

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 26 août 2014

Hôpital cantonal de Genève

Gestion péri-opératoire des nouveaux anticoagulants (NOACs)

Dr P. Fontana

Si un patient est anticoagulé c'est qu'il y a un risque thrombotique, mais s'il est opéré, il y a un risque hémorragique, majoré par l'anticoagulation...Comment faire pour bien faire?



cf «The yin and yang of perioperative medicine»([N Engl J Med](#).2014 Apr 17;370(16):1554-5.)

Avec les héparines et les antivitamines K, on savait à peu près...même si les recommandations n'étaient pas totalement validées EBM...mais avec les nouveaux anticoagulants (que l'on a plutôt décidé d'appeler «Non Vitamin K Antagonists Oral Anticoagulant» donc toujours NOAC's) on ne sait pas encore très bien que conseiller.

Si on interrompt les NOAC's avant une opération et que l'on donne de l'héparine en péri-opératoire (ça s'appelle «bridging with heparine») on augmente le risque hémorragique plus qu'autre chose...

(Heparin bridging in peri-procedural management of new oral anticoagulant: a bridge too far? [Vanassche T Eur Heart J](#). 2014 Jul 21;35(28):1831-3.)

Idem pour 2179 patients (Registre de Dresde) anticoagulés pour FA ou MTEV (maladie thromboembolique veineuse) en péri-opératoire dont 1/3 reçoit de l'héparine et 2/3 n'a pas de relais avec héparinelà aussi le relais à l'héparine augmente le risque hémorragique.

Idem encore pour Sieghel et al «Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists: systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates.» [Circulation](#).2012 Sep 25;126(13):1630-9.: pas de bénéfice et plus d'hémorragies avec l'héparine...

On nous recommande donc d'éviter les «bridge» d'héparine en péri-opératoire, et d'être attentif à la molécule utilisée (rivaroxaban, dabigatran, apixaban), du risque hémorragique de l'intervention (bas / intermédiaire / élevé) et de la clearance de la créatinine .

En gros **rivaroxaban** s'arrête 24 h avant une intervention à risque bas et intermédiaire lorsque la fonction rénale est normale, et 48 h avant lorsque le risque hémorragique opératoire est élevé.

Pour **dabigatran** et **apixaban** lorsque le risque est bas c'est 12 h avant qu'on arrête, lorsque le risque est intermédiaire c'est 24 h avant et lorsque le risque est élevé c'est 48 h avant.

Ensuite ça change selon la fonction rénale (plus la fonction rénale est mauvaise, plus le délai d'arrêt avant l'intervention augmente)...et le risque thrombotique...plus il est élevé, moins on a envie d'arrêter les NOACs...tout ça pour dire qu'il vaut mieux téléphoner à quelqu'un qui s'y connaît...

Par exemple, une opération dans la chambre antérieure de l'œil c'est un risque hémorragique bas, l'excision d'un polype colique c'est un risque moyen, comme la pose d'un pacemaker, et un risque élevé c'est toute chirurgie abdominale ou orthopédique ou les anesthésies neuraxiales.

Le risque thrombotique sévère c'est un événement thromboembolique veineux datant de moins de 3 mois, une FA avec antécédent d'AVC, ou une thrombophilie sévère avec déficience en protéine S par exemple.

Il faut aussi savoir que la pharmacocinétique des NACO's est variable d'un individu à l'autre et que l'on peut quantifier l'activité antiXa pour le Rivaroxaban et l'Apixaban, et faire un temps de thrombine pour le Dabigatran...et alors ???...là ça devient vraiment trop complexe.... mieux vaut demander l'avis d'un spécialiste...surtout que ce dernier ajoute que l'on a peu de données entre le risque hémorragique et le taux sanguin du médicament...

Pour ce qui est des antiplaquettaires, c'est le même principe...risque hémorragique versus risque thrombotique...

C'est surtout les porteurs de stents depuis moins de 6 mois qui sont dans l'œil du cyclone...



.....si on arrête les antiplaquettaires, le risque de boucher son stent est élevé...

Et les stents aussi changent constamment et sont recouverts de substances diverses, nécessitant une prudence particulière pour chacun d'eux...demandez donc à celui qui l'a implanté ce qu'il en pense...

Le Ticagrelor n'est pas métabolisé par le cytochrome, et lié de façon irréversible avec la plaquette...Après arrêt de ce médicament la fonction plaquettaire récupère en 3-5 jours.
(idem pour le Clopidogrel).

Avec le Prasugrel, qui est lié de façon irréversible ça prends un peu plus de temps (+- 7 jours).

Donc si le risque chirurgical est élevé, et que le risque thrombotique ne l'est pas trop...on arrêtera l'aspirine 3 jours avant, le clopidogrel et le ticagrelor 5 jours avant et le prasugrel 7 jours avant.

(Gestion péri-interventionnelle des nouveaux agents antiplaquettaires Rev Med Suisse 2013;9:326-330 Coralie Schnyder-Joris)

<http://rms.medhyg.ch/article.php?VOLUME=372&PP=326>

Pour conclure on dira qu'une intervention chirurgicale chez un patient anticoagulé ou sous antiagrégants est une bonne occasion de se poser la question sur l'indication de ces médicaments.

Il faudra apprécier le risque thrombotique aussi bien que le risque hémorragique lors d'une consultation multidisciplinaire.

On se rappellera que les recommandations d'experts valent ce qu'elle valent...et ne devraient pas nous empêcher de réfléchir.

Le généraliste est largué...il faut l'expert...voire «les experts»





Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch