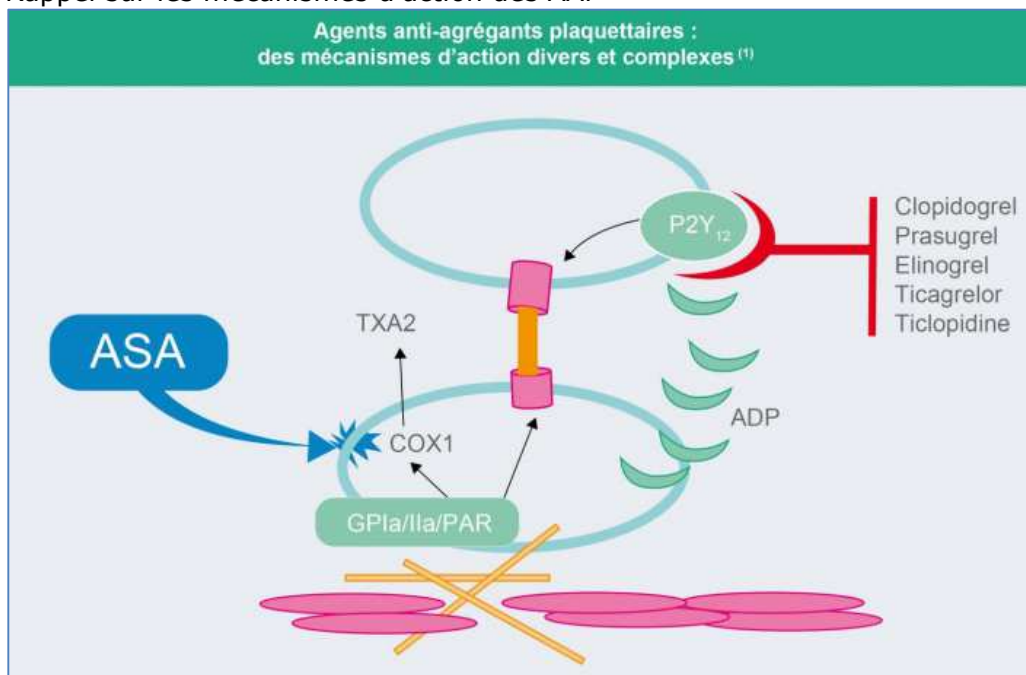


Interventions Pharmaceutiques

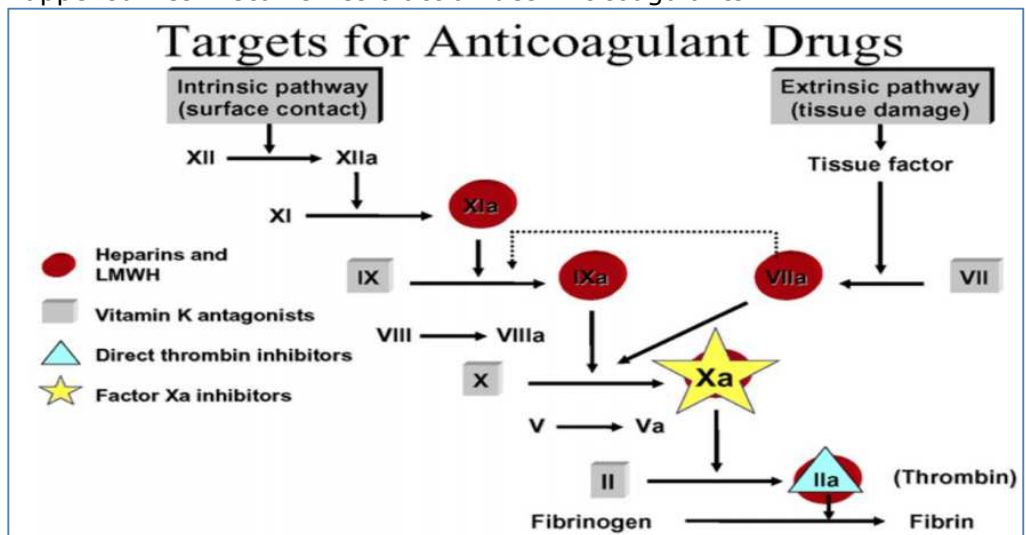
AOD et Antiagrégants Plaquettaires (AAP)

1. Intervention du Docteur Pierre PAQUET (cardiologue au CH Arras)

Rappel sur les mécanismes d'action des AAP



Rappel sur les mécanismes d'action des Anticoagulants



La société savante ESC de 2017 rappelle les recommandations sur 2 pathologies fréquentes surtout chez le sujet âgé (la Fibrillation Atriale (FA) et la coronaropathie) et possiblement liées.

