

## ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE (AAS)



Thrombosis Canada  
Thrombose Canada

### OBJECTIF :

Décrire l'utilisation de l'acide acétylsalicylique dans la prévention des événements thromboemboliques vasculaires.

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

De vastes études à répartition aléatoire ont permis de bien établir la place de l'acide acétylsalicylique (AAS) dans la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde et la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires chez les hommes et les femmes. L'AAS peut également être envisagé chez certains patients pour la prévention de la thromboembolie veineuse (TEV) récurrente et pour la prévention de la TEV après une arthroplastie. En outre, chez certains patients, l'AAS peut être envisagé pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires. L'avantage net de l'utilisation de l'AAS dépend du rapport entre la réduction prévue du risque d'événements cardiovasculaires et le risque accru d'hémorragie gastro-intestinale et intracrânienne.

### MODE D'ACTION :

L'AAS inhibe de manière irréversible l'agrégation plaquettaire en empêchant la synthèse du thromboxane A<sub>2</sub> (TxA<sub>2</sub>).

### INDICATIONS<sup>1</sup> :

Le traitement antiplaquettaire par l'AAS est recommandé pour tous les patients appartenant aux catégories suivantes, à moins d'une contre-indication :

#### 1) Atteinte cardiaque

Pour tous les patients atteints d'une coronaropathie symptomatique, y compris :

- i. Ceux ayant subi un syndrome coronarien aigu (SCA) avec ou sans sus-décalage du segment ST
- ii. Les cas d'angine stable chronique
- iii. À la suite d'une intervention coronarienne percutanée (ICP) ou d'un pontage aorto-coronarien par greffe (PACG)
  - i. En association avec le clopidogrel (ICP non urgente), le prasugrel ou le ticagrélol (ICP à la suite d'un SCA) si le patient présente toujours un risque très élevé d'accidents coronariens subséquents (habituellement dans l'année qui

<sup>1</sup>Sauf indication contraire, l'AAS désigne l'AAS entérosoluble.

suit) [voir le **guide clinique : Durée de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients atteints d'une coronaropathie**]

- ii. En association avec le clopidogrel et un anticoagulant par voie orale chez les patients présentant une indication de l'anticoagulothérapie, pendant la plus courte durée possible, si le patient présente un risque extrêmement élevé d'accidents coronariens subséquents [voir le **guide clinique : Anticoagulothérapie chez les patients ayant besoin d'un traitement antiplaquettaire**]
- iii. Peut être envisagé en association avec le rivaroxaban à 2,5 mg deux fois par jour chez les patients atteints d'une coronaropathie ou d'une maladie artérielle périphérique pour la prévention de l'AVC, de l'infarctus du myocarde et du décès d'origine cardiovasculaire, ainsi que pour la prévention de l'ischémie aiguë à un membre et de la mortalité [voir le **guide clinique : Rivaroxaban (Xarelto®)**].
- iv. Les patients porteurs de valves cardiaques prothétiques
  - a. L'AAS à 81 mg par jour est recommandé en plus d'un antagoniste de la vitamine K (AVK) chez certains patients présentant un risque élevé, porteurs d'une prothèse valvulaire mécanique [voir le **guide clinique : Valves cardiaques mécaniques et bioprothétiques : Traitement anticoagulant**].
  - b. L'AAS à 81 mg par jour est une option raisonnable pour tous les patients porteurs d'une valve mitrale ou aortique bioprothétique, qui ne prennent pas d'anticoagulant par voie orale (voir le **guide clinique : Valves cardiaques mécaniques et bioprothétiques : Traitement anticoagulant**).

## 2) Atteinte vasculaire cérébrale

- i. Chez les patients ayant subi un accident ischémique cérébral non cardio-embolique ou un accident ischémique transitoire (AIT) [voir le **guide clinique : Accident vasculaire cérébral : Prévention secondaire**]
- ii. À la suite d'une endartériectomie carotidienne

## 3) Maladie artérielle périphérique (MAP)

- i. Patients symptomatiques ayant déjà subi une intervention vasculaire ou non [voir le **guide clinique : Maladie artérielle périphérique**]

## 4) Prévention primaire de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires

L'utilisation de l'AAS n'est pas recommandée pour la **prévention primaire** d'un premier événement vasculaire.

