



Francophones 2005
Mini-Conférence

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTI-COAGULANTS OU AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES AVANT UNE ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Docteur Bertrand Napoléon, Lyon

Introduction (1)

- **Problème de plus en plus fréquent :**
 - 1 million de patients sous aspirine
 - 300.000 patients sous anti-vitamine K (AVK)
- **Balance de risques :**
 - risque hémorragique de la procédure
 - risque thromboembolique de l'arrêt du traitement :
0,3 à 3 % de risque d'accident vasculaire cérébral
en cas de fibrillation auriculaire (FA) simple ou combinée
- **Idéalement, concertation prescripteur-opérateur :**
 - en pratique, souvent limitée...
→ recommandations ?

Introduction (2)

- *Guidelines* disponibles rares : Etats-Unis (2002, 2005), Canada (Société d'Endoscopie Digestive)
- Données de la littérature rares → **avis d'experts**
- **Recommandations françaises récemment finalisées** et édictées en commun par :
 - la Société Française d'Endoscopie Digestive
 - le Groupe d'Etudes sur l'Hémostase et la Thrombose (B. BONEU, J.F. SCHVED)
 - la Société Française de Cardiologie, Groupe Thrombose (L. MAILLARD)
 - la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (C.M. SAMAMA)

Eléments à prendre en compte

- **Risque hémorragique de la procédure :**
 - procédures à faible risque
 - procédures à haut risque
- **Traitement antithrombotique utilisé :**
 - agents antiplaquettaires (AAP)
 - AVK
 - héparines
 - autres
- **Risque thromboembolique du patient**

Risque hémorragique de la procédure

- Quand le risque est très faible :
un traitement antithrombotique est sans impact
- Quand le risque est élevé ($> 1\%$) :
un traitement antithrombotique augmente ce risque :
par exemple, sphinctérotomie : risque $\times 7,8$ sous AVK
- Autres éléments majorant ce risque :
 - saignement non accessible à l'endoscopie
 - risque perforatif (problème de la chirurgie sous antithrombotique)

Procédures à faible risque

- Gastroskopie par voie buccale
- Echo-endoscopie diagnostique
- CPRE diagnostique, avec dilatation ou insertion de prothèse sans sphinctérotomie
- Entéroscopie
- **Réalisation de biopsies**
- **Rectosigmoïdoscopie et coloscopie sans polypectomie :**
 - il est rare de savoir que l'on ne fera pas de polypectomie
 - risque perforatif relatif : suivant le traitement, le risque peut être majoré → **le plus souvent classé en haut risque**

Procédures à haut risque

- **Risque élevé de saignement (> 1 %) :**
 - résection tissulaire : polypectomie, mucosectomie, ...
 - sphinctérotomie
 - traitement de varices œso-gastriques
 - procédures d'hémostase sur des lésions vasculaires
 - photodestruction et photocoagulation au laser
- **Risque de saignement non contrôlable :**
 - ponction sous écho-endoscopie
 - gastrostomie percutanée
 - dilatation et pose de prothèse sur des sténoses digestives
 - gastroscopie par voie nasale (épistaxis)

Alternative pour passer d'un haut risque à un faible risque

- Privilégier le geste d'urgence sans le geste à risque :
par exemple, angiocholite sous TICLID®
→ prothèse biliaire sans sphinctérotomie
- Contrôler ou prévenir le saignement :

Clips



Endoloop



- Injection d'adrénaline au 1/10.000^e
→ saignement retardé

Traitements (1) : agents antiplaquettaires (1)

- **Inhibition des fonctions plaquettaires :**
 - réversible : AINS → fonction de la $\frac{1}{2}$ vie de la molécule
 - irréversible : aspirine et autres AAP :
 - seules les plaquettes renouvelées sont actives
 - seuil minimal de plaquettes pour une action hémostatique normale (et limite pour la transfusion) de 50 g/l
 - les plaquettes se renouvellent au rythme de 10 %/j
 - selon le taux de plaquettes initial, 3 à 5 j d'arrêt de traitement sont dans la plupart des cas suffisants
- **Risque de saignement per-endoscopie ou per-chirurgie digestive dépendant du traitement**

Traitements (2) : agents antiplaquettaires (2)

- Aspirine et AINS :
 - pas de risque majoré après :
 - polypectomie à l'anse (endoloop si pied > 1 cm)
 - sphinctérotomie bilio-pancréatique
 - chirurgie digestive en urgence
 - risque majoré pour les autres gestes à haut risque
- Thiénopyridines (TICLID[®], PLAVIX[®]) :
 - très peu de données dans la littérature
→ on ne peut extrapoler celles sur l'aspirine
 - risque considéré comme majoré pour tous les gestes à haut risque

