

Anticoagulants oraux et chirurgie de l'obstruction prostatique : stopper, relayer ou poursuivre ?



V. Misrai

Oral anticoagulants and benign prostatic obstruction surgery: Stopping, bridging or maintaining?

V. Misrai^aH. Charbonneau^b^aService d'urologie, clinique Pasteur, 45, avenue de Lombez, 31300 Toulouse, France^bGroupe d'anesthésie-réanimation chirurgie cardiothoracique et vasculaire, clinique Pasteur, 45, avenue de Lombez, 31300 Toulouse, France

RÉSUMÉ

La prise en charge chirurgicale d'une obstruction prostatique chez le patient traité par anti-coagulants oraux (ACO) est complexe en raison de la balance entre le risque d'apparition d'un événement hémorragique et celui d'un événement thromboembolique. La gestion périopératoire des anti-vitamines K (AVK) repose systématiquement sur une des 3 stratégies détaillées dans les recommandations de l'HAS de 2008 : interrompre, relayer ou poursuivre. Pour les anti-coagulants oraux directs (AOD), la gestion périopératoire repose sur les recommandations d'expert publiées par le groupe d'intérêt en hémostase périopératoire (GIHP) en 2015 qui préconise un arrêt des AOD sans relais. Lorsque l'arrêt des ACO est possible, toutes les techniques chirurgicales et les sources d'énergies sont utilisables. Lorsqu'un relais périopératoire par héparine est nécessaire, notamment, chez le patient porteur d'une valve cardiaque mécanique, de nombreuses publications suggèrent l'utilisation des lasers en raison de leur propriété hémostatique. Si la chirurgie transurétrale de l'obstruction prostatique sans interruption des ACO a été rapportée, les niveaux de preuves des études récemment publiées sont encore trop faibles pour modifier les recommandations actuelles.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The surgical management of prostatic obstruction in patients treated with oral anticoagulant (ACO) is complex due to the balance between the risk of occurrence of some haemorrhagic and thromboembolic events. The perioperative management of Vitamin K Antagonist (VKA) systematically relies on one of these 3 strategies detailed in the recommendations released by the High French Authority of Health in 2008: interrupt, relay or continue. For direct oral anticoagulant (AOD), the perioperative management relies on expert recommendations published by the Perioperative Haemostasis Group of Interest in 2015 who proposes to stop AOD without relaying. When stopping ACOs is possible, all surgical techniques and energy sources can be used. When a perioperative relay by heparin is needed, especially in the patient with a mechanical heart valve, many publications have suggested the use of lasers because of their haemostatic properties. If transurethral surgery of prostatic obstruction without ACO interruption has been reported, the level of evidence of recently published studies are still too low to alter current recommendations.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

MOTS CLÉS

Anticoagulants
Hyperplasie bénigne de prostate
Laser

KEYWORDS

Anticoagulant
Benign prostatic hyperplasia
Laser

Auteur correspondant :

V. Misrai,

Service d'urologie, clinique Pasteur, 45, avenue de Lombez, 31300 Toulouse, France.

Adresse e-mail :

v.misrai@clinique-pasteur.com

<https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2018.06.001>

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



INTRODUCTION

En raison du vieillissement de la population, de plus en plus de patients sont traités par des anticoagulants oraux. Les anticoagulants oraux (ACO) incluent les anti-Vitamine K (AVK) (Warfarine, Coumadine et Fluindione) et les anticoagulants oraux directs (AOD) (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban). Ils sont indiqués principalement en cas de maladie thromboembolique veineuse, d'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) ou de valve mécanique cardiaque. L'utilisation des ACO est en constante augmentation depuis 2008, majoritairement en raison de l'apparition des AOD. Aujourd'hui, plus de 150 millions de doses sont délivrées quotidiennement. Il existe environ 1,4 millions de personnes sous ACO dont 40 % ont plus de 80 ans. Lorsqu'un patient sous ACO relève d'une prise en charge chirurgicale d'une obstruction sous-vésicale, se pose systématiquement la question d'interrompre, de relayer ou de poursuivre l'ACO dans la période périopératoire. La gestion périopératoire des AVK repose actuellement sur les recommandations publiées par l'HAS en 2008. Concernant la gestion périopératoire des AOD, le groupe d'intérêt en hémostase péri opératoire (GIHP) a fait des propositions réactualisées en septembre 2015. La stratégie de prise en charge de ces patients reste néanmoins complexe en raison de la balance entre le risque d'apparition d'un événement hémorragique et celui d'un événement thromboembolique.