- i. Cette recommandation concerne les personnes présentant ou non des facteurs de risque vasculaire n'ayant **pas** subi d'événement vasculaire.
- ii. L'avantage net de l'AAS chez les personnes atteintes de diabète ou d'athérosclérose asymptomatique (c.-à-d. athérosclérose carotidienne ou coronarienne asymptomatique) est incertain.

## 5) Prévention secondaire de la TEV récurrente

- i. Chez les patients présentant un risque élevé de récurrence d'une TEV après avoir terminé le traitement anticoagulant initial d'au moins trois à six mois, l'AAS peut être envisagé

pour diminuer le risque de TEV récurrente seulement s'il n'est pas acceptable pour le patient de prolonger le traitement anticoagulant. [Voir le **guide clinique** :

**Thromboembolie veineuse : Durée du traitement]**

**6) Thromboprophylaxie à la suite d'une arthroplastie**

- i. Chez les patients ne présentant pas un risque élevé de TEV, il est possible d'envisager le rivaroxaban à 10 mg par voie orale par jour jusqu'au 5<sup>e</sup> jour postopératoire, suivi de l'AAS à 81 mg par jour pendant 9 jours additionnels à la suite d'une arthroplastie totale du genou, ou pendant 30 jours à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche. [Voir le **guide clinique : Thromboprophylaxie en chirurgie orthopédique]**

**7) Prévention de la pré-éclampsie pendant la grossesse**

- i. Chez les patientes présentant un risque modéré à élevé de pré-éclampsie

**POSOLOGIE :**

- La posologie habituelle d'AAS utilisé comme antiplaquettaire est de 81 mg par jour. Les doses plus élevées ne sont pas appuyées par des données probantes montrant leur efficacité accrue ou leur risque de saignement.
- Une seule dose initiale de 162 mg en comprimés à croquer ou à écraser est recommandée chez les patients ayant subi un SCA, suivie d'un traitement d'une durée indéterminée par une dose de 81 mg par jour.
- Une seule dose initiale de 325 mg en comprimés à croquer ou à écraser est recommandée pour les patients ayant subi une angioplastie (s'ils ne prenaient pas déjà de l'AAS quotidiennement à long terme).
- Une dose initiale de 81 mg une fois par jour doit être utilisée chez les patients ayant subi un AIT ou un accident ischémique cérébral d'origine non cardiaque.

**Remarque :** Chez les patients ayant des antécédents ou présentant un risque élevé d'hémorragie gastro-intestinale, il convient d'envisager l'administration concomitante d'un agent gastroprotecteur (p. ex., un inhibiteur de la pompe à protons [IPP], un antagoniste H<sub>2</sub>) ou d'utiliser un antiplaquettaire différent, tel que le clopidogrel.

**EFFETS INDÉSIRABLES :**

- Les ecchymoses et autres saignements mineurs sont très fréquents avec l'utilisation de l'AAS.
- Dyspepsie
- Les effets indésirables graves les plus fréquents de l'AAS comprennent les hémorragies gastro-intestinales (ceux-ci étant liés à la dose)
- Réactions allergiques, asthme causé par l'aspirine (peut être sévère)

**PRISE EN CHARGE PÉRIOPÉRATOIRE :**

Les patients recevant de l'AAS et :

