



Évaluation du risque de saignement parmi les patients ayant subi une intervention coronarienne percutanée avec endoprothèse médicamenteuse pour syndrome coronarien aigu au CHUS en 2023

INTRODUCTION

Les récentes mises à jour des lignes directrices canadiennes en cardiologie¹ recommandent une durée écourtée de la thérapie antiplaquettaire double (TAPD) chez les patients à haut risque de saignement (HBR) ayant subi une intervention coronarienne percutanée (ICP) avec endoprothèse médicamenteuse (DES) pour un syndrome coronarien aigu (SCA). L'Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC-HBR) a proposé des critères standardisés² pour identifier ces patients. Toutefois, aucune donnée canadienne n'est actuellement disponible concernant la prévalence ou les caractéristiques de cette population.

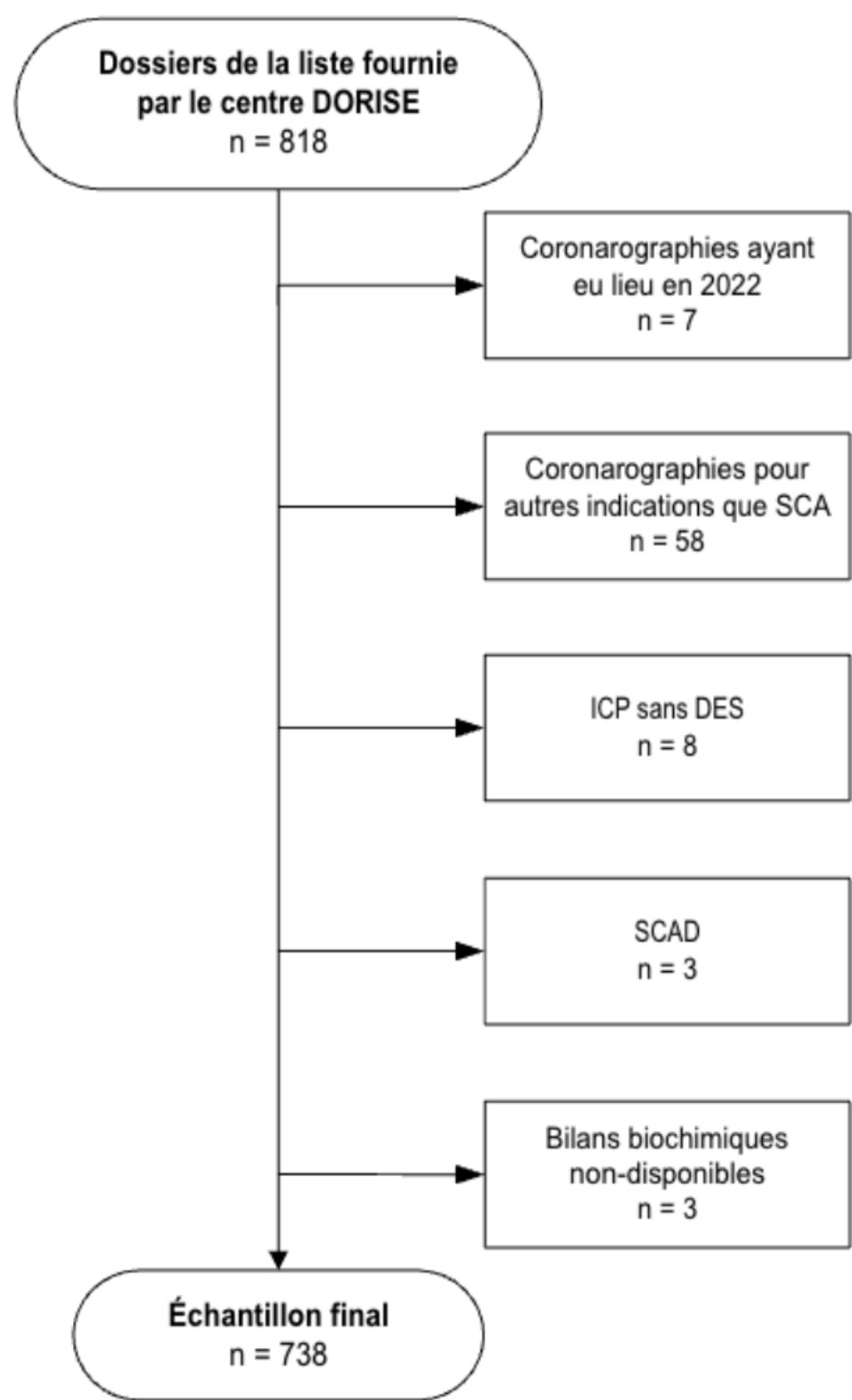
OBJECTIF

Cette étude visait à estimer la proportion de patients HBR traités par ICP avec DES pour un SCA au CHUS en 2023, à comparer cette prévalence selon la spécialité du médecin référent et à identifier les critères de l'ARC-HBR les plus fréquents.

