

Compte-rendu

Quelle est la durée optimale de l'anti-agrégation plaquettaire après angioplastie et stenting coronarien chez les patients à haut risque hémorragique ?

Dual Antiplatelet Therapy after PCI in Patients at High Bleeding Risk

M. Valgimigli et al., NEJM, 28.10.2021

DOI: [10.1056/NEJMoa2108749](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2108749)

Introduction

La durée optimale de la double anti-agrégation après stenting coronarien reste une question fréquente, surtout chez les patients à haut risque hémorragique, chez qui l'on doit pondérer le risque de thrombose du stent avec le risque hémorragique. L'étude MASTER DAPT de nos collègues cardiologues tessinois a cherché à répondre à cette question à l'heure des nouveaux stents actifs.

Méthode

Etude **MASTER DAPT** de non-infériorité, multicentrique, open-label, randomisée 1:1. **Inclusion** : PCI pour un syndrome coronarien aigu ou chronique avec pose de stent actif (*Ultimaster*, stent enrobé d'un polymère au sirolimus fabriqué par Terumo, sponsor de l'étude), sans nécessiter de nouveau geste de revascularisation et avec au moins un critère de risque hémorragique (anticoagulation orale, âge ≥ 75 ans, épisode de saignement majeur, anémie < 110 g/l, thrombopénie < 100 G/l, trouble de la crase, prise chronique d'AINS ou de corticostéroïdes, AVC, néoplasie à risque de saignement). **Intervention** : Randomisation après 1 mois de double anti-agrégation avec poursuite d'une simple anti-agrégation (bras interventionnel) vs. poursuite de la double anti-agrégation (bras contrôle) pour 6 mois au total (3 mois en cas d'anticoagulation). **Outcomes** : composite de mortalité/événements cardio-vasculaires et saignements majeurs.

Résultats

4'579 patient.e.s randomisé.e.s, âge médian 76 ans, 69.3% d'hommes, 36.4% sous anticoagulation. Les événements majeurs étaient similaires dans les deux bras (7.5 vs. 7.7%, différence de 0.23%, IC 95% -1.80 à 1.33 ; $P < 0.001$ pour la non-infériorité). Le risque de saignement majeur était plus important dans le groupe contrôle (6.5 vs. 9.4%, différence de 2.82%, IC 95% -4.40 à -1.24 ; $P < 0.001$ pour la supériorité).

Discussion

Les principales limitations sont la faible proportion de patients enrôlés sur le nombre total de patients examinés (4%, avec seulement 21.5% des patients éligibles inclus) et l'absence d'aveugle. Le traitement antiagrégant était également laissé au libre choix du médecin avec la majorité de la monothérapie poursuivie avec du clopidogrel et une durée de double anti-agrégation dans le bras contrôle variable.

Conclusion

Les auteurs concluent à une **non-infériorité d'une durée raccourcie de double anti-agrégation à 1 mois chez les patients à haut risque de saignement** ainsi qu'à une **supériorité de ce régime sur le risque de saignement majeur**.

Date de publication	Auteurs
24.12.2021	Timothée Favre-Bulle