

**Administrer aux urgences**

STEMI choix d'antiplaquettaire à confirmer avec hémodynamicien

**1<sup>ère</sup> intention**

**Prasugrel** : ne pas donner si

- antécédents ICT/ACV
- 75 ans et plus,
- moins de 60 kg
- cirrhose hépatique Child-Pugh C

**Ticagrélol** : ne pas donner si

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

**2<sup>e</sup> intention**

Favoriser le **clopidogrel** si

- combinaison avec les anticoagulants oraux nécessaire
- antécédent d'ICT/ACV
- risque de saignement augmenté
- chirurgie, trauma ou hémorragie récentes
- patient a reçu la thrombolyse

**ASPIRINE (ASA) 320 À 325 MG X 1  
PUIS 80 MG DIE**

**STEMI**

**NSTEMI / angine instable**

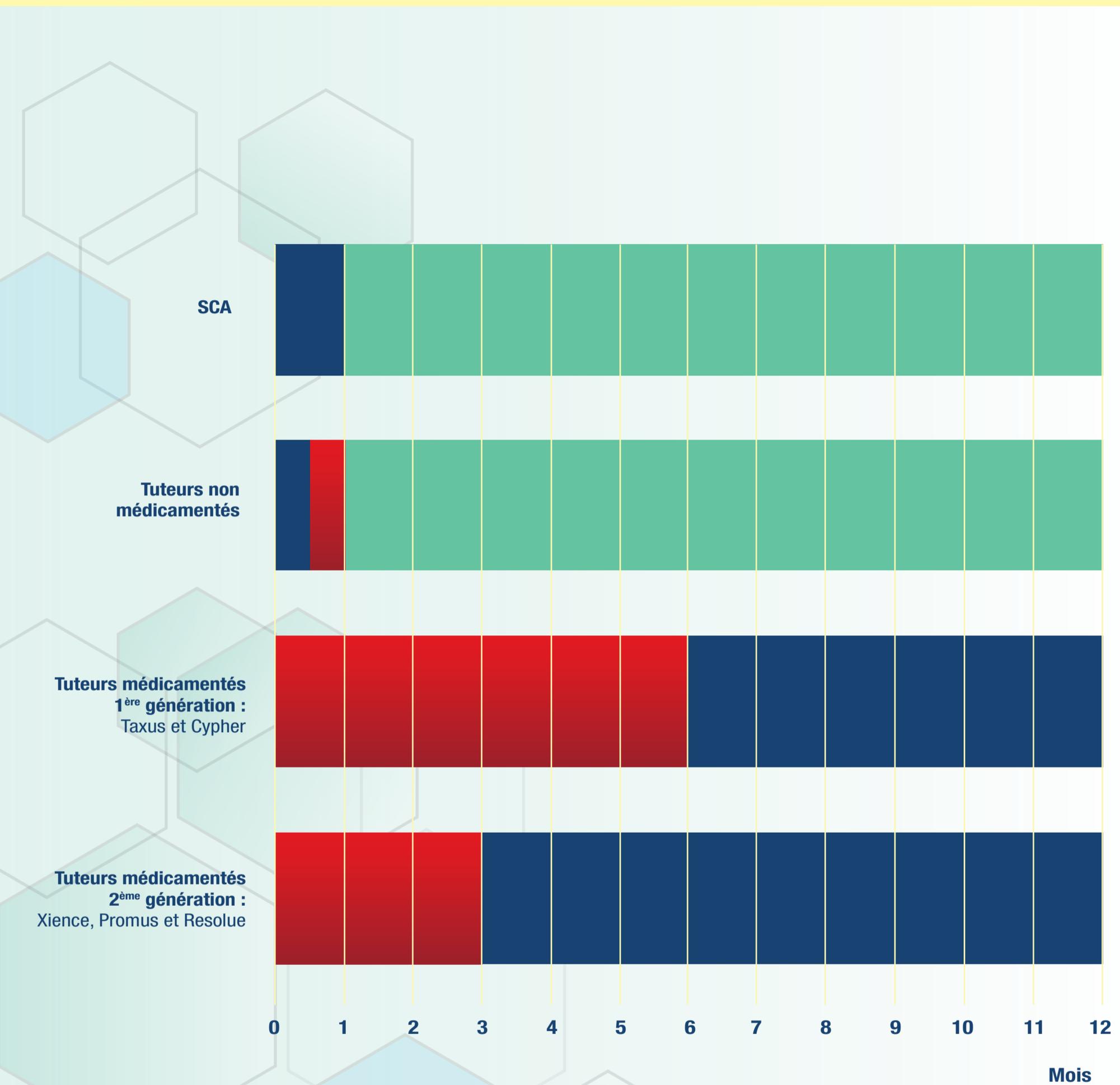
**Prasugrel 60 mg x 1  
puis 10 mg die  
ou  
ticagrélol 180 mg x 1  
puis 90 mg bid**

