



Les États Généraux de la Thrombose

« les antithrombotiques entre eux »

ACE

Association des Cardiologues de l'Est



Etude de cas cliniques

Vote interactif

Cas clinique n°2

M. ANGIOI - T. LECOMPTE
J.C. FAVIER - P. LELARGE



Questions

- Quels sont les gestes invasifs possibles sous aspirine, clopidogrel, les deux ?
- Quel est le risque thrombotique lié à l'arrêt des antiagrégants plaquettaires après SCA, stents ?
- Si un traitement antiagrégant plaquettaire est arrêté, faut-il faire un relais ?
- Les anticoagulants à dose prophylactique pour la MVTE prennent-ils en charge le risque artériel lié à l'athérothrombose ?

Cas clinique n°2

- Patient âgé de 50 ans ayant bénéficié d'une **angioplastie avec stent actif** de la coronaire droite proximale dans les suites du bilan d'une épigastralgie d'effort avec un test d'effort positif
- Il s'agissait d'une atteinte monotronculaire avec un ventricule gauche normal

Cas clinique n°2

- Huit semaines après, il fait un malaise lipothymique alors qu'il prend bien son traitement de prévention secondaire, qui associe en particulier **de l'aspirine et du clopidogrel**
- L'analyse de ce malaise permet de découvrir une **déglobulisation** avec chute du taux d'Hb à 7 g/dl
- Le bilan endoscopique est décidé

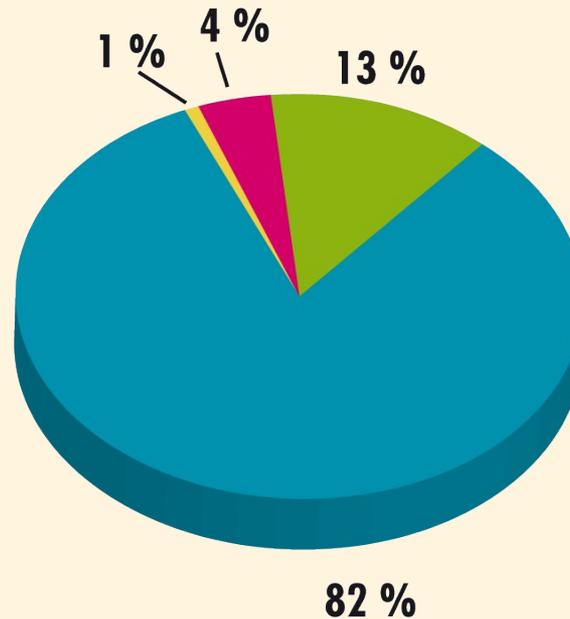
Question 1

(une seule réponse souhaitée)

- **Concernant la coloscopie et la gastroscopie, que faites-vous sachant que votre patient est sous association aspirine-clopidogrel ?**
 1. Vous contre-indiquez les endoscopies
 2. Vous recommandez les endoscopies sous aspirine et clopidogrel
 3. Vous recommandez les endoscopies sous clopidogrel, mais vous arrêtez temporairement l'aspirine
 4. Vous recommandez les endoscopies sous aspirine en interrompant au préalable le clopidogrel

Concernant la coloscopie et la gastroscopie, que faites-vous sachant que votre patient est sous association aspirine-clopidogrel ?

n = 263



- **Vous recommandez les endoscopies sous aspirine et clopidogrel**
- **Vous recommandez les endoscopies sous aspirine en interrompant au préalable le clopidogrel**
- **Vous recommandez les endoscopies sous clopidogrel, mais vous arrêtez temporairement l'aspirine**
- **Vous contre-indiquez les endoscopies**

ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use: A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents

9. Endoscopie chez les patients sous mono ou bithérapie antiplaquettaire

- Recommandation :
 - Un traitement endoscopique peut être réalisé chez les patients à haut risque cardiovasculaire sous mono ou bithérapie antiplaquettaire
 - La collaboration entre l'endoscopiste et le cardiologue devrait permettre d'équilibrer les risques hémorragique et thrombotique en fonction du moment de l'arrêt du traitement antiplaquettaire

Cas clinique n°2

- La fibroscopie met en évidence une **tumeur gastrique d'aspect malin**
- Une **biopsie** doit être pratiquée en raison de la suspicion de néoplasie sous-jacente

