

# DAPT COURTE

## ETUDE MASTER-DAPT



**Benoit LATTUCA**

CHU Nîmes - Département de cardiologie  
Groupe de recherche ACTION

[benoit.lattuca@gmail.com](mailto:benoit.lattuca@gmail.com)

## Liens d'intérêt

- Bourses de recherche:** Biotronik, Boston Scientific, Daiichi Sankyo, Federation Française de Cardiologie, Institute of CardioMetabolism and Nutrition and Medtronic
  
- Consulting et honoraires :** AstraZeneca, Medtronic, Novartis, Daiichi Sankyo, Eli Lilly

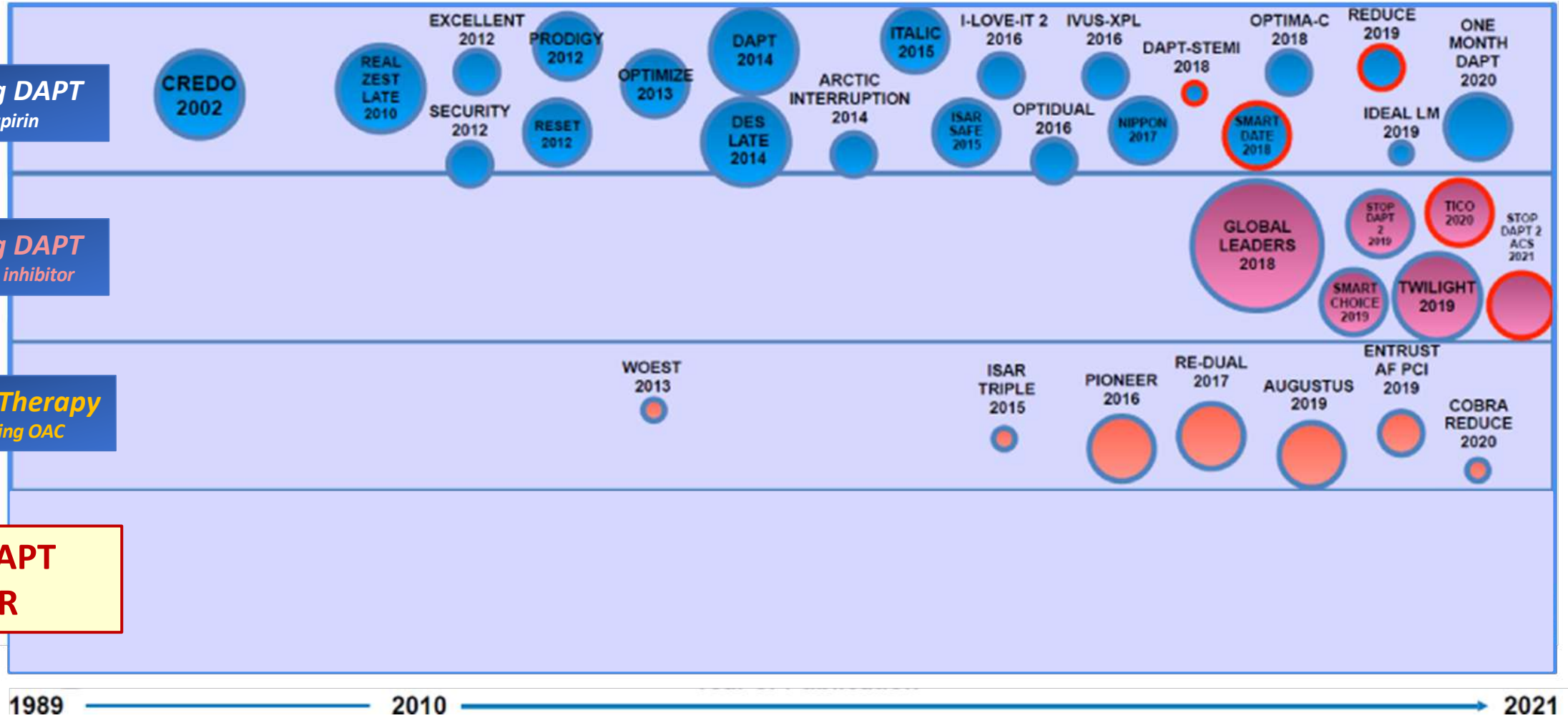
# Quelle durée optimale de DAPT ?

**Short vs Long DAPT**  
*followed by aspirin*

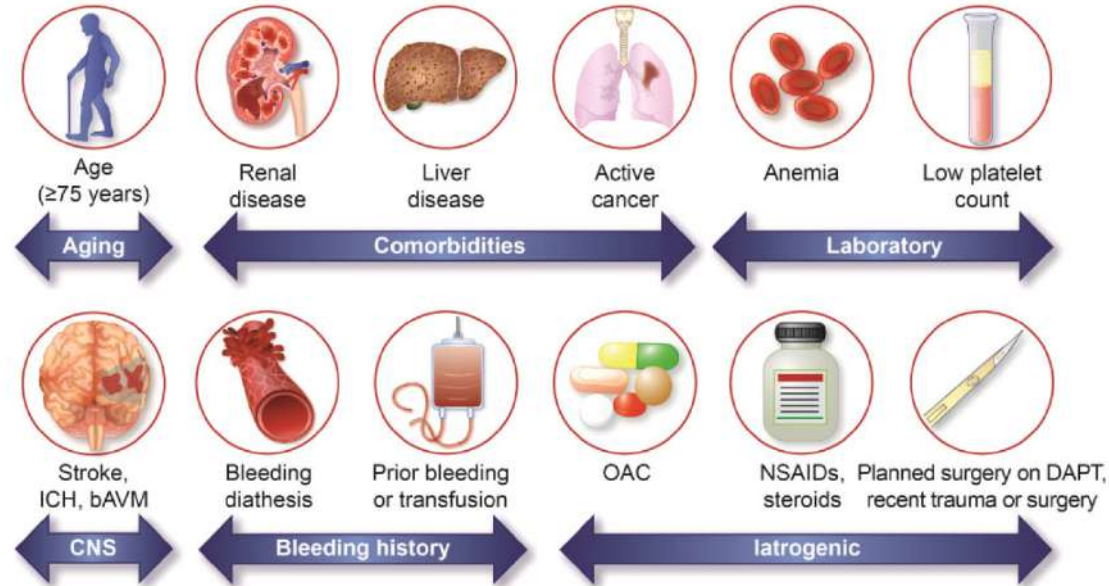
**Short vs Long DAPT**  
*followed by P2Y12 inhibitor*

**Dual vs Triple Therapy**  
*In patients receiving OAC*

**Short DAPT**  
**in HBR**



# HBR patients : une vraie question pratique !



**HBR patients  
~40%**

- BMS vs DES ?
- DAPT courte avec DES de dernière génération ?
- DAPT courte dans le SCA ?

# Stent nu ou stent actif ?

## BMS vs DES

LEADERS  
FREE

BMS vs  
Biofreedom

ZEUS

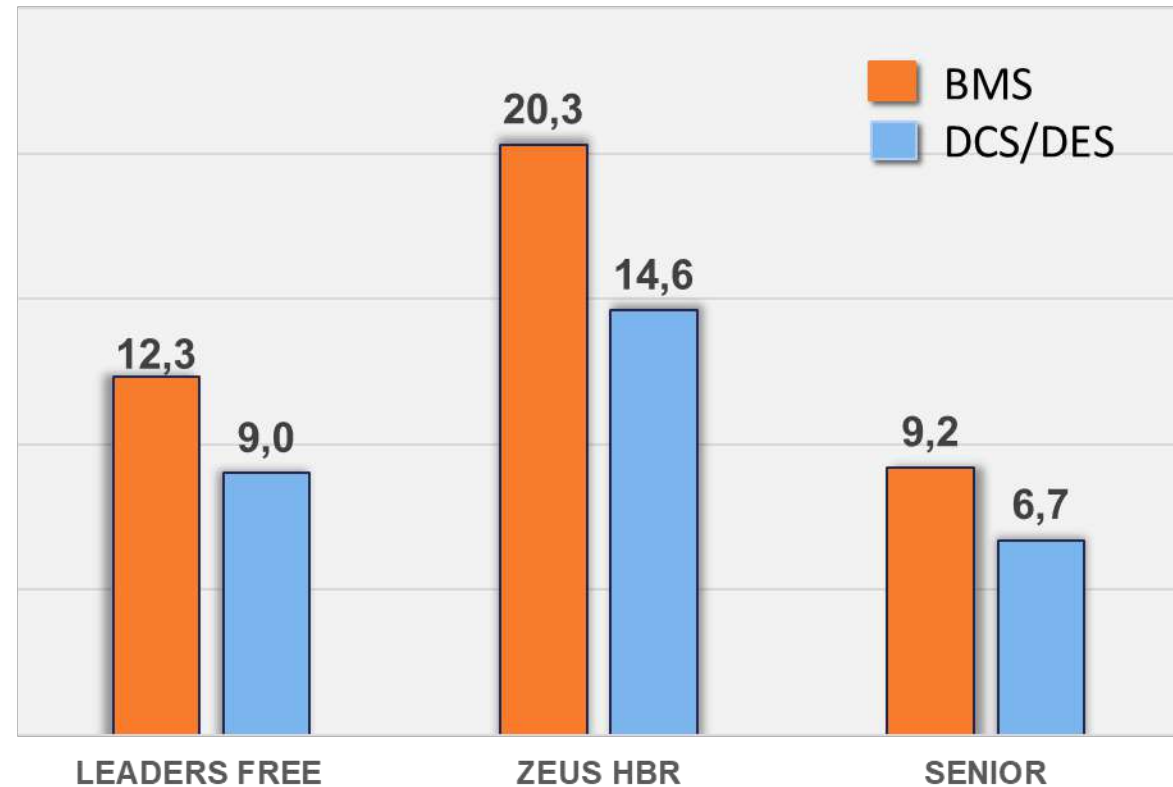
BMS vs  
Zotarolimus

SENIOR

BMS vs  
Everolimus



Safety (cardiac death/MI/TS)



