



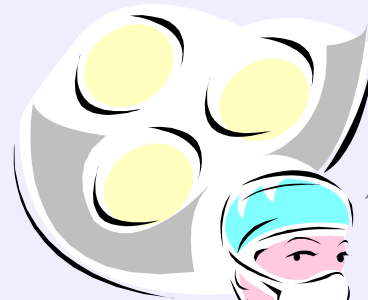
Gestes invasifs et antithrombotiques

AMMPPU
31.03.2009

Votre patient est sous aspirine.
Puis-je lui extraire sa dent ?



Elle est
traitée par
AVK..
Quand faire
sa
gastroscopie



La motivation des nouvelles recommandations

- arrêt des AAP, même pour une courte durée = augmentation des évènements athéro-thrombotiques
 - (syndromes coronariens aigus,
 - accidents vasculaires cérébraux,
 - claudications...) .

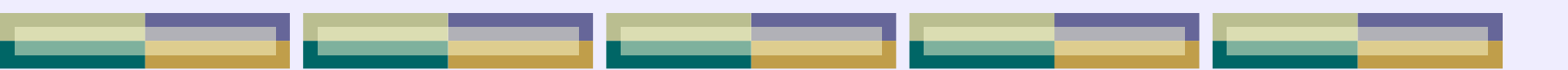
- « *Il est à noter que dans toute la littérature étudiée, aucune séquelle et aucun décès n'ont été retrouvés dans les cas où un saignement post-opératoire était observé chez des patients après une intervention de chirurgie bucco-dentaire sans modification de leur traitement par AVK.*
- *En revanche, des complications mortelles sont survenues après arrêt ou diminution de la posologie des AVK. (I A) »*



Peuvent être réalisés

sous AVK si pas de surdosage attesté par INR récent, pas d'interaction médicamenteuse ni de comorbidité (HAS 2008)

- la chirurgie cutanée (grade C) ;
- la chirurgie de la cataracte (grade C) ;
- les actes de rhumatologie de faible risque hémorragique
- certains actes de chirurgie bucco-dentaire
- certains actes d'endoscopie digestive



Soins dentaires : Des recommandations

- **Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie** **Recommandations**

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE BUCCALE ET DE
CHIRURGIE BUCCALE 2005

- **Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire**

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE BUCCALE ET CHIRURGIE
BUCCALE EN COLLABORATION
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE 2006

Soins dentaires et Anti-Agrégant Plaquettaire

- Pas de précautions pour les soins dentaires conservateurs (dentisterie restauratrice, endodontie, prothèse) (AP)
- Pas de CI aux soins locaux parodontaux non chirurgicaux (compression de 10 minutes si saignements persistants) (AP)
- Pas de CI à la chirurgie buccale, parodontale ou implantaire (grade B pour l'aspirine, AP pour le clopidogrel)
- Pas d'examen biologique significatif du risque de saignement sous AAP (grade A)

AVK et chirurgie dentaire

La poursuite du traitement par AVK est **recommandée**

- dans les cas d'interventions de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire
- sauf en cas de risque médical associé,
- sous réserve de la coopération du patient et de la proximité d'une structure hospitalière capable de le prendre très rapidement en charge.

- **La valeur de l'INR doit être stable et < 4 (vérifié 24h avant)**



Chirurgie dentaire sous AVK

En pratique ambulatoire


- Jusqu' INR =3
- et pour des actes à risque hémorragique modéré ou absent

En hospitalier

- Si INR >3 ou
- actes à risque hémorragique ou
- risque médical associé (ex association AVK-Antiplaquettaires)



Précautions sous AAP OU AVK (1)

 **Évaluation pré-opératoire:** facteurs risquant d'accentuer le saignement, évaluation médicale, coopération du patient

 **Anesthésie**

- locale (aiguille 27 G + injection lente) .
- Pas d'anesthésie locorégionale
- Pas de CI à l'anesthésie générale sous AAP : éviter l'intubation nasotrachéale



Précautions sous AAP OU AVK (2)

