

Compte-rendu

La victoire de l'apixaban parmi les DOAC ?

Mots-clés

apixaban, rivaroxaban, risque hémorragique
Bleeding Risk with Apixaban vs. Rivaroxaban in Acute Venous Thromboembolism

L. Castellucci et al, NEJM, 11.03.2026

[10.1056/NEJMoa2510703](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2510703)

Introduction

Les maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) sont des causes fréquentes de morbi-mortalité. Une anticoagulation pour une durée minimale de 3 mois est recommandée afin de prévenir une récurrence thromboembolique. Les anticoagulants oraux directs (ACOD), comprenant l'apixaban et le rivaroxaban, sont désormais plus utilisés que les antagonistes de la vitamine K, ces derniers nécessitant un monitoring. De plus, le risque de saignement sous ACOD est considéré comme globalement plus faible ou similaire à celui des antivitamines K, bien qu'aucune étude n'ait jusqu'à présent comparé directement les ACOD entre eux. L'étude COBRRA s'est intéressée au risque hémorragique comparatif du rivaroxaban et de l'apixaban chez des patients traités pour une MTEV.

Méthode

Étude randomisée contrôlée, ouverte, multicentrique (Canada, Australie et Irlande ; décembre 2017 – janvier 2025). **Intervention** : traitement par apixaban (dose de charge : 2×10 mg pendant 7 jours, puis 2×5 mg) ou rivaroxaban (2×15 mg pendant 21 jours, puis 1×20 mg) avec randomisation 1:1. **Population** : 2'760 patientes ≥ 18 ans avec un épisode aigu de MTEV (TVP proximale d'un membre inférieur et/ou EP segmentaire ou plus proximale). **Exclusion** : eGFR < 30 ml/min, poids > 120 kg, cancer actif, cirrhose Child B–C, grossesse.

Issue primaire : survenue d'un saignement cliniquement significatif à 3 mois après la randomisation. Analyse en intention-to-treat.

Résultats

Les caractéristiques étaient similaires dans les deux groupes. L'âge moyen était de 58.3 ans, avec une majorité d'hommes (56.5 %), d'événements thromboemboliques non provoqués (77.3 %) et de personnes d'ascendance européenne (90 %). Seuls 15.9 % des patients avaient un antécédent thromboembolique.

Un saignement cliniquement significatif dans les 3 mois est survenu chez 3.3 % ($n = 44$) des patients du groupe apixaban contre 7.1 % ($n = 96$) dans le groupe rivaroxaban (RR : 0.46 ; $p < 0.001$). Ce résultat était cohérent dans les différents sous-groupes. L'adhérence médicamenteuse sur 3 mois était toutefois meilleure dans le groupe rivaroxaban que dans le groupe apixaban (75.1 % vs 65.7 %).

Discussion

Cette étude montre un risque de saignement plus faible avec l'apixaban qu'avec le rivaroxaban. À noter que les complications hémorragiques semblaient survenir pendant les 3 premières semaines, période durant laquelle le rivaroxaban est administré à dose de charge, possiblement en lien avec cette posologie initiale majorée. **Limitations**

: population très sélectionnée (70 % des patients exclus avant randomisation), pouvant introduire un biais de sélection et limiter la validité externe ; population majoritairement d'ascendance européenne avec peu de facteurs de risque thrombo-emboliques (patients obèses et oncologiques exclus) ; suivi limité à 3 mois.

Conclusion

Le traitement d'une MTEV aiguë par apixaban est associé à un risque de saignement plus faible que le rivaroxaban. Ces résultats pourraient renforcer l'utilisation de l'apixaban dans les années à venir. Néanmoins, le rivaroxaban peut présenter un avantage chez certains patients, notamment en raison de sa prise quotidienne unique après la phase de charge, ce qui semble améliorer l'adhérence thérapeutique.

Date de publication	Auteurs
14.04.2026	