**Sécurité des stents actifs malgré traitement antiplaquettaire court  
PAS de place pour les stents nus**

# Comparaison de stents actifs

## DES vs DES (G2-G3)

ONYX One

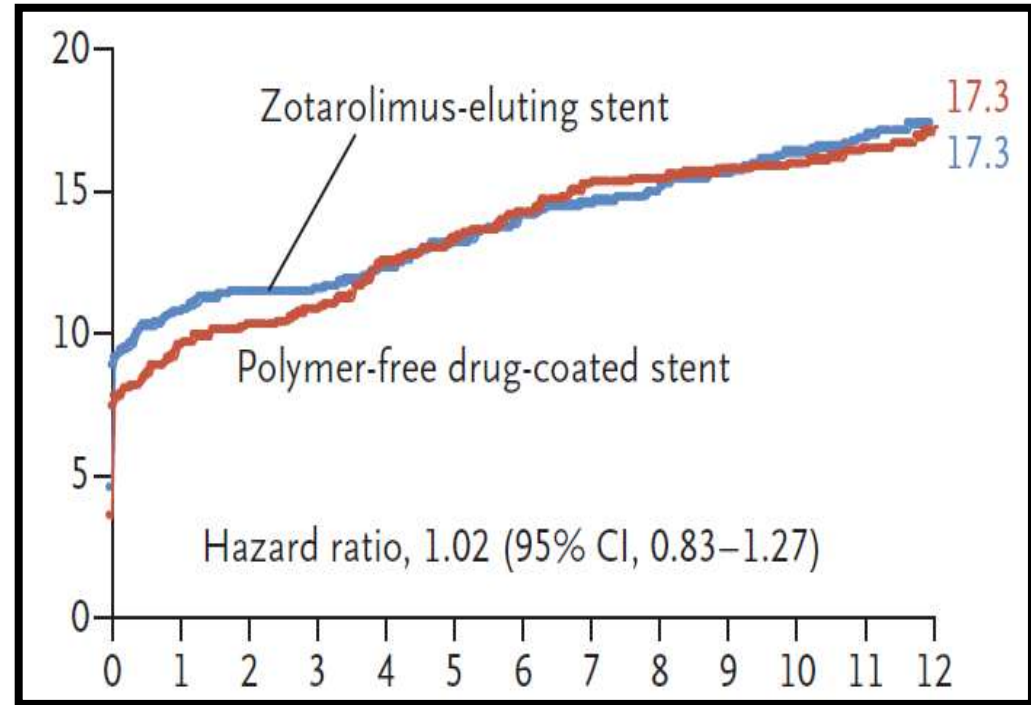
Resolute Onyx  
vs Biofreedom

COBRA-  
Reduce

Polyzene-F DES  
vs DES G2-G3



Cardiac Death, MI, ST



Quelle durée optimale avec stent de dernière génération chez patients HBR ?

# DAPT courte et HBR patients



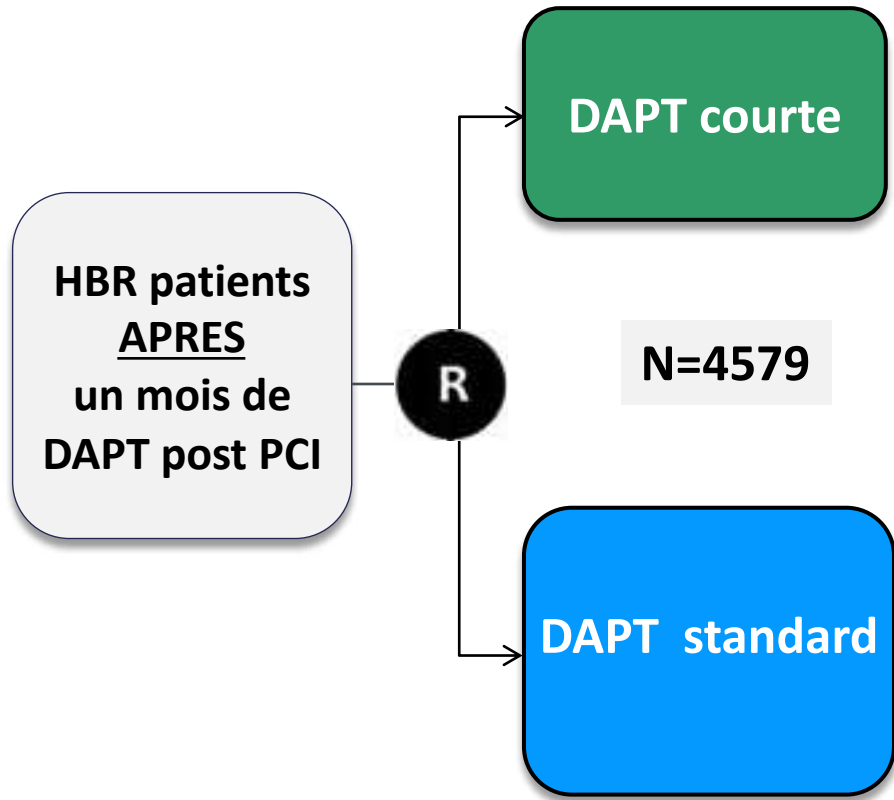
**Etude** multicentrique internationale **randomisée**

