

## Les anti agrégants plaquettaires s'accrochent.

Dans une précédente étude l'équipe de Palumbo avait réalisé une double randomisation, la première sur le traitement du myélome (< 65 ans. Bortezomib (V), thalidomide (T) dexaméthasone (D) ou Thal Dex + autogreffe et si > 65 ans. Melphalan (M) -V – prednisone (P) – Thal) la deuxième sur la prévention des ETV (aspirine 100 mg, warfarine 1,25 mg et énoxaparine 1,25 mg). Après plusieurs abstracts montrant des avantages successifs des différents traitements, il se dégagait un avantage pour les HBPM avec un taux d'ETV à 6 mois de 2,7%, contre 8,2% pour AVK et 5,4 % pour aspirine mais ce bénéfice ne persistait pas sur le suivi total (respectivement 4,5% 9,5% et 7,2%) pour une prophylaxie de 3 à 6 mois (Palumbo JCO 2011).

La même équipe reprend le même schéma avec une première randomisation sur le traitement du myélome des patients de moins de 65 ans : induction avec DR (lénalidomide = R) puis MPR ou autogreffe, la deuxième randomisation concernait la maintenance par lénalidomide jusqu'à progression. La prévention de la MTEV cette fois aspirine 100 mg vs. énoxaparine 40 mg sans groupe AVK. Il n'y avait pas de stratification sur les facteurs de risques de MTEV mais seulement 2% des patients ASA et 1% des patients LMWH avaient plus d'un facteur de risque de MTEV. La durée de la prophylaxie est non précisée (Larocca ASH 2011 abstract 0497).

402 patients ont été inclus et 342 ont bénéficié d'une prophylaxie en l'absence de CI.

Le taux de MTEV est 2,27% dans le bras aspirine (3 des ces ETV sont associés à l'EPO) et 1,20% dans le bras HBPM.

Les ETV se produisent dans un délai médian de 1, 3 mois. Aucun ETV n'est noté après 3 mois.

Il y a une seule EP (aspirine) et 1% d'hémorragie mineure (HBPM).

Il n'y a aucune autre complication artérielle.

Lors de la discussion, il semble que l'analyse ait été faite en intention de traiter.

Que penser de cette étude :

- que les résultats se dégageront avec la poursuite de l'essai ?
- que la lénalidomide est moins thrombogène que la thalidomide (ce que semblaient indiquer quelques études avec des taux d'ETV qui étaient plus bas que la thalidomide) ?
- qu'elle n'a inclus que de patients à bas risque (âge < 65 ans et peu de facteur de risque associé)
- que l'aspirine a peut être une action ?
- qu'elle peut présenter de gros biais méthodologique (pas de calcul des effectifs, 342 patients inclus sur 113 centres actifs, pas de bras AVK alors que dans l'étude précédente ils étaient équivalents à l'ASA et aux HBPM chez les patients de moins de 65 ans)
- que pour répondre un essai spécifique doit être fait ?

A vous de choisir.....

Malgré tout la conclusion était que les HBPM sont le traitement de référence alors que les taux sont identiques. Pour mémoire la conclusion de JCO de la même équipe était qu'aspirine et HBPM étaient équivalentes malgré un taux de MTEV à 6 mois statistiquement moins élevé dans le bras HBPM comparé à l'aspirine.....

*Dr Philippe Debourdeau*

Hopital Desgenettes, Lyon