



> SYMPOSIUM 2009 <

Complications
de l'endoscopie

Jeudi 19 mars

Palais des Congrès de Paris

Evaluation pratique des patients sous anti-agrégants plaquettaires avant réalisation d'une endoscopie digestive

Docteur Christian Boustière, Marseille

Docteur Bertrand Napoléon, Lyon

Anti-agrégants ou agents anti-plaquettaires : AAP

*Action anti-thrombotique préventive par inhibition
« irréversible » de l'action des plaquettes .*

- **Aspirine** (75 - 160 mg) , inhibiteur COX 1
- **Clopidogrel - PLAVIX ®** (75 mg) , inhibiteur récepteur ADP

- AINS non salicylés : Flurbiprofène - CEBUTID ®
- autres : Dipyridamole - PERSANTINE ®

Incidence de la prise des AAP en endoscopie digestive

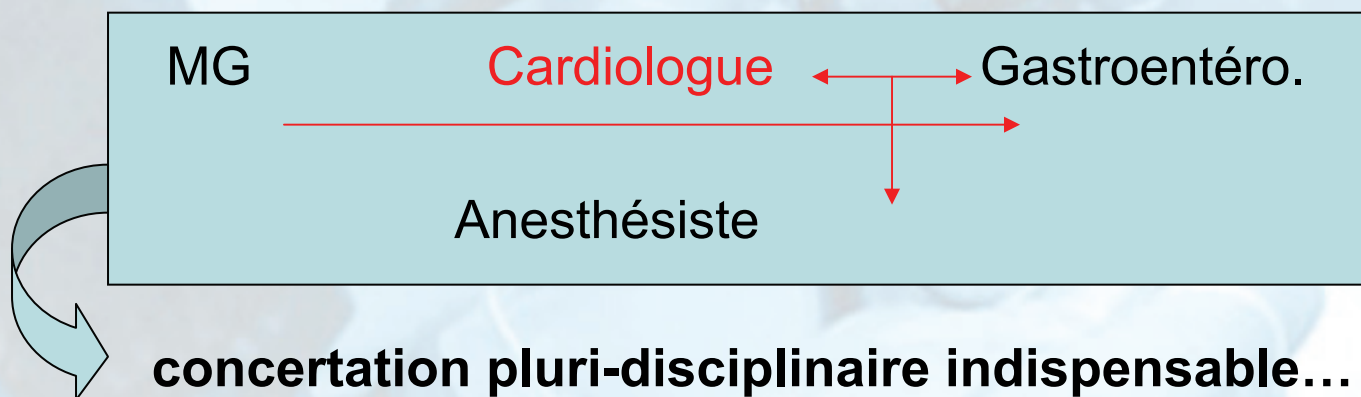
- **12 % des plus de 50 ans** sont traités par Aspirine faible dose en prévention du risque cardio-vasculaire *
= **2,4 Millions de personnes**
 - Une double antiagrégation (ASP+CLO) = 5 %
 - Association : AAP + Anticoagulant (AVK) = 1 %
- **13 % des endoscopies** sont réalisées chez des patients s/AAP
 - 2,5 Millions d'endoscopies en 2008 **
 - 1,15 Million Coloscopies (28 % polypectomies)
= **280 000 endoscopies** « à risque » s/AAP

* Thieffn et al. GCB 2008 ; 32 : A 87

** Enquête SFED 2008 « 2 Jours d'endoscopie en France » , non publiée

Buts des recommandations triple évaluation

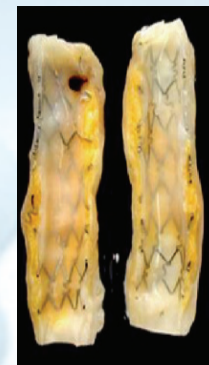
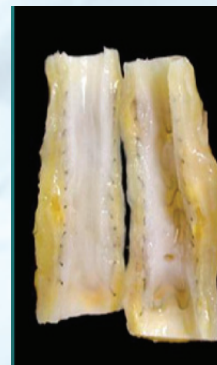
1. Le risque cardio-vasculaire-thrombotique du patient
2. Le risque propre au traitement AAP
3. Le risque hémorragique potentiel de l'endoscopie



- ASGE Guidelines. GIE 2002 , American College cardio , Circulation 2008
- SFED Guidelines . Endoscopy 2006 , et référentiel SFED-HAS en cours ++

Qui sont ces patients ?

- Patients coronariens très souvent porteurs de Stents .
 - 95 % Angioplasties pour SCA = Stents
- Risque accru et prolongé avec les stents actifs : 6-12 m
 - 2005-2006 : 50% stents posés sont des stents actifs
 - Complication : thrombose aigue du stent
- Des facteurs de risque sur-ajoutés :
 - Diabète, ALT, sténoses complexes
- Un traitement par AAP à vie ?