Population à **haut risque hémorragique**

Evaluation d'une **durée raccourcie** de double antiagrégation plaquettaire

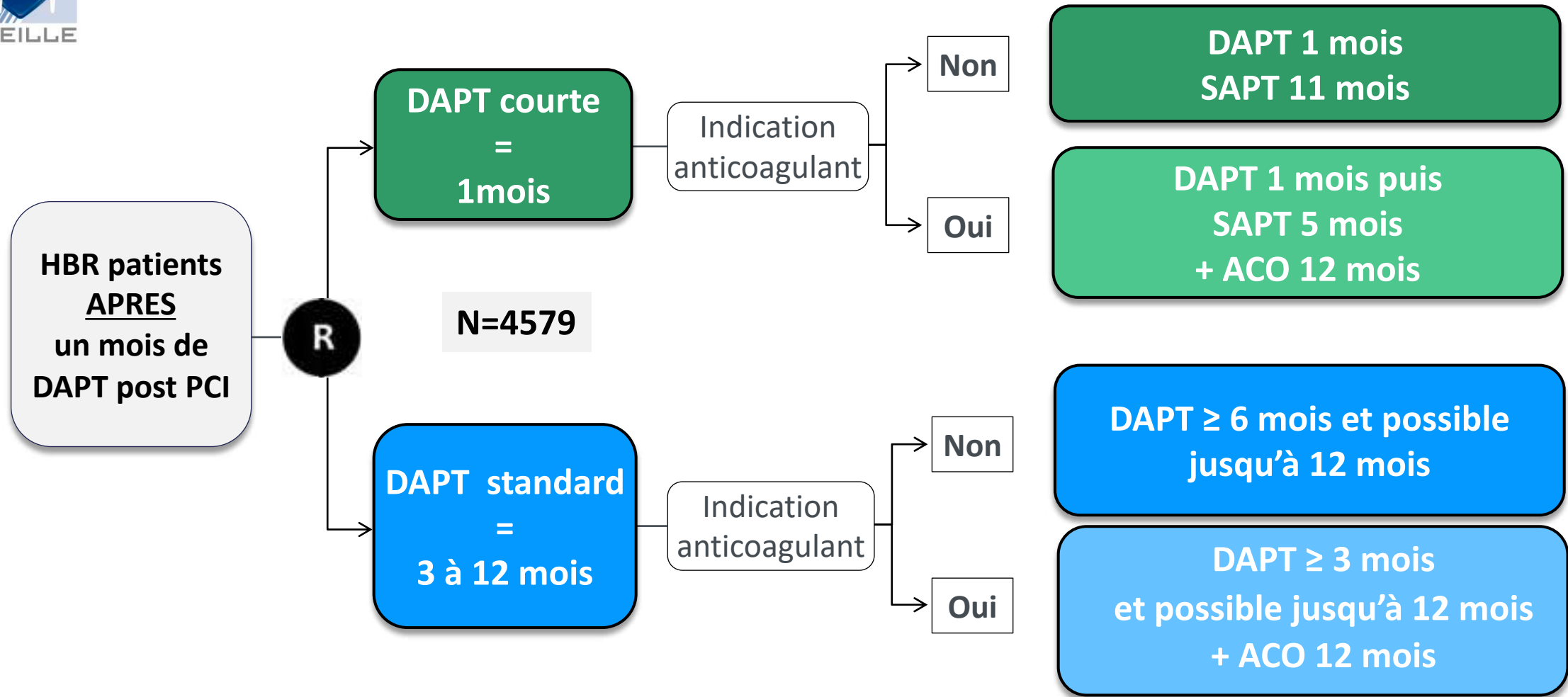
**Syndrome coronaire aigu ou chronique**

**Angioplastie avec un seul stent actif : Ultimaster**  
(polymère abluminal biodegradable, sirolimus, 80µm, résorption polymère/drogue 3-4 mois)