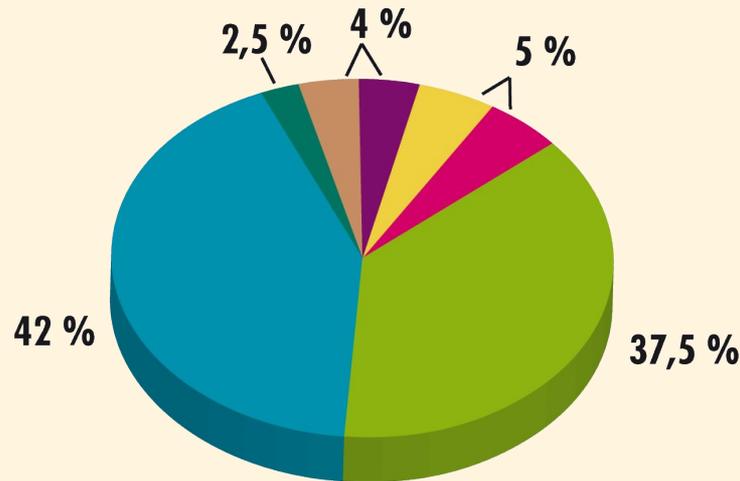
Question 2

(une seule réponse souhaitée)

- **Que conseillez-vous pour la biopsie ?**
 1. Réaliser la biopsie dans le même temps, sans arrêt du traitement antiagrégant
 2. Réaliser la biopsie sous clopidogrel, mais vous demandez l'arrêt temporaire de l'aspirine
 3. Réaliser la biopsie sous aspirine, mais vous demandez au préalable l'interruption du clopidogrel
 4. Réaliser la biopsie, mais vous demandez au préalable d'arrêt des deux traitements
 5. Différer la biopsie d'un mois sous clopidogrel, mais vous demandez l'arrêt temporaire de l'aspirine
 6. Différer la biopsie d'un mois sous aspirine, mais vous demandez au préalable l'arrêt temporaire du clopidogrel
 7. Différer la biopsie d'un mois, mais vous demandez l'arrêt temporaire des deux traitements avant biopsie

Que conseillez-vous pour la biopsie ?

n = 260



Réaliser la biopsie sous aspirine, mais vous demandez au préalable l'interruption du clopidogrel

Réaliser la biopsie dans le même temps, sans arrêt du traitement antiagrégant

Réaliser la biopsie sous clopidogrel, mais vous demandez l'arrêt temporaire de l'aspirine

Différer la biopsie d'un mois sous aspirine, mais vous demandez au préalable l'arrêt temporaire du clopidogrel

Réaliser la biopsie, mais vous demandez au préalable l'arrêt des deux traitements

Différer la biopsie d'un mois sous clopidogrel, mais vous demandez l'arrêt temporaire de l'aspirine

Différer la biopsie d'un mois, mais vous demandez l'arrêt temporaire des deux traitements avant biopsie

Endoscopies : Recommandations de la SFED



2006

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS OU SOUS AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES AVANT UNE ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Bertrand Napoléon (1), Bernard Boneu (2), Luc Maillard (3), Charles-Marc Samama (4), Jean-François Schved (2), Gérard Gay (1), Thierry Ponchon (1), Denis Sautereau (1), Jean-Marc Canard (1) et le CA de la SFED

1: Société Française d'Endoscopie Digestive, FRANCE

2 : Groupe d'Etude sur l'Hémostase et la Thrombose, FRANCE

3 : Groupe thrombose de la Société Française de Cardiologie, FRANCE

4 : Société Française d'Anesthésie Réanimation, FRANCE

Management of Patients on Anticoagulants or Antiplatelet Agents
Endoscopy 2006; 38: 632-38



Recommandations SFED-GEHT-SFC-SFAR

	aspirine	Clopidogrel ou 2 AAP
<u>Risque hémorragique mineur :</u>		
Gastroscopie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Coloscopie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Echoendoscopie sans ponction	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
CPRE sans sphinctérotomie	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
<u>Risque hémorragique modéré:</u>		
Coloscopie avec polypectomie	Pas d'arrêt	Arrêt
CPRE avec sphinctérotomie	Pas d'arrêt	Arrêt
Echoendoscopie avec ponction	Pas d'arrêt	Arrêt

