



Antiagrégants Pour la pratique

Les nouvelles
recommandations

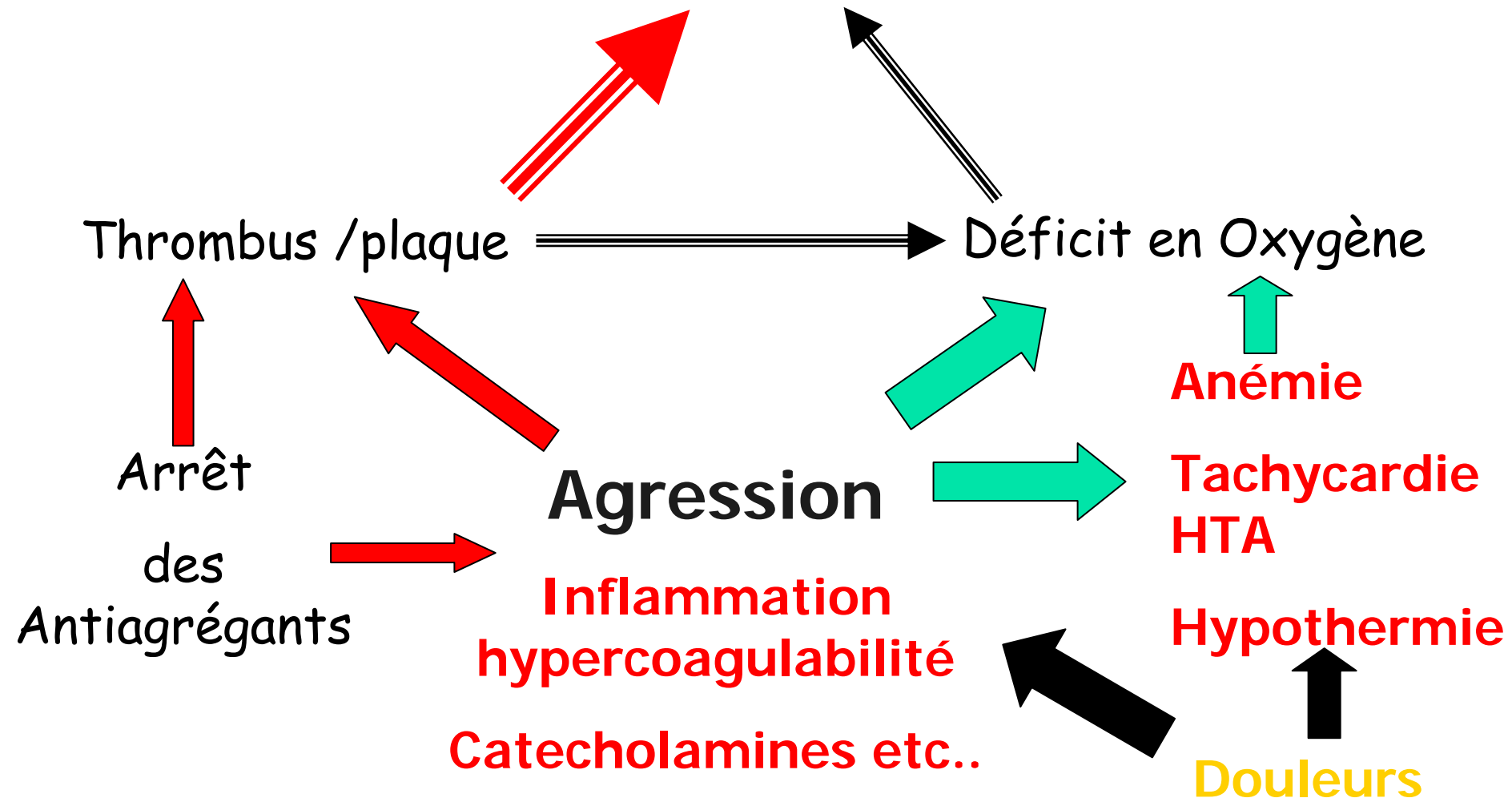
C Decoene



Avant toute intervention chirurgicale

La coagulation doit être normalisée

Ischémie Myocardique péri-opératoire



Gestion des antiagrégants

- 2 étapes
- Conf. D'expert 2001
 - www.sfar.org
- Recommandations 2006
 - www.sfar.org

