

Hémorragies sous antiplaquettaires

COMMENT LES PRENDRE EN CHARGE ?



Baptiste Gaborieau

Journaliste

Étude mise en valeur : Cayla G, Cornillet L, Ledermann B et al. Accidents hémorragiques graves sous antiplaquettaires : que faire ? Press Med 2019 ; 48 : 1416-21.

Chez les patients coronariens, les antiplaquettaires sont prescrits afin d'éviter tout risque de thrombose. Toutefois, ces médicaments ne sont pas sans risque, notamment en cas d'hémorragies. Entre complication du saignement par le traitement et risque ischémique, une étude française publiée en décembre dernier revient sur les mesures à prendre dans ces situations.

Un contexte à risque

L'utilisation d'antiplaquettaire aux actions anticoagulantes reste la solution privilégiée pour le soin des patients coronariens. Sous forme administrables *per os* se retrouvent notamment l'aspirine, agissant comme inhibiteur de la cyclooxygénase de type 1, et les inhibiteurs du récepteur P2Y₁₂ (prasugrel, ticagrelor). Souvent associées en bithérapie, ces molécules sont prescrites entre autres après la pose d'un stent, afin de diminuer le risque thrombotique. La durée de traitement recommandée est de 6 mois, compressibles à 1 mois chez les patients présentant un risque élevé d'hémorragies.

Malheureusement, la survenue d'hémorragies sous traitement

antiplaquettaire n'est pas une situation exceptionnelle. **Les plus fréquentes sont localisées au niveau gastro-intestinal** et constituent 30 à 50 % des cas. L'arrivée de ces saignements constitue une situation à risque pour le patient coronarien, particulièrement à cause de l'hypotension et de la hausse de la fréquence cardiaque qu'elles entraînent.

La prise en charge

Face à une hémorragie avec saignement actif et diminution nette de l'hémoglobine, une transfusion globulaire est généralement recommandée. Toutefois, des doutes subsistent quant à cette pratique en cas de risque augmenté d'évènements ischémiques chez le patient coronarien. **L'étude REALITY** a été mise en place afin de déterminer avec précision le seuil optimal de transfusion chez ces patients.

Par ailleurs, des données observationnelles suggèrent qu'il serait intéressant **d'avoir recours à une transfusion plaquettaire afin d'inverser l'action des antiplaquettaires en cas d'hémorragies**. De fortes doses sont proposées afin de neutraliser les effets du

traitement antiplaquettaire et limiter ainsi les complications. D'autre part, la neutralisation du ticagrelor peut poser problème en raison de sa longue demi-vie plasmatique (6 à 12 heures) qui rend cette transfusion inefficace. Des pistes d'utilisation de fragments d'anticorps capables de se lier au ticagrelor et à son métabolite actif semblent prometteuses.

Modification du traitement

Face à une hémorragie, la bithérapie antiplaquettaire doit être modifiée rapidement. Lorsque l'accident n'est pas trop sévère, il est possible de la remplacer par une monothérapie, en privilégiant l'inhibiteur PZ_{Y12} lorsque l'hémorragie gastro-intestinale est haute. En revanche, lorsque l'hémorragie menace le pronostic vital, tous les traitements doivent être interrompus jusqu'à l'arrêt du saignement. Une fois le patient remis de son hémorragie, une réévaluation du traitement avec possibilité d'un passage à une monothérapie à long terme est à envisager. ■

Mots-clés :

Hémorragie, Antiplaquettaires