Accueil

**D**épartement d'**A**nesthésiologie, de **P**harmacologie et **S**oins **I**ntensifs

**Service d'Anesthésiologie / Unité ADO**

Genève, le *………………….*

Madame, Monsieur le Docteur

*…………………..*

*…………………………*

*………………………………*

*…………………………………*

Concerne : *Nom Prénom, né(e) le…………*

Madame (Monsieur), et Cher (e) Collègue

Votre patient(e) susmentionné(e) est actuellement sous traitement antithrombotique et doit bénéficier d’une chirurgie à risque hémorragique *(intitulé type de chirurgie) le …………………..* etnous souhaiterions que vous preniez en charge la gestion des médicaments antithrombotiques dans la période préopératoire.

Nous nous permettons de vous adresser des recommandations générales concernant la gestion des antithrombotiques oraux dans la période péri-opératoire, conformément aux directives les plus récentes de l’Unité d’Hémostase des HUG.

**Concernant les antivitamines K (AVK) :**

De manière générale, le traitement par AVK doit être interrompu pour cette chirurgie avec un INR souhaité inférieur à 1,5 le jour de l’intervention.

Le relais par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) n’est nécessaire qu’en cas de **risque thromboembolique élevé, notamment** :

* + Maladie thromboembolique veineuse récente (< 3 mois)
  + FA avec antécédent d’AIT ou d’AVC < 3 mois
  + Valve mécanique

Une HBPM administrée 2x/j devra être introduite dès que l’INR est < 2,0. Il sera alors préférable que le patient soit hospitalisé à J-1 pour un relais par une héparine non fractionnée par voie intraveineuse le matin de J-1 (pas d’administration d’HBPM ce jour-là).

Nos recommandations sont les suivantes si l’INR est entre 2,0 et 3,0 (prévoir un contrôle avant l’arrêt de l’AVK) :

* **Sintrom®** : dernière prise à J-4, contrôler l’INR à J-1.
* **Marcoumar® :** dernière prise à J-7, contrôler l’INR à J-2. Administrer de la vitamine K à J-2 si l’INR est toujours >1,5 (par exemple 5 mg de Konakion**®**).

**Concernant les anticoagulants directs oraux (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) prescrits à dose thérapeutique :**

Aucun relais n’est à faire.

A noter que pour les patients traités à la phase précoce d'une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire, les doses de rivaroxaban sont de 15 mg x 2 pendant 3 semaines et les doses d'apixaban sont de 10 mg x 2 pendant 10 jours. Pendant cette période où la nécessité de programmer une chirurgie est une éventualité rare, le schéma proposé dans le tableau ci-dessous ne s'applique pas et une stratégie personnalisée doit être discutée avec l’Unité d’Hémostase.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACOD** |  | |
| Rivaroxaban (20 ou 15 mg 1x/j) | Dernière prise à J-3, quelle que soit l’heure de la prise et si la clearance de la créatinine\* est > 30 ml/min | |
| Apixaban (5 ou 2,5 mg 2x/j) |
| Edoxaban (60 ou 30 mg 1x/j) |
| Dabigatran (110 ou 150 mg 2x/j) | clearance\* > 80 ml/min | Dernière prise à J-3 |
| clearance\* 50-80ml/min | Dernière prise à J-4 |
| clearance\* 30-50 ml/min | Dernière prise à J-5 |

\*Calculée selon la formule de Cockroft-Gault.

**Concernant les traitements antiplaquettaires**, il n’est pas nécessaire d’arrêter **l’Aspirine Cardio® 100 mg** qui peut être poursuivie pendant toute la période péri-opératoire. Par contre, en-dehors des périodes à hauts risques thrombotiques, il serait souhaitable que les autres traitements anti-plaquettaires soient arrêtés, si le cardiologue, ou plus rarement le neurologue, le permet. Nous préconisons les délais suivants :

* **Clopidogrel (Plavix*®*)** : dernière prise à J-6.
* **Ticagrelor (Brilique*®*)** : dernière prise à J-6.
* **Prasugrel (Efient*®*)** : dernière prise à J-8.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, et restant à disposition pour tout renseignement, nous vous adressons, Cher(e) Collègue, nos respectueuses salutations.

Signature du médecin prescripteur :