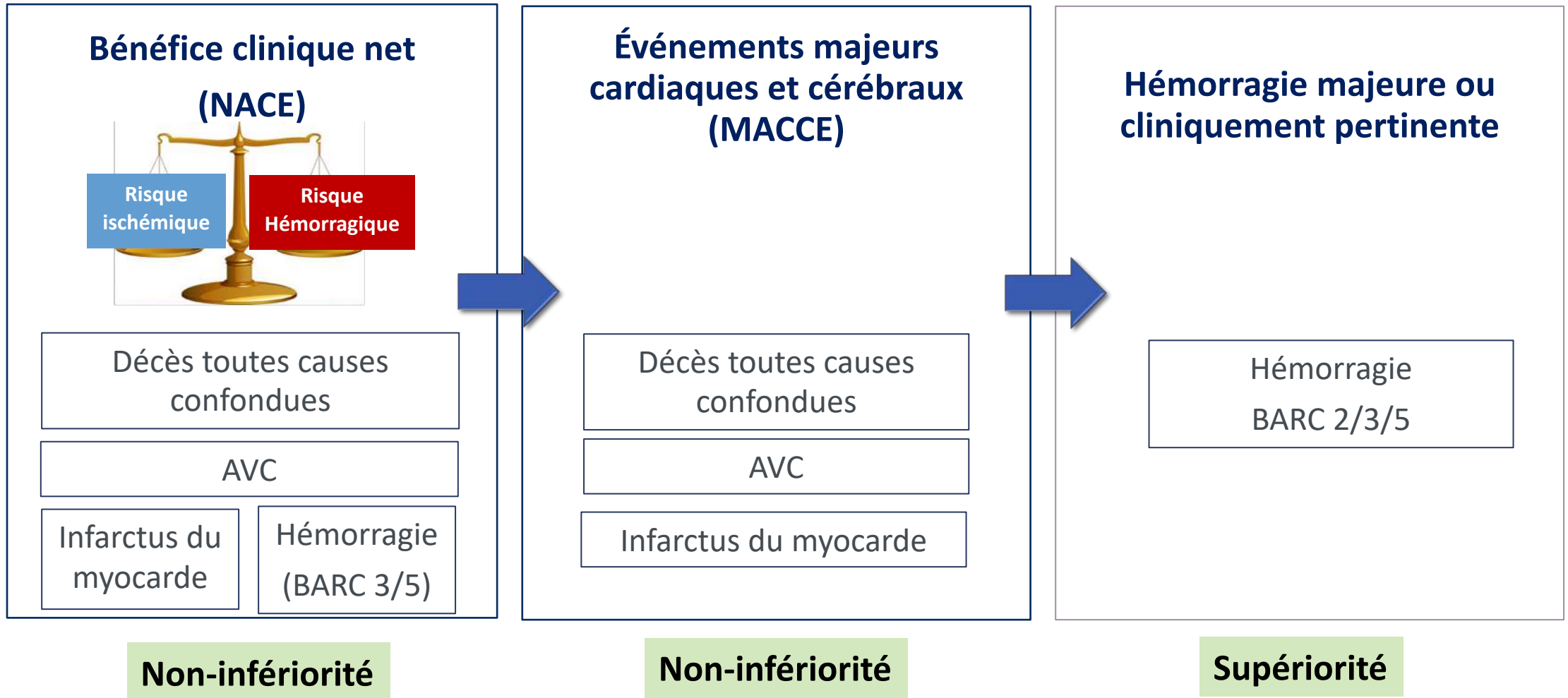


# Design de l'étude

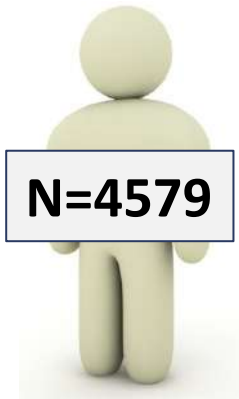


# Critères d'évaluation

## 3 critères d'évaluation principaux conjoints - Evaluation hiérarchisée



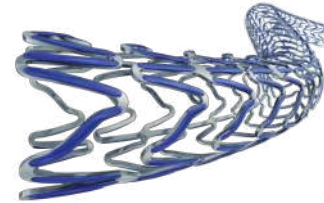
# Population de l'étude



Age moyen **76 ans**  
69% d'hommes

33% de diabétiques

**NSTEMI/UA 36%**  
**STEMI 11,5%**



26% de patient coronarien

**68% de lésions B2/C**

25% d'atteinte multitronculaire



