

Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors d'une intervention endoscopique urologique chez le coronarien

Juin 2012

Dix à 15 % des interventions endoscopiques urologiques sont effectuées chez des patients prenant des antiagrégants plaquettaires (AAP) au long cours, qui augmentent le risque hémorragique du geste effectué.

Chez le coronarien, arrêter les AAP pour réaliser un geste invasif est un facteur de risque majeur d'accident thrombotique cardiaque sévère ou léthal.

Ces deux risques étant antagonistes, il est impératif d'identifier au préalable :

- 1 - le risque thrombotique lié à une éventuelle modification du traitement par AAP ;
- 2 - le risque hémorragique lié à l'acte envisagé et sa faisabilité sous AAP.

OBJECTIF

Proposer à chaque patient la stratégie de prise en charge qui optimisera la balance entre ces deux risques en fonction de l'acte envisagé et du risque thrombotique inhérent à sa coronaropathie.

ÉVALUER L'HÉMOSTASE ET INFORMER LE PATIENT

- ❑ L'interrogatoire ciblé est l'outil à privilégier pour évaluer le risque hémorragique avant un geste invasif.
- ❑ La performance des tests biologiques actuels est médiocre pour évaluer le risque hémorragique sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel.
- ❑ Un bilan d'hémostase préopératoire systématique pour déterminer le risque hémorragique d'un patient sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel n'est pas utile.
- ❑ Il est recommandé d'informer le patient sur les risques thrombotique et hémorragique et de lui expliquer la stratégie thérapeutique envisagée.
- ❑ La présentation par le patient d'un document précisant sa pathologie coronaire, le type de stents utilisés et les traitements prescrits facilite l'évaluation et lui permet de participer à la décision.
- ❑ En raison de l'absence de démonstration de son efficacité, la transfusion prophylactique systématique de concentrés plaquettaires n'est pas recommandée.
- ❑ En cas de nécessité d'arrêt de tous les AAP, aucun relais par AINS ou HBPM n'est recommandé.

1. Évaluer le risque thrombotique

	Risque majeur	Risque moindre
Pose d'un stent nu*	< 6 semaines	> 6 semaines
Pose d'un stent actif*	Moins de 6 à 12 mois	Au-delà de 6 à 12 mois
Syndrome coronarien aigu (SCA) : STEMI ou NSTEMI	< 6 semaines	De 6 semaines à 1 an

* Le risque de thrombose est maximal dans les suites de la pose du stent.

† Le coronarien simple (sans dilatation, sans stent) est considéré comme étant à risque moindre.

Facteurs surajoutés transformant le risque moindre en risque majeur :

Liés au terrain :

- contexte de l'angioplastie (SCA ou infarctus avec sus-décalage du segment ST),
- altération de la fonction ventriculaire gauche,
- diabète ; insuffisance rénale ; néoplasie évolutive,
- antécédent de thrombose de stent ;

Liés à la procédure :

- plusieurs vaisseaux stentés ; long segment stenté (50 mm), tronc commun,
- petit calibre du stent (2,5 mm) ; calcification ; stent sous-dimensionné,
- bifurcation ; utilisation de stent actif en dehors des indications reconnues ;
- pharmacogénétique : portage du variant CYP2C19*2.

- **Le risque thrombotique majeur** nécessite une bithérapie par AAP : acide acétylsalicylique (AAS) : 75 mg/j + thiénoxydine (clopidogrel ou prasugrel ou ticagrélor) durant au moins six semaines pour les stents nus et 12 mois pour les stents actifs, puis à adapter au cas par cas.

- **Le risque thrombotique moindre** nécessite en principe une monothérapie par AAP à vie.

Traitement AAP recommandé chez le coronarien

	Type de traitement	Durée
Coronaropathie	Monothérapie : AAS ou clopidogrel	Indéfiniment
SCA	AAS + clopidogrel	≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
SCA dilaté	AAS + prasugrel ou AAS + clopidogrel	≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
Stent actif (hors SCA)	AAS + clopidogrel	≥ 6 à 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
Stent nu (hors SCA)	AAS + clopidogrel	6 semaines, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS

2. Évaluer le risque hémorragique

- Risque hémorragique faible à modéré sans AAP :

- > toute endoscopie diagnostique sans biopsies ;
- > endoscopie thérapeutique à risque de saignement modéré ou contrôlable sous endoscopie.