* 13% DC péri-opératoires = Arrêt AAP et chirurgie précoce

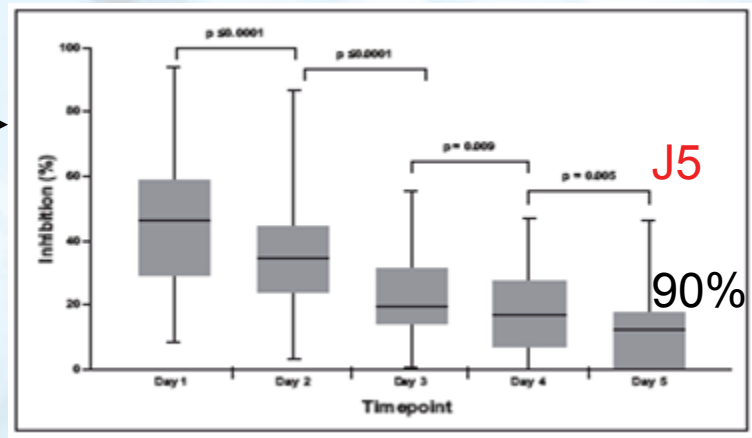
Evaluer le risque propre au traitement AAP

1. Patient sous Aspirine :

- Peu ou pas d'influence sur le risque de la procédure.
- **Arrêt 5 jours** : renouvellement 50% Plaq. actives
(si taux de Plaq > 150 000)

2. Patient sous Clopidogrel :

- peu de données, idem aspirine ?
- Arrêt 5 J suffisant ?



Am J Cardiol 2006;98:681-84

Faut il faire un bilan d'hémostase pour un patient sous AAP ?

1. **Bilan standard : OUI**

- Interrogatoire ++
- Hemogramme : Plaq , TP

2. **Pas de test spécifiques utiles en pratique**

- Temps d'Occlusion PQ (mais fiabilité, reproductibilité)
- Tests d'agrégabilité en évaluation : PSA 100 , Verify Now ,

Aucune recommandation à l'heure actuelle ...

Bilan std est réalisé dans 61% des cas (enquête SFED 2008)

Connaître le risque thrombotique

1. Patient à risque thrombotique Majeur :

- Stents actifs < 1 an
- Pose récente de stents (nu ou actif) < 2 mois
- Tout patient en phase aiguë

2. Patient à risque thrombotique modéré :

- Stents Nus , pose > 2 mois ,
 - maladie coronarienne contrôlée
- Dans tous les cas , à confronter au risque hémorragique potentiel de la procédure endoscopique ++

Risque hémorragique de l'intervention

(à évaluer avec le responsable du geste invasif)

Stent actif

Risque de thrombose du stent
(à évaluer avec le cardiologue)

	Majeur	Intermédiaire	Mineur
Majeur	<p>Reporter l'intervention au-delà de 6 mois à 1 an après la pose du stent</p> <p><u>si impossible :</u></p> <p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours sans relais</p>	<p>Reporter l'intervention au-delà de 6 mois à 1 an après pose du stent</p> <p><u>si impossible :</u></p> <p>Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel</p>
Modéré	<p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours sans relais</p>	<p>Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel</p>

Dans tous les cas, l'intervention doit être reportée au-delà de 6 semaines d'un syndrome coronaire aigu dans la mesure du possible

Evaluation du risque hémorragique des procédures

Les données actuelles différencient le risque hémorragique sous aspirine/AINS et le risque sous clopidogrel

1. Risque hémorragique mineur : geste pouvant être fait sans modification des AAP
2. Risque hémorragique intermédiaire : geste pouvant être fait sous aspirine
3. Risque hémorragique majeur : geste devant être fait après arrêt des AAP

Le risque hémorragique de la polypectomie colique n'est pas majoré sous aspirine

L'aspirine ne change rien :

→ risque immédiat perprocédure ... → non majoré

Kim Am J Gastroentérol 2006, Hui GIE 2004,

→ risque retardé significatif (réhospitalisation) → non majoré

Shiffman GIE1994 ; Hui GIE 2004 ; Yousfi Am J Gastroentérol 2004 ; Sawhney Endoscopy 2008

→ Adrénaline et/ou endoloop limitent le risque de saignement immédiat des polypes > 1 cm

Shioji K, GIE 2003; Di Giorgio Endoscopy 2004; Paspatis Am J Gastroentérol 2006

Les autres actes évalués sous aspirine

CPRE + sphinctérotomie

2 séries : 1 registre (2347 cas), 1 série cas-contrôle 40 patients
pas de risque significatif sous aspirine (risque sous AVK)

Freeman N Eng J Med 1996 ; Hussain Aliment Pharmacol Ther 2007

→ sphinctérotomisez sous aspirine

Ponction sous échoendoscopie

1 série prospective contrôlée,

241 lésions, 26 patients sous aspirine, 6 sous HBPM

9 saignements : 0% sous aspirine, 3,7 % contrôle, 33 % sous HBPM

Kien-Fong Vu Gastrointest Endosc 2006

→ Une seule série ... à discuter au cas par cas sous aspirine

Procédures à risque hémorragique mineur

- Gastroskopie par voie buccale +/- biopsies
- Echoendoscopie diagnostique
- CPRE diagnostique +/- biopsies, CPRE avec insertion de prothèse sans sphinctérotomie
- Entéroscopie +/- biopsies (après VCE préalable)
- Rectosigmoidoscopie et coloscopie sans polypectomie +/- biopsies