Trois parties

- Conf. 2001
- Pourquoi une réactualisation?
 - Quoi faire au 12//X/2006

Conférence d'Experts 2001



Conférences d'experts 2001

- Rappel des indications
 - Coronaires/ACFA/ Vaisseaux
- Rappel des Non indications
 - Prévention de la Thrombose veineuse
- Absence de test de l'effet antiagrégant
- Risque hémorragique
 - Augmenté
 - sous aspirine (excepté carotide et cardiaque)

Conférences d'experts 2001

- ALR
 - Possible sous aspirine
 - Non sous thiénoopyridines (Plavix, Ticlid)

Notion de Bénéfice-Risque

Conférences d'experts 2001

- Arrêt des antiagrégants
 - Coronaires et Neurovasculaires
 - **Pas d'arrêt non justifié par le risque hémorragique**
 - Stent coronaire
 - **Pas d'arrêt dans les deux premiers mois**
 - Autres : arrêt si risque hémorragique
 - Relais
 - Flurbiprofène (Cebutid) 50 mg x 2
 - **HBPM 2 doses** (150 UI/kg/jour)
-

REPRISE RAPIDE

Conférences d'experts 2001

- Prévention de l'hémorragie
 - Hémostase
 - Chirurgicale, Hb, normothermie
 - Antifibrinolytiques
 - Acide tranexamique/ Aprotinine
 - Plaquettes
 - Jamais en préventif !!!

Les faits nouveaux



- **Les stents actifs coronaires**
- **Les études de Morbi/Mortalité**
- **Un peu de pharmacopée.....**

- **Les stents actifs coronaires**
 - **Cypher, Taxus**
- Les études de Morbi/Mortalité
- Un peu de pharmacopée.....

Les stents coronaires

- Classiques
 - Risque thrombogène 2 mois et ?
- Couverts (Taxus, Cypher)
 - Risque thrombogène > ?
 - Si bithérapie, bien menée
 - Diabète , sténose longue, bifurcation
insuffisance rénale, fraction d'éjection
basse

Bithérapie

aspirine + plavix

Périopératoire et stents couverts

- Des cas cliniques (inquiétants)
- Attrait du nouveau ?

Mais Que sait-on des stents en général?

- Vicenzi BJA 2006 96: 686-93
- 103 patients
- AA maintenus jusqu'à J-3
 - Relais HNF (1,5) ou HBPM (100 UI/kg)
 - Chirurgie non cardiaque
- Conclusions < 35 Jours danger x 2.11
 - Mais
- 44,7% de complications / 4,9% de décès
- 2 saignements (seulement)
- Type de stents?

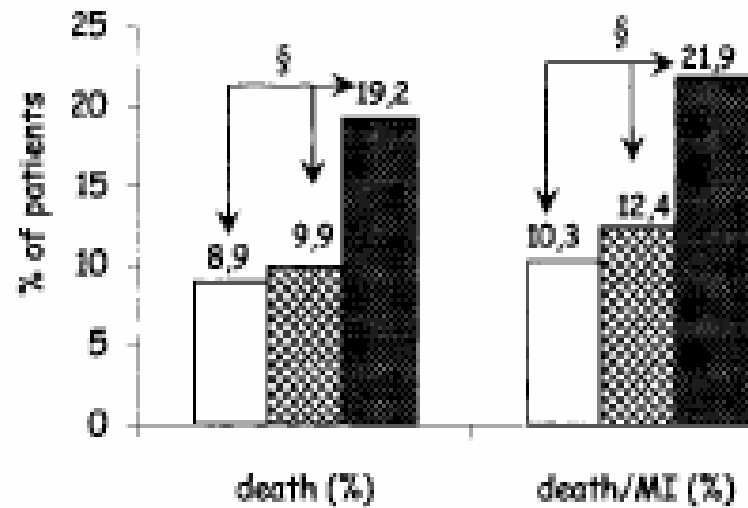
- Les stents actifs coronaires
- **Les études de Morbi/Mortalité**
- Un peu de pharmacopée.....

