



CLINIQUE DE
L'YVETTE

STRATÉGIES D'ANTICOAGULATION PÉRI-OPÉATOIRE

COMEDIMS du 6 novembre 2019

K. TOTH & A. SEDAGHATI



0

CONSOMMATIONS

- A l'hôpital : 11k€
 - HBPM 7,7k€
 - HS 3k€
 - Antiplaquettaires 72€
- En ville: 25k€, $\text{delta}_{2018/2017} = -3\%$

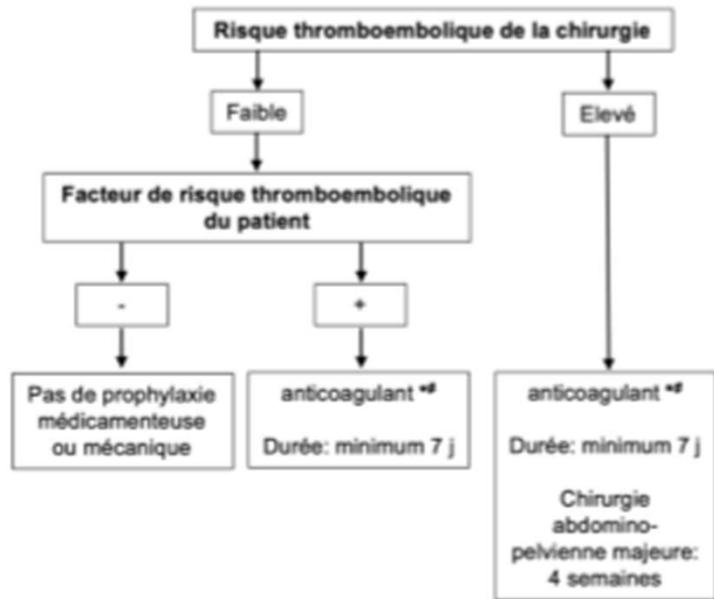
STRATÉGIE PRÉOPÉRATOIRE

Classes thérapeutiques		Risque hémorragique faible (Chirurgies de la cataracte, dents de sagesse, ponction articulaire)	Risque hémorragique modéré ou élevé (Chirurgies orthopédiques, viscérales, prostatiques, coloscopies) et/ou lorsqu'une anesthésie péri-médullaire ou par bloc profond est envisagée			
Anti-plaquettaires	Clopidogrel Ticagrelor	Poursuite	Interruption 7 jours avant la chirurgie			
	Prasugrel	Poursuite	Interruption 5 jours avant la chirurgie			
	AAS	Poursuite	Prévention primaire : Interruption 3 jours avant la chirurgie Prévention secondaire : Poursuite à 75mg par jour			
Anticoagulants	HNF	Poursuite	Interruption 4-6h avant la chirurgie (si voie SC : 12-24h avant)			
	HBPM	Poursuite	Interruption 24h avant la chirurgie			
	AVK	Poursuite	INR cible < 1,5 le jour d'intervention. Si INR en zone thérapeutique (entre 2 et 3) :			
			warfarine	Dernière prise à J-5		
			fluindion	Dernière prise à J-5		
			acénocoumarol	Dernière prise à J-7		
	Relais des AVK dès que INR < 2 par HBPM à 2 injections jusqu'à 24h avant l'intervention					
	AOD	Pas de prise la veille au soir ni le matin de l'acte invasif	rivaroxaban	Crockroft ≥ 30 ml/mn	Dernière prise à J-3	
			apixaban edoxaban			
			dabigatran	Crockroft ≥ 50 ml/mn	Dernière prise à J-4	
			Crockroft 30 - 49 ml/mn	Dernière prise à J-5		
Pas de relai Pas de dosage						

Godier A, Anesth Reanim 2018

Jeudi de l'Yvette & Sanofi du 16 mai 2019 – Gestion péri-opératoire des anticoagulants et thromboprophylaxie

STRATÉGIE POST-OPÉRATOIRE POUR TOUTE CHIRURGIE HORS PTH ET PTG



Risque thromboembolique de la chirurgie

Faible : Arthroscopie, ménisectomie, chirurgie du pied, ablation de matériel d'ostéosynthèse, chirurgie de paroi, varices, appendice, vésicule non inflammatoire, proctologie, chirurgie pariétale, chirurgie mammaire esthétique, lifting ...