Recommandations SFED-GEHT-SFC-SFAR



aspirine

Clopidogrel
ou 2 AAP

Risque hémorragique majeur :

Coloscopie + mucosectomie

Gastroskopie + polypectomie

Gastroskopie + macrobiopsie

Gastroskopie + mucosectomie

Traitement varices oesophagiennes

Traitement varices gastriques

Photodestruction, Hémostase
vasculaire

Gastrostomie percutanée

Nasogastroskopie

Arrêt des AAP

ou geste différé

ou alternative

Prévention du saignement per-procédure

- Privilégier la technique la plus sûre
- Utiliser les moyens hémostatiques habituels :
 - Injection adrénaline ou sclérosant avant section
- Nouvelles techniques : clips, nœud largable ou endoloop, colle (Glubran®)
- Bistouri auto-contrôlé « endocoupe »
- Ne retirer l'endoscope qu'en l'absence de saignement même minime
- Patient à hospitaliser 24H

Durée de l'association aspirine - clopidogrel

au décours d'une angioplastie coronaire

- **SCA** : 9 à 12 mois (Classe : IA)
- **Stent actif** : 6 mois à 12 mois (Classe : IC)
- **Stent non actif** (en dehors SCA) : 1 mois

Durée **minimale** de traitement :

- Si stent nu, angioplastie stent nu ou ballon = 1 mois
- Si sirolimus = 3 mois
- Si paclitaxel = 6 mois

Risque ischémique à court et à long terme

Activation plaquettaire
après angioplastie



1.5%
par an

0.5% par an

4%

Complications liées à l'implantation du stent

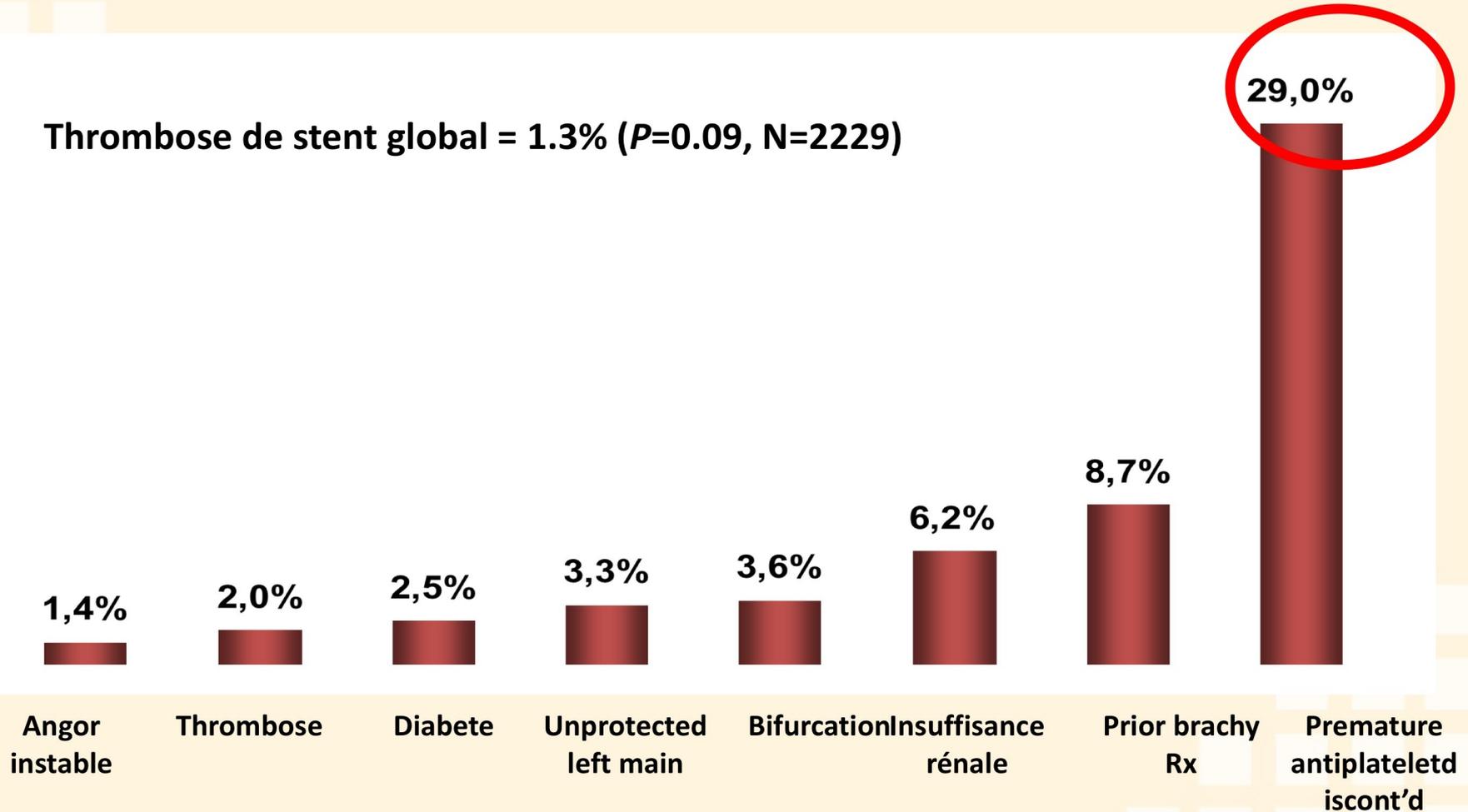
Complications de la maladie athérothrombotique