- o **Les techniques d'hémostase locales sont systématiquement appliquées**
 - ✓ colles biologiques,
 - ✓ Sutures des berges de la plaie et compression locale
 - ✓ Hémostatiques locaux résorbables (AP)

Précautions sous AAP OU AVK (3)

- **Remise par écrit de conseils post-opératoires** et de consignes en cas de saignement post-opératoires (AP)
 - Pas de brossage de dents
 - Pas de bain de bouche traumatique
 - Pas de manipulation du dispositif hémostatique
 - Pas de boissons chaudes
 - Pas d'aliments durs
 - Si hémorragie : Compression
 - N° d'appel si persistance des signes
- **Consultation de contrôle à 24h-48h** (ou contact téléphonique)
- Complications hémorragiques rares : reprise de l'hémostase et hospitalisation si inefficacité ou signes de gravité avec atteinte de l'état général

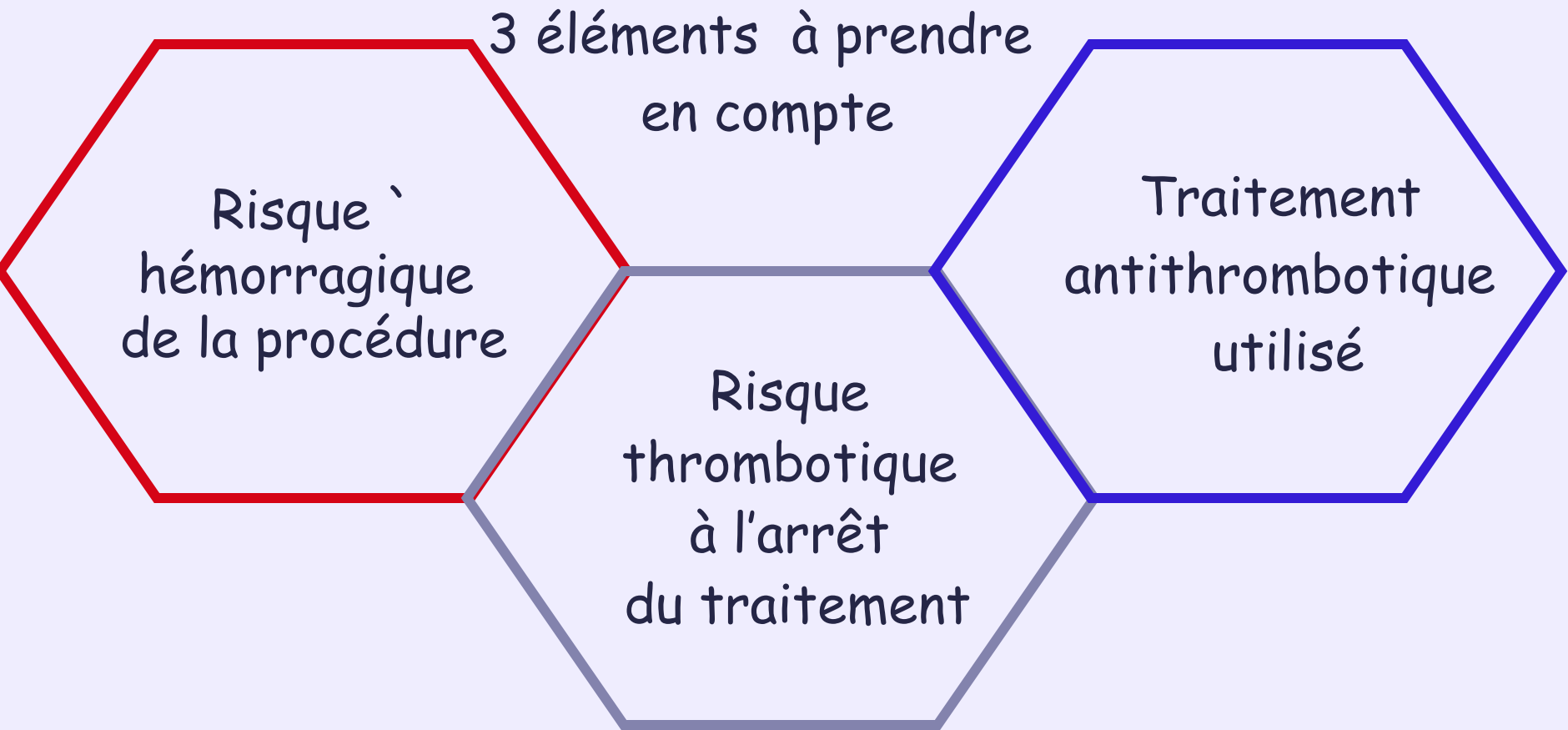


Attention aux interactions avec les AVK

- **Accroissement du risque hémorragique**
 - Traitements de la douleur : Aspirine, AINS, tramadol
 - Certains Antibiotiques (céphalosporines, cyclines, fluoroquinolones)
- **Augmentation du risque thrombotique par Induction enzymatique** : (carbamazépine, phénytoines,, rifampicine, antirétroviraux)

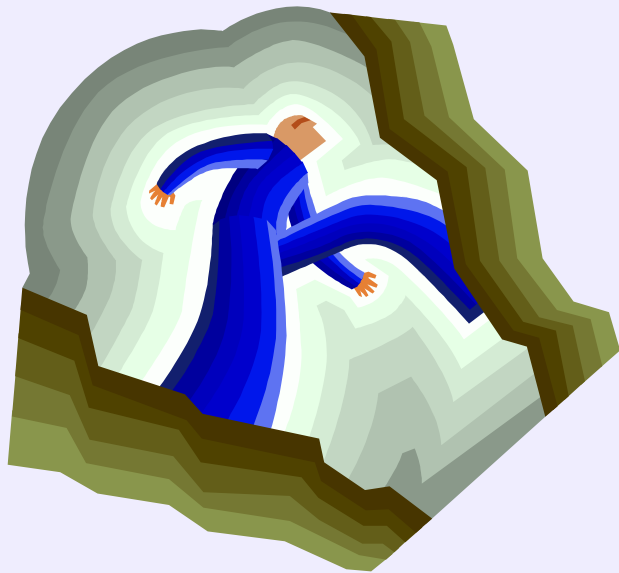
*Antivitamine K et extraction dentaire : peu de risques avec un INR inférieur à 4"
Rev Prescrire 2004 ; 24(253) : 615-618.*

Antithrombotiques et Endoscopie consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006



Risque hémorragique de la procédure consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

Le risque
hémorragique



La possibilité de
contrôle
endoscopique de
l'hémorragie



Risque hémorragique de la procédure consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