Elevé : plateau tibial, fracture du col, abdominoplastie, chirurgie abdominale majeure : foie, pancréas, côlon, maladie inflammatoire ou cancéreuse du tractus digestif...

Facteurs de risque thromboembolique majeurs du patient

- Antécédent personnel d'évènement thromboembolique veineux
- Thrombophilie majeure (déficit AT, prot C ou S, mut V homozygote ou II homozygote ou double hétérozygotes)
- Age >70 ans
- IMC ≥30 kg/m²
- Cancer actif (traitement au cours des 6 derniers mois)
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire
- Contraception orale oestrogénique,
- Traitement hormonal par voie orale de la ménopause
- Déficit neurologique <1 mois (AVC, lésion médullaire)
- Post-partum (<2 mois)
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine (ClCr) <30 ml/min)
- Traitement préopératoire par EPO

Thromboprophylaxie de l'insuffisant rénal sévère (ClCr <30 ml/min)

- énoxaparine 2000 UI x 1/ SC si ClCr de 15 à 30 ml/min
- tinzaparine 4500 UI x 1/j SC si ClCr >20 ml/min
- si ClCr <15 ml/min alors utiliser l'HNF

(Pas de fondaparinux, apixaban, dabigatran, rivaroxaban, aspirine)

Thromboprophylaxie de l'obèse d'IMC ≥40kg/m²

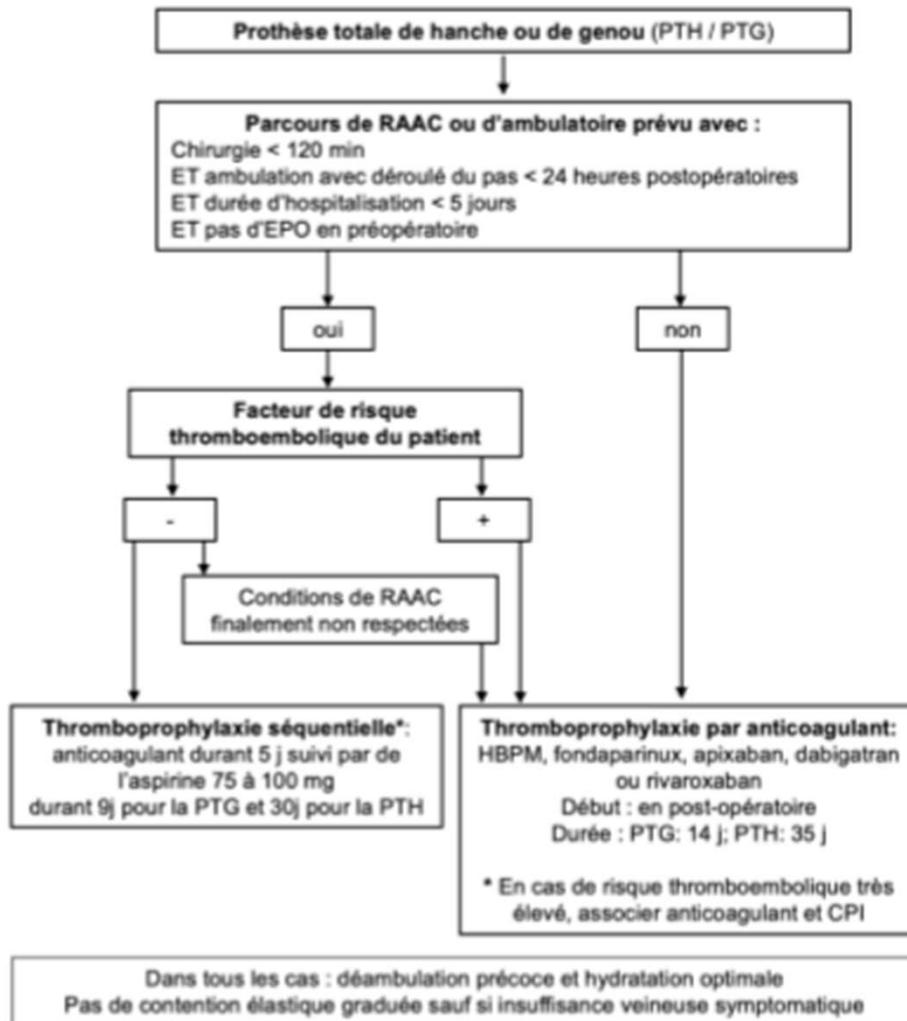
1/ chirurgie bariatrique : CPI + HBPM SC 2x3000 à 2x6000 UI (risque hémorragique potentiellement augmenté pour 2x6000 UI) ou dose unique majorée ou ajustée sur le poids maigre. Durée minimale 10 jours.