36,4% d'anticoagulant – 2/3 AOD

**Prédominance de  
clopidogrel : 80%**

Arrêt DAPT : poursuite P2Y12  
dans 70% des cas

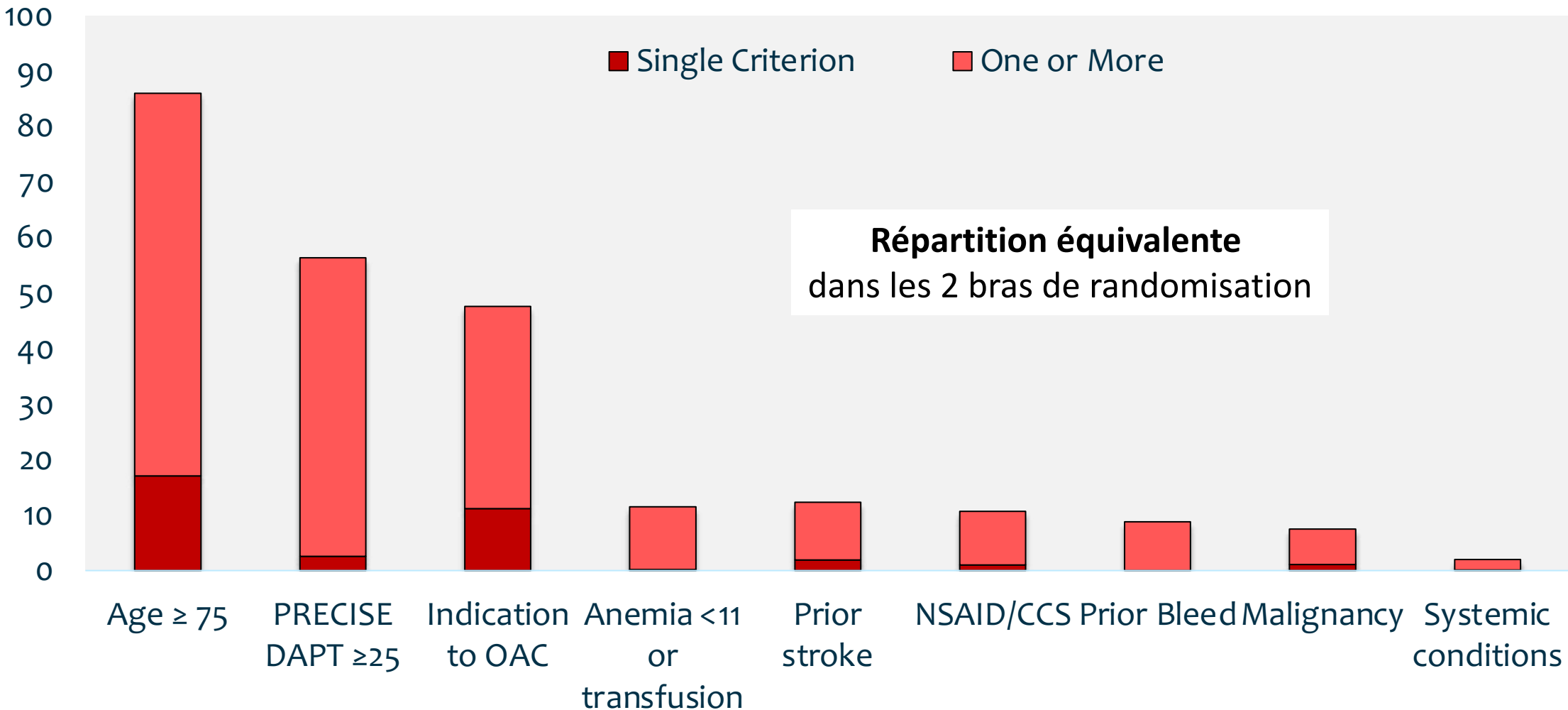
## Durée DAPT

1 mois  
99%

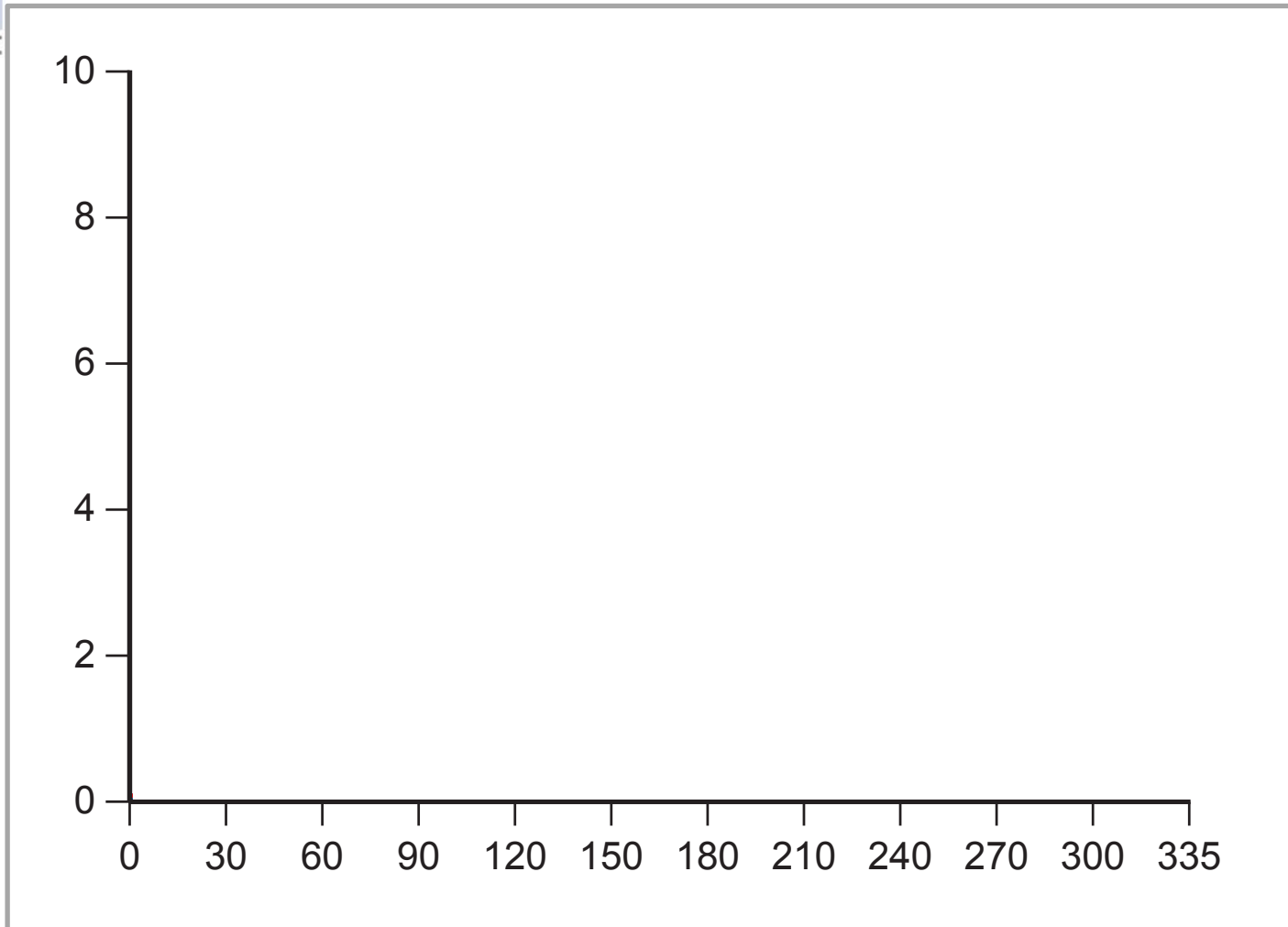
vs

3 mois : 85%  
6 mois : 61%  
12 mois : 35%

# Critères de haut risque hémorragique



# Résultats principaux



Décès toute cause + IDM + AVC +  
saignements majeurs (BARC 3/5)

