

Compte-rendu

Clopidogrel vs aspirine : un nouveau standard après implantation d'un stent ?

Mots-clés

Clopidogrel, aspirine, prévention secondaire, stent

Aspirin versus clopidogrel for chronic maintenance monotherapy after percutaneous coronary intervention: 10-year follow-up of the HOST-EXAM trial

J. Kang et al., Lancet, 11.04.2026

[DOI 10.1016/S0140-6736\(26\)00422-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00422-8)

Introduction

Après une angioplastie coronaire avec implantation de stent (PCI), une bithérapie antiplaquettaire est recommandée pendant plusieurs mois, suivie d'une monothérapie antiplaquettaire au long cours afin de réduire le risque d'événements cardiovasculaires. L'aspirine reste historiquement le traitement de référence dans cette situation. Cependant, plusieurs études récentes suggèrent que le clopidogrel pourrait être plus efficace et mieux toléré. L'étude HOST-EXAM s'est intéressée à l'efficacité et à la sécurité du clopidogrel comparé à l'aspirine en prévention secondaire jusqu'à 10 ans après PCI.

Méthode

Étude sud-coréenne multicentrique, randomisée, non masquée. **Population** : participant·es ≥ 20 ans ayant bénéficié d'une PCI, n'ayant pas présenté d'événement cardiovasculaire ou hémorragique sous double antiagrégation pendant 6 à 18 mois après PCI. **Intervention** : traitement par clopidogrel 75 mg/j ou aspirine 100 mg/j avec randomisation 1:1. **Issue primaire** : composite de décès toutes causes, infarctus du myocarde non fatal, AVC, réhospitalisation pour syndrome coronarien aigu ou hémorragie majeure (i.e., diminution d'hémoglobine >30 g/L, nécessitant une transfusion ou une intervention endoscopique/chirurgicale).

Résultats

L'étude incluait 5'438 participants (âge médian 64 ans, dont 25.5 % de femmes). Après 10 ans de suivi, l'issue primaire est survenue chez 25.4 % des patients sous clopidogrel contre 28.5 % sous aspirine (HR 0.86 ; IC95 % 0.77–0.96). Les événements thrombotiques étaient également moins fréquents sous clopidogrel (17.3 % vs 20.0 %), de même que les saignements cliniquement significatifs, définis comme des saignements nécessitant une prise en charge médicale, une consultation ou une hospitalisation (9.1 % vs 10.8 %). Les AVC étaient moins fréquents sous clopidogrel (4.6 % vs 6.4 %) ainsi que les hémorragies majeures (5.6 % vs 7.7 %). En revanche, aucune différence significative n'a été observée concernant la mortalité totale (13.4 % vs 12.5 %).

Discussion

Cette étude apporte les données randomisées comparant le clopidogrel à l'aspirine après angioplastie coronaire avec le recul le plus long disponible. Les bénéfices du clopidogrel semblent se maintenir dans le temps, avec une réduction à la fois des complications ischémiques et des événements hémorragiques. L'étude présente plusieurs forces, notamment une large cohorte de 5'438 patients, un suivi supérieur à 10 ans et une excellente complétude des données de suivi. L'absence de génotypage du CYP2C19 constitue une limite notable, d'autant que les polymorphismes de cette enzyme, qui influencent directement l'activation du clopidogrel, sont particulièrement

fréquents dans les populations est asiatiques. Une proportion importante de métaboliseurs intermédiaires ou pauvres est donc probable parmi les patients inclus. L'impact exact de cette limitation est difficile à anticiper. Une proportion plus élevée de métaboliseurs rapides pourrait théoriquement renforcer l'efficacité antiagrégante du clopidogrel, mais également augmenter le risque hémorragique. La balance bénéfice-risque mériterait d'être explorée dans des études intégrant le phénotypage métabolique. Parmi les autres limites, une étude non-masquée, qui peut introduire des biais de prise en charge ou de déclaration des événements ; une population étudiée exclusivement est-asiatique et une faible représentativité féminine (25 %).

Conclusion

Chez les patients stables après angioplastie coronaire, le clopidogrel en monothérapie semble supérieur à l'aspirine pour réduire les événements cardiovasculaires et hémorragiques à long terme. Ces résultats soutiennent le clopidogrel comme une alternative crédible à l'aspirine dans la prévention secondaire après PCI. Néanmoins, ces données doivent être interprétées dans le contexte actuel d'une prise en charge de plus en plus individualisée des traitements antiplaquettaires, où l'intensité et la durée du traitement sont adaptées au profil ischémique et hémorragique du patient. Ainsi, bien que cette étude renforce la place potentielle du clopidogrel en monothérapie, il paraît encore prématuré d'envisager un changement majeur des recommandations ou des pratiques cliniques à large échelle.

Date de publication	Auteurs
22.06.2026	Roxane De La Harpe