MÉTHODE

Une étude de cohorte rétrospective a été menée auprès de patients âgés de 18 ans et plus ayant subi une ICP avec DES pour un SCA au CHUS en 2023. Les patients étaient considérés comme HBR s'ils présentaient ≥1 critère majeur ou ≥2 critères mineurs selon l'ARC-HBR. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques ainsi que la spécialité du médecin référent ont été recueillies. Des tests du khi-deux et T de Student ont été utilisés, avec un seuil de signification de 0,05.

Le diagramme de flux suivant démontre la répartition finale des patients de l'échantillon.



RÉSULTATS

ISSUE PRIMAIRE

Au total, parmi l'échantillon de 738 patients étudié, 237 patients, soit 32,1%, étaient considérés comme à haut risque de saignement selon l'Academic Research Consortium for High Bleeding Risk.

Tableau 1 – Proportion de patients à haut risque de saignement (HBR) parmi les patients ayant subi une ICP avec DES pour SCA au CHUS en 2023

Total de patient	HBR	Non-HBR
N = 738	N = 237	N = 501
100%	32.1%	67.9%

ISSUES SECONDAIRES

Il n'existait pas de différence statistiquement significative ($p = 0,35$) entre l'incidence de haut risque de saignement chez les patients référé par la cardiologie (46,8% vs 48,7%) et ceux référés par la médecine interne (21,9% vs 17,6%).

Les femmes étaient sur-représentées dans le groupe HBR (34,6% vs 26,5%), et les patients étaient plus âgées (76,2 vs 65,0; $p < 0,01$). Les patients du groupe HBR présentaient aussi plus souvent une anatomie coronarienne complexe (32,1% vs 22,0%; $p < 0,01$) et se présentaient plus souvent pour des NSTEMI (47,3% vs 33,5%; $p < 0,01$)

Tableau 2 – Comparaison des différentes caractéristiques des groupes HBR et non-HBR

	Total n = 738	HBR n = 237	Non-HBR n = 501	
Âge moyen (ans)	68,6 ± 11,6	76,2 ± 9,6	65,0 ± 10,7	$p < 0,01$
Sexe				$p = 0,02$
Femme	29.1%	34.6%	26.5%	
Homme	70.9%	65.4%	73.5%	
Spécialité du médecin référent				$p = 0,35$
Cardiologie	48.1%	46.8%	48.7%	
Médecine interne	19.0%	21.9%	17.6%	
Autre	32.9%	31.2%	33.7%	
Hb moyenne (g/L)	139 ± 18	127 ± 20	144 ± 13	$p < 0,01$
Plaquettes moyenne (g/L)	237 ± 69	236 ± 80	237 ± 64	$p = 0,76$
DFGe moyen (mL/min)	75 ± 21	59 ± 22	83 ± 15	$p < 0,01$
Anatomie coronarienne complexe				$p < 0,01$
Oui	25.2%	32.1%	22.0%	
Non	74.8%	67.9%	78.0%	
Nombre de DES moyen	1,63 ± 0,94	1,64 ± 0,93	1,63 ± 0,95	$p = 0,89$
Type de SCA				$p < 0,01$
NSTEMI	37.9%	47.3%	33.5%	
STEMI	47.4%	40.9%	50.5%	
Angine instable	14.6%	11.8%	16.0%	

ISSUES SECONDAIRES

Les critères majeurs les plus prévalents dans la population HBR étaient la nécessité d'anticoagulation à long terme (36,3%), une valeur d'hémoglobine inférieure à 110 g/L (16,9%) et la présence d'une néoplasie active dans les 12 derniers mois (9,7%).

Les critères mineurs les plus prévalents étaient un âge supérieur à 74 ans (68,4%), un débit de filtration glomérulaire estimé entre 30 et 59 mL/min (48,1%) et une valeur d'hémoglobine se situant entre 11 à 119 pour les femmes, ou 111 à 129 pour les hommes (30,8%).