SCA et antiagrégants

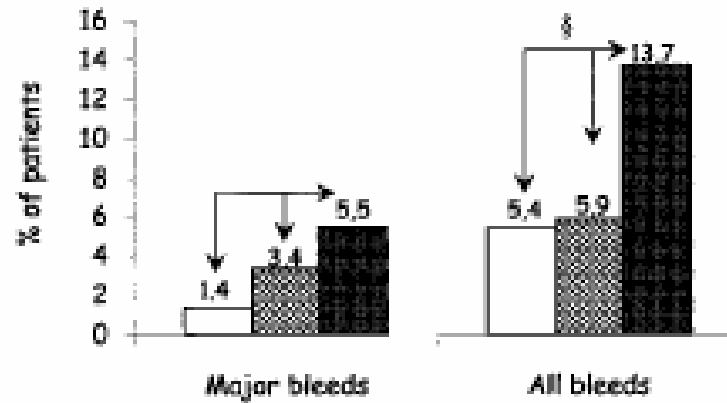
Collet JP et coll

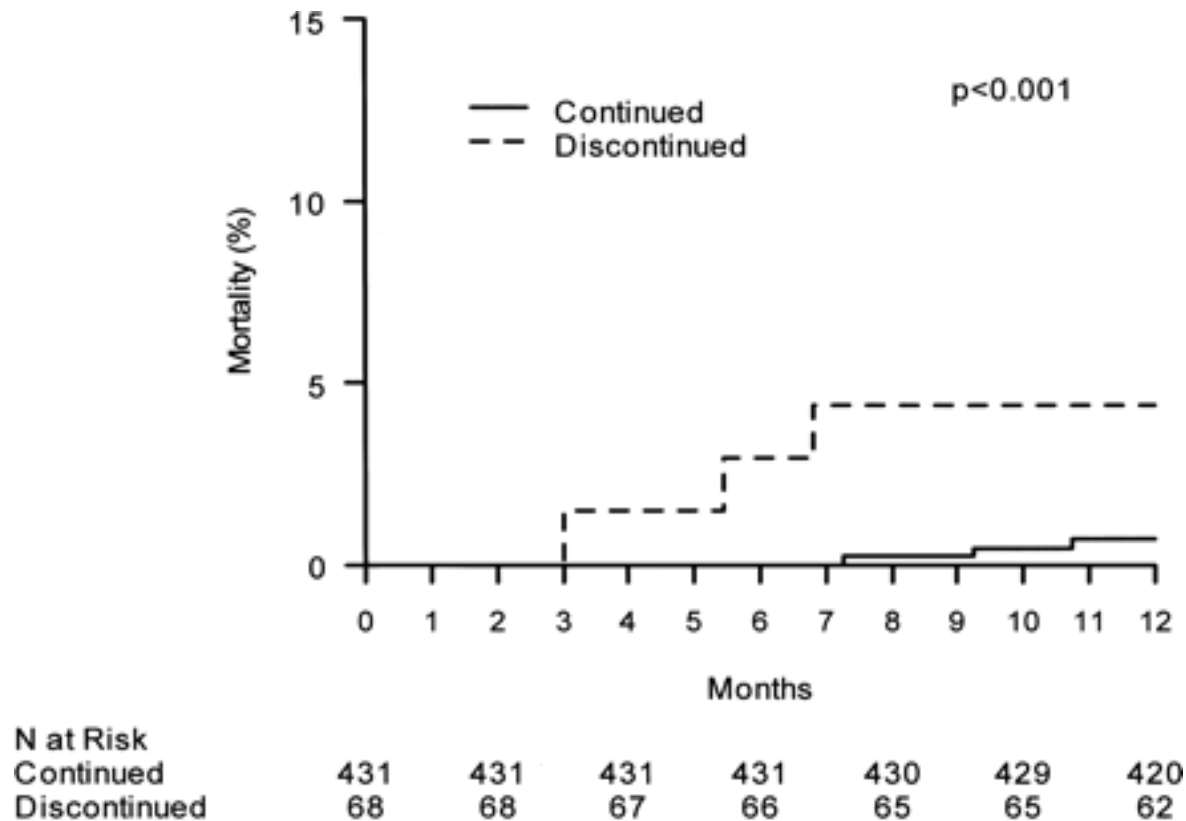
**Impact of prior use or recent withdrawal of oral
antiplatelet agents on acute coronary syndromes.
Circulation 2004; 110: 2361-7**