Thrombose de stent

Arrêt précoce des antiplaquettaires (avant 6 mois)

Thrombose de stent global = 1.3% ($P=0.09$, $N=2229$)

Incidence (%)



Recommandations périopératoires

Antécédent d'angioplastie

Ballon seul

Stent nu

Stent actif

*Délai depuis
l'angioplastie*

<14 jours

>14 jours

>30-45 jours

<30-45 jours

<365 jours

>365 jours

**Différer une
chirurgie
élective ou
non urgente**

**Opérer
sous
aspirine**

**Différer une
chirurgie
élective ou
non urgente**

**Opérer
sous
aspirine**

Approche proposée pour la prise en charge des patients ayant un antécédent récent d'angioplastie et candidats à une chirurgie non cardiaque (***opinion d'experts***)

Cas clinique n°2

- L'anatomopathologie confirme l'**adénocarcinome gastrique**
- Après décision collégiale, il est décidé de pratiquer une **gastrectomie totale plus ou moins curage**

Question 3

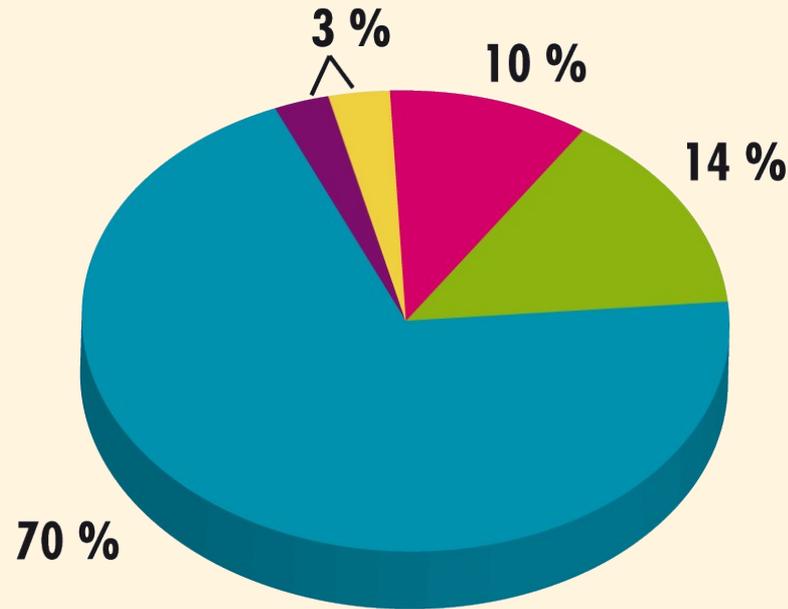
(une seule réponse souhaitée)

- **Que faites-vous ?**

1. Vous autorisez l'intervention sous aspirine et clopidogrel
2. Vous autorisez l'intervention après arrêt temporaire de l'aspirine et maintien du clopidogrel
3. Vous autorisez l'intervention après arrêt temporaire du clopidogrel et maintien de l'aspirine
4. Vous autorisez l'intervention après arrêt de tous les traitements et un relais temporaire par flurbiprofène
5. Vous autorisez l'intervention après arrêt de l'association aspirine-clopidogrel, 5 jours avant l'intervention, sans relais par flurbiprofène