Tableau 3 – Prévalence des critères mineurs et majeurs dans la population HBR

	HBR N=237
Critères majeurs	
Anticoagulation à long terme	36,3% (86)
DFGe < 30 mL/min	7,6% (18)
Hémoglobine < 110 g/L	16,9% (40)
Plaquettes < 100 g/L	1,3% (3)
Saignement majeur < 6 mois	0,4% (1)
Diathèse hémorragique	0% (0)
Cirrhose avec HTP	1,3% (3)
Néoplasie active < 12 mois	9,7% (23)
HIC traumatique < 12 mois	0,4% (1)
HIC spontanée	3,0% (7)
Malformation artérioveineuse cérébrale	0% (0)
AVC ischémique < 6 mois	2,1% (5)
Trauma ou chirurgie majeure < 30 jours	3,0% (7)
Critères mineurs	
Âge ≥ 75 ans	68,4% (162)
DFGe 30 à 59 mL/min	48,1% (114)
Hb 111 à 129 g/L (H) ou 111 à 119 g/L (F)	30,8% (73)
Prise de corticostéroïdes ou AINS	8,4% (20)
AVC ischémique > 6 mois	6,8% (16)

DISCUSSION

Comme dans la plupart des études recensées dans la littérature la population HBR du CHUS est plus souvent plus âgée, de sexe féminin, avec une fonction rénale réduite et une valeur d'hémoglobine de base plus basse que la population non-HBR. Il s'agit de caractéristiques- clés à identifier chez les patients subissant des ICP pour adapter la durée de la TAPD adéquatement.

Ces caractéristiques étant facilement identifiables, et ce même en pré-intervention, il pourrait être envisageable de développer des outils cliniques intégrés au DCI pour rapidement identifier ces patients et guider leur prise en charge.

Contrairement à ce qui était attendu, les populations référées par la médecine interne et par la cardiologie ont une incidence similaire de HBR, dénotant ainsi l'importance de bien évaluer la fragilité de chacun des patients, et ce même dans les spécialités où les patients sont perçus comme moins médicalement complexes et comorbides.

Les patients HBR présentaient plus souvent une anatomie coronarienne complexe (32,1% vs 22,0%; $p < 0,01$), limitant ainsi la réduction de la durée de la TAPD. Cependant, plus d'un patient sur cinq (21,8%) dans notre étude était considéré à la fois HBR et sans anatomie coronarienne complexe, étant donc candidat à une TAPD écourtée de 1 à 3 mois.

Les patients de cette catégorie nécessitant une anticoagulation à long terme peuvent eux aussi bénéficier d'une durée écourtée de traitement double avec anticoagulant oral et antiplaquettaire à la lumière d'études récentes, soit d'une durée de 3 à 6 mois en comparaison avec le traitement usuel de 12 mois^{3,4}

CONCLUSION

En somme, cette étude de cohorte rétrospective de 738 patients subissant des ICP avec DES pour SCA au CHUS en 2023 a permis de déterminer que la proportion de patients considérés à haut risque de saignement selon les critères de l'Academic Research Consortium for High Bleeding Risk, est de 32,1%, ce qui est similaire aux études incluant des populations européennes et nord-américaines.

De cette population, plus d'un patient sur cinq (21,8%) serait candidat à une TAPD ou une double thérapie antithrombotique avec anticoagulant oral direct écourtée sans augmentation des risques de survenue d'évènements thrombotiques.

Les saignements représentant une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les patients ayant une ICP, il est impératif d'identifier précocement ces patients à haut risque de saignement dans la pratique afin d'améliorer les issues cliniques.

RÉFÉRENCES

1. Mehta S. et al. 2018 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology Focused Update of the Guidelines for the Use of Antiplatelet Therapy. Canadian Journal of Cardiology. 2018, Vol. 34, 3.
2. Urban P. et al. Defining High Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Consensus Document From the Academic Research Consortium for High Bleeding Risk. Circulation. 16 07 2019, pp. 240-261.
3. Inghram et al. Relevance of High Bleeding Risk and Postdischarge Bleeding in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Mayo Clinic Proceedings. 02 2025, Vol. 100, 2, pp. 304-331.
4. Galli et al. Antithrombotic Therapy in High Bleeding Risk, Part I. JACC: Cardiovascular Interventions. 10 2024, Vol. 17, 19, pp. 2197-2215.