→ Peuvent être réalisées sous double AAP

Procédures à risque hémorragique intermédiaire

- Rectosigmoidoscopie et coloscopie avec polypectomie
 - Endoloop ou adrénaline recommandée si polype > 1 cm
 - Procédés d'hémostase à disposition (adrénaline, clips)
- CPRE avec sphinctérotomie
 - Peuvent être réalisées sous aspirine
- Pose de prothèses digestives métalliques (avis d'experts)
- Ponction sous échoendoscopie
 - Peuvent être réalisées sous aspirine mais à discuter au cas par cas

Procédures à risque hémorragique majeur

- Risque élevé de saignement ($> 1\%$)
 - Mucosectomie colon
 - Polypectomie/mucosectomie œsophage, estomac, duodénum
 - Traitement des varices oesogastriques non hémorragiques
 - Dilatation sténoses digestives
 - Procédures d'hémostase sur des lésions vasculaires
- Risque de saignement non contrôlable
 - Gastrostomie percutanée
 - Gastroscoie par voie nasale (épistaxis)

→ Si indispensables réalisées après arrêt des AAP

Quand reprendre les AAP ?

Hgïe retardée après polypectomie : 0 à 19 jours (med 5)

- 50% transfusion, 3 % embolisation/chirurgie, 0% décès

Di Giorgio Endoscopy 2004; Paspatis Am J Gastroentérol 2006, Sawhney Endoscopy 2008

Hgïe retardée après sphinctérotomie : 0 à 13 jours (med 4)

- 47% transfusion, 6 % embolisation/chirurgie, 0 décès

Freeman N Eng J Med 1996 ; Hussain Aliment Pharmacol Ther 2007

La gravité du saignement retardé ne justifie pas de différer la reprise des AAP pour les gestes à risque intermédiaire

Pour les gestes à haut risque discuter au cas par cas de différer la reprise de 48 heures

En pratique : quelques principes à respecter

- consultation systématique avant le geste
- soigneusement peser l'indication
- ne pas surestimer le risque hémorragique du geste
- avis cardiologique systématique si modification des AAP souhaitable
- ne pas arrêter inutilement un AAP (ou différer sa reprise)
- justifier par écrit l'information au patient et le choix fait
- hospitalisation la nuit suivant le geste si risque hémorragique

Ne pas oublier que l'endoscopiste est également responsable en cas de décès par thrombose suite à l'arrêt des AAP.

CARTE DE LIAISON

anti-plaquettaires

M ou M^{me} :

Est traité(e) par anti-plaquettaire(s) :

• Produits :

Médecin traitant :

Tél. :

Médecin initiateur/spécialiste correspondant :

Tél. :

Cette carte a été établie pour :

Artériopathie des membres inférieurs

Maladie cérébro-vasculaire

Maladie coronaire

Pose d'un stent

coronaire : nu actif

périphérique

carotidien

autre :

• *Implanté le* :

Autre situation :

Carte établie le : / / 200...

Cette carte, à remplir par le médecin, est strictement personnelle, et vous seul(e) décidez de l'utilisation de ces informations médicales.

CARTE DE LIAISON

**à présenter systématiquement
à toute personne s'occupant
de votre santé**

notamment en cas d'intervention
chirurgicale, de soins dentaires,
d'examen radiologique
ou endoscopique.

Si vous portez un stent coronaire,
votre traitement anti-plaquettaire ne doit
en aucun cas être modifié ou interrompu
sans l'avis de votre cardiologue
(ou de votre médecin traitant).

Si vous prenez un traitement anti-coagulant oral (AVK),
vous devez également le signaler.

**En cas d'arrêt
de votre traitement anti-plaquettaire,
si les modalités de reprise
ne sont pas précisées,
parlez-en à votre médecin traitant
ou à votre médecin spécialiste.**



Cas particulier de la coloscopie

- Si risque thrombotique majeur :
 - Coloscopie diagnostique justifiée +/- biopsies sous double AAP
 - Si lésion en DBG avec risque de dégénérescence faible
 - Différer l'exérèse au passage en risque thrombotique modéré
 - Si lésion en DHG ou dégénérée, résécable endoscopiquement
 - Reprendre sous aspirine seule si polypectomie et enlever avec endoloop +/- adrénaline
 - Reprendre sans ttt si mucosectomie
- Si risque thrombotique modéré :
 - Coloscopie sous aspirine
 - Résection si lésion polypoïde découverte (+/- endoloop ...)
 - Si nécessité mucosectomie : reprendre sans ttt