● **Faible risque** (saignement exceptionnel avec possibilité de contrôle endoscopique)

● = gestes possibles sans arrêt du traitement(INR récent si AVK)

- la gastroscopie par voie buccale,
- La rectosigmoidoscopie
- La coloscopie sans polypectomie
- L'échoendoscopie diagnostique
- La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique
- L'entéroscopie

Les biopsies à la pince ne majorent pas ce risque de façon significative

Risque hémorragique de la procédure (2) consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

Procédures à haut risque (= le plus souvent relais ou arrêt)

● Risque $\geq 1\%$ avec possibilité de contrôle endoscopique de l'hémorragie




- Résection tissulaire (polype...)
- Sphinctérotomie endoscopique
- Photocoagulation et photodestruction laser
- Hémostase de lésions vasculaires

● Risque $< 1\%$ mais sans possibilité de contrôle endoscopique de l'hémorragie

- Ponction sous écho
- Gastrostomie percutanée
- Dilatation de sténoses digestives
- Gastroskopie par voie nasale



Selon l'antithrombotique consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

-  **Aspirine** : inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire => perturbation de l'hémostase fonction du renouvellement du pool plaquettaire- suffisant en 3 à 5 jours- complet en 7 à 10j
-  **AINS** : (Flurbiprofène à 50 mg/prise) : inhibition réversible
-  **Clopidogrel** : mais manque de données (ressemble à aspirine)

Selon l'antithrombotique consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

- **AVK** : risque selon l'INR - modéré entre 2 et 3
- **HBPM** : hémostase redevenue N si activité anti Xa $\leq 0,2$ (demi-vie 4 à 7 heures)
- **HNF** : retour à la normale en 4 à 6 h (8 à 12h en SC)
- **Fondaparinux ??** 1/2 vie = 15h...