Risque hémorragique sans AAP	Acte endoscopique	Faisabilité	
		sous AAS	sous Clopidogrel
Risque faible à modéré	Uréthrocystoscopie		OUI
	Urétéroscopie diagnostique +/- biopsie		
	Urétéroscopie rigide + extraction (+/- fragmentation) de calcul		
	Urétéroscopie souple + extraction (+/- fragmentation) de calcul	OUI	
	Montée d'une endoprothèse urétérale (type sonde JJ)		NON
	Dilatation urétérale +/- stent		
	Biopsies prostatiques		
Risque élevé	Uréthrotomie endoscopique		
	Résection transurétrale de prostate		
	Résection transurétrale de vessie	OUI*	
	Biopsies de vessie		

* À discuter au cas par cas, en tenant compte de la balance bénéfique/risque (thrombotique et hémorragique) entre l'urologue, l'anesthésiste et/ou le cardiologue et en privilégiant les techniques alternatives utilisant le laser (HoLEP ou vaporisation) ou le courant bipolaire (résection ou vaporisation).

GESTION DES ENDOSCOPIES CHEZ LE CORONARIEN

- ☐ Il n'est pas recommandé de réaliser un geste invasif sous prasugrel ou ticagrélor.
- ☐ Une concertation pluridisciplinaire est nécessaire lors de la prise de décision, au moins entre le praticien qui réalise l'acte et ceux qui suivent le traitement de la coronaropathie.

Modalités d'interruption des AAP si l'arrêt est nécessaire

Traitement en cours	Arrêt envisagé	Décal entre l'arrêt et le geste
AAS	AAS	3 jours (si risque thrombotique majeur) à 5 jours.
Clopidogrel	Clopidogrel	5 jours
AAS + clopidogrel	Clopidogrel	5 jours
AAS + prasugrel	Prasugrel	7 jours
AAS + ticagrélor	Ticagrélor	5 jours

Gestion des AAP selon l'acte endoscopique et le risque thrombotique coronarien

Acte endoscopique		Risque thrombotique majeur (bithérapie antiagrégante)	Risque thrombotique mineur (monothérapie antiagrégante)
Endoscopies à risque hémorragique faible à modéré	Uréthrocystoscopie	Maintien des AAP en cours.	Maintien de l'AAP en cours.
	Urétéroscopie diagnostique +/- biopsie	Différer l'endoscopie OU maintien du traitement par AAS et arrêt du clopidogrel 5 jours avant (ou prasugrel 7 jours avant) (concertation pluridisciplinaire).	Monothérapie par AAS : maintien du traitement. Monothérapie par clopidogrel : arrêt du clopidogrel 5 jours avant.
	Urétéroscopie rigide + extraction (± fragmentation de calcul)		
	Urétéroscopie souple + extraction (+/- fragmentation) de calcul		
	Montée d'une endoprothèse urétérale (type sonde JJ)		
	Dilatation urétérale +/- stent		
	Biopsies prostatiques		
Uréthrotomie endoscopique			
Endoscopies à risque hémorragique élevé	Résection transurétrale de prostate	Différer l'endoscopie OU maintien du traitement par AAS et arrêt du clopidogrel 5 jours avant (ou prasugrel 7 jours avant) (concertation pluridisciplinaire). Privilégier les techniques alternatives (laser ou bipolaire).	Monothérapie par AAS : arrêt 3 jours avant. Monothérapie par clopidogrel : arrêt du clopidogrel 5 jours avant, ou relais par AAS, à discuter au cas par cas, en tenant compte de la balance bénéfique/risque (thrombotique et hémorragique) entre l'urologue, l'anesthésiste et/ou le cardiologue. Privilégier les techniques alternatives (laser ou bipolaire).
	Résection transurétrale de vessie		
	Biopsies de vessie		

Recommandations sur le traitement et la reprise des AAP.

Monothérapie AAP

AAS	AAS	AAS	Poursuite AAS même dose.
AAS	Aucun	AAS	Reprise AAS même dose.
Clopidogrel	Aucun	Clopidogrel	Reprise clopidogrel (après dose de charge 300 mg si besoin).
Clopidogrel	AAS (relais)	AAS	Poursuite AAS même dose jusqu'à la reprise du clopidogrel.

Bithérapie AAP

AAS + clopidogrel	AAS	AAS	AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur).
AAS + clopidogrel	Aucun	AAS	AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur).
AAS + prasugrel	AAS	AAS	AAS même dose + prasugrel même dose.

La reprise est possible très précocement après le geste invasif, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire, si l'hémostase a été jugée correcte et en l'absence de saignement majeur. Le patient doit être informé des modalités de la reprise du traitement et en recevoir une trace écrite.

AVERTISSEMENT

L'ensemble des situations cliniques ne pouvant être traité ici, il est important de se reporter au texte des recommandations autant que de besoin.

La HAS et la SFED remercient les sociétés savantes suivantes qui ont contribué activement à ce travail :

Groupe d'Étude sur l'Hémostase et la Thrombose (GEHT)
Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP)
Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)
Société Française de Cardiologie (SFC)
Société Française de Rhumatologie (SFR)
Collège de Médecine Générale (CMG)
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
Société de Chirurgie Vasculaire de Langue Française (SCV)
Association Française d'Urologie (AFU)
Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)