- 1) devant subir un test diagnostique effractif,

- i. présentant un faible risque de saignement, doivent continuer de prendre l'AAS sans interruption;
  - ii. présentant un risque élevé de saignement, doivent arrêter l'AAS 7 à 10 jours avant l'intervention.
  - iii. Les patients porteurs d'endoprothèses coronariennes doivent faire l'objet de considérations particulières, et il est conseillé de faire appel à l'avis d'un spécialiste.
- 2) devant subir une arthrocentèse, doivent continuer de prendre l'AAS pendant la période périopératoire;
  - 3) devant subir une petite chirurgie, une chirurgie dentaire, ophtalmologique ou cutanée, doivent généralement continuer de prendre l'AAS pendant la période périopératoire;
  - 4) devant subir une chirurgie non cardiaque lourde différée, doivent arrêter l'AAS 7 à 10 jours avant l'intervention sauf chez les patients devant subir une endartériectomie carotidienne, ou ayant des antécédents récents d'implantation d'une endoprothèse coronarienne (il est conseillé de faire appel à l'avis d'un spécialiste). Si l'AAS est arrêté, il doit être repris lorsque le risque de saignement lié à l'intervention chirurgicale a disparu, de 8 à 10 jours après une chirurgie non cardiaque lourde (voir le guide clinique : Prise en charge périopératoire du traitement antiplaquettaire);
  - 5) devant subir un pontage aorto-coronarien par greffe (PACG), doivent continuer de prendre l'AAS (voir le **guide clinique : Prise en charge périopératoire du traitement antiplaquettaire**).

#### **CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES :**

- 1) **L'utilisation concomitante de doses thérapeutiques d'anticoagulants et d'AAS** est déconseillée et ne doit être envisagée que chez les patients présentant une indication pour l'anticoagulation, qui présentent un risque relativement faible d'hémorragie ET l'une des indications suivantes :
  - i. SCA très récent et (ou) antécédents récents d'ICP ± endoprothèse coronarienne (traitement de courte durée par l'AAS associé au clopidogrel et à un anticoagulant, suivi de préférence d'un traitement inhibant deux voies différentes incluant seulement le clopidogrel et un anticoagulant)
  - ii. Valve cardiaque prothétique à risque élevé (p. ex., remplacement d'une valve d'ancienne génération ou remplacement d'une valve mitrale en cas de fibrillation auriculaire, dysfonction du ventricule gauche (VG) ou antécédents d'embolie systémique sous anticoagulation thérapeutique)
  - iii. AIT/accident ischémique cérébral confirmé pendant la prise de doses thérapeutiques d'anticoagulant seulement

Chez **la plupart** des autres patients prenant de l'AAS, celui-ci doit être arrêté si une anticoagulation est entamée.

- 2) Les patients prenant de l'AAS aux fins d'une protection vasculaire doivent éviter l'utilisation concomitante d'**AINS**. Si un patient prenant une faible dose d'AAS aux fins d'une protection vasculaire doit prendre un anti-inflammatoire, privilégier certains inhibiteurs de la cyclooxygénase-2 plutôt que les AINS classiques.
- 3) L'AAS doit être évité ou utilisé avec prudence chez les patients atteints d'**asthme ou de polypes nasaux**, chez ceux présentant un **risque élevé d'hémorragie** ou ceux ayant récemment présenté

une hémorragie majeure, ainsi que chez les patients présentant une **thrombocytopénie grave** ou ayant des antécédents familiaux ou **innés de troubles hémorragiques**.

## **ENFANTS :**

Dans la mesure du possible, des pédiatres expérimentés dans le traitement des thromboembolies doivent participer aux soins des patients lorsque l'AAS est envisagé pour le traitement antiplaquettaire. Sinon, il est recommandé de faire appel à un néonatalogiste ou à un pédiatre ainsi qu'à un hématologue pour adultes, en consultation avec un hématologue pour enfants expérimenté en la matière.

## **AUTRES GUIDES CLINIQUES PERTINENTS DE THROMBOSE CANADA :**

- Accident vasculaire cérébral : Prévention secondaire
- Maladie artérielle périphérique
- Prise en charge périopératoire du traitement antiplaquettaire
- Thromboprophylaxie : Chirurgie orthopédique
- Thromboembolie veineuse : Durée du traitement
- Valves cardiaques mécaniques et bioprothétiques : traitement anticoagulant

## **RÉFÉRENCES :**

ACOG Committee Opinion No. 743: Low-dose Aspirin use during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; 132:e44.

