

Compte-rendu

Vers une désescalade antiplaquettaire post infarctus du myocarde ?

Mots-clés

antiagrégation, infarctus, DAPT, TARGET-FIRST

Early Discontinuation of Aspirin after PCI in Low-Risk Acute Myocardial Infarction

G Tarantini et al., NEJM, 31.08.2025

[10.1056/NEJMoa2508808](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2508808)

Introduction

L'arrivée des stents actifs (drug-eluting stents) a considérablement réduit la resténose dans l'infarctus du myocarde. Les premières générations, associées à un risque de thrombose tardive, nécessitaient une double thérapie antiplaquettaire (DAPT) prolongée, augmentant le risque de saignement. Les stents de nouvelle génération, plus biocompatibles et moins thrombogènes, ont relancé l'intérêt pour l'optimisation de la stratégie antiplaquettaire, afin de mieux rééquilibrer le risque hémorragique et ischémique. L'étude TARGET-FIRST a comparé l'efficacité d'un arrêt précoce de l'aspirine 1 mois après la revascularisation coronarienne percutanée (PCI) à la DAPT standard chez des patients sélectionnés à faible risque.

Méthode

Essai multicentrique, randomisé, ouvert, sur 40 sites européens, **inclusif** des patient·es adultes hospitalisés pour STEMI ou NSTEMI, ayant bénéficié d'une PCI complète par stent actif libérant de la rapamycine avec polymère biodégradable abluminal (Firehawk Liberty, MicroPort), sans complications à 1 mois. Les patient·es à haut risque de saignement ou ischémique (y compris lésions de l'IVA, chroniques et complexes) étaient **exclus**. Après 30 jours de DAPT (aspirine + inhibiteur P2Y12), les patients ont été randomisés en monothérapie (P2Y12 seul) ou DAPT prolongée pour 11 mois. **Issue primaire** : critère composite avec décès toutes causes, infarctus du myocarde, thrombose de stent, AVC ou saignement majeur (BARC 3 ou 5) à 11 mois. **Issue secondaire principale** : saignement cliniquement significatif (BARC 2, 3 ou 5).

Résultats

1946 patients randomisés entre 2021 et 2024 (âge moyen : 61 ans, 78.4 % d'hommes, 50.4 % STEMI, 49.6 % NSTEMI). Le ticagrélor était utilisé dans 74 % des cas. L'issue primaire composite a atteint la non-infériorité (2.1 % vs 2.2 % ; p = 0.02). Les événements individuels étaient faibles et sans différence significative : décès toutes causes (0.4 % vs 0.2 %), infarctus (0.7 % vs 1.1 %), thrombose de stent (0.1 % vs 0 %), AVC (0.3 % vs 0.2 %), saignement majeur (0.7 % chacun). Les saignements cliniquement significatifs étaient réduits sous monothérapie (2.6 % vs 5.6 % ; p = 0.002).

Discussion

Cette étude suggère qu'une désescalade précoce de la DAPT vers une monothérapie par P2Y12i maintient une efficacité comparable et réduit les saignements cliniquement significatifs chez les patients ayant bénéficié d'une PCI avec stent de nouvelle génération. Cependant, la population étudiée était hautement sélectionnée, et un seul type de stent a été utilisé, ce qui limite fortement la validité externe des résultats. À l'inverse, une étude récente

similaire (NEO-MINDSET), menée chez une population moins sélectionnée et évaluant l'arrêt immédiat de l'aspirine post-PCI, n'a pas démontré la non-infériorité, soulignant que la stratification du risque est déterminante pour identifier le moment optimal de la désescalade antiplaquettaire.

Conclusion

Chez des patients sélectionnés à faible risque ischémique et hémorragique post-infarctus du myocarde avec PCI complète, la monothérapie par P2Y12i après 1 mois de DAPT est non inférieure à la DAPT prolongée et réduit les saignements.

Date de publication	Auteurs
20.10.2025	