2/ chirurgie non bariatrique : suggestion HBPM SC 2x3000 à 2x4000 UI + durée selon chirurgie; si IMC ≥40 kg/m² : schéma habituel.

- Dans tous les cas : déambulation précoce et hydratation optimale
- * En chirurgie programmée les anticoagulants sont débutés en post-opératoire
- # En cas de risque thromboembolique très élevé, associer anticoagulant et compression pneumatique intermittente (CPI)
- Il n'y a pas d'indication à la contention élastique graduée sauf si insuffisance veineuse symptomatique

Albaladejo P, Eur J Anesthesiol 2018

STRATÉGIE POST-OPÉRATOIRE POUR LA PTH ET LA PTG



- Facteurs de risque thrombo-embolique**
- Antécédent personnel d'évènement thrombo-embolique veineux
 - Thrombophilie majeure (déficit AT, prot C ou S, mut V homozygote ou II homozygote ou double hétérozygotes)
 - Age >70 ans
 - IMC ≥ 30 kg/m²
 - Cancer actif (traitement au cours des 6 derniers mois)
 - Insuffisance cardiaque ou respiratoire
 - Contraception orale oestrogénique,
 - Traitement hormonal par voie orale de la ménopause
 - Déficit neurologique <1 mois (AVC, lésion médullaire)
 - Post-partum (2 mois)
 - Insuffisance rénale sévère (Clairance Créatinine (ClCr) <30 ml/min)
 - Traitement préopératoire par érythropoïétine (EPO)

- Thromboprophylaxie de l'insuffisant rénal sévère**
 (Clairance Créatinine (ClCr) < 30 ml/min)
- énoxaparine 2000 UI x 1/ SC si ClCr de 15 à 30 ml/min
 - tinzaparine 4500 UI x 1/j SC si ClCr >20 ml/min
 - si ClCr <15 ml/min: utiliser l'HNF
- (Pas de fondaparinux, apixaban, dabigatran, rivaroxaban, ou aspirine)

LES BIOSIMILAIRES DE L'ÉNOXAPARINE

En sortie d'hospitalisation pour la "Ville"

Reco de la COMEDIMS:
Prescrire en DCI

Substance active (DCI)	Médicament de référence	Médicaments biosimilaires avec AMM européenne
Enoxaparine	LOVENOX	<u>ENOXAPARINE BECAT</u> <u>ENOXAPARINE CRUSIA (Biogaran)</u> <u>ABENOX</u> <u>INHIXA</u> <u>THORINANE</u>



A l'hôpital : LOVENOX 4000 UI = 0,80 €HT (8000 seringues = 7k€/an)
 En ville: LOVENOX 4000 UI = 4,66 €HT
 EXOXAPARINE CRUSIA 4000 UI = 3,00 €HT