jour en une prise
- Pas d'ajustement sur le poids, l'âge, le sexe
- Clairance de la créatinine (évaluée par la formule de Cockcroft)
- Contre-indication si clairance de la créatinine < 15 mL/min
- Si clairance de la créatinine 15-49 mL/min :
§ FA-NV : 15 mg/jour
§ TVP/EP : 15 mg x 2/jour pendant les 3 premières semaines puis
20 mg/jour en une seule prise
- Pas d'ajustement au delà d'une clairance de la créatinine > 50 mL/min

Apixaban (Eliquis):

- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV :
- 5 mg x 2/jour
- FA-NV et au moins 2 des caractéristiques suivantes : âge ≥ 80 ans,
poids ≤ 60 kg, créatinine sérique ≥ 133 µmol/L : 2,5 mg x 2/jour
- Si clairance de la créatinine 15 – 29 mL/min : 2,5 mg x 2/jour
- Contre-indication si clairance de la créatinine < 15 mL/min
- Traitement TVP/EP : J1 à J7 : 10 mg x 2/jour puis à partir de J8 :
5 mg x 2/jour

Dabigatran (Pradaxa):

- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV ou
traitement de la MVTE : 150 mg x 2/jour
- 110 mg x 2/jour si :
§ > 80 ans
§ Administration concomitante de Vérapamil
§ Clairance de la créatinine : 30 – 50 mL/min
- Contre-indication si clairance de la créatinine < 30 mL/min

CLAIRANCE ESTIMÉE DE LA CRÉATININE (COCKROFT)

Cl(H) = $1,23 \times P \times (140 - \text{Age}) / \text{Créatm}$
 Cl(F) = $1,04 \times P \times (140 - \text{Age}) / \text{Créatm}$
 avec H = homme, F = femme, Age en années, P en Kg,
 Créatm en µmol/L, et le résultat en mL/min.

SI HÉMORRAGIE PENDANT UNE BITHÉRAPIE, suivez ces recommandations (figure 10 dans le document en lien ci-dessous) :
<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2017-focused-update-on-dual-antiplatelet-therapy-dapt>

LES CONDITIONS PARTICULIÈRES QUI REQUIÈRENT SYSTÉMATIQUEMENT UN SUIVI HOSPITALIER SPÉCIALISÉ ONT ÉTÉ EXCLUES :
 cancer, maladies auto-immunes, hémophilie, VIH (virus de l'immunodéficience humaine), pédiatrie, grossesse et prescriptions
 intra-hospitalières (phase aiguë exclusivement, les relais ou le péri-opératoire)

Donc ici, 2 traitements sont possibles :

- 1) Aspirine 75 à 100mg/j
- 2) OU Clopidogrel 75mg/j

Exemple 2:

- Vous voyez un patient de 55 ans,
- Ses antécédents: HTA, diabète, une insuffisance rénale (clairance selon Cockcroft 30 ml/min) et arythmie cardiaque par fibrillation atriale (ACFA) permanente
- Il a eu un syndrome coronarien aigu ST+ traité par stent actif il y a 5 mois
- Quel traitement antithrombotique est recommandé dans ce cas ?

1- Repérer dans les têtes de chapitre de l'outil la pathologie cardio-vasculaire de votre patient la plus récente

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU					
SCA ST- ou SCA ST+					
prise en charge médicamenteuse	Aspi + Tica OU Clopi			MonoAAP	
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique			Aspi	
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique OU raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi	ACO + Aspi OU Clopi	MonoAC	ACO
	Une bithérapie (MonoAAP+MonoAC) avec ACO et clopidogrel peut être une alternative à une triple thérapie de 1 mois si le risque hémorragique est plus important que le risque ischémique				
avec pontage aorto-coronarien	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP	Aspi
	BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC	ACO
SCA ST+					
avec fibrinolyse	Aspi + Clopi	Aspi (+ Clopi)		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Clopi			MonoAAP	
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique OU raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**	AVK + Aspi OU Clopi	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	AVK + Aspi + Clopi	Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi	MonoAAP	Aspi

