

RISQUE D'HEMORRAGIE DE LA PROCEDURE INVASIVE¹

Procédures à risque élevé d'hémorragie

- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie intracrânienne ou médullaire
- Chirurgie aortique
- Chirurgie vasculaire périphérique et majeure autre
- Arthroplastie de la hanche et du genou
- Chirurgie plastique reconstructrice
- Chirurgie oncologique majeure
- Chirurgie de la prostate et de la vessie
- Résection de polypes du côlon (base ≥ 2 cm ø)
- Biopsie de la prostate ou du rein
- Implantation d'un pacemaker ou DIC

Procédures à faible risque d'hémorragie

- Interventions mineures de stomatologie
 - Plombages, dévitalisations, détartrage
 - Extraction dentaire:
 - titrer l'AVK jusqu'à INR 2.0-2.5
 - bains de bouche à l'acide tranéxamique
- Procédures dermatologiques mineures
- Procédures ophtalmologiques: chirurgie de la cataracte

→ NE PAS interrompre une thérapie aux AVK en cas d'intervention à faible risque hémorragique

→ Remplacer temporairement une thérapie aux AVK par une HBPM en cas de procédures à risque élevé ou modéré d'hémorragie

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE EN CAS DE FIBRILLATION AURICULAIRE (FA)^{2,3,4}

- Le score CHADS₂ détermine le risque de complications thrombo-emboliques de fibrillation auriculaire chronique:
 - C: Congestive heart failure 1 point
 - H: Hypertension 1 point
 - A: Age > 75 1 point
 - D: Diabetes 1 point
 - S₂: Stroke or TIA 2 points
- Risque annuel d'AVC en cas de FA

Score CHADS ₂ (points)	Risque d'AVC (% / an)
0	1.9
1	2.8
2	4.0
3	5.9
4	8.5
5	12.5
6	18.2

THROMBOPHILIE

- **Thrombophilie sévère:** déficit en antithrombine, ≥ 2 facteurs thrombophiliques, homozygotie pour la mutation Leiden du facteur V ou pour la mutation G20210A du gène de la prothrombine, syndrome des antiphospholipides
- **Thrombophilie légère:** déficit en protéine C ou S, facteur VIII élevé, mutation Leiden du facteur V à l'état hétérozygote ou mutation G20210A du gène de la prothrombine à l'état hétérozygote

(1) Douketis JD et al., 8th ACCP Guidelines, Chest 2008; 133:299-339S
(2) Van Walraven C et al. Arch Intern Med 2003; 163: 936
(3) Go A et al. JAMA 2003; 290: 2685
(4) Gage BF et al. Circulation 2004; 110: 2287

Traitement périopératoire de transition pour patients sous antagonistes de la vitamine K

Recommandations du
'Thrombosis Guidelines Group of the
Belgian Society on Thrombosis and Haemostasis
and the Belgian Working Group on Angiology'

www.bsth.be

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE EN CAS

D'INTERRUPTION DE L'ANTICOAGULANT¹

INDICATION DU TRAITEMENT AUX AVK

• Prothèse valvulaire cardiaque

Risque ELEVÉ (>10%)	<ul style="list-style-type: none"> Prothèse mitrale Ancienne prothèse aortique AVC/AIT récent (< 6 mois)
Risque MODÈRE (5-10%)	<ul style="list-style-type: none"> Prothèse aortique mécanique à ailettes avec facteurs de risque supplémentaires (FA, antécédents AVC/AIT, hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, âge > 75)
Risque FAIBLE (2-5%)	<ul style="list-style-type: none"> Prothèse aortique mécanique à ailettes sans facteurs de risque supplémentaires

• Fibrillation auriculaire

Risque ELEVÉ (>10%)	<ul style="list-style-type: none"> Antécédent AVC/AIT Score CHADS₂ 5 ou 6 Maladie valvulaire rhumatismale
Risque MODÈRE (5-10%)	<ul style="list-style-type: none"> Score CHADS₂ 3 ou 4
Risque FAIBLE (2-5%)	<ul style="list-style-type: none"> Score CHADS₂ ≤ 2

• Maladie veineuse thrombo-embolique

Risque ELEVÉ (>10%)	<ul style="list-style-type: none"> TVP/EP récente (< 3 mois) Thrombophilie sévère
Risque MODÈRE (5-10%)	<ul style="list-style-type: none"> TVP ou EP endéans les 3 à 12 mois TVP ou EP récidivante Cancer actif Thrombophilie légère
Risque FAIBLE (2-5%)	<ul style="list-style-type: none"> TVP ou EP unique il y a plus de 12 mois et pas de thrombophilie

“Schéma de transition”

	Risque ELEVÉ	Risque MODÈRE	Risque FAIBLE
Arrêt de l'AVK	<ul style="list-style-type: none"> Marcoumar® 7-10 jours avant l'intervention Marevan® 5 jours avant l'intervention Sintrom® 3 jours avant l'intervention 		
HBPM pré-opératoire	Instaurer l'HBPM dès INR < 2		
Dose d'HBPM	Thérapeutique 2x/jour	Intermédiaire ou Thérapeutique (2x/jour) ou Prophylactique	Prophylactique ou Intermédiaire ou pas de transition
Dernière dose pré-opératoire d'HBPM	<ul style="list-style-type: none"> 24h avant l'intervention si dose thérapeutique ou intermédiaire d'HBPM 12h avant l'intervention si dose prophylactique d'HBPM 		
Contrôle INR la veille de l'intervention Si INR > 1.5 administrer 2 mg de Konakion® per os			
Reprendre l'HBPM en post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> La dose prophylactique peut être reprise 6-8h après l'intervention A partir de 24h après l'intervention, la dose peut, si nécessaire, être majorée jusqu'à la dose intermédiaire A partir de 48-72h après l'intervention, la dose peut, si nécessaire, être majorée jusqu'à la dose thérapeutique (sauf si procédure avec risque d'hémorragie élevé!) En cas de problèmes d'hémostase, la reprise d'HBPM est différée! 		
Reprendre l'AVK en post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> En fonction du type de l'intervention, de l'état général, du risque d'hémorragie, du risque de réintervention, de la présence d'un système de drainage: 12-24h après l'intervention Maintenir la thérapie de transition par HBPM jusqu'à INR thérapeutique sous AVK 		

Quelle dose d' HBPM?

- Dose thérapeutique d' HBPM:
100 UI anti-Xa/kg 2x/jour

Ou 150-200 UI anti-Xa/kg 1x/jour

En cas de traitement de transition, une posologie en 2x/jour est préférée!
Si posologie en 1x/jour:
Dernière dose 24h avant l'intervention est maximum 100 UI anti-Xa/kg

- Dose intermédiaire d'HBPM:
100 UI anti-Xa/kg 1x/jour

- Dose prophylactique d'HBPM:
4000 à 5000 UI anti-Xa 1x/jour

Attention en cas d'insuffisance rénale sévère!
Réduire la dose de moitié en cas de clearance de la créatinine < 30 ml/min.

AVK: Anti-vitamine K
HBPM: Héparine de bas poids moléculaire