Que faites-vous ?

n = 259



- **Vous autorisez l'intervention après arrêt temporaire du clopidogrel et maintien de l'aspirine**
- **Vous autorisez l'intervention après arrêt de l'association aspirine-clopidogrel, 5 jours avant l'intervention, sans relais par flurbiprofène**
- **Vous autorisez l'intervention sous aspirine et clopidogrel**
- **Vous autorisez l'intervention après arrêt de tous les traitements et un relais temporaire par flurbiprofène**
- **Vous autorisez l'intervention après arrêt temporaire de l'aspirine et maintien du clopidogrel**

Discussion : risque hémorragique

Gastrectomie totale \pm curage

Majeur ou intermédiaire ?

Reconnaître les chirurgies à risque

• Elevé (> 5 %)

- Chirurgie aortique ou majeure
- Chirurgie vasculaire périphérique
- Chirurgie longue + pertes sanguines importantes
- Chirurgie majeure en urgence, en particulier chez le vieillard

• Modéré (1 à 5 %)

- Endartériectomie carotidienne
- Chirurgie de la tête et du cou
- Chirurgie intra-péritonéale ou thoracique
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie prostatique

• Faible (< 1 %)

- Procédures endoscopiques
- Chirurgie superficielle
- Chirurgie de la cataracte
- Chirurgie du sein

• Elevé

- Neurochirurgie
- Prostatectomie (haute et basse)
- Chirurgie carcinologique majeure
- Biopsie rénale
- Chirurgie vasculaire

• Modéré

- Chirurgie intra-péritonéale ou thoracique
- Chirurgie orthopédique

• Faible

- Procédures endoscopiques
- Chirurgie superficielle
- Chirurgie de la cataracte
- Cholecystectomie
- Laparoscopie

Eagle et al. Anesth Analg.2002; 94:1052-64

Thrombosis Research 108 (2003) 3 – 13

**Aspirine : augmente de 50% le risque de saignement périopératoire (1.0–2.5)
Mais il n'augmente pas la sévérité des complications hémorragiques**

Risque ischémique

ATC récente
SCA récent

Stents actifs
Stents multiples
Petits vaisseaux
Lésions de bifurcation
Arrêt prématuré du TT
antiagrégant plaquettaire

Diabète
FEVG basse
Insuf. rénale

Risque hémorragique

ETATS GÉNÉRAUX
de la
thrombose

- TT antithrombotiques

- Grands décollements
- Aorte
- Prostate
- Neurochirurgie
- ORL
- Segment postérieur de l'oeil

- Hémostasie

Société
Française
de Cardiologie



Société Française
d'Anesthésie
et de Réanimation



Gestion des traitement anti- plaquettaire oraux chez les porteurs d'endoprothèses coronaires

Réunion à la SFAR le 7 décembre 2005 suivie de
trois mois d'échanges électroniques agacés...

Jean-Philippe COLLET, Hélène ELTCHANINOFF, Emile FERRARI, (Didier
BLANCHARD, Nicolas DANCHIN, Jean-Jacques DOMEREGO, Gérard
HELFT, Gabriel STEG (SFC)),

Ismaël ELALAMY, Thomas LECOMPTE, Brigitte JUDE (GEHT),
Rémy NIZARD (SOFCOT), Claude TAYAR (SFCD),

Pierre ALBALADEJO, Christophe DECOENE, Claude GIRARD, Jean-
Jacques LEHOT, Jean MANTZ, Emmanuel MARRET, Vincent PIRIOU,
Charles-Marc SAMAMA, Annick STEIB, Yvonnick BLANLOEIL (SFAR)

Risque hémorragique de l'intervention

(à évaluer avec le responsable du geste invasif ou le chirurgien)

Endoprothèse
Coronaire (EC)
Pharmaco-active

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 de l'EC</p> <p><u>si impossible :</u></p> <p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours ou Arrêt aspirine-clopidogrel 10 jours maxi et substitution</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 clopidogrel 5 jours</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel</p>
Modéré	<p>Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jours ou Arrêt aspirine-clopidogrel 10 jours maxi et substitution</p>	<p>Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours</p>	<p>Maintien aspirine et clopidogrel ou Maintien aspirine Arrêt clopidogrel 5 jours</p>