**Ticagrélol 180 mg x 1  
puis 90 mg bid**

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

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

# DURÉE MINIMALE BI-THÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE



Absolue



Critique



Idéale

## TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES ANTIPLAQUETTAIRES

CARACTÉRISTIQUE	CLOPIDOGREL (Plavix)	PRASUGREL (Effient)	TICAGRÉLOR (Brilinta)
<b>Classe</b>	2 <sup>e</sup> génération thiéno-pyridines	3 <sup>e</sup> génération thiéno-pyridines	Cyclo-pentyl-triazolo-pyrimidine (CPTP)
<b>Pharmacologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme d'action irréversible</li> <li>Récepteur ADP P2Y12</li> <li>Inactivation de 7 à 10 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme d'action irréversible</li> <li>Récepteur ADP P2Y12</li> <li>Inactivation de 7 à 10 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme d'action réversible</li> <li>Sous-récepteur ADP P2Y12</li> <li>Inactivation de 3 à 5 jours</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prodrogue</li> <li>2C19 et 3A4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prodrogue</li> <li>3A4 et 2B6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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>Pause ventriculaire, dyspnée</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, 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>Dosage d'aspirine inférieur à 100 mg par jour</li> <li>Bradycardie (moins de 50 bpm)</li> <li>Bloc AV 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> degré,</li> <li>AVC 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>

**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

**Changement pour**

- Il n'y a pas d'information formelle sur le changement entre agents
- Nous proposons une manière 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 tuteur augmenté
  - patient n'a pas reçu de DC d'un autre antiplaquettaire dans les dernières 24 heures

**CHANGEMENT D'UN AGENT À UN AUTRE**

**Clopidogrel**

**Prasugrel**

† **DC + DM**  
selon l'étude SWAP-1

**Ticagrélor**

**DC + DM**  
selon l'étude Plato

**Prasugrel**

**Clopidogrel**

**Pas DC + DM**

**Ticagrélor**

**+/- DC‡ + DM**

**Ticagrélor**

**Clopidogrel**

**DC + DM**

**Prasugrel**

† **DC + DM**  
selon l'étude SWAP-2

### Arrêt et reprise

- Aspirine à poursuivre
- Suivre **durée minimale** bi-thérapie antiplaquettaire du protocole syndrome coronarien aigu

### Médicaments

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

### Précisions

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

**PÉRI-  
OPÉRATOIRE**

Arrêt

Clopidogrel  
Ticagrélor

5 jours

Prasugrel

7 jours

Reprise

Chirurgie à  
faible risque  
de saignement

1 jour

Chirurgie à  
haut risque de  
saignement

2 à 3 jours

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

**RISQUE DE SAIGNEMENT GASTRIQUE AVEC L'UTILISATION DES DEUX ANTIPLAQUETTAIRES**

**Faible - Modéré**

- Plus de 60 ans
- Bi-thérapie antiplaquettaire
- Prise de corticostéroïdes, AINS ou ISRS
- Reflux gastro-oesophagien

**Élevé**

- Anticoagulants oraux
- Antécédents de saignement gastro-intestinal

**Si antécédents d'ulcère ou de saignement gastrique** considerer dépistage et traitement *H. Pylori*

**Pour risque faible-modéré =** selon le nombre de facteurs de risques

**Pour risque élevé =** selon au moins un des éléments présents

**1 facteur =  
risque faible  
Pas d'inhibiteur de  
pompes à protons**

**2 facteurs et plus =  
risque modéré  
Ajout d'un  
inhibiteur de  
pompes à protons**

**1 facteur =  
risque élevé  
Ajout d'un  
inhibiteur de  
pompes à protons**

Rédaction : John Nguyen, pharmacien, Dr Ying Tung Sia, cardiologue, Dr George Honos, cardiologue et Dr 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 27 novembre 2015.

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