

**Endoscopie des patients sous antiagrégant ou anticoagulant, anticoagulants oraux d'action directe inclus :
Recommandations de la British Society of Gastroenterology (BSG) et de l'European Society
of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) 2016**

*Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants:
British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
guidelines 2016*

Traduction : Denis Heresbach, Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray, Erwan Bories

ANTI VITAMINE K (AVK)

1. For low-risk endoscopic procedures we suggest that warfarin therapy should be continued (low quality evidence, moderate recommendation). It should be ensured that the INR does not exceed the therapeutic range in the week prior to the procedure (low quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à faible risque, nous recommandons de poursuivre la warfarine (niveau de preuve bas, recommandation forte). Il devrait être vérifié que l'INR ne soit pas supérieur à la cible thérapeutique durant la semaine précédant la procédure (niveau de preuve bas, recommandation forte).

2. For high-risk endoscopic procedures in patients at low thrombotic risk, we recommend discontinuing warfarin 5 days before the procedure (high quality evidence, strong recommendation). Check INR prior to the procedure to ensure <1.5 (low quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à haut risque chez des patients avec un risque thromboembolique faible, nous recommandons l'arrêt de la warfarine 5 jours avant la procédure (niveau de preuve élevé, recommandation forte). Vérifier avant l'endoscopie que l'INR est inférieure à 1,5 (niveau de preuve bas, recommandation forte).

3. For high-risk endoscopic procedures in patients at high thrombotic risk, we recommend that warfarin should be temporarily discontinued and substituted with low molecular weight heparin (LMWH) (moderate quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à haut risque chez des patients avec un risque thromboembolique élevé, nous recommandons l'arrêt temporaire de la warfarine et un relai par de l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

4. For all patients on warfarin we recommend advising that there is an increased risk of post-procedure bleeding compared to non-anticoagulated patients (low quality evidence, strong recommendation).

Pour tous les patients sous warfarine, nous recommandons de prévenir que le risque hémorragique post-procédure est augmenté par rapport aux patients non-anticoagulés (niveau de preuve bas, recommandation forte).

ANTIAGRÉGANTS PLAQUETAIRES

5. For all endoscopic procedures we recommend continuing aspirin (moderate evidence, strong recommendation), with the exception of ESD, large colonic EMR (>2cm), upper gastrointestinal EMR and ampullectomy. In the latter cases, aspirin discontinuation should be considered on an individual patient basis depending on the risks of thrombosis vs haemorrhage (low quality evidence, weak recommendation).

Pour toutes les endoscopies, nous recommandons de poursuivre l'aspirine (niveau de preuve modéré, recommandation forte), sauf pour les dissections sous-muqueuses, les mucosectomies coliques > 2 centimètres, les mucosectomies au niveau du tube digestif haut et les ampullectomies. Pour ces gestes, l'interruption de l'aspirine devraient être envisagé au cas par cas, en fonction du risque de thrombose d'une part et du risque hémorragique d'autre part (niveau de preuve bas, recommandation faible).

6. For low-risk endoscopic procedures we recommend continuing P2Y12 receptor antagonists (e. g., clopidogrel), as single or dual antiplatelet therapy (low quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à faible risque, nous recommandons la poursuite des antagonistes du récepteur P2Y12 (par exemple le clopidogrel), seul ou en double antiagrégation (niveau de preuve bas, recommandation forte).

7. For high-risk endoscopic procedures in patients at low thrombotic risk, we recommend discontinuing P2Y12 receptor antagonists (e.g., clopidogrel) five days before the procedure (moderate quality evidence, strong recommendation). In patients on dual antiplatelet therapy, we suggest continuing aspirin (low quality evidence, weak recommendation).

Pour les endoscopies à haut risque chez des patients avec un risque thromboembolique faible, nous recommandons l'arrêt des antagonistes du récepteur P2Y12 (par exemple le clopidogrel) 5 jours avant

la procédure (niveau de preuve modéré, recommandation forte). Pour les patients sous double antiagrégation, nous suggérons de poursuivre l'aspirine (niveau de preuve bas, recommandation faible).

8. For high-risk endoscopic procedures in patients at high thrombotic risk, we recommend continuing aspirin and liaising with a cardiologist about the risk/benefit of discontinuing P2Y12 receptor antagonists (e.g., clopidogrel) (high quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à haut risque chez des patients avec un risque thrombo-embolique élevé, nous recommandons de poursuivre l'aspirine et de discuter avec un cardiologue la balance risque/bénéfice de l'arrêt des antagonistes du récepteur P2Y12 (par exemple le clopidogrel) (niveau de preuve élevé, recommandation forte).

ANTICOAGULANTS ORAUX D'ACTION DIRECTE

9. For low-risk endoscopic procedures we suggest omitting the morning dose of DOACs on the day of the procedure (very low quality evidence, weak recommendation).

Pour les endoscopies à faible risque, nous suggérons de sauter la prise matinale d'anticoagulants directs oraux (AOD) le jour de la procédure (niveau de preuve bas, recommandation faible).

10. For high-risk endoscopic procedures in patients on DOACs, we recommend that the last dose of DOACs be taken at least 48 hours before the procedure. For patients on dabigatran with a CrCl (or eGFR) of 30–50mL/min we recommend that the last dose be taken 72 hours prior to the procedure (very low quality evidence, strong recommendation). In any patient with rapidly deteriorating renal function a haematologist should be consulted (low quality evidence, strong recommendation).

Pour les endoscopies à haut risque chez des patients sous AOD, nous recommandons que la dernière dose d'AOD soit prise au moins 48 heures avant la procédure. Pour les patients sous dabigatran avec une clairance de la créatinine entre 30 et 50 millilitres/minute, nous recommandons que la dernière prise soit effectuée 72 heures avant la procédure. Chez tout patient avec une détérioration rapide de la fonction rénale, un hématologiste devrait être consulté (niveau de preuve bas, recommandation forte).

11. If antiplatelet or anticoagulant therapy is discontinued, then we recommend this should be resumed up to 48 hours after the procedure depending on the perceived bleeding and thrombotic risks (moderate quality evidence, strong recommendation).

Si un traitement antiagrégant ou anticoagulant a été arrêté, nous recommandons que la reprise du traitement soit effectuée au maximum 48 heures après la procédure en fonction de l'estimation des risques hémorragique et thrombotique (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

BIBLIOGRAPHIE

Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH et *al.* Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Endoscopy* 2016; 48: 385-402.