



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Gestion périopératoire des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires<sup>☆</sup>



Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy in gastrointestinal surgery

S.-E. Degirmenci, A. Steib\*

*Service d'anesthésiologie et réanimation chirurgicale, nouvel hôpital civil, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France*

Disponible sur Internet le 13 mars 2014

### MOTS CLÉS

Chirurgie digestive ;  
Nouveaux  
anticoagulants  
directs oraux ;  
Agents  
antiplaquettaires ;  
Urgence ;  
Risque hémorragique

**Résumé** Les risques hémorragique et thrombotique liés à la chirurgie digestive et au terrain du patient font partie intégrante des préoccupations multidisciplinaires de la prise en charge périopératoire. Cette mise au point a pour objectif de discuter des actualités en matière de thromboprophylaxie et de gestion des médicaments anticoagulants et antiplaquettaires récemment mis sur le marché. La durée de la prophylaxie recommandée est de 1 mois pour la chirurgie carcinologique. Il est suggéré d'injecter 2 doses d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pour la chirurgie bariatrique sans dépasser une dose totale de 10 000 UI/jour. Une bithérapie antiagrégante plaquettaire est nécessaire durant 6 semaines pour un stent nu, de 6 à 12 mois pour un stent actif, de 12 mois après syndrome coronarien aigu. L'arrêt brutal des antiagrégants expose au risque de thrombose. En l'absence de données, il n'y a pas de recommandations spécifiques pour leur gestion en chirurgie digestive. Dans les interventions lourdes, le maintien de l'aspirine doit être discuté au cas par cas. Si l'arrêt du traitement est indispensable, il doit être court (aspirine 3 jours, ticagrélor et clopidogrel 5 jours, prasugrel 7 jours). Les modalités de gestion des nouveaux anticoagulants directs oraux (ADOs) en situation programmée sont superposables à celles des antivitamines K (AVK) en évitant tout chevauchement en cas de relais avec de l'héparine. En situation d'urgence, un algorithme est proposé en fonction du médicament, des tests d'hémostase disponibles et du délai opératoire.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2014.01.009>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [annick.steib@chru-strasbourg.fr](mailto:annick.steib@chru-strasbourg.fr) (A. Steib).

**KEYWORDS**

Gastro-intestinal surgery;  
New direct oral anticoagulants;  
Anti-platelet agents;  
Emergency;  
Bleeding risk

**Summary** Peri-operative management of the risks of hemorrhage and thrombosis related to gastrointestinal surgery tailored to patient characteristics are part of daily multidisciplinary practice tasks. The goal of this update is to discuss current practices concerning antithrombotic prophylaxis and the management of recently developed anticoagulants and anti-platelet agents. The duration of prophylaxis is one month for oncological surgery. The recommended doses in bariatric surgery are twice daily injections of low-molecular weight heparin without exceeding a total dose of 10,000 IU/day. Dual anti-platelet therapy is necessary for six weeks after placement of bare-metal stents, from 6–12 months for drug-eluting stents, and 12 months after an acute coronary artery syndrome. Abrupt discontinuation of anti-platelet therapy exposes the patient to an increased risk of thrombosis. Data are insufficient to make specific recommendations for anti-platelet therapy in gastro-intestinal surgery. For major digestive surgery, prescription of daily aspirin should be discussed case by case. If discontinuation of treatment is absolutely necessary, this should be as short as possible (aspirin: 3 days, ticagrelor and clopidogrel: 5 days, prasugrel: 7 days). The modalities for elective management of new oral anti-coagulants are similar to those for classical vitamin K antagonists (VKA) therapy, except that any overlapping with heparin administration must be avoided. In the emergency setting, an algorithm can be proposed depending on the drug, the available coagulation tests and the interval before performing surgery.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**POINTS ESSENTIELS**

Concernant l'actualisation des recommandations sur la thromboprophylaxie en chirurgie digestive :

- une prophylaxie postopératoire d'un mois est recommandée en chirurgie carcinologique ;
- il est suggéré de prescrire 2 injections par jour d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en chirurgie bariatrique sans dépasser une dose journalière totale de 10 000 UI anti-Xa.

Concernant la gestion périopératoire des antiagrégants plaquettaires (AAP) :

- pour la chirurgie « lourde » « toutes spécialités confondues » la Haute Autorité de santé (HAS) préconise une réflexion bénéfice/risque personnalisée ciblée sur le maintien de l'aspirine chez les patients à haut risque cardiovasculaire ;
- si l'arrêt des AAP est indispensable, l'arrêt doit être le plus court possible (aspirine 3 j, clopidogrel et ticagrelor 5 jours, prasugrel 7 jours) avec une reprise précoce postopératoire.

Concernant la gestion périopératoire des nouveaux anticoagulants directs oraux (AODs) :

- la gestion préopératoire en situation programmée est superposable à celle des AVK ;
- en postopératoire il ne doit pas y avoir de chevauchement entre héparines et AODs (risque hémorragique+++ ) car l'effet anticoagulant est maximal 2–4 h après la prise orale ;
- en urgence, des tests d'hémostase spécifiques permettent d'appréhender la concentration résiduelle du médicament. Une valeur  $\leq 30$  ng/mL pour le dabigatran et le rivaroxaban permet d'opérer. Au-dessus de ce seuil, il est préférable de différer la chirurgie. En cas d'impossibilité, l'administration de concentré de complexe prothrombinique (CCP) ou activé (FEIBA<sup>®</sup>, Baxter) est proposée si un saignement anormal périopératoire est observé.

La majorité des interventions réalisées en chirurgie digestive comporte un risque hémorragique et/ou un risque thrombotique modéré ou élevé variables selon l'acte réalisé et le terrain du patient. L'évaluation préopératoire est capitale pour identifier clairement ces risques et ajuster les stratégies périopératoires mises en œuvre pour limiter à la fois le saignement et la survenue d'une thrombose veineuse ou artérielle. Ces stratégies concernent la thromboprophylaxie mais aussi la gestion des traitements chroniques (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires) pris par le patient pour prévenir un risque thrombotique veineux ou artériel. Elles doivent faire l'objet d'une discussion multidisciplinaire pour établir des protocoles consensuels dans le cadre d'une appréciation du bénéfice/risque. Les recommandations ou propositions d'experts publiées dans ce domaine sont susceptibles d'accompagner cette réflexion. L'objet de cette mise au point est d'en faire la synthèse à la lumière des données récentes et de la mise sur le marché de nouveaux médicaments actifs sur l'hémostase.

## Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse en chirurgie digestive

La stratification du risque thrombotique en chirurgie digestive avait permis d'élaborer en collaboration avec l'Association française de chirurgie les recommandations pour la prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE) publiées par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) en 2005 [1]. Ces recommandations ont été réactualisées en 2011 [2] selon la méthode GRADE. La formulation est binaire. Le grade 1 correspond à une « recommandation » soit positive (il est recommandé de faire 1+) soit négative (il est recommandé de ne pas faire 1–). Le grade 2 correspond à une « suggestion » positive (2+) ou négative (2–) en l'absence de données pertinentes de la littérature. Deux chapitres ont été rajoutés pour la chirurgie digestive : l'un concerne la chirurgie carcinologique avec en ligne de mire la durée de la prophylaxie, l'autre s'intéresse plus spécifiquement à la chirurgie bariatrique pour laquelle sont rediscutés la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6098758>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6098758>

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