

TCS : AOD périopératoire et urgence

Un patient de 76 ans traité par rivaroxaban (Xarelto®) 20 mg par jour pour une fibrillation atriale est opéré en urgence d'une péritonite stercorale.

	Vous pensiez	Mais vous apprenez que	L' hypothèse envisagée devient
TCS 1	L'opérer, mais seulement après avoir obtenu l'activité anti-Xa spécifique	...que ce dosage n'est pas disponible dans votre établissement, et que votre collègue chirurgien trépigne car il est 23h45...	+2 quasi certaine +1 plus probable 0 ni plus ni moins probable -1 moins probable -2 quasi improbable
TCS 2	L'opérer, et s'il saigne lui perfuser 50 UI/kg de CCP	...que le score CHA2DS2-VASc de ce patient est à 9	
TCS 3	Reprendre le rivaroxaban le soir de l'intervention	...le patient saigne	

Commentaire

- TCS 1: On n'attend pas, on ne fait pas un autre dosage et on opère (-2)
- TCS 2 : Pas de modification. Le risque thrombotique du CCP est ici très probablement inférieur au risque hémorragique même si un score à 9 donne un risque annuel à 15% (0)
- TCS 3 : Reprise du traitement à retarder. 48-72h d'HBPM à dose préventive veineuse puis reprise du rivaroxaban quand il ne saigne plus ou s'il ne saigne et s'il a un transit.
(-2)

Denise, 88 y.o.

- **Atrial Fibrillation treated with dabigatran 110mg b.i.d.**
- Hypertension
- Transient Ischemic Attack 2 years ago
- Asymptomatic Angina
- Normal liver function. Creatinine clearance 40ml/min
- Aspirin, Simvastatin, Verapamil
- CHA₂DS₂-VASC score: 6 (Hypertension, Age>75, TIA, woman) – thrombotic risk=9.8%/year

Last oral intake of Pradaxa® 4 hrs ago
She just fell down at home 2 hrs ago: hip fracture...
????

- Homme de 67 ans, fumeur (100 PA), hypertendu traité par Irbésartan-hydrochlorothiazide (CoAprovel®) et lercanidipine (Lercan®). Pose de deux stents actifs de seconde génération, il y a 7 mois après un syndrome coronaire aigu. Traitement par prasugrel (Efient®) et aspirine.
- Prévu pour pneumonectomie gauche sur adénocarcinome. Il est peu compliant **et son fils est cardiologue.**
- **Il est sujet depuis peu à des épisodes hypotensifs.**

- Lors de la visite pré-anesthésique la veille au soir, il est constaté que le patient n'a pas interrompu son CoAprovel®, contrairement à ce qui avait été demandé.
- Faut-il différer l'intervention, compte tenu de la gestion des antiplaquettaires ?

J'étais pas là hier..

C'est pas dans mon équipe...

C'est Nathalie qui s'en occupe, mais elle est en RTT...

C'est commandé mais c'est pas arrivé

C'est dans le placard mais j'ai pas la clé...

Marchez pas dans le mouillé...

Ne quittez pas , je vais essayer de vous le passer...

Il est pas là, on n'a pas vu sa voiture...

Comment gérez-vous le traitement antiplaquettaire en pré-op

(une seule bonne réponse)

- Arrêt du prasugrel (Efient®) et de l'aspirine 5 jours avant
- Arrêt du prasugrel et de l'aspirine 7 jours avant
- Relais de l'aspirine par du Cébutid®
- Pas d'interruption de l'aspirine et arrêt du prasugrel au moins 7 jours avant
- Arrêt de l'aspirine 10 jours avant et poursuite du prasugrel

Comment reprenez-vous les antiplaquettaires

(une bonne réponse)

- Reprise de l'aspirine et du prasugrel en dose de charge (pour les deux traitements) le soir même
- Reprise de l'aspirine et du prasugrel en dose de charge (pour les deux antiplaquettaires) le lendemain
- Prise de l'aspirine le soir même, et du prasugrel le lendemain ou le surlendemain, sans aucune dose de charge
- Reprise des deux traitements quand le chirurgien est d'accord...

Et l'héparine de bas poids moléculaire, vous la reprenez quand ? Quel est le traitement le plus important : anticoagulant ou antiplaquettaire ?
(trois bonnes réponses)

- Reprise de l'HBPM à dose préventive
- Bas anti-thrombose en attendant et mobilisation active du patient
- L'héparine doit être reprise tout de suite
- Les antiplaquettaires sont prioritaires
- Reprenons l'HBPM et le prasugrel en SSPI et prions !