Traitements (3) : anti-vitamine K

- Coagulation normalisée entre 2 et 4 j après l'arrêt selon la molécule
- Anticoagulation obtenue bien reflétée par l'INR :
 - risque hémorragique :
 - augmente avec l'INR
 - considéré comme identique au risque sans traitement si $INR \leq 1,5$
 - risque thromboembolique :
 - moyen : INR entre 2 et 3
 - majeur : INR entre 3 et 4,5
 - surdosage ($INR > 6$) ou saignement :
 - arrêt du traitement, vitamine K1 per os ou en intra-veineuse, perfusion de PPSB (KASKADIL®)
- Risque considéré comme majoré pour tous les gestes à haut risque

Traitements (4) : héparines

- **Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) :**
 - doses préventives : risque faible, nul après 12 h
 - doses curatives : risque plus élevé, sur 12 à 18 h si 2 injections/j et sur 24 h si 1 injection/j
 - contrôle : activité anti-Xa < 0,20 UI/ml
- **Héparines Non Fractionnées (HNF) :**
 - en intra-veineuse continue : risque sur 4 à 6 h
 - en sous-cutanée : risque sur 8 h si 3 injections/j et sur 12 h si 2 injections/j
 - contrôle : TCA ou héparinémie < 0,20 UI/ml
- **Risque majoré pour tous les gestes à haut risque**

Traitements (5) : les nouveaux antithrombotiques

- Anti-Xa : ARIXTRA[®] ($\frac{1}{2}$ vie = 15 h)
- Antithrombine direct : EXENTA[®] ($\frac{1}{2}$ vie = 3 h)
- Risque à priori proche de celui des HBPM
- Pas d'antidote connu
- Attendre l'élimination du produit (4 à 5 $\frac{1}{2}$ vies)
avant de réaliser le geste endoscopique
- Si urgence, discuter avec le prescripteur

Quel risque à arrêter les anti-vitamine K ? (1)

- Risque thromboembolique majeur :
 - majorité des prothèses mécaniques valvulaires
 - FA et autres facteurs de risque thromboembolique :
 - relais indispensable par une HNF
 - peser les indications et les alternatives

Quel risque à arrêter les anti-vitamine K ? (2)

- Risque thromboembolique moyen :
 - prévention et/ou traitement des maladies thromboemboliques veineuses
 - bioprothèses valvulaires récemment opérées
 - certains cas de FA (sujets de plus de 65 ans, ...), valvulopathie mitrale, prothèses mécaniques valvulaires aortiques :
 - relais généralement justifié par une HNF ou une HBPM (si Autorisation de Mise sur le Marché)

Quel risque à arrêter les agents antiplaquettaires ? (1)

- Risque thromboembolique majeur :
 - syndrome coronarien aigu datant de moins de 1 mois
 - endoprothèse coronaire récente, 1 mois à 1 an
 - radiothérapie endocoronaire de moins de 1 an :
 - relais indispensable par une HNF
ou par une HBPM ± du CEBUTID®
 - peser les indications et les alternatives

Quel risque à arrêter les agents antiplaquettaires ? (2)

- **Risque thromboembolique moyen :**
 - syndrome coronarien aigu datant de plus de 1 mois et angor stable
 - prévention secondaire de l'infarctus du myocarde (IDM), artérite, antécédent d'accident vasculaire cérébral et certains cas de FA
 - relais généralement justifié par du CEBUTID® ou par une HBPM
- **Risque thromboembolique mineur :**
 - prévention primaire du risque de décès et d'IDM
 - arrêt du traitement

Quel relais ?

- Aucun médicament n'a d'A.M.M. spécifique pour un relais d'AVK ou d'AAP
- **Relais d'AVK :**
 - habituellement : par de l'**HNF à doses curatives**
 - admis sous la responsabilité du prescripteur : par de l'**HBPM à doses curatives** → privilégier les indications de l'A.M.M. : maladie thromboembolique veineuse, angor instable
- **Relais d'AAP :**
 - aucun traitement validé
 - **CEBUTID[®], à 50 mg 2x/j**, arrêt 24 h avant le geste
 - **HBPM à doses curatives**

Quelle surveillance ?

