

Compte-rendu

ASA et anticoagulation: les combiner sans indication claire? That is the question!

Mots-clés

Aspirine , Anticoagulation , Combinaison , Effets Secondaires
Adverse Events Associated With the Addition of Aspirin to a Direct Anticoagulant Therapy Without a Clear Indication.

J. K. Schaefer et al., JAMA Internal Medicine, 19.04.2021

DOI : [10.1001/jamainternmed.2021.1197](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.1197)

Introduction

Chez nos patients sous DOAC pour une FA et/ou une MTEV, y a-t-il un risque à laisser un traitement d'ASA concomitant s'il n'y a pas d'indication claire à cette dernière ? Nous le savons déjà avec l'association ASA-warfarine entraîne plus de saignements que warfarine seule chez les patients qui n'ont pas d'indication à une double thérapie. Qu'en est-il avec les DOAC ? Est-il fréquent de retrouver des patients avec un traitement ASA + DOAC concomitant sans indication claire à l'aspirine et cela comporte-il des risques pour les patients ?

Méthode

Etude de cohorte menée sur la base de registre de patient.e.s collecté.e.s dans 4 centres différents du Michigan sur des patient.e.s soit qui débutaient un traitement par DOAC, soit avec une transition warfarine -> DOAC. Collecte des données de janvier 2015 à décembre 2019. Critères d'exclusion : patient.e.s suivi.e.s moins de 3 mois, ayant souffert d'un infarctus du myocarde dans les 6 mois avant l'initiation de l'anticoagulation et/ou notion de remplacement valvulaire cardiaque.

Outcome primaire : fréquence des événements hémorragiques (tout degré de sévérité confondu). **Outcomes secondaires hémorragiques** : saignements majeurs, saignements non majeurs, consultation aux urgences et hospitalisation pour saignement. **Outcomes secondaires thrombotiques** : infarctus du myocarde, AVC, AIT, TVP, consultation aux urgences et hospitalisations pour événement thrombotique.

Résultats

3280 patients identifiés comme sans indication à un traitement d'aspirine. Sur ces 3280, 33.8% (1107) étaient traités par DOAC et Aspirine, le reste uniquement par DOAC. Follow up moyen sur 12 mois. **Comparaison des 2 groupes (DOAC + ASA vs DOAC seul) après « score matching »** : Les patient.e.s traité.e.s par DOAC + ASA ont expérimenté.e plus d'événements hémorragiques que ceux sous DOAC seuls et plus d'hospitalisation pour hémorragiques. **Augmentation des événements hémorragiques non majeur** mais pas de différence statistique significative concernant les saignements majeurs entre les 2 groupes (sans différence également entre les différents types de saignements majeurs). La fréquence d'événements thrombotiques était basse et similaire dans les 2 groupes. **Pas de différence de mortalité et consultations aux urgences pour événements hémorragiques** entre les 2 groupes. A noter que le rôle d'un traitement combiné anticoagulant et antiagrégant pour certains sous-groupes particuliers de patients n'a pas été étudié suffisamment (patients avec stents vasculaires, syndromes myéloprolifératifs, FRCVS mal contrôlées, thrombophilies). Des études supplémentaires sont nécessaires pour

l'évaluation de certains sous-groupes à haut risque. Dans les limitations, notamment résultats obtenus sur l'analyse d'une population géographiquement limitée à l'Etat du Michigan mais d'un point de vue statistique les différences sont significatives.

Discussion

Chez les patient.e.s sans indication à une double thérapie (sans infarctus récent ou remplacement valvulaire cardiaque), la fréquence des événements hémorragiques et hospitalisation en conséquence est augmentée de façon **significative**. Pour certains sous-groupes de patient.e.s à haut risque, d'autres études doivent être menées afin de déterminer si une thérapie combinée serait bénéfique.

Conclusion

A nous de faire des efforts pour identifier les patients sous double traitement sans indication et de retirer l'ASA si elle n'est pas indiquée !

Date de publication	Auteurs
31.05.2021	