

6. GESTION DES MALADES SOUS AVK.

La gestion périopératoire des malades sous AVK doit s'envisager

- ♦ en préopératoire : faut-il faire un relais héparinique préopératoire lors de l'arrêt des AVK
- ♦ en postopératoire :
 - quand reprendre les AVK ?
 - avec héparinothérapie en relais ?

6.a. En PRE opératoire

PLAN :

- ♦ Evaluation du risque d'arrêt
- ♦ Modalités de l'arrêt

Evaluation du risque d'arrêt

Cette évaluation permet de décider si l'arrêt des AVK en préopératoire doit s'accompagner ou non de la mise en route d'un relais par héparine jusqu'à l'intervention.

- ♦ **En cas de risque élevé :**
Lorsque le risque thromboembolique (artériel ou veineux), fonction de l'indication du traitement AVK, est élevé, un relais **préopératoire** par une héparine à **dose curative** (HNF ou HBPM sous réserve de leur contre-indication) est recommandé.
- ♦ **En cas de risque NON élevé :**
En fonction du rapport bénéfice / risque il peut être proposé de suspendre momentanément le traitement anticoagulant ; en outre, cela peut être l'occasion de reconsidérer, avec le spécialiste, l'opportunité de la poursuite du traitement anticoagulant.

Le risque d'arrêt est fonction

- ♦ de la maladie ayant entraîné la prescription des AVK
- ♦ et des manifestations de cette maladie.

Les AVK sont donnés dans 3 circonstances :

- ♦ Chez les porteurs de PVM (Prothèse Valvulaire Cardiaque).
- ♦ Pour ACFA (Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire)
- ♦ pour antécédents de MTEV

AVK pour PVM cardiaques :

Le relais préopératoire des AVK par les héparines à dose **curative** est recommandé (grade C), quel que soit le type de PVM (Prothèse Valvulaire Mécanique).

AVK pour ACFA.

Pour les malades en Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire :

- ⇒ **Sont à haut risque** (niveau de preuve 2) les patients ayant un **antécédent**
 - ♦ d'accident ischémique cérébral, transitoire ou permanent,
 - ♦ ou d'embolie systémique
- ⇒ **Dans les autres cas**, l'anticoagulation par AVK peut être interrompue sans relais préopératoire (grade C), mais l'anticoagulation à dose curative est reprise dans les 24-48 heures postopératoires.

AVK pour MTEV :

Pour les malades ayant eu une Maladie Thrombo Embolique Veineuse

⇒ **Sont à haut risque**, (grade C), les patients ayant eu:

- une thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire) datant de moins de 3 mois,
- ou une maladie thromboembolique récidivante idiopathique (nombre d'épisodes ≥ 2 ;
- au moins un accident sans facteur déclenchant (par exemple une immobilisation plâtrée, un épisode chirurgical)

⇒ **Dans les autres cas**, l'anticoagulation par AVK peut être interrompue sans relais préopératoire (grade C),

Les modalités de l'arrêt (et du relais éventuel).

L'arrêt des AVK

Il se fait à J-4.

Si un relais est nécessaire :

Situation à haut risque, l'HBPM est donnée à dose curative, puisqu'en remplacement d'un AVK.

- Dose :
Chaque HBPM a ses propres recommandations posologiques : on donne ici, à titre d'exemple, le passage d'un AVK à l'énoxaparine dont la dose curative est de 100 UI/Kg 2 fois par jour.
- Rythme:
Il faut insister sur le fait qu'il vaut mieux donner une HBPM curative en **2 injections / jour**, car les doses unitaires sont plus basses et donc le risque hémorragique est moindre.

Quand arrêter l'héparine reli?

Cela dépend du type d'Héparine :

- **Si HBPM :**
la dernière injection est faite le matin du jour qui précède l'intervention. Cela est vrai même si l'HBPM est injectée toutes les 12 heures ?
- **Si HNF :**
la dernière injection est faite la veille de l'intervention, le soir.

Date	Tt. Oral	Enoxaparine	Labo
Entre J-10, J-7			INR dans fourchette thérapeutique (permet de connaître la dose d'équilibre)
J-4	Stop		
J-3		100 UI/Kg à 20H	
J-2		100 UI/Kg à 8H + 100 UI/Kg à 20H	
J-1		100 UI/Kg à 8H	INR Si $> 1.5 \rightarrow 2.5$ à 5 mg vit K per os

6.b. En POST opératoire.

C'est la gestion de 2 problématiques

- Celui de la date de leur reprise, chez les patients qui prenaient des AVK. Elle dépend, comme pour l'arrêt des AVK en préopératoire, de la maladie qui a justifié leur prescription, et des complications qui sont déjà survenues.
- celui de la thromboprophylaxie de MTEV

Modalités de la reprise des AVK.

Plusieurs situations sont à envisager, en fonction de la nécessité d'avoir une anticoagulation précoce ou non, et celle d'avoir une prophylaxie de MTEV.

1. La reprise du traitement anticoagulant à dose curative est impérative et doit être aussi précoce que possible

(Les AVK étaient donnés pour une situation à haut risque)

- En postopératoire immédiat, dès que cela est autorisé par l'opérateur, on prescrit une **HBPM**, par exemple Enoxaparine à la dose **curative** de 100 UI/kg toutes les 12 heures (cette répartition au mieux en 2 injections quotidiennes, vise à diminuer le risque hémorragique).
- Ultérieurement, le passage de l'HBPM à l'**AVK** se fera dès que l'opérateur le jugera possible en fonction du risque de saignement postopératoire : par exemple risque de chute d'escarre tardive après résection de prostate. Les 2 médicaments sont donnés simultanément, et l'HBPM arrêtée quand l'INR cible est atteint 2 jours consécutifs.

2. La reprise du traitement anticoagulant (AVK) à dose curative devrait se faire sans urgence, mais le risque thromboembolique veineux est élevé.

(Les AVK étaient donnés pour une situation qui n'était pas à haut risque)

- On reprend les AVK dès que l'opérateur le jugera possible en fonction du risque de saignement post opératoire
- Parallèlement, en postopératoire immédiat, dès que cela est autorisé par l'opérateur, on prescrit une **HBPM**, par exemple Enoxaparine à dose prophylactique (2000 ou 4000 UI/kg selon le risque); l'HBPM sera arrêtée dès que le traitement AVK sera efficace (2 dosages successifs à 1 jour d'intervalle, où le taux cible est atteint)

3. La reprise du traitement anticoagulant (AVK) peut se faire sans urgence ET il n'y a PAS de risque thromboembolique veineux.

Les AVK sont repris selon la méthode habituelle.

NB : L'HBPM peut être remplacée par une HNF

- obligatoirement, si la fonction rénale est < 30 ml/mn
- par prudence, si l'acte urologique est à haut risque hémorragique, car la 1/2 vie des HNF est bien plus courte que celle des HBPM.