□ Non Users ▨ Prior Users ■ Recent withdrawers



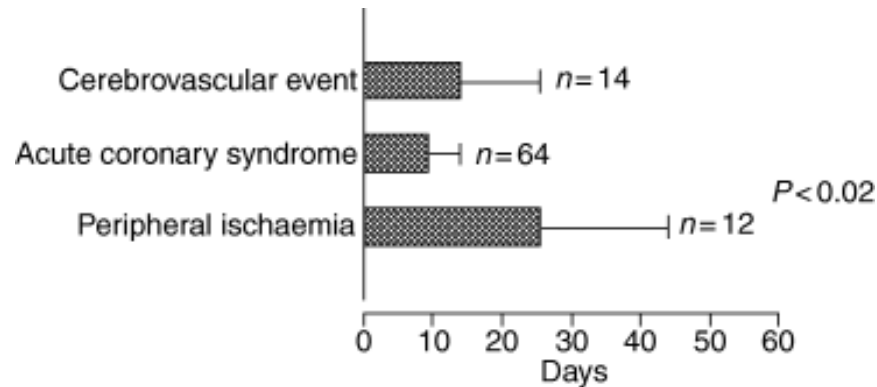
□ Non Users ▨ Prior Users ■ Recent withdrawers





Endoprothèse couverte mortalité après arrêt du clopidogrel
Circulation 2006 113; 2008-9

Période périopératoire et arrêt des antiaggrégants



Risque cardiovasculaire 10,2%

Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention - cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation - review and meta-analysis.

[Burger W](#), [Chemnitius JM](#), [Kneissl GD](#), [Rucker G](#).

[Journal of internal medicine 2005; 257 :399-414](#)

- Les stents actifs coronaires
- Les études de Morbi/Mortalité
- **Un peu de pharmacopée.....**

Modalités d'arrêt des antiagrégants

- Classique 8 jours
- Nouvelle 5 jours
 - Restauration d'un pool minimum efficace
 - Vitesse ?
- Notion de relais
 - Clopidogrel → Aspirine

Qui dit arrêt dit « REPRISE »

Dès que possible

Antiagrégants (autres....)

- Dissociation
 - effet antiagrégant et hémorragique ?
 - Effet non mesurable
 - Intensité d'action aléatoire
- Potentialisation
 - Toute autre anomalie même minime
 - Deroxat
 - Ail

EN PRATIQUE (12/X/2006)



LES CERTITUDES

- 2 premiers mois de l'implantation d'un stent = bithérapie
- Si couvert → 12 mois (?)
- Si thrombose : Mortalité = 50%
- Pas de substitution vraie
 - Ni HBPM Ni Flurbiprofène
- Reprise dès que possible
- Bilan préopératoire et coronaire
 - Dilatation simple ou Stent Nu ou PC ou Rien ??
- Patient avec antiagrégants arrêtés = ouf....pas sûr

La seule vraie certitude

- Toujours S'interroger quand un patient a des antiagrégants + + + +
 - Pourquoi
 - Risque à l'arrêt

LES DOUTES

- Le risque de thrombose tardive des stents
 - Equivalent ∇ le stent ?
- L'effet d'un arrêt court des antiagrégants
 - 5 jours
 - Limite le saignement / le risque de thrombose ???
- Le risque hémorragique sous antiagrégant
 - Patient dépendant
- Remplacement thiénoypyridine == > aspirine



Comment faire ?

- Avoir les moyens de raisonner
 - Patient
 - Avis cardiologique (type de stent, gestion aap)
 - Chirurgien
 - Risque hémorragique
 - Délai intervention
 - Anesthésiste-réanimateur
 - Balance

Consultation multidisciplinaire

Trace écrite ?

