Compte-rendu

Monothérapie anticoagulante pour la fibrillation auriculaire et la maladie coronarienne stable : une stratégie indétrônable ?

Mots-clés

fibrillation auriculaire, anticoagulation, maladie coronarienne stable, EPIC-CAD
Edoxaban Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation and Stable Coronary Artery Disease
Cho MS et al., NEJM, 1.09.2024
DOI: 10.1056/NEJMoa2407362

Introduction

La gestion du traitement antithrombotique chez les patients atteints de fibrillation auriculaire (FA) et de maladie coronarienne est complexe car elle suppose à la fois une prévention du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) par anticoagulant et des événements ischémiques myocardiques par antiagrégant plaquettaire. Or, leur combinaison augmente le risque de saignement. Les recommandations actuelles préconisent une combinaison d'anticoagulation oral directe (ACOD) et d'inhibiteur du P2Y12 pendant 6 à 12 mois après une revascularisation coronarienne ou un événement cardiaque, suivi d'une monothérapie par ACOD. L'essai EPIC-CAD compare les effets indésirables cumulés d'une monothérapie d'edoxaban à une bithérapie combinée avec un agent antiplaquettaire chez les patients atteints de FA et de maladie coronarienne stable

Méthode

Essai multicentrique sud-coréen, randomisé ouvert avec évaluateurs en aveugle; groupe monothérapie edoxaban 60 mg/j (30 mg/j en cas de critère de réduction de dose) *vs* groupe bithérapie edoxaban et agent antiplaquettaire (aspirine ou inhibiteur P2Y12). **Inclusion**: patient·e·s majeurs atteints de FA avec score CHA_2DS_2-VASc ≥ 2 et de maladie coronarienne stable (syndrome coronarien chronique à > 6 mois d'un traitement de revascularisation, syndrome coronarien aigu à > 12 mois d'une revascularisation ou maladie coronarienne avec sténose de ≥ 50% traitée conservativement). **Issue primaire**: composite à 12 mois incluant décès de toute cause confondue, infarctus du myocarde, AVC, embolie systémique, revascularisation en urgence, saignement majeur et mineurs.

Résultats

1040 patients randomisés entre 2019 et 2022, âge moyen de 72 ans, minorité de femme (22.9%), environ deux tiers avait subi une revascularisation coronarienne préalable. Le score CHA_2DS_2-VASc moyen était de 4.3 points, et le HAS-BLED moyen de 2.2 points. Dans le groupe bithérapie, 61.8% ont reçu de l'aspirine et 37.8% du clopidogrel. L'issue primaire à 12 mois s'est produite dans 6.8% des cas dans le groupe monothérapie contre 16.2% dans le groupe bithérapie, avec un *number needed to treat* pour éviter l'issue primaire avec la monothérapie en comparaison à la bithérapie de 10.6. L'incidence cumulative d'événements ischémiques majeurs était similaire entre les deux groupes, soit 1.6% pour la monothérapie et 1.8% pour la bithérapie. L'incidence cumulative de saignements était de 4.7% et 14.2% pour les groupes monothérapie et bithérapie, respectivement.

Discussion

Cette étude montre une issue primaire plus favorable avec la stratégie de monothérapie par edoxaban chez les patients atteints de FA et de maladie coronarienne stable, avec une incidence significativement réduite de saignements tout en maintenant des taux comparables d'événements ischémiques et de mortalité. Des résultats comparables ont déjà été mis en lumière dans deux études randomisées impliquant la warfarine et le rivaroxaban.

Cette étude vient consolider les connaissances et recommandations actuelles pour l'utilisation d'ACOD en monothérapie chez ce groupe de patients. La population de cette étude, majoritairement composée d'hommes et issue de l'Asie de l'Est, limite toutefois la généralisation de ses résultats.

Conclusion

L'edoxaban en monothérapie est associée à une incidence d'événements indésirables inférieure à 12 mois pour les patients atteints de FA et de maladie coronarienne stable par rapport à une bithérapie antithrombotique.

Date de publication	Auteurs
23.12.2024	