Selon le risque thrombotique : Patients sous AVK

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

Risque majeur : relais par HNF

- prothèse valvulaire : les mitrales et les Aortiques de 1ère génération ou 2ème génération avec autre facteur de risque (INR 3 à 4,5)
- Fibrillation auriculaire avec autre facteur de risque (INR 2 à 3)

Risque moyen : relais par HNF ou HBPM

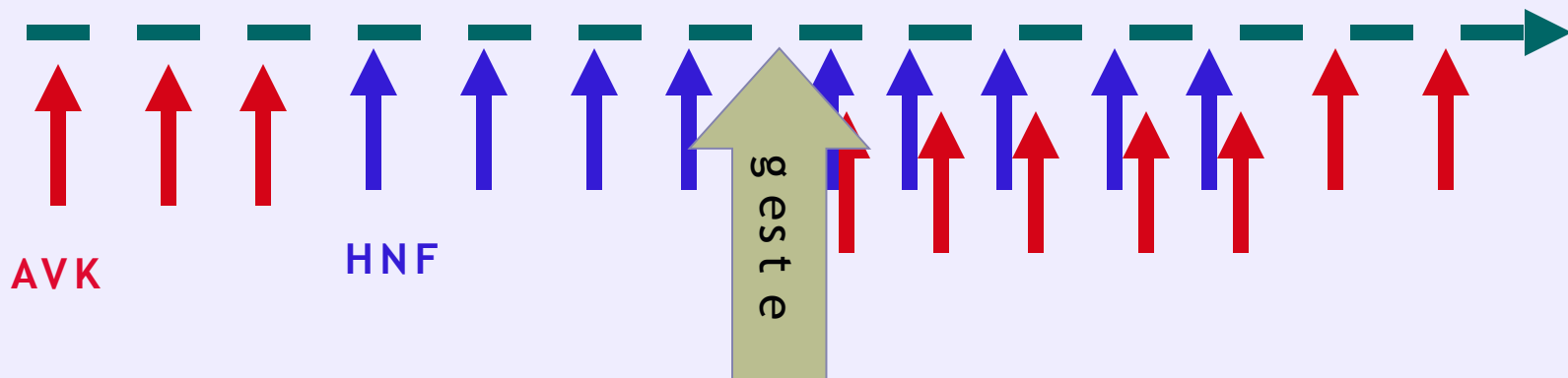
- MTE Veineuse
- Fibrillation auriculaire à risque moyen
- IM ou RM avec dilatation auriculaire
- Prothèse valvulaire sans cofacteur de risque ou bioprothèse dans les 1ers mois

Relais AVK

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

Avec HNF (risque TE majeur)

- Arrêt à J-3 (Sintrom), J-4 (Préviscan), J-5 (Coumadine)
- Le lendemain HNF à doses anticoagulante (TCA 2 à 3x témoin)
- INR la veille du geste
- Arrêt HNF 4 à 6 h avant (IV) ou 8h à 12h avant (SC 3 à 2x/j)
- Reprise de l'HNF de 6 à 8 heures après selon risque hémorragique
- Reprise AVK le soir
- Arrêt de HNF qd 2 INR dans la zone thérapeutique