Face à un patient sous antiagrégants devant être opéré : Deux risques à évaluer

- Hémorragique
 - Nul
 - Contrôlable
 - Dangereux
 - (neurochirurgie, décollements, face et cou, rétropéritoine)
- Thrombotique
 - Faible
 - Moyen
 - **Stent nu ancien, diabète, ins rénale, artérite**
 - **Thiénopiridines/ Aspirine**
 - Important
 - **Stent actif < 12 mois ou nu < 6 semaines, SCA récent**
 - **Bithérapie**

Risque thrombotique important

= **stent couvert < 1 an ou nu < 6 sem**
SCA < 6sem
BITHERAPIE

- Risque hémorragique nul
 - Bithérapie poursuivie
- Risque contrôlable
 - Arrêt Thiéno 5 jours / poursuite aspirine
- Risque majeur
 - Arrêt thiéno et aspirine 5 jours ?
 - **HPBM curatif 150UI/KG/J**
 - **? Maniabilité**
 - **HNF (tca x 2)**

Risque thrombotique moyen

**Stent ancien, coronarien stable,
artériitique stable**

Thiénopiridines ou Aspirine

- Essayer de préserver la bithérapie
- Relayer le clopidrogel par de l'aspirine
- Garder l'aspirine sauf risque hémorragique majeur
 - **Dans ce cas substituer HBPM/ HNF**

Risque thrombotique faible

Les autres

- Arrêt possible À éviter même de l'aspirine
- Ne pas oublier la reprise

Prise en charge périopératoire

IMPERATIVE

- Eviter les gestes qui saignent
 - Sonde nasogastrique par ex.....
 - Sonde urinaire, kt rétro
- Surveillance armée
 - ST, troponine, douleur
- Reprise précoce des antiagrégants
 - Dose de charge de clopidogrel (4,8,12 cp)
- Héparinisation efficace
 - Limite le rôle du syndrome inflammatoire

Conduites en fonction :

Du risque hémorragique de l'intervention		Du risque de thrombose d'EC pharmaco-active	
Majeur	Intervention ne pouvant être réalisée sous AAP	Majeur	Mise en place depuis moins de 6 mois à 1 an ou patient nécessitant un traitement par aspirine-clopidogrel ou patient avec facteur de risque
Modéré	Intervention réalisable sous AAP seule	Modéré	Mise en place depuis plus de 6 mois à 1 an
Mineur	Intervention réalisable sous ASA et Clopidogrel		
Evaluer avec les responsable du geste invasif ou le chirurgien		Evaluer avec le cardiologue	
Dans tous les cas, l'intervention doit être reportée au-delà de 6 semaines d'un SCA dans la mesure du possible			

Endoprothèse Coronaire (EC) Pharmaco- active	Risque hémorragique de l'intervention		
	Majeur	Intermédiaire	Mineur
Majeur	<p>Reporter l'intervention au-delà de 6 mois à 1 an après la pose de l'EC</p> <p><u>Si impossible</u> :</p> <p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours¹⁻² ou Arrêt aspirine-clopidogrel¹ 10 jours maxi et substitution³</p>	<p>Reporter l'intervention au-delà de 6 mois à 1 an après la pose de l'EC</p> <p><u>Si impossible</u> :</p> <p>Maintien aspirine Arrêt clopidogrel¹⁻² 5 jours</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel</p>
Modéré	<p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours¹ ou Arrêt aspirine-clopidogrel¹ 10 jours maxi et substitution³</p>	<p>Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours¹⁻²</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel ou Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours</p>

¹ Possibilité d'une dose de charge de 300 mg Plavix lors de la reprise

² Ne repose sur aucune étude prospective – Avis d'experts

³ Substitution par Flurbiprofène ou HBPM : pas d'argument en faveur de cette substitution.avis d'experts

Conclusion

- Multidisciplinarité
- Raisonnement
- Surveillance
- Reprise + + + + +
- Suivi
 - Etude sur les pratiques
 - Cohorte de patients

