

Antiagrégation et anticoagulation dans le syndrome coronarien chronique (SCC)

La prise en charge repose sur des traitements médicamenteux :

- À visée anti-ischémique : bêta-bloquants et/ou inhibiteurs calciques (1^{ère} intention)
- À visée pronostique, comprenant 4 piliers :
- **Antiagrégant plaquettaire**
- Hypolipémiant
- Contrôle pondéral ± agonistes GLP-1 (sémaglutide)
- Agents anti-inflammatoires : colchicine faible dose (0,5mg/j)

Classe I : recommandé(e)/indiqué(e)
Classe IIa : à considérer
Classe IIb : peut être envisagé
Classe III : non recommandé(e)

Antiagrégant plaquettaire

Stratégie antiagrégante post-angioplastie d'un SCC en l'absence d'anticoagulant

Evaluation du risque de saignement

Non haut risque hémorragique

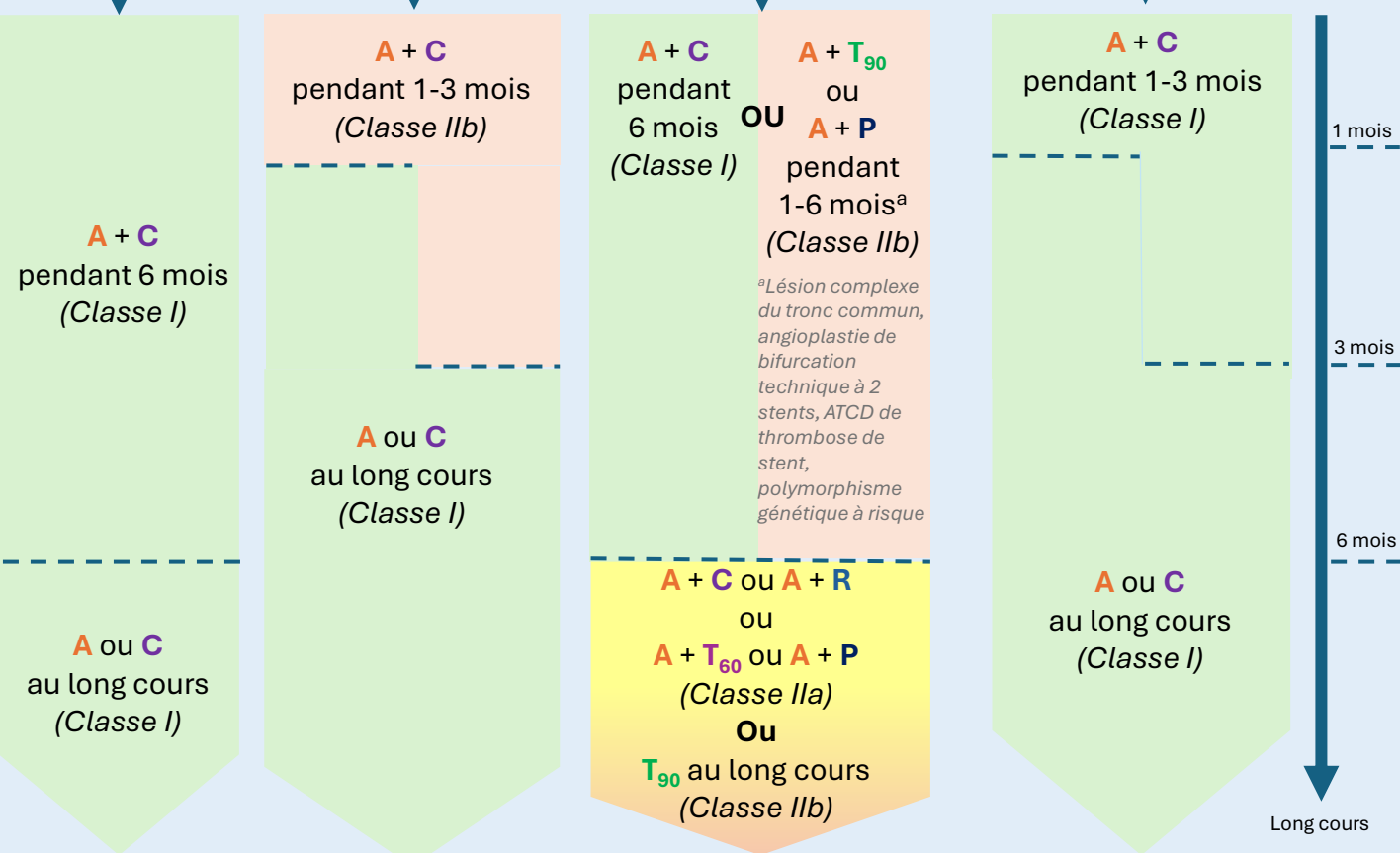
Haut risque hémorragique

Stratégie par défaut

Non haut risque ischémique

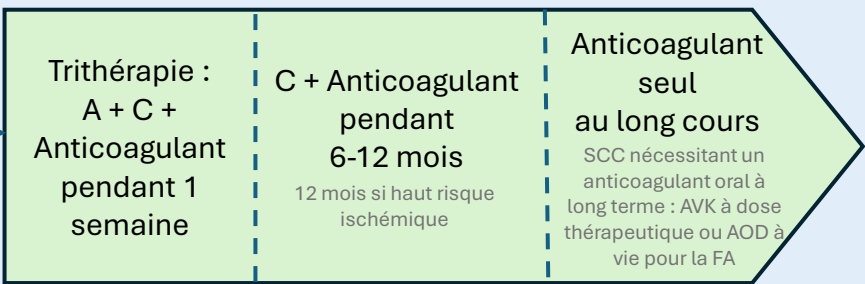
Haut risque ischémique

Stratégie par défaut



- A** Aspirine 100 mg/j
- C** Clopidogrel 75 mg/j
- R** Rivaroxaban 2,5 mg x 2/j
- T₆₀** Ticagrelor 60 mg x 2/j
- T₉₀** Ticagrelor 90 mg x 2/j
- P** Prasugrel 10 mg/j
5 mg/j si ≥ 75 ans et/ou < 60 kg

Stratégie antiagrégante post-angioplastie d'un SCC chez un patient déjà traité par anticoagulation orale **(Classe I)**



Recommandations révisées 2019 vs 2024 (Classe I) 💡

- ➔ Chez les patients atteints de SCC avec un infarctus du myocarde (IDM) ou angioplastie ancienne : Clopidogrel 75 mg/j = alternative sûre et efficace à la monothérapie par aspirine
- ➔ Chez les patients sans antécédents d'IDM ou de revascularisation mais avec des preuves de coronaropathie obstructive significative : Aspirine 75-100 mg/j à vie
- ➔ Un traitement par inhibiteur de la pompe à protons est préconisé lors de l'utilisation d'une bi/trithérapie chez les patients à haut risque de saignements gastro-intestinaux.