

JOURNAL WATCH

Association aspirine-anticoagulants oraux lors de fibrillation auriculaire

« Less is more »

La question de savoir si les patients anti-coagulés pour fibrillation auriculaire et souffrant d'une pathologie athéro-thrombotique stable devraient recevoir de l'aspirine en plus reste un sujet encore débattu. L'article commenté ci-dessous apporte des éléments de réponse.

En 2013, dans le journal *Circulation*, est parue une étude observationnelle de cohorte portant sur 7347 patients atteints de fibrillation auriculaire, qui ont été suivis 6 mois durant, entre juin 2010 et août 2011, via le registre ORBIT-AF (Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation) (1). Les patients étaient âgés de 75 ans en moyenne et étaient tous sous anti-coagulation orale (anti-vitamine K dans 93.1% des cas) et 35% d'entre eux (n=2543) recevaient de l'aspirine en plus (bithérapie). La dose quotidienne d'aspirine était faible, 80 mg en moyenne pour 89% de ces patients. Les événements étudiés à 6 mois étaient dans les 2 groupes: saignements, accidents ischémiques, hospitalisations et décès. Assez logiquement, les patients recevant une bithérapie étaient majoritairement des hommes, avaient des antécédents d'infarctus du myocarde ou d'AVC ischémique, et la bithérapie était moins prescrite chez les patients de plus de 80 ans.

De façon assez surprenante, les auteurs constatent en premier lieu que 39% des patients reçoivent une bithérapie, alors qu'ils ne souffrent d'aucune pathologie thrombotique artérielle. Les saignements majeurs étaient plus fréquents dans le groupe aspirine-anti-coagulation orale (ACO) que dans le groupe ACO seul (OR: 1.53, IC à 95% 1.20-1.96); de même, les hospitalisations pour cause d'hémorragie étaient plus nombreuses dans le groupe aspirine-ACO (OR: 1.52, IC à 95% 1.17-1.97). Le nombre d'événements ischémiques était trop faible dans les 2 groupes pour en tirer une conclusion statistique, mais étaient globalement comparables dans les 2 groupes.

Cette étude présente quelques limitations: les groupes de patients ne sont pas comparables car les traitements ne sont pas randomisés et il y a d'importantes différences de risque ischémique ou hémorragique entre les 2 populations. D'autre part, on ignore les facteurs ayant influencé les médecins à prescrire un traitement ou l'autre.

En dépit de ces remarques, ce travail met en exergue le peu d'utilité de l'association aspirine-ACO chez les patients en fibrillation auriculaire. D'une part, il y a un sur-risque hémorragique significatif et d'autre part, la diminution du nombre d'événements

ischémiques n'est pas démontrée. Il faut rappeler que l'anti-agrégation plaquettaire qu'elle soit utilisée en prévention primaire ou secondaire augmente le risque hémorragique (2) et ceci, qu'elle soit utilisée seule ou en association avec une ACO, comme cela a été démontré dans une méta-analyse d'essais randomisés (3). Dans l'éditorial (4) commentant cette étude, Patrono et Andreotti, relèvent que la prescription de la bithérapie chez les patients en FA, sans maladie vasculaire symptomatique associée est discutable, en raison de la balance incertaine des bénéfices cardio-vasculaires versus les risques de saignements liés à l'aspirine utilisée en prévention primaire. Au surplus, l'utilisation de l'aspirine en plus de l'ACO, en prévention secondaire après un événement thrombotique artériel n'a encore été validée par aucun essai randomisé (5). Dans la méta-analyse déjà citée, seuls les patients porteurs d'une valve cardiaque mécanique tirent un bénéfice de cette association.

En conclusion, l'intérêt de cet article est de démontrer que dans la population étudiée, un très grand nombre de patients en FA recevaient une bithérapie comprenant un AVK et de l'aspirine, celle-ci sans réelle indication (syndrome coronarien aigu récent, phase post-stenting coronarien, pour une période dépendant du type de stent). En raison du risque hémorragique accru, les auteurs recommandent la plus grande prudence en suggérant que la politique du « less is more » est probablement la stratégie la plus adéquate chez les patients en FA et sous ACO. Dans l'attente d'un essai comparant bithérapie contre ACO seule chez les patients en FA avec pathologie thrombotique artérielle, et à la lecture de ces résultats, il semble préférable selon nous – surtout chez la personne âgée – d'arrêter l'anti-agrégant plaquettaire ou du moins, discuter de son indication avec le cardiologue.

Dr Jérôme Morisod, St-Maurice

Références:

1. Steinberg BA et al. Use and associated risks of concomitant aspirin therapy with oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation: insights from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Registry. *Circulation* 2013;128:721-8
2. Baigent C et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: Collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373:1849-60
3. Dentali F et al. Combined aspirin-oral anticoagulant therapy compared with oral anticoagulant therapy alone among patients at risk for cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2007;167:117-24
4. Patrono C, Andreotti F. Antithrombotic Therapy for Patients with Atrial Fibrillation and Atherothrombotic Vascular Disease Striking the Right Balance Between Efficacy and Safety *Circulation* 2013;128:684-6
5. Lepetitcorps H et al. Risque de l'association aspirine – anticoagulant oral chez les patients en fibrillation atriale. *Rev Geriatr* 2014;39 (3):187-9