

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 20 août 2013

Hôpital cantonal de Genève

**Flash** : «To bridge or not to bridge»

Dr H. Burri

Voilà le papier... Pacemaker or Defibrillator Surgery without Interruption of Anticoagulation : David H. Birnie (N Engl J Med 2013; 368:2084-2093)

La question c'est : «Lorsque l'on change le boîtier d'un pacemaker ou d'un défibrillateur d'un patient sous antivitamine K (AVK), faut-il interrompre l'anticoagulation et faire un pont (bridge) avec de l'héparine pendant 2-3 jours, ou bien faut-il continuer l'anticoagulation sans autre ?».

L'étude est randomisée en simple aveugle, c'est-à-dire que le chirurgien ne sait pas si le patient est sous AVK ou sous héparine, et les 681 patients sont randomisés en 2 groupes.

90% des «bridged patients» recevaient des héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

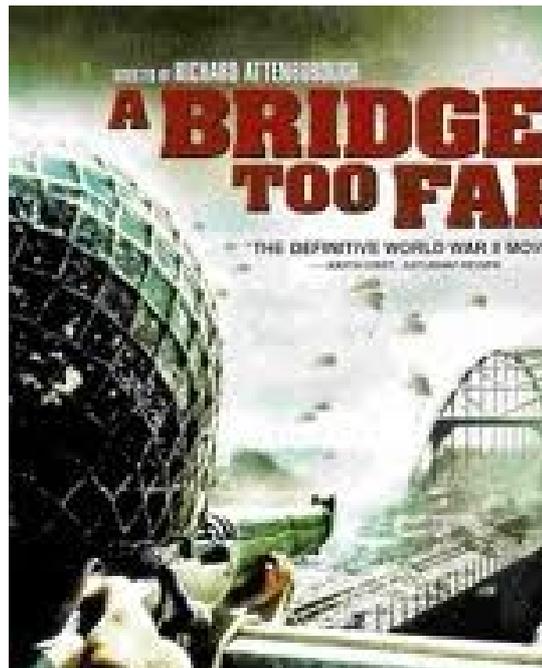
L'étude a dû être interrompue prématurément car il était évident que les patients qui continuaient sans autre les AVK avaient **moins** de complications que ceux sous HBPM, qui eux saignaient plus.

On retiendra donc que pour les patients avec un risque embolique modéré ou élevé, c'est-à-dire porteur de prothèse valvulaire ou avec un score de CHADS = ou > à 2, il ne faut mieux ne pas interrompre les AVK.

Si le risque embolique est faible, on recommande de sauter la dose d'AVK la veille de l'intervention, et de recommencer après l'intervention .

On remarquera que les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) n'ont pas été testés, et que pour ceux-ci la recommandation reste de prendre la dernière dose pas moins de 24h avant une intervention de ce type, et pas moins de 48 h pour une ablation de FA ou pour une chirurgie abdominale.

Mais chaque geste chirurgical comporte son risque ainsi que les directives appropriées... renseignez vous...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)