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

** Haut risque de thrombus intra VG : Fraction d'éjection < 40%, anomalie de la paroi antéro-apicale.

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	M pour mois
MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE					
MALADIE DES ARTÈRES CAROTIDES OU VERTÉBRALES					
sténose des artères carotides ou vertébrales	+ symptomatique		Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
	+ stent	Aspi + Clopi	Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
sténose des artères carotides	+ stent + SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)	12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée		Aspi + Clopi	MonoAAP
				Aspi OU Clopi	
ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS (AOMI)					
AOMI: revascularisation percutanée	Aspi + Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi		
+ SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)	12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée			MonoAAP	Aspi OU Clopi
+ indication à une anticoagulation orale* avec un faible risque hémorragique comparé au risque d'AVC ou d'ischémie critique du membre inférieur en lien avec une occlusion (stent ou greffe)	ACO + Aspi OU Clopi	ACO (+ Aspi OU Clopi)		ACO	
AOMI : revascularisation chirurgicale	Uniquement si pontage artériel fémoro-poplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou			Aspi + Clopi	MonoAAP
					Aspi OU Clopi
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	
AVC/AIT					
AVC ou AIT à cause d'athérosclérose	Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)				
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	
MALADIE CARDIAQUE VALVULAIRE					
TAVI	Aspi + Clopi (OU AVK seul si faible risque d'hémorragie)	Aspi ET/OU Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi	
valve cardiaque mécanique + évènement thrombo-embolique malgré un INR adéquat	AVK (+ Aspi OU Clopi)			MonoAAP+MonoAC à vie peut être envisagé	

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et à long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

2- Repérer la situation précise de votre patient (traitement déjà réalisé, pathologies associées...)

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU						
SCA ST- ou SCA ST+						
prise en charge médicamenteuse		Aspi + Tica OU Clopi				MonoAAP
		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique			Aspi	
	+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi			MonoAC ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)		Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi				MonoAAP
		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
	+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi	ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC ACO
avec pontage aorto-coronarien		Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi				MonoAAP
		BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
	+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi OU Clopi			MonoAC ACO
SCA ST+						
avec fibrinolyse		Aspi + Clopi	Aspi (+ Clopi)			MonoAAP Aspi
	+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)		Aspi + Clopi			MonoAAP
		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**		AVK + Aspi OU Clopi	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi			MonoAAP Aspi
	+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	AVK + Aspi + Clopi	Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAAP Aspi

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et au long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

** Haut risque de thrombus intra VG : Fraction d'éjection < 40%, anomalie de la paroi antéro-apicale.

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	M pour mois
MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE						
MALADIE DES ARTÈRES CAROTIDES OU VERTÉBRALES						
sténose des artères carotides ou vertébrales	+ symptomatique			Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
	+ stent	Aspi + Clopi		Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
sténose des artères carotides	+ stent + SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)		Aspi + Clopi			MonoAAP Aspi OU Clopi
		12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée				
ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS (AOMI)						
AOMI: revascularisation percutanée		Aspi + Clopi	MonoAAP	Aspi OU Clopi		
	+ SCA et/ou revascularisation coronarienne percutanée récente (< 1 an)		Aspi + Clopi			MonoAAP Aspi OU Clopi
		12 mois de biAAP à partir du SCA et/ou de la revascularisation percutanée				
	+ indication à une anticoagulation orale* avec un faible risque hémorragique comparé au risque d'AVC ou d'ischémie critique du membre inférieur en lien avec une occlusion (stent ou greffe)	ACO + Aspi OU Clopi		ACO (+ Aspi OU Clopi)	MonoAC ACO	
AOMI : revascularisation chirurgicale		Uniquement si pontage artériel fémoro-poplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou Aspi + Clopi				MonoAAP Aspi OU Clopi
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
AVC/AIT						
AVC ou AIT à cause d'athérosclérose				Aspi + dipyridamole OU (Aspi OU Clopi)		
Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu		M1	M3	M6	M12	
MALADIE CARDIAQUE VALVULAIRE						
TAVI		Aspi + Clopi (OU AVK seul si faible risque d'hémorragie)		Aspi ET/OU Clopi	MonoAAP Aspi OU Clopi	
valve cardiaque mécanique + évènement thrombo-embolique malgré un INR adéquat				AVK (+ Aspi OU Clopi)		MonoAAP+MonoAC à vie peut être envisagé

** Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes (une anticoagulation orale préventive peut être envisagée pour un score CHA2DS2-VASc égal à 1 chez un homme et à 2 chez une femme). Si MVTE, la durée de l'anticoagulation dépendra de l'étiologie: 3 mois si un facteur déclenchant est retrouvé, 3 - 6 mois si idiopathique et au long cours si récidivant ou avec une pathologie de fond à risque.

2bis- Repérer la situation précise de votre patient (traitement déjà réalisé, pathologies associées...)

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU					
SCA ST- ou SCA ST+					
prise en charge médicamenteuse	Aspi + Tica OU Clopi				MonoAP
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique				Aspi
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi OU Clopi				MonoAC ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi				MonoAP
	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				Aspi
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi	ACO + Aspi OU Clopi		MonoAC ACO
	Une bithérapie (MonoAP+MonoAC) avec ACO et clopidogrel peut être une alternative à une triple thérapie de 1 mois si le risque hémorragique est plus important que le risque ischémique				
avec pontage aorto-coronarien	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi				MonoAP Aspi
	BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi OU Clopi				MonoAC ACO
SCA ST+					
avec fibrinolyse	Aspi + Clopi		Aspi (+ Clopi)		MonoAP Aspi
	Aspi + Clopi				MonoAP
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				Aspi
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**	AVK + Aspi OU Clopi		Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAP Aspi
	AVK + Aspi + Clopi	Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu OU Tica OU Clopi		MonoAP Aspi

Quel score CHA2DS2-VASc pour mon patient?

Abréviations

ACO	Anticoagulants oraux
AIT	Accident ischémique transitoire
AOD	Anticoagulants oraux directs
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
Aspi	Aspirine
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamine K
BiAAP	Bithérapie antiagrégante plaquettaire
BiAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et monothérapie anticoagulante

CHA2DS2-VASc	C Insuffisance cardiaque (1 point)
score évaluant le risque ischémique en cas de FA-NV	H Hypertension (1)
	A2 Age ≥ 75 (2)
	D Diabète (1)
	S2 Antécédent d'AVC ou d'AIT embolique (2)
	V Maladie vasculaire périphérique (1)
	A Age 65-74 (1)
	Sc Sexe (1)

* Indication à une ACO : Valve cardiaque mécanique, FA-NV ou flutter avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2 pour les hommes et

Ici HTA+ Diabète =2 points donc indication à anticoagulant oral

Date de l'acte ou de l'évènement médical aigu	M1	M3	M5	M6	M12	M pour mois
SYNDROME CORONARIEN AIGU						
SCA ST- ou SCA ST+						
prise en charge médicamenteuse		Aspi + Tica	Clopi		WonoAAP	
		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique			Aspi	
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi	OU		WonoAC	ACO
avec revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)		Aspi + Prasu	OU	Tica OU Clopi	WonoAAP	
		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
+ indication à une anticoagulation orale*	ACO + Aspi + Clopi	ACO + Aspi ET/OU Clopi		ACO + Aspi OU Clopi	WonoAC	ACO
	Une bithérapie (MonoAP+MonoAC) avec ACO et clopidogrel peut être une alternative à une triple thérapie de 1 mois si le risque hémorragique est plus important que le risque ischémique					
avec pontage aorto-coronarien		Aspi + Prasu	OU	Tica OU Clopi	WonoAAP	Aspi
		BiAAP peut être raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique				
+ indication à une anticoagulation orale*		ACO + Aspi	OU	Clopi	WonoAC	ACO
SCA ST+						
avec fibrinolyse	Aspi + Clopi		Aspi (+ Clopi)		WonoAAP	Aspi
			Aspi + Clopi		WonoAAP	
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)		BiAAP peut être allongée jusqu'à 3 ans chez les patients à haut risque ischémique qui ont toléré la BiAAP sans complication hémorragique ou raccourcie à 6 mois si haut risque hémorragique			Aspi	
avec thrombus intra VG ou haut risque de thrombus intra VG**	AVK + Aspi	OU	Clopi	Aspi + Prasu	OU	Tica OU Clopi
					WonoAAP	Aspi
+ revascularisation percutanée (stent actif ou stent nu)	AVK + Aspi + Clopi		Aspi + (AVK + Clopi) OU (Prasu OU Tica OU Clopi)	Aspi + Prasu	OU	Tica OU Clopi
					WonoAAP	Aspi