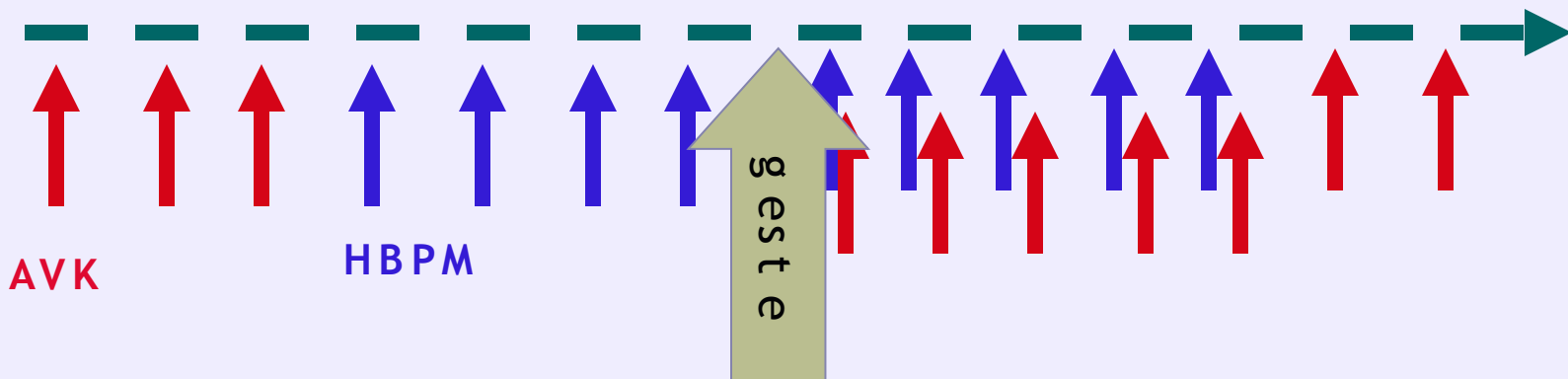


Relais AVK

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

● Avec HBPM à doses curatives (MTEV, angor instable)

- Arrêt à J-3 (Sintrom), J-4 (Préviscan), J-5 (Coumadine)
- Le lendemain HBPM à doses anticoagulante (activité anti Xa)
- INR et plaquettes la veille du geste
- HBPM poursuivie jusqu'à la veille du geste (J-1)
- **Reprise de l'HBPM 12 heures après le geste**
- Reprise AVK le soir
- Arrêt de HBPM quand 2 INR dans la zone thérapeutique





Selon le risque thrombotique : Patients sous AAP

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

- **Risque majeur : avis spécialisé: HNF ou HBPM +/-CEBUTID®**
 - SCA
 - Endoprothèse si < 1 mois
 - Endoprothèse active si < 2 mois (sirolimus) à 6 mois(taxus) ou 1 an (stent couvert)

- **Risque moyen : relais CEBUTID ®**
 - SCA après un mois ou angor stable
 - Prévention secondaire IDM ou AVC
 - FA à faible risque

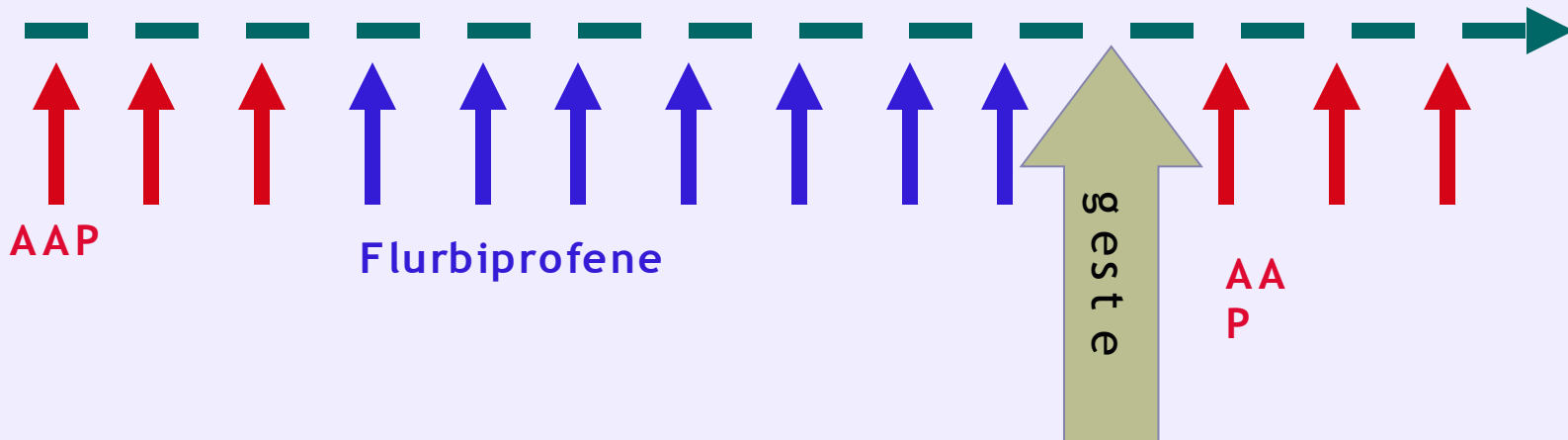
- **Risque faible : pas de relais : prévention primaire**