- Pour les HNF :
 - efficacité : TCA (2-3 x témoin), héparinémie (0,3-0,6 UI/ml)
 - plaquettes (thrombopénie induite)
- Pour les HBPM :
 - pas de surveillance, sauf chez les sujets à risque d'accumulation (âgés, IR, à risque hémorragique)
→ anti-Xa (le niveau cible dépend de l'HBPM, cf. Vidal®)
 - plaquettes (thrombopénie induite)
- Pour le CEBUTID® :
 - pas de surveillance

Quel protocole de relais pour les anti-vitamine K ? (1)

- Relais par une HNF :
 - arrêt de l'AVK à J-3 pour le SINTROM[®], à J-4 pour le PREVISCAN[®], à J-5 pour la COUMADINE[®]
 - début de l'HNF, à dose anticoagulante, le lendemain
 - INR la veille de l'examen
 - arrêt de l'HNF 4 à 12 h avant le geste (IV vs. SC)
 - reprise de l'HNF 0 à 6 h après
 - reprise de l'AVK le soir même (ou plus tard)
 - arrêt de l'HNF après 2 INR corrects à 2 j d'intervalle

Quel protocole de relais pour les anti-vitamine K ? (2)

- Relais par une HBPM :
 - arrêt de l'AVK à J-3 pour le SINTROM[®], à J-4 pour le PREVISCAN[®], à J-5 pour la COUMADINE[®]
 - début de l'HBPM, à doses curatives, le lendemain
 - arrêt de l'HBPM la veille de l'examen, avec INR et plaquettes
 - reprise de l'HBPM 12 h après le geste
 - reprise de l'AVK le soir même (ou plus tard...)
 - arrêt de l'HBPM après 2 INR corrects à 2 j d'intervalle

Quel protocole de relais pour les agents antiplaquettaires ?

- Relais par du CEBUTID[®] ou une HBPM :
 - arrêt de l'AAP entre J-10 et J-7 en fonction de la demi-vie du produit ou du temps nécessaire pour rétablir une fonction agrégante suffisante (50 g/l de plaquettes)
 - début du CEBUTID[®], à 50 mg 2x/j, ou de l'HBPM, à doses curatives, le lendemain
 - arrêt du CEBUTID[®] ou de l'HBPM 24 h avant le geste (contrôle des plaquettes si HBPM)
 - reprise de l'AAP le lendemain (ou plus tard)

Quand reprendre le traitement antithrombotique ? (1)

- Saignement habituellement pendant les 24 1^{ères} h, mais peut-être retardé
 - Après sphinctérotomie, le risque de saignement monte à 10-15% si l'AVK est repris pendant les 48 1^{ères} h
- Adapter la reprise au cas par cas en fonction des risques hémorragique et thromboembolique

Quand reprendre le traitement antithrombotique ? (2)

- **Risque thromboembolique fort :**
 - reprise de l'HNF dans les 6 h
 - si pas de contrôle du risque de saignement : garder l'HNF au moins 48 h avant une reprise de l'AVK ou de l'AAP
 - si contrôle du risque de saignement (par endoloop) : reprise immédiate du traitement habituel
- **Risque thromboembolique moyen :**
 - reprise différée en fonction du risque :
 - reprise du traitement habituel 48 h après le geste

Recommandations générales

- Traitement temporaire + endoscopie à haut risque et non urgente → reportée
- Endoscopie urgente + traitement en cours
→ privilégier des techniques à moindre risque :
endoloop, clips, prothèses sans sphinctérotomie, ...
- Endoscopie urgente + risque thromboembolique du patient inconnu → considérer comme à haut risque

Gestes possibles en fonction du traitement

	Aspirine AINS	AVK	autres
• Geste à risque faible : (dont biopsies)	oui	INR	oui
• Gestes à haut risque :			
- coloscopie + polypectomie	oui	non	non
- CPRE + sphinctérotomie	oui	non	non
- autres gestes	non	non	non

Le relais et la reprise du traitement

- Patient à risque thromboembolique majeur
 - relais systématique, adapté et contrôlé
- Patient à risque thromboembolique moyen
 - relais à discuter au cas par cas et contrôlé
- Patient à risque thromboembolique mineur
 - pas de relais
- Reprise du traitement :
 - balance entre les risques d'une reprise immédiate vs. retardée
 - à évaluer au cas par cas

CONCLUSION

- Situations multiples, peu d'études scientifiques
→ recommandations difficiles à proposer
- Collaboration prescripteur-opérateur souhaitable :
 - risque de l'acte vs. risque thromboembolique
 - remise en cause du traitement ou du geste
- Privilégier les actes à moindre risque
→ matériel d'hémostase indispensable
- Consensus détaillé, susceptible d'évoluer, prochainement disponible sur sfed.org et souvent avis d'experts

Un grand remerciement à tous ceux
qui ont participé à la rédaction
de cette recommandation
pendant ces 3 ans :

- **GEHT** (B. BONEU, J.F. SCHVED)
- **SFC**, Groupe Thrombose (L. MAILLARD)
- **SFAR** (C.M. SAMAMA)
- C.A. **SFED** (G. GAY, B. VEDRENNE)