3- Dans le schéma thérapeutique recommandé pour votre patient, repérer le moment où il se situe actuellement (ici M5)

Donc ici, 2 traitements sont possibles (choix à faire en fonction du risque ischémique et hémorragique de votre patient) :

- 1) ACO + Aspirine OU Clopidogrel jusqu'à M12 (donc pendant encore 7 mois)
- 2) ACO + Aspirine + Clopidogrel jusqu'à M6 (donc pendant encore 1 mois) avec un relais ensuite par ACO + Aspirine OU clopidogrel jusqu'à M12

4- Vérifier les molécules et dosages recommandés

LES SITUATIONS CLINIQUES NON PRÉSENTÉES DANS CET OUTIL DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UN AVIS SPÉCIALISÉ

Mono	Monothérapie: antiagrégante plaquettaire (MonoAAP) ou anticoagulante (MonoAC)
BIAAP	Bithérapie antiagrégante plaquettaire (BiAAP)
MonoAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et anticoagulante (MonoAAP + MonoAC)
BIAAP+MonoAC	Triple thérapie (BiAAP + MonoAC)

Abréviations

ACO	Anticoagulants oraux
AIT	Accident ischémique transitoire
AOD	Anticoagulants oraux directs
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
Aspi	Aspirine
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamine K
BiAAP	Bithérapie antiagrégante plaquettaire
BiAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et monothérapie anticoagulante
CHA2DS2-VASc	C Insuffisance cardiaque (1 point)
score évaluant le risque ischémique en cas de FA-NV	H Hypertension (1)
	A2 Age ≥ 75 (2)
	D Diabète (1)
	S2 Antécédent d'AVC ou d'AIT embolique (2)
	V Maladie vasculaire périphérique (1)
	A Age 65-74 (1)
	Sc Sexe (1)
Clopi	Clopidogrel
EP	Embolie pulmonaire
FA-NV	Fibrillation atriale non valvulaire
INR	International Normalized Ratio
MonoAAP	Monothérapie anti-agrégante plaquettaire
MonoAAP+MonoAC	Bithérapie antiagrégante et anticoagulante
MonoAC	Monothérapie anticoagulante
MVTE	Maladie veineuse thromboembolique
Prasu	Prasugrel
SCA	Syndrôme coronarien aigu
SCA ST-	SCA sans élévation du segment ST
SCA ST+	SCA avec élévation du segment ST
TAVI	Remplacement valvulaire percutané
Tica	Ticagrelor
TVP	Thrombose veineuse profonde
VG	Ventricule gauche

CIBLE D'INR POUR LES VALVES CARDIAQUES MÉCANIQUES	Facteurs de risques associés au patient *
Thrombogénicité de la prothèse	Aucun ≥1
Faible ^b	2.5 3.0
Moyenne ^c	3.0 3.5
Haute ^d	3.5 4.0

INR = international normalized ratio;

FEVG = fraction d'éjection du ventriculaire gauche

* Remplacement valvulaire mitral ou tricuspide, antécédent
thrombo-embolique, FA, sténose mitrale, FEVG < 35%

^b Carbomedics, Medtronic Hall, ATS, Medtronic Open-Pivot, St-Jude
Medical, On-X, Sorin Bicarbon

^c autres valves prothétiques à 2 feuillets sans donnée suffisante

^d Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards (ball-cage), Bjork
Shiley et autre valve avec soupape de retenue

THÉRAPIE 1 ou THÉRAPIE 2	Possibilité de ces deux modalités de traitements (selon les couleurs en haché) en fonction de l'état de santé du patient (risque ischémique ou hémorragique)
	Durée minimale de traitement
	Durée maximale de traitement
	Durée de traitement recommandée