Relais AAP

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

● **Flurbiprofène (angor stable, FA < 65ans ou atcd AVC sans cardiopathie emboligène, artérite ..)**

- Début le lendemain de l'arrêt de l'AAP (7 à 10 j avant le geste)
- Arrêt 24h avant le geste
- Reprise de l'AAP le lendemain du geste

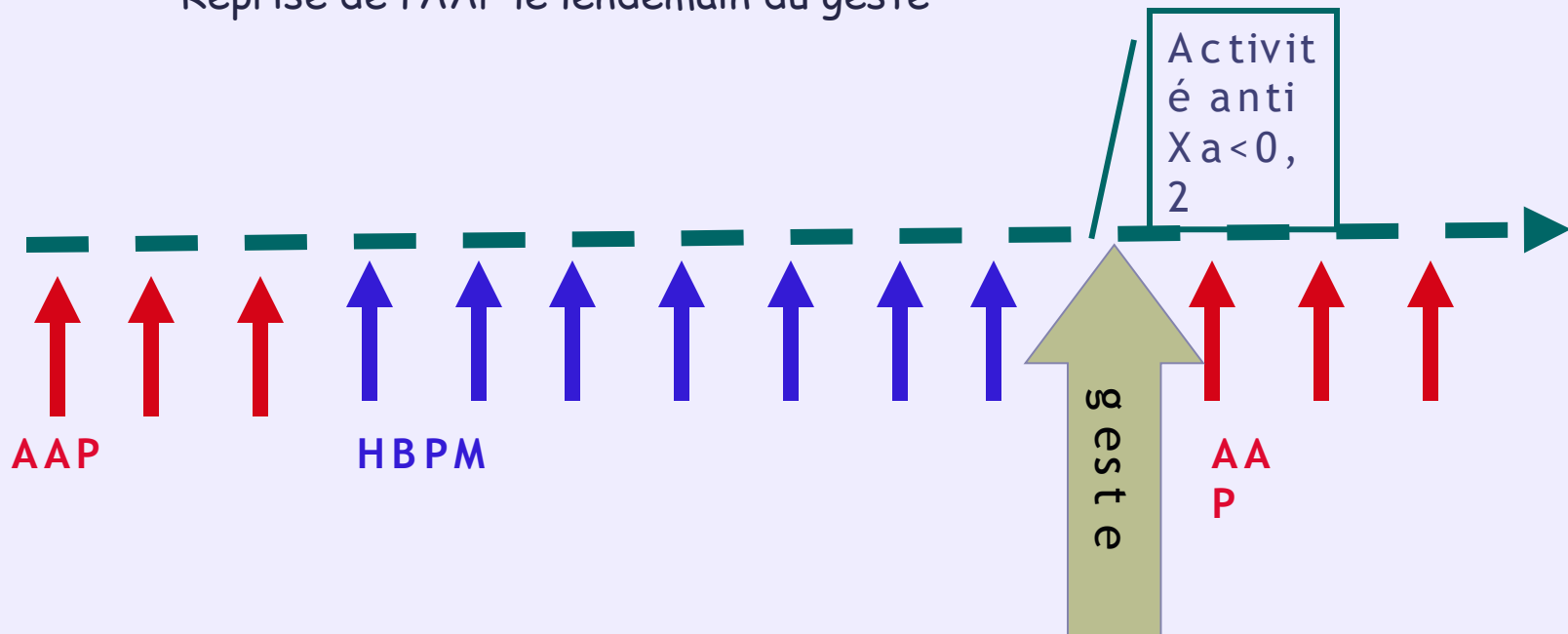


Relais AAP

consensus SFED-SFC-GEHT-SFAR 2006

HBPM (SCA récent, endoprothèses)

- Debut le lendemain de l'arrêt de l'AAP (7 à 10 j avant le geste) à doses curatives
- Arrêt 24h avant le geste (contrôle anti Xa < 0,2)
- Reprise de l'AAP le lendemain du geste





Infiltrations et antithrombotiques

- La pratique des ponctions et infiltrations articulaires pose peu de difficultés, le risque hémorragique étant faible et ses conséquences mineures.
- Il n'en est pas de même pour les infiltrations périurales, en cas de prise simultanée d'AVK ou d'antiagrégants qui exposent à des complications rares mais lourdes de conséquences.

Antiagrégants, anticoagulants et infiltrations : comment faire ?

Valérie Lemaire¹, Bernard Charbonnier², Yves Gruel³,
Philippe Goupille^{1*}, Jean-Pierre Valat¹

- Rev Rhum [Ed Fr] 2002 ; 69 : 8-11



Antithrombotiques et AINS

- Majoration du risque ulcérogène pour l'aspirine = prudence
- Majoration du risque de saignement digestif en association avec l'aspirine ou le clopidogrel = prudence
- Augmentation du risque hémorragique pour les AVK et les Héparines = déconseillés

