

Des recommandations publiées et connues

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Prise en charge des surdosages en antivitamines K,
des situations à risque hémorragique
et des accidents hémorragiques
chez les patients traités par antivitamines K
en ville et en milieu hospitalier**

2008

RECOMMANDATIONS

Avril 2008

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
Association Pédagogique Nationale des Enseignants de Thérapeutique
Groupe d'Etudes sur l'Hémostase et la Thrombose (demandeur et promoteur)
Collège National des Généralistes Enseignants
Société Française d'Anesthésie et Réanimation
Société Française de Cardiologie
Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiaque
Société Française d'Endoscopie Digestive
Société Française de Médecine Interne
Société Française de Médecine d'Urgence
Société Française de Médecine Vasculaire
Société Française de Rhumatologie
Société de Réanimation de Langue Française



CHEST

ANTITHROMBOTIC THERAPY AND PREVENTION OF THROMBOSIS, 9TH ED: ACCP GUIDELINES

Supplement

Perioperative Management of Antithrombotic Therapy

**Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis,
9th ed: American College of Chest Physicians
Evidence-Based Clinical Practice Guidelines**

*James D. Desai, MD, FCCP; Alex C. Spyropoulos, MD, FCCP; Frederick A. Spencer, MD;
Michael Mayr, MD; Amir K. Jaffer, MD, FHM; Mark H. Eckman, MD;
Andrew S. Dunn, MD; and Regina Kunz, MD, MSc (Epi)*

Maintien AVK pour actes à faible risque hémorragique

CHIRURGIE ET ACTES INVASIFS

Actes responsables de saignements de faible intensité et aisément contrôlés, pouvant être réalisés sans interrompre les AVK

Conditions :

- INR compris entre 2 et 3, à contrôler avant le geste
- absence de risque médical associé (prise d'un autre médicament ou comorbidité interférant avec l'hémostase ou avec l'équilibre du traitement anticoagulant).

Actes :

- chirurgie cutanée
- chirurgie de la cataracte
- actes de rhumatologie à faible risque hémorragique*
- certains actes de chirurgie bucco-dentaire**
- certains actes d'endoscopie digestive***

(sites consultables : * www.rhumatologie.asso.fr ; ** www.societechirbuc.com ; *** www.sfed.org)

Quel que soit le risque thrombotique

Pas de relais périOP pour patients à faible risque thrombotique

Actes programmés nécessitant l'interruption des AVK

(objectif : INR au moment de l'intervention < 1,5 ou < 1,2 si neurochirurgie)

- ACFA sans antécédent embolique
- MTEV à risque modéré

- Valves mécaniques (tout type)
- ACFA avec antécédent embolique
- MTEV à haut risque*

- ▶ Arrêt des AVK sans relais préopératoire par héparine.
- ▶ Reprise des AVK dans les 24 - 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**.

- ▶ Arrêt des AVK et relais préopératoire par héparine à dose curative.
- ▶ Reprise des AVK dans les 24 – 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**.

* i.e. TVP proximale et/ou EP < 3 mois, MTEV récidivante idiopathique ($n \geq 2$, au moins un accident sans facteur déclenchant). La mise en place d'un filtre cave en préopératoire est discutée au cas par cas.

** L'héparinothérapie à dose curative ne doit pas être reprise avant la 6^e heure postopératoire. Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris à la 6^e heure, dans les situations où elle est indiquée, la prévention postopératoire précoce de la MTEV doit être réalisée selon les modalités habituelles.

(MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse ; TVP : thrombose veineuse profonde ; EP : embolie pulmonaire ; ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire)

Modalités de relais

Annexe 2. Exemple de relais préopératoire AVK-héparine en vue d'un acte chirurgical programmé

(INR, déterminé 7 à 10 j avant, dans la fourchette thérapeutique)

J-5 : dernière prise de fluindione/warfarine

J-4 : pas de prise d'AVK

J-3 : première dose d'HBPM curative sous-cutanée (SC) ou HNF SC le soir

J-2 : HBPM x 2/j SC ou HNF SC x 2 ou 3/j

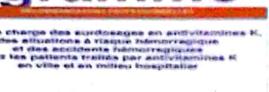
J-1 : hospitalisation systématique

HBPM 1x/j toléré pour MVTE

- HBPM à dose curative le matin de la veille de l'intervention ou HNF SC jusqu'au soir de la veille de l'intervention
- Ajustement de l'anticoagulation en fonction du bilan biologique : si INR $\geq 1,5$ la veille de l'intervention, prise de 5 mg de vitamine K *per os*

J0 : chirurgie

(Chirurgie programmée le matin)



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES
Prise en charge des surdosages en antivitamines K,
des situations à risque hémorragique
et des accidents hémorragiques
chez les patients traités par antivitamines K
en ville et en milieu hospitalier

RECOMMANDATIONS
AVK 2008

Gestion postopératoire

- En l'absence de risque hémorragique majeur et persistant, il est recommandé de reprendre les AVK (sans dose de charge) dans les 24 premières heures. Sinon, dès que possible après l'intervention.
- Les héparines doivent être administrées **à dose curative** dans les **6 à 48 heures postopératoires** selon le risque hémorragique et le risque thromboembolique
- Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris dès la 6e heure, dans les situations où elle est indiquée, **la prévention postopératoire de la MTEV** doit être réalisée selon les modalités habituelles