Dosage des antithrombotiques

Aspirine : 75-100 mg/jour

Aspirine/dipyridamole (Asasantine): 25/200 mg deux fois par jour

AVK : objectif INR 2-3 pour une FA-NV, une MVTE, un thrombus intra-VG

Clopidogrel (Plavix): 75 mg/jour

Prasugrel (Eliant): 10 mg/jour (5 mg/jour pour les patients avec un
poids < 60 kg)

Contre-indications du prasugrel : antécédents d'hémorragie cérébrale
ou d'accident vasculaire cérébral ischémique (transitoire ou constitué),
hémorragie en cours ; le prasugrel n'est pas recommandé chez le
patient de plus de 75 ans ou ayant un poids de moins de 60 kg.

Ticagrelor (Brilique): 90 mg deux fois par jour

Contre-indications du ticagrelor : antécédents d'hémorragie cérébrale
ou hémorragie en cours

Rivaroxaban (Xarelto):

- TVP/EP : J1 à J21 : 15 mg x 2/jour puis à partir de J22 : 20 mg/jour
en une prise

- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV :
20 mg/jour en une prise

- Pas d'ajustement sur le poids, l'âge, le sexe

- Clairance de la créatinine (évaluée par la formule de Cockcroft)

- Contre-indication si clairance de la créatinine < 15 mL/min

- Si clairance de la créatinine 15-49 mL/min :

- § FA-NV : 15 mg/jour

- § TVP/EP : 15 mg x 2/jour pendant les 3 premières semaines puis
20 mg/jour en une seule prise

- Pas d'ajustement au-delà d'une clairance de la créatinine > 50 mL/min

Apixaban (Eliquis):

- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV :
- 5 mg x 2/jour

- FA-NV et au moins 2 des caractéristiques suivantes : âge ≥ 80 ans,
poids ≤ 60 kg, créatinine sérique ≥ 133 µmol/L : 2,5 mg x 2/jour

- Si clairance de la créatinine 15 - 29 mL/min : 2,5 mg x 2/jour

- Contre-indication si clairance de la créatinine < 15 mL/min

- Traitement TVP/EP : J1 à J7 : 10 mg x 2/jour puis à partir de J8 :
5 mg x 2/jour

Dabigatran (Pradaxa):

- Prévention des AVC emboliques chez les patients ayant une FA-NV ou
traitement de la MVTE : 150 mg x 2/jour

- 110 mg x 2/jour si :

- § > 80 ans

- § Administration concomitante de Vérapamil

- § Clairance de la créatinine : 30 - 50 mL/min

- Contre-indication si clairance de la créatinine < 30 mL/min

CLAIRANCE ESTIMÉE DE LA CRÉATININE (COCKROFT)

Cl(H) = $1,23 \times P \times (140 - \text{Age}) / \text{Créat}_m$

Cl(F) = $1,04 \times P \times (140 - \text{Age}) / \text{Créat}_m$

avec H = homme, F = femme, Age en années, P en Kg,
Créat_m en µmol/L, et le résultat en mL/min.

Donc ici :

L' ACO peut être :

- un AVK avec INR cible entre 2 et 3
- un AOD : Rivaroxaban 15mg/j ou Apixaban 5mgX2/j (le Dabigatran est contre-indiqué)

Le(s) antiagrégant(s) peut (peuvent) être:

- Aspirine 75 à 100mg/j
- et/ou Clopidogrel 75mg/j

SI HÉMORRAGIE PENDANT UNE BITHÉRAPIE, suivez ces recommandations (figure 10 dans le document en lien ci-dessous) :

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2017-focused-update-on-dual-antiplatelet-therapy-dapt>

LES CONDITIONS PARTICULIÈRES QUI REQUIÈRENT SYSTÉMATIQUEMENT UN SUIVI HOSPITALIER SPÉCIALISÉ ONT ÉTÉ EXCLUES :

cancer, maladies auto-immunes, hémophilie, VIH (virus de l'immunodéficience humaine), pédiatrie, grossesse et prescriptions
intra-hospitalières (phase aiguë exclusivement, les relais ou le péri-opératoire)