Peser bénéfices / risques



Interactions AINS - AAP

- Modifications de l'activité antithrombotique de l'aspirine par fixation des AINS non spécifiques sur le site d'action de l'AAS
 - inactivation définitive pour l'AAS
 - transitoire pour l'AINS avec instabilité de l'effet antiagrégants
- Chronologie des prises (aspirine avant AINS)
- Actions autres des anti cox 2 sur le risque vasculaire



Gestes rhumatologiques et AVK groupe 3 = risque hémorragique faible (HAS 2008)

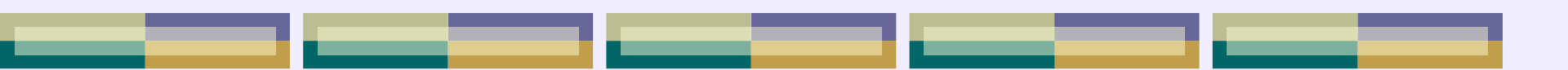
- Infiltrations périarticulaires
- Ponction-infiltration simple des articulations périphériques hors coxo-fémorales
- Infiltration canalaire superficielle
- Biopsie des glandes salivaires accessoires



Gestes rhumatologiques et AVK




groupe 2 = risque hémorragique modéré (HAS 2008)

- Ponction-infiltration simple des articulations coxo-fémorales
- Infiltration canalaire profonde (cf. Alcock)
- Ponction-infiltration rachidienne lombaire, foraminale ou articulaire postérieure ou dorsale costo-vertébrale
- Lavage articulaire d'une articulation périphérique
- Ponction-trituration de l'épaule
- Biopsie synoviale ou osseuse
- Infiltration sacro-iliaque ou ponction-infiltration par le hiatus sacro-coccygien
- ...



Gestes rhumatologiques et AVK

groupe 1 = risque hémorragique élevé (HAS 2008)

-  Ponction-infiltration rachidienne cervicale ou lombaire, épidurale ou intradurale , foraminale
-  Ponction-biopsie discale
-  Cimentoplastie