L'objectif de ce travail a été de rappeler les recommandations sur la gestion des ACO adaptés à la chirurgie de l'hyperplasie prostatique et d'évaluer les perspectives d'évolution en fonction des études récemment rapportées dans la littérature. Notre évaluation n'a concerné que l'obstruction prostatique, aucune donnée n'ayant été publiée dans la littérature sur le traitement chirurgical des autres étiologies d'obstruction sous-vésicale chez les patients traités par ACO.

DISCUSSION

La chirurgie de l'obstruction prostatique du patient traité par ACO est couramment pratiquée par les urologues. Becker et al. ont ainsi rapporté dans une étude de pratiques proposée aux membres de la société internationale d'endourologie que 88 % des urologues interrogés réalisaient le geste chirurgical chez des patients traités au long court par ACO : soit, après interruption et relais par héparine (60 %), soit après interruption temporaire, mais sans relais (30 %), soit sans interruption (10 %) [1].

La question est de savoir chez quel patient en préopératoire est-il nécessaire de stopper, relayer ou poursuivre les ACO ?

Arrêt sans relais par héparine

Ce cas de figure concerne les patients sous AVK ou AOD. Pour les patients sous AVK, l'arrêt ne peut être proposé qu'aux patients présentant une ACFA sans antécédent embolique ou une maladie thromboembolique à risque modéré. Ces recommandations concernant les AVK n'ont pas été réactualisées depuis 2008, mais peuvent désormais s'appuyer sur l'étude BRIDGE (parue en 2015 dans le *New England Journal of Medicine*) [2]. Cette étude réalisée en double insu a randomisé en 2 bras les patients traités par

AVK (warfarine) pour une ACFA devant bénéficier d'un geste chirurgical : arrêt-sans relais héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et arrêt-avec relais par HBPM. Étaient exclus les patients pour lesquels il n'était pas possible d'interrompre l'anticoagulation (notamment, les patients porteurs de valves cardiaques mécaniques ou les patients à risque thromboembolique élevés). Les auteurs ont conclu à la non-infériorité de la stratégie arrêt-sans relais en termes de risque thromboembolique associée à une diminution du risque d'événement hémorragique.

Pour les patients sous AOD, la gestion de l'arrêt du traitement dépend uniquement de l'acte chirurgical (faible ou haut risque hémorragique). Pour les actes invasifs à risque hémorragique élevé comme la chirurgie d'obstruction prostatique, il est proposé une dernière prise à J-3 pour le rivaroxaban, l'apixaban et l'edoxaban ; une dernière prise de dabigatran à J-4 si la clairance de la créatinine est supérieure à 50 mL/minute, à J-5 si la clairance est comprise entre 30 et 50 mL/minute (Fig. 1).

Lorsque l'arrêt des ACO est possible, toutes les techniques chirurgicales transabdominales par laparotomie ou coelioscopie robot assistée, transurétrales : résection/vaporisation, Uro-lift, Rezum, Aquabeam et les sources d'énergies : courants mono/bipolaire et Lasers (holmium, thulium, greenlight) sont utilisables.

Arrêt avec relais par héparine

Ce cas de figure ne concerne que les patients sous AVK, car les patients sous AOD ne nécessitent pas de relais. Cette stratégie doit être proposée aux patients traités par AVK porteurs d'une valve cardiaque mécanique, d'une ACFA avec antécédent embolique (< 12 semaines) ou une maladie thromboembolique à risque élevé (embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde < 12 semaines). Le schéma d'un relais préopératoire par AVK proposé par les recommandations françaises de l'HAS est résumé dans l'*Encadré 1*.

Comme dans le cas de figure précédent, toutes les techniques chirurgicales et les sources d'énergies sont théoriquement utilisables.

Dans une étude parue en 2011 dans le *World Journal of Urology*, Descazeaud et al. ont évalué l'impact des AVK sur la morbidité de la résection transurétrale de la prostate [3]. Les auteurs ont conclu à une augmentation significative des complications hémorragiques (notamment, caillotage vésical et hématurie prolongée) chez les patients traités par AVK même après relais par héparine en postopératoire. Gardic et al. ont également rapporté une série rétrospective multicentrique de 58 patients porteurs d'une valve cardiaque mécanique opérés d'une obstruction prostatique (résection transurétrale de prostate [RTUP], photovaporisation laser [PVP], ou adénome voie haute [AVH]) [4]. Les AVK étaient relayés en préopératoire dans 97 % par héparine (les AVK étaient poursuivis dans 3 % des cas). Les auteurs ont ainsi rapporté : 26 % de transfusion de culots globulaires et une réintervention pour hémostase complémentaire et/ou décaillotage vésical dans 21 % des cas.

L'enquête de pratique publiée par Becker et al. nous renseigne également que deux tiers des répondants préfèrent utiliser un laser (greenlight, holmium, thulium, diode) et traitent l'obstruction par PVP [1].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11013314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11013314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)