La trithérapie entraîne un sur risque hémorragique x 3.7

Les recommandations actuelles se basent sur l'étude WOEST de 2013 qui propose de se passer de l'aspirine et d'utiliser une bithérapie (20% de sur risque hémorragique à 1 an / trithérapie qui entraîne 44% de sur risque)

L'étude PIONEER/Rivaroxaban et l'étude RE-DUAL/Dabigatran placent les AOD dans ce type de pathologies.

L'étude AUGUSTUS analyse le sur risque hémorragique si association à l'aspirine (ASA).

L'arrêt des AAP à 12 mois peut s'envisager selon ESC Guidelines 2017 (étude et DAPT Score).

SOMMAIRE

- ✓ AOD et Antiagrégants Plaquettaires (AAP)

Ont participé à la réalisation de cette lettre :

I. Carpentier
M. De Graaf
S. Genay

Pilotes des réunions :

- Jean-Nicolas Chatelet
- Mélanie Huchette
- Elodie Musy
- Mathilde Orfi-Dambrine
- Pierre Paquet
- Camille Potey
- Laurence Réal

Pour les inscriptions aux réunions et accès aux présentations des IP

Dr Stéphanie Genay
E-mail :
stephanie.genay@univ-lille.fr

2. Cas cliniques

Cas 1 CH Arras (Laurence REAL)

Patient diabétique ayant eu un épisode thrombotique en 2016 nécessitant un traitement associant AOD + AAP.

Afin de diminuer le sur risque hémorragique, le cardiologue propose l'arrêt du Kardégic lors d'une consultation en 2017. Mais le traitement continue. Une réhospitalisation en urgence a permis l'adaptation des traitements.

Cas 2 CRPV Lille (Camille POTEY)

Les statines et troubles hépatiques

Quand les CPK sont élevées l'arrêt d'un traitement par statine peut permettre la normalisation des valeurs. La réintroduction doit être réévaluée en fonction du rapport bénéfice/risque et si c'est nécessaire la reprise doit se faire à dose progressive après normalisation du bilan biologique.

Interaction Pravastatine et Daptomycine avec augmentation des CPK

La Daptomycine est toxique au niveau musculaire et ses effets sont augmentés si association à une statine. Si le taux de CPK est supérieur à 5 fois la normale, l'arrêt temporaire de la statine doit être envisagé. Les questions à se poser sont : quelle indication ? Quel bénéfice attendu de la statine ?

Cas 3 CHU Lille (Mathilde ORFI-DAMBRINE)

Sujet âgé de 93 ans ayant une poussée hypertensive traitée par un inhibiteur calcique. Lequel choisir ?

Lercanidipine présente un profil pharmacocinétique rapide, intéressant en initiation de traitement ou si un pic tensionnel est constaté.

Amlodipine a une pharmacocinétique plus lente qui a son intérêt en traitement de fond limitant le risque d'hypotension.

Cas 4 CHU Lille (Elodie MUSY et Mélanie HUCHETTE)

Ciclosporine et statine. Laquelle choisir ?

La Simvastatine, la Rosuvastatine sont métabolisées par le CYP 3A4 et donc sont CI.

La Pravastatine n'est pas métabolisée par le CYP 3A4 mais par le substrat de la P-gp (glycoprotéine P). Elle n'est pas CI mais nécessite une précaution d'emploi comme l'Atorvastatine.

Cas 5 EHPAD du CH Aire sur la Lys (Jean-Nicolas CHATELET)

Adaptation de la posologie de l'héparine SC chez un sujet obèse selon les recommandations des banques de données.

Pour un traitement de la Thrombose Veineuse Profonde et de l'Embolie Pulmonaire chez un sujet obèse il faut préférer le schéma posologique :

100UI/kg (1mg/kg) deux fois par jour.