

7. GESTION DES MALADES SOUS ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES.

Il faut envisager la conduite à tenir

- en préopératoire
- en postopératoire

7.a. En Préopératoire.

Le risque hémorragique des antiplaquettaires.

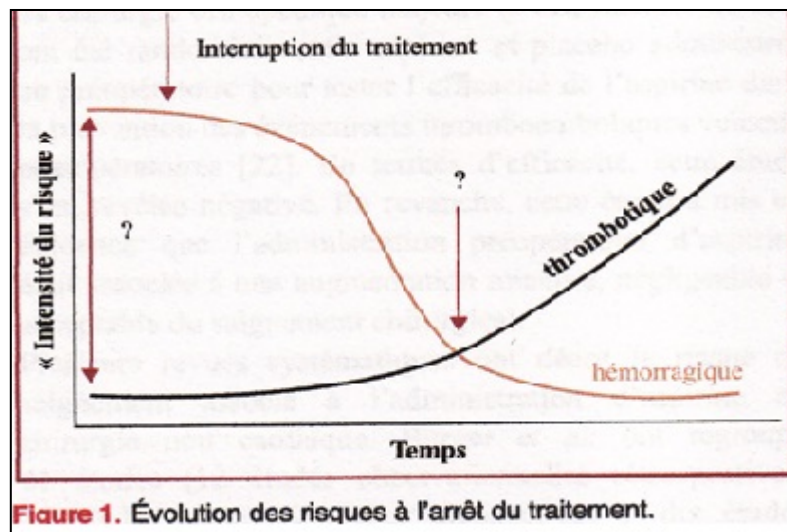
Ce risque a été étudié essentiellement pour la chirurgie prostatique.

- Aspirine et chirurgie d'adénome par voie haute :
Ce médicament peut augmenter le saignement et les besoins transfusionnels. (Niveau de preuve III)
- AINS et Aspirine, et résection prostatique : les données de la littérature sont contradictoires sur le risque hémorragique et l'exposition transfusionnelle des patients.

Risques à l'arrêt des AAP :

On observe

- baisse du risque hémorragique vers J5
- augmentation du risque thrombotique artériel, à partir de J5, maximal à J7 - J10.



Chirurgie et antiplaquettaires pour stent.

Il faut chez ces malades faire la balance entre 2 risques:

- le risque hémorragique, si l'on ne peut pas arrêter les antiplaquettaires
- le risque gravissime de thrombose du stent

⇒ **Cas des stents nus** : le risque est maximal dans les 4-6 semaines après mise en place du stent.

⇒ **Cas des stents actifs** :

Le risque de thrombose du stent dépend de l'ancienneté de sa mise en place: il est majeur les 6-12 premiers mois.

Conduite à tenir : voir le tableau.

Il faut savoir que la substitution par l'HBPM ou le cébutid procède de l'empirisme, faute de données cliniques.

2 remarques :

- Toujours se demander si l'intervention est impérative, et alors s'il n'existe pas de technique alternative : par exemple résection prostatique au laser plutôt que résection classique.
- Si l'indication est impérative, et si le risque d'arrêt de AP est majeur (stent nu récent, stent actif de moins de 6 mois) envisager d'intervenir dans un centre capable de traiter en permanence une éventuelle thrombose du stent.

Stent actif	Risque hémorragique majeur	Risque hémorragique intermédiaire	Risque hémorragique mineur
Risque majeur de thrombose	Reporter l'intervention au-delà de 6 mois, 1 an après pose du stent Si impossible Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jrs Arrêt aspirine-clopidogrel 10 jrs max. et substitution	Reporter l'intervention au-delà de 6 mois, 1 an après pose du stent Si impossible Maintien aspirine Arrêt du clopidogrel 5 jrs	Maintien aspirine-clopidogrel
Risque modéré de thrombose	Arrêt aspirine-clopidogrel 5 jrs ou Arrêt aspirine-clopidogrel 10 jrs max. et substitution	Maintien aspirine Arrêt du clopidogrel 5 jours	Maintien aspirine-clopidogrel ou Maintien aspirine et arrêt clopidogrel 5 jrs

Tableau résumant une conduite pratique.

7.b. En POSTopératoire.

Il n'y a pas d'études, en urologie, permettant autre chose que des recommandations (ou suggestions) d'expert. (Cf. les cas cliniques).