**CHEST**

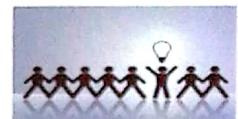
ANTITHROMBOTIC THERAPY AND PREVENTION OF THROMBOSIS, 9TH ED: ACCP GUIDELINES

Supplement**Perioperative Management of Antithrombotic Therapy****Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines***James D. Desai, MD, FCCP; Alex C. Spyropoulos, MD, FRCGP; Frederick A. Spencer, MD; Michael Mlyn, MD; Amrit K. Jaffer, MD, FHM; Mark H. Eckman, MD; Andrew S. Dunn, MD; and Regina Kuntz, MD, MSc (Epi)*

	VM	FA	MVTE
Elevé bridging	Mitrale Bille – disque Ao AVC – AIT < 6 mois	CHADS ² 5-6 AVC – AIT < 3 mois RAA valve	MVTE < 3 mois Thrombophilie sévère
Modéré bridging +/-	Valve Ao ailettes + FdR (Fa, AIT, AVC, HTA, diabète après 75 ans, Ic)	CHADS ² 3-4	MVTE : 3 – 12 mois Thrombophilie non sévère Récidive MVTE Cancer actif
Faible no bridging	Valve Ao ailettes sans FdR	CHADS ² 1-2	MVTE > 12 mois et absence FdR

Evolution des modalités de relais

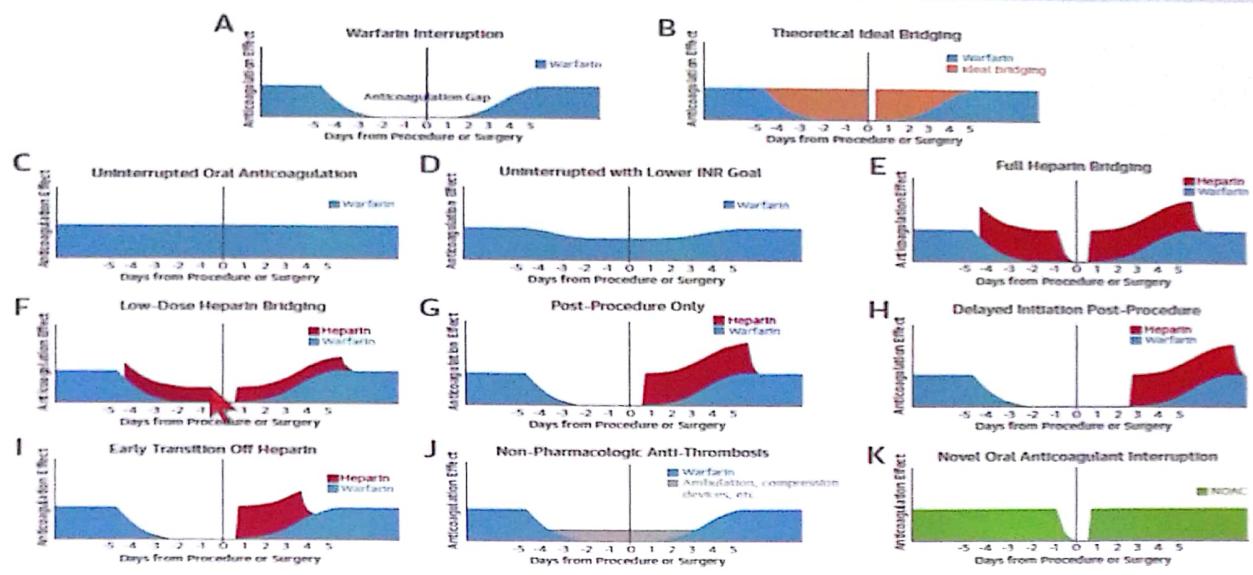
- Evaluation préalable du risque hémorragique
 - non seulement sur le plan chirurgical



Bleeding risk	HAS-BLED ³³		1	0	1.13
	Hypertension ^b	1 or 2		1	1.02
	Abnormal liver ^c or renal ^d function (1 point each)				
	Stroke	1	2		1.88
	Bleeding history ^e or predisposition (anemia)	1	3		3.74
	Labile INR ^f	1	4	8.70	
	Elderly ≥ 65 yrs	1	≥ 5	12.5	
	Drugs (antiplatelets, NSAIDs) or alcohol ^g (1 point each)	1 or 2			
					Total score
					Bleed rate (%)
Bleeding risk	BleedMAP ³⁴				
	Bleed, prior history ^h	1	0	0.81	
	Mitral mechanical heart valve	1	1-2	2.6	
	Active cancer	1	≥ 3	10.0	
	Platelets low	1			

Personnalisation modalités de relais?

FIGURE 3. Periprocedural Antithrombotic Strategies



Warfarin interruption produces an anticoagulation gap (A). Various strategies (C to K) attempt to emulate a theoretical ideal bridge (B). See text for discussion. INR = international normalized ratio; NOAC = novel oral anticoagulant.