Risque hémorragique:

Majeur : Intervention ne pouvant être réalisée sous AAP

Modéré : Intervention réalisable sous ASA seule

Mineur : Intervention réalisable sous ASA et clopidogrel

Risque de thrombose d'EC pharmaco-active

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 : Mise en place depuis plus de 6 mois à 1 an

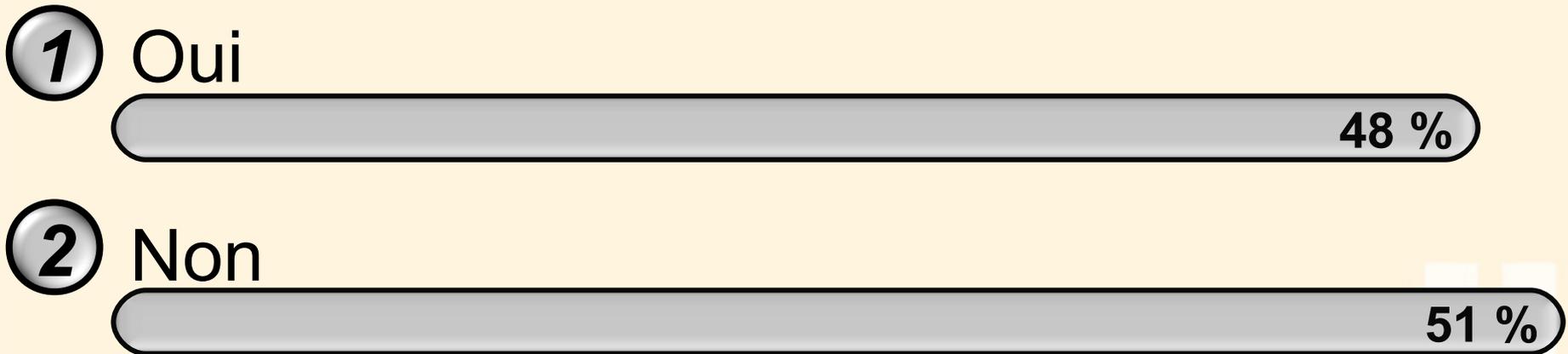
Dans tous les cas, l'intervention doit être reportée au-delà de 6 semaines d'un syndrome coronaire aigu dans la mesure du possible

Question 4

- Peut-on dans ces conditions envisager la réalisation d'une anesthésie péridurale thoracique à visée analgésique postopératoire ?
 1. Oui
 2. Non

Question interactive

- Peut-on dans ces conditions envisager la réalisation d'une anesthésie péridurale thoracique à visée analgésique postopératoire ?



Risque hémorragique Anesthésie chez patient traité

- **Incidence** survenue hématome péri-médullaire
 - Absence traitement
 - 1/250 000 - 1/150 000 APD
 - 1/250 000 - 1/220 000 Rachianesthésie
 - Association traitement hémostase
 - 1/40 000 : rachianesthésie
 - 1/3 000 : APD
- Evènements **déclaratifs** !
- **Variabilité** en fonction type traitement interférant avec hémostase

Maintien AAP et anesthésie péridurale ?

Risque hématome

- **Incidence**

- aspirine : 6 cas répertoriés 1996-2000 (*Vandermeulen 2001*) association anticoagulant, difficultés ponction
- clopidogrel : 2 hématomes
mais absence de recul

- **Recommandations conférence expert SFAR 2001**

- *aspirine, AINS seuls*
absence contre-indication
si pas traitement anticoagulant avant ponction
si pas anomalie associée hémostase
- clopidogrel : **anesthésie péridurale déconseillée**