Anderson D, et al. Aspirin or rivaroxaban for VTE prophylaxis after hip or knee arthroplasty, *N Engl J Med* 2018; 378:699-707.

Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373(9678):1849-1860.

Bowman W, et al. Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2018;379:1529-1539.

Devereaux PJ, et al. Aspirin in patients undergoing noncardiac surgery. *N Engl J Med* 2014;370:1494-1503.

Duley L, et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2019:Oct 30(10).

Eikelboom JW, et al. Antiplatelet Drugs: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e89S-119S.

Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017;377(14):1319-1330.

Gaziano JM, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018;392(10152):1036-1046.

Graham M, et al. Aspirin in patients with previous percutaneous coronary intervention undergoing noncardiac surgery. *Ann Intern Med* 2018;168:237-244.

Guirguis-Blake JM, et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2016;164(12):804-813.

Hansen M, et al. Risk of bleeding with single, dual or triple therapy with warfarin, aspirin and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2010;170(16):1433-1441.

Huang W, et al. Frequency of intracranial hemorrhage with low-dose aspirin in individuals without symptomatic cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurology* doi:10.1001/jamaneurol.2019.1120 Published online May 13, 2019.

Jones WS, et al. Comparative Effectiveness of Aspirin Dosing in Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2021;384:1981-1990.

Kearon C, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. *CHEST* 2016;149(2):315-352.

Levine GN, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guidelines for percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2011;124:e574-e651.

Lopes RD, et al. Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2019;380:1509-1524.

McNeil JJ, Nelson MR, Woods RL, et al.; ASPREE Investigator Group. Effect of aspirin on all-cause mortality in the healthy elderly. *N Engl J Med* 2018;379:1519-28.

Mehta SR, et al. 2018 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology Focused Update of the Guidelines for the Use of Antiplatelet Therapy. *Can J Cardiol* 2018;34(3):214-233.

Mancini GBJ, et al. Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of stable ischemic heart disease. *Can J Cardiol* 2014;30:837-849.

Monagle P, et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e737S-801S.

Nishimura R, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Valvular Heart Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2017;135(25):e1159-e1195.

Rolnik DL, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med* 2017;377(7):613-622.

Simes J, et al. Aspirin for the prevention of recurrent venous thromboembolism: The INSPIRE Collaboration. *Circulation* 2014;130(13):1062-1071.

U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Aspirin Use to Prevent Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: Preventive Medication. September 2017. Retrieved from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/aspirin-to-prevent-cardiovascular-disease-and-cancer>

Wein T, et al, for the Heart and Stroke Foundation of Canada in collaboration with the Canadian Stroke Consortium. Canadian Stroke Best Practice Recommendations, seventh edition: acetylsalicylic acid for prevention of vascular events. *CMAJ* 2020 March 23;192:E302-311.

Weitz JI, et al. Rivaroxaban or Aspirin for extended treatment of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2017;376(13):1211-1222.

Whitlock ET, et al. Bleeding risks with aspirin use for primary prevention in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2016;164(12):826-835.

Yasuda S, et al. Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation with Stable Coronary Disease. *N Engl J Med* 2019;381:1103-1113.

Yusuf S, et al. Polypill with or without Aspirin in Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2021;384:216-228.

**Date de cette version : 12 juillet 2021**

*Il est à noter que l'information contenue dans le présent guide ne doit pas être interprétée comme étant une solution de rechange aux conseils d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Si vous avez des questions précises sur un problème d'ordre médical, quel qu'il soit, vous devez consulter votre médecin ou un autre professionnel de la santé. En somme, vous ne devriez jamais reporter une consultation médicale, faire abstraction des conseils de votre médecin, ni mettre fin à un traitement médical sur la base de l'information contenue dans le présent guide.*