$P < 0.001$   
(non infériorité)

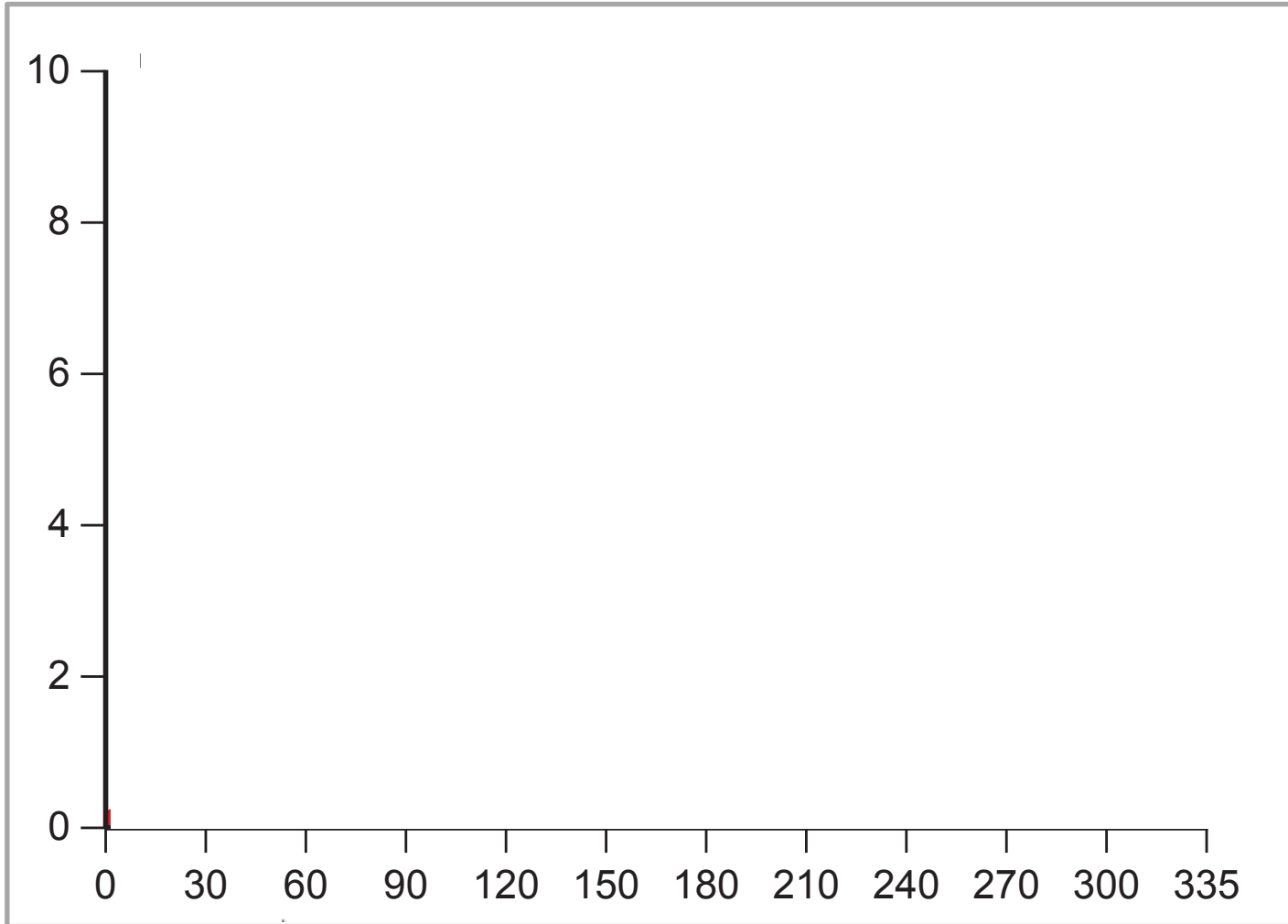
**Résultats comparables  
pour tous les sous-groupes**

SCA ou maladie stable

Anticoagulation ou non

....