Recommandations globales RPC 2006

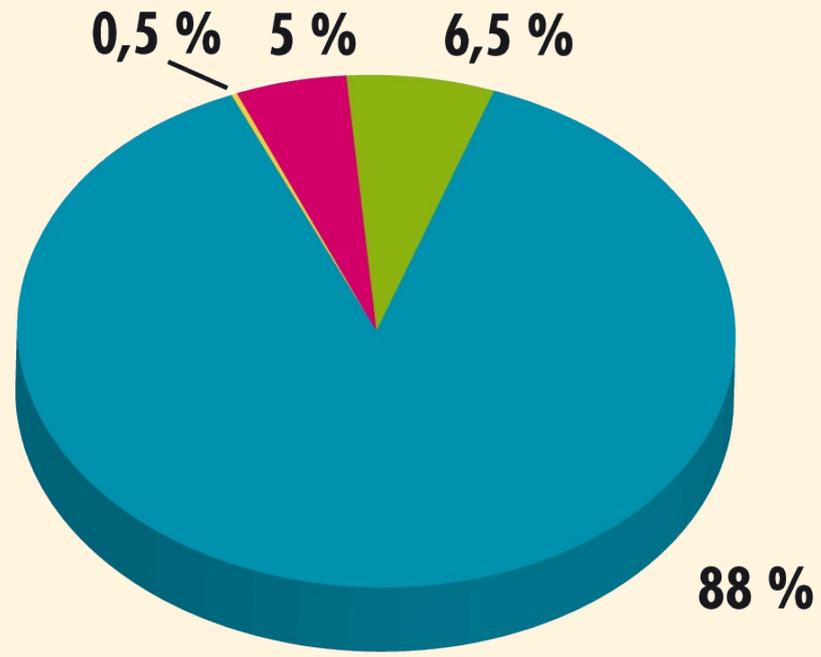
- préférer rachianesthésie à anesthésie péridurale
- ponction par médecin expérimenté
- approche médiane plutôt que latérale
- analgésie morphine plutôt qu'anesthésiques locaux
- surveillance neurologique durant maintien du KT et 24 h après l'ablation
- ablation KT en situation isocoagulabilité
- éviter associations médicaments (AINS)

Question 4

(une seule réponse souhaitée)

- Vous aviez arrêté les antiagrégants.
- **Quelle est votre attitude pour la gestion de la thromboprophylaxie de la MVTE en post-opératoire immédiat ?**
 1. Contention élastique sans anticoagulation
 2. Contention + HBPM à dose préventive risque modéré
 3. Contention + HBPM à dose préventive risque élevé
 4. Contention + fondaparinux 2,5 mg

Vous aviez arrêté les antiagrégants. Quelle est votre attitude pour la gestion de la thromboprophylaxie de la MVTE en post-opératoire immédiat ?



n = 259

Contention + HBPM à dose préventive risque élevé

Contention + HBPM à dose préventive risque modéré

Contention + fondaparinux 2,5 mg

Contention élastique sans anticoagulation

PRATIQUE CLINIQUE

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale

Recommandations pour la pratique clinique.

Texte court 2005

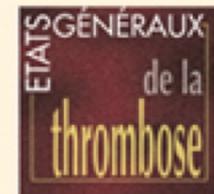
Société française d'anesthésie et de réanimation

- Dans les études disponibles, la durée habituelle de la prévention est de 7-10 jours en chirurgie digestive. Les traitements de plus longue durée ont été étudiés et sont recommandés pour la chirurgie abdominale majeure carcinologique où la prolongation de la prophylaxie à 1 mois a réduit de 50% les thromboses paracliniques sans augmentation du risque hémorragique (**niveau 1**)
- Une thromboprophylaxie prolongée est recommandée en chirurgie abdominale majeure carcinologique (**grade A**)

Chirurgie digestive et varices				
	Risque chirurgical	Risque lié au patient	Recommandations	Grade
Faible	Varices	-	BAT	A
	Chirurgie abdominale non majeure : appendice, vésicule non inflammatoire, proctologie, chirurgie pariétale	+	Rien	B
Modéré	Dissection étendue et/ou hémorragique Durée opératoire anormalement prolongée	-	HBPM doses modérées ou BAT	D
		-	HBPM doses modérées ou BAT	D
	Urgences	+	HBPM doses élevées	D
Élevé	Chirurgie abdominale majeure : foie, pancréas, côlon, maladie inflammatoire ou cancéreuse du tractus digestif Chirurgie bariatrique		HBPM doses élevées avec BAT associés	A
				A

BAT : bas antithrombose (contention élastique).

