

COMMUNIQUÉ DE PRESSE
Pour diffusion immédiate

Les antiplaquettaires : à chacun sa dose

L'Institut de Cardiologie de Montréal participe à une première expérience avec un traitement antiplaquettaire personnalisé

Montréal, le 14 avril 2011 – Un consortium international de scientifiques, auquel l'Institut de Cardiologie de Montréal a apporté une importante contribution, a démontré que la stratégie universelle consistant à doubler la dose d'un agent antiplaquettaire, le clopidogrel, chez tous les patients présentant une réactivité plaquettaire élevée pendant le traitement, ne réduit pas l'incidence de mortalité, de crise cardiaque et de thrombose d'endoprothèse après une intervention coronarienne percutanée (ICP). Les résultats de l'essai GRAVITAS, ayant pour but de déterminer si le clopidogrel à dose élevée est supérieur à un traitement à dose standard pour la prévention des événements cardiovasculaires après une intervention coronarienne percutanée chez les patients présentant une réactivité élevée pendant le traitement, ont récemment été publiés dans le *Journal of the American Medical Association*.

L'étude GRAVITAS (Gauging Responsiveness With A VerifyNow Assay-Impact On Thrombosis And Safety) n'a montré aucun avantage lorsqu'une double dose de clopidogrel est utilisée comparativement à une dose standard. En outre, les résultats réfutent la stratégie consistant à doubler la dose de clopidogrel pendant une période de six mois chez tous les patients présentant une réactivité plaquettaire élevée pendant le traitement après une ICP avec une endoprothèse à élution de médicaments (stent médicamenté). Dans cet essai comparatif avec traitement de référence, multicentrique, randomisé et à double insu, l'utilisation d'une dose élevée comparativement à une dose standard de clopidogrel n'a pas réduit l'incidence d'événements cardiaques indésirables tels que la mort, l'infarctus du myocarde non fatal ou la thrombose d'endoprothèse.

« Les résultats issus de GRAVITAS sont étonnants puisqu'ils ne soutiennent pas la stratégie de traitement qui consiste à administrer le clopidogrel à dose élevée à tous les patients présentant une réactivité élevée pendant le traitement, explique le D^r Jean-François Tanguay, cardiologue interventionnel à l'Institut de Cardiologie de Montréal, professeur de médecine à l'Université de Montréal et chercheur principal pour cette étude au Canada. Les médicaments personnalisés méritent donc de faire l'objet de plus de recherche. Nous devons évaluer d'autres stratégies de traitement qui incluent l'analyse de la fonction plaquettaire plutôt que la prescription d'une dose fixe plus élevée. »

De juillet 2008 à avril 2010, 2214 patients de 83 sites en Amérique du Nord ont présenté une réactivité élevée pendant le traitement après un dépistage effectué par analyse de la fonction plaquettaire 12 ou 24 heures après une ICP. Ils ont été répartis aléatoirement dans deux groupes et ont reçu soit une dose plus élevée (double dose) ou une dose standard de clopidogrel pendant six mois après l'implantation d'une endoprothèse à élution de

médicaments. De plus, 586 patients additionnels ne présentant pas une réactivité élevée pendant le traitement ont été sélectionnés aléatoirement et ont reçu un traitement par clopidogrel à dose standard. L'exposition au clopidogrel avant le début de l'essai était similaire dans les trois groupes de traitement.

Six mois après le début de l'étude, le taux de mortalité lié à des causes cardiovasculaires, à un infarctus du myocarde non fatal ou à une thrombose d'endoprothèse n'était pas différent avec une dose élevée (25 des 1109 patients) comparativement à une dose standard (25 des 1105 patients) de clopidogrel chez les patients présentant une réactivité élevée pendant le traitement. « Ces faibles taux d'événements reflètent les excellents résultats qu'il est possible d'obtenir avec un stent médicamenteux », précise le D^r Tanguay.

À propos des antiplaquettaires

Les antiplaquettaires (tels que l'aspirine, le clopidogrel, le prasugrel et le dipyridamole) préviennent l'agrégation plaquettaire en rendant les plaquettes sanguines moins susceptibles de s'agglutiner ensemble. Les plaquettes collantes, qui sont courantes dans les vaisseaux sanguins endommagés, peuvent former un caillot sanguin et entraîner un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque. Les plaquettes sont des cellules spécialisées du sang qui initient un processus de guérison. Les antiplaquettaires sont efficaces sur le plan de la circulation artérielle, là où les anticoagulants ont peu d'effet. De plus, ils sont largement utilisés pour la prévention primaire et secondaire des maladies thrombotiques cérébrovasculaires ou cardiovasculaires.

À propos de l'Institut de Cardiologie de Montréal : www.icm-mhi.org.

À propos de GRAVITAS :

1 : Price MJ, Berger PB, Teirstein PS, Tanguay JF, Angiolillo DJ, Spriggs D, Puri S, Robbins M, Garratt KN, Bertrand OF, Stillablower ME, Aragon JR, Kandzari DE, Stinis CT, Lee MS, Manoukian SV, Cannon CP, Schork NJ, Topol EJ; GRAVITAS Investigators.

Standard- vs high-dose clopidogrel based on platelet function testing after percutaneous coronary intervention: the GRAVITAS randomized trial.

JAMA. 2011 Mar 16;305(11):1097-105. PMID: 21406654

2 : Gurbel PA, Tantry US.

An initial experiment with personalized antiplatelet therapy: the GRAVITAS trial.

JAMA. 2011 Mar 16;305(11):1136-7. PMID: 21406654

– 30 –

Renseignements : Julie Chevette
Conseillère en communication
Institut de Cardiologie de Montréal
514-376-3330, poste 2641
julie.chevette@icm-mhi.org