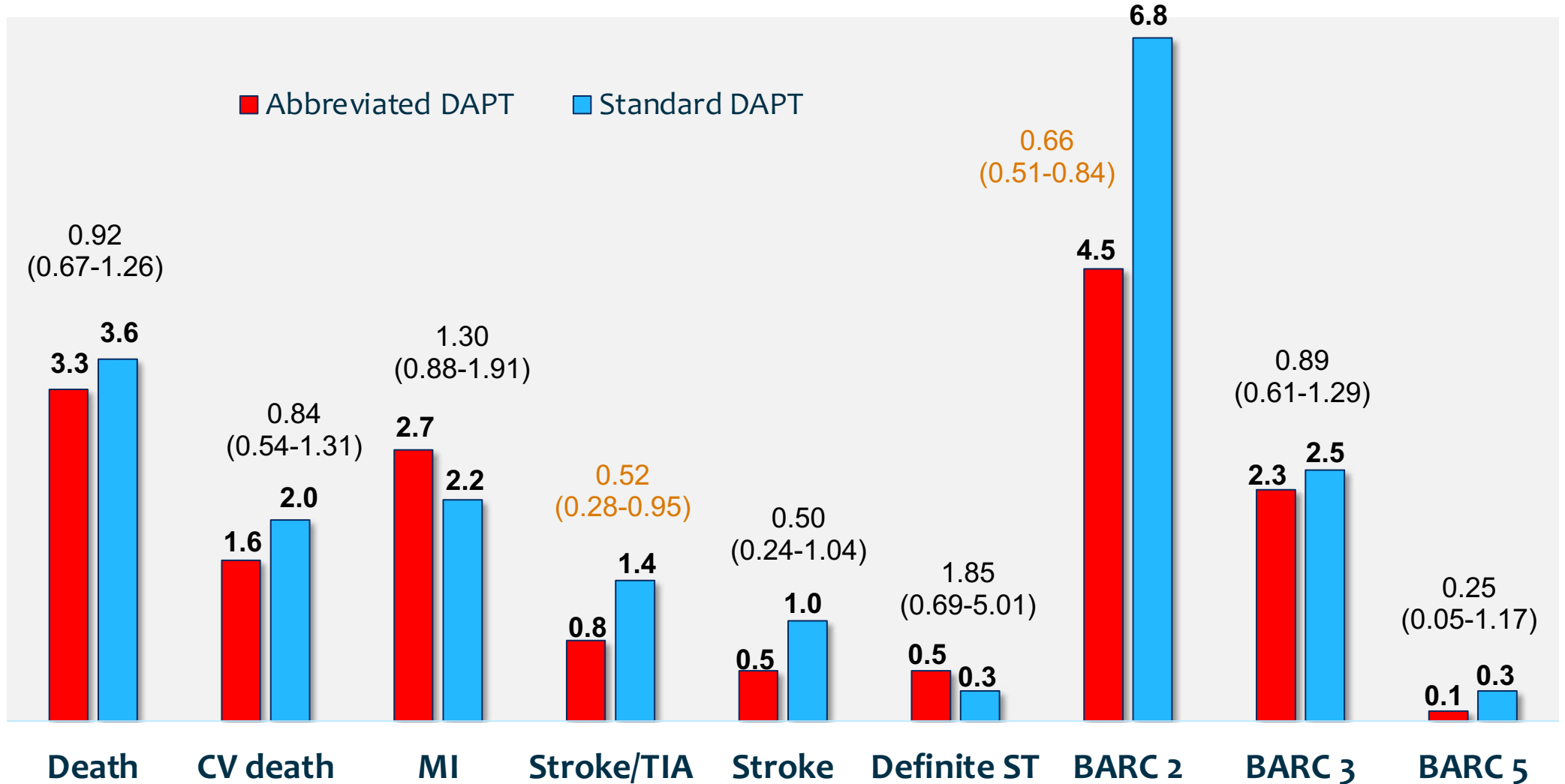
# Résultats principaux



Saignements cliniquement  
pertinents et majeurs  
(BARC 2/3/5)

$P < 0.001$   
(supériorité)

# Critères cliniques secondaires



# Que retenir de Master DAPT ?

Etude randomisée **centrée sur HBR**

Très large effectif > **4500 patients**

Comparaison de **2 durées de traitement**  
**DAPT courte = 1 mois**

**DES dernière génération** (ultimaster)

**Anticoagulant (36%) ou non**

Pas d'exclusion des lésions complexes (68%)  
ou du haut risque ischémique (SCA 47%)



Bénéfice clinique net et risque  
ischémique **similaires**

Risque hémorragique **plus faible**  
avec DAPT courte

Résultats comparables  
avec ou sans anticoagulant





# Master DAPT – Limites

- **Exclusion des événements lors du 1<sup>er</sup> mois**
- **Durée hétérogène de la DAPT** dans le groupe standard
- **Variabilité du traitement antiplaquettaire** associé mais prédominance clopidogrel
- **Durée plus longue que la pratique actuelle** de triple thérapie
- Plus de déviations dans le groupe durée courte (N=43 vs 3) mais restant limitées
- Marges de non infériorité relativement larges et taux d'événements plus faibles qu'attendu mais **réajustement des marges** et maintien de la significativité

# Ce qui pourrait changer ma pratique

## Master DAPT

**Confirmation** d'études précédentes avec un effectif large

Inclusion de patients avec **haut risque** ischémique et hémorragique

Données rassurantes chez les **SCA**



**Questions résiduelles**

**Quel antiagrégant au décours ?**  
Clopidogrel ou Aspirine ?

Extrapolable à d'autres stents ?

**Etude centrée sur le SCA ?**

Triple thérapie courte **≤ 1 mois confortée** en cas d'ACO

**Réduction de la DAPT post SCA à 1 mois** envisageable chez patients HBR