Prévention de la thrombose veineuse



- 2.1.3 Chez les malades de chirurgie générale à risque plus élevé devant subir une chirurgie lourde pour cancer, nous recommandons une prophylaxie avec HBPM, HNF 3x/j, ou fondaparinux (Niveau de preuve 1A pour chaque option).
- 2.1.5 Chez les malades de chirurgie générale ayant un risque hémorragique élevé, nous recommandons l'utilisation optimale d'une prophylaxie mécanique avec des BCG adaptés au patient ou une CPI (Niveau 1A). Lorsque le risque hémorragique diminue, nous recommandons un traitement pharmacologique seul ou associé à la prophylaxie mécanique (Niveau 1C)
- 2.1.6 Chez les malades de chirurgie générale devant subir une chirurgie majeure, nous recommandons de continuer la prophylaxie jusqu'à la sortie de l'hôpital (Niveau 1A). Chez certains malades de chirurgie générale particulièrement à haut risque, dont les patients devant subir une chirurgie pour cancer ou avec antécédents de TV, nous suggérons de poursuivre le traitement par HBPM au-delà de l'hospitalisation, jusqu'à J28 (Niveau 2A)

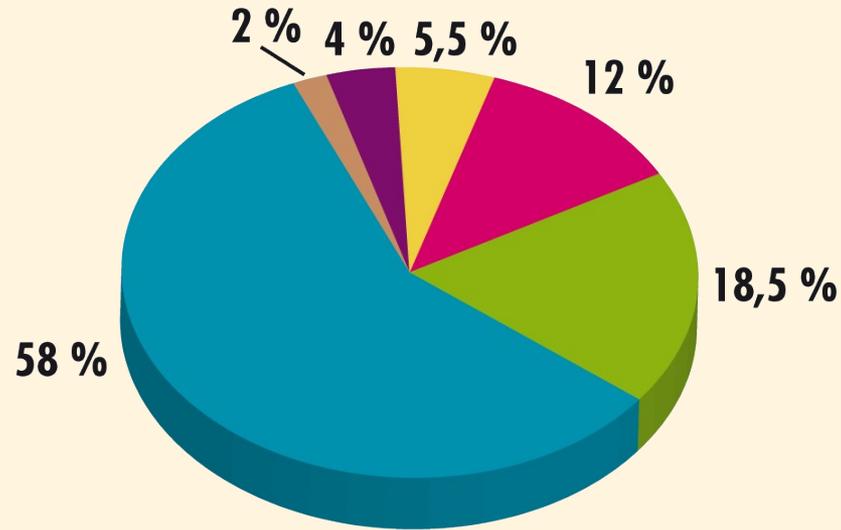
Question 5

(une seule réponse souhaitée)

- **Quelle est votre attitude concernant le traitement antiplaquettaire, si vous avez opté pour une HBPM à dose préventive risque élevé post-opératoire, pendant 1 mois ?**
 1. Reprise immédiate de l'aspirine seule avec une dose de charge de 500 mg
 2. Reprise immédiate du clopidogrel seul sans dose de charge
 3. Reprise immédiate du clopidogrel avec une dose de charge de 300 mg (mortier)
 4. Reprise immédiate de l'aspirine et du clopidogrel sans dose de charge
 5. Pas de reprise des AAP tant que le patient est sous HBPM
 6. Je n'ai pas opté pour une HBPM à dose préventive risque élevé post-opératoire

Quelle est votre attitude concernant le traitement antiplaquettaire, si vous avez opté pour une HBPM à dose préventive risque élevé post-opératoire, pendant 1 mois

n = 259



Reprise immédiate de l'aspirine et du clopidogrel sans dose de charge

Reprise immédiate de l'aspirine seule avec une dose de charge de 500 mg

Reprise immédiate du clopidogrel avec une dose de charge de 300 mg (mortier)

Je n'ai pas opté pour une HBPM à dose préventive risque élevé post-opératoire

Reprise immédiate du clopidogrel seul sans dose de charge

Pas de reprise des AAP tant que le patient est sous HBPM

- SFAR : pas de « consensus » des experts sur la « dose de charge » de clopidogrel post opératoire
- Aspirine utilisable par voie IV si transit non repris
- Reprise « dès que possible » de la bithérapie
- Prévention secondaire des événements coronariens : **antiagrégants**
- Prévention de la MTEV : **anticoagulants**