



Gestion d'une fenêtre thérapeutique au cours d'un traitement par antivitamines K

Procédure conçue et agréée par le réseau GRANTED, pour son usage spécifique

Version 2016 : M. Fontaine, G. Pernod
Première diffusion 2004 : J. Yver, G. Pernod
Pages : 4
Destinataires : médecins

1 Objet

Adaptation des doses d'antivitamines K en cas d'actes médicaux invasifs (extraction dentaire, biopsie cutanée, biopsie sous endoscopie, infiltration péri articulaire...) et d'actes chirurgicaux.

2 Définition

Plusieurs attitudes sont possibles et doivent être discutées en fonction du risque thrombotique propre du patient et du risque hémorragique, lié en particulier au type d'acte invasif. Les interventions programmées devront être, si possible, différées en cas de TVP proximale ou EP survenue dans le mois précédent. A défaut, un filtre cave temporaire peut être discuté

3 Modalités

ACTES RESPONSABLES DE SAIGNEMENTS DE FAIBLE INTENSITE ET AISEMENT CONTROLES, POUVANT ETRE REALISES SANS INTERROMPRE LES AVK

Conditions

- INR compris entre 2 et 3, à contrôler avant le geste.
- Absence de risque médical associé (prise d'un autre médicament ou comorbidité interférant avec l'hémostase ou avec l'équilibre du traitement anticoagulant).

Actes :

- chirurgie cutanée
- chirurgie de la cataracte
- actes de rhumatologie de faible risque hémorragique*
- certains actes de chirurgie bucco-dentaire**
- certains actes d'endoscopie digestive***

(sites consultables : * www.rumatologie.asso.fr ; ** www.societechirbuc.com ; *** www.sfed.org)



Actes programmés nécessitant l'interruption des AVK (objectif : INR au moment de l'intervention < 1.5 ou < 1.2 si neurochirurgie)

□ MTEV à risque de récurrence modéré

- ◆ Arrêt des AVK sans relais préopératoire par héparine
- ◆ Reprise des AVK dans les 24-48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**

□ MTEV à haut risque de récurrence*

- ◆ Arrêt des AVK avec relais préopératoire par héparine (HNF ou HBPM à dose curative)
- ◆ Reprise des AVK dans les 24-48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**

* TVP proximale et/ou EP datant de moins de 3 mois, MTEV récidivante idiopathique ($n \geq 2$, au moins un épisode sans facteur déclenchant). La mise en place d'un filtre cave en préopératoire est discutée au cas par cas.

** L'héparinothérapie à dose curative ne doit pas être reprise avant la 6^{ème} heure post opératoire. Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris à la 6^{ème} heure, dans les situations où elle est indiquée, la prévention postopératoire précoce de la MTEV doit être réalisée selon les modalités habituelles.

Les héparines en relais des AVK doivent être utilisées à dose curative.

Trois options sont possibles :

- HNF à la seringue électrique
- HNF sous-cutanée (2 ou 3 injections/jour)
- HBPM sous-cutanée (2 injections/jour)

L'utilisation d'une HBPM à dose curative en 2 injections par jour doit être privilégiée. L'utilisation d'une HBPM en une injection par jour peut éventuellement être discutée. Dans ce contexte, l'utilisation du fondaparinux à dose curative ne peut être recommandée.

RELAIS PREOPERATOIRE EN CAS D'ACTE PROGRAMME

1. Mesurer l'INR 7 à 10 jours avant l'intervention

- ▶ si l'INR est en zone thérapeutique, arrêt des AVK 4 à 5 jours avant l'intervention et introduction des héparines à dose curative :
 - 48 h après la dernière prise de fluindione (Previscan®) ou de warfarine (Coumadine®)
 - 24 h après la dernière prise d'acénocoumarol (Sintrom®)
- ▶ si l'INR n'est pas en zone thérapeutique, l'avis de l'équipe médico-chirurgicale doit être pris pour moduler les modalités du relais.

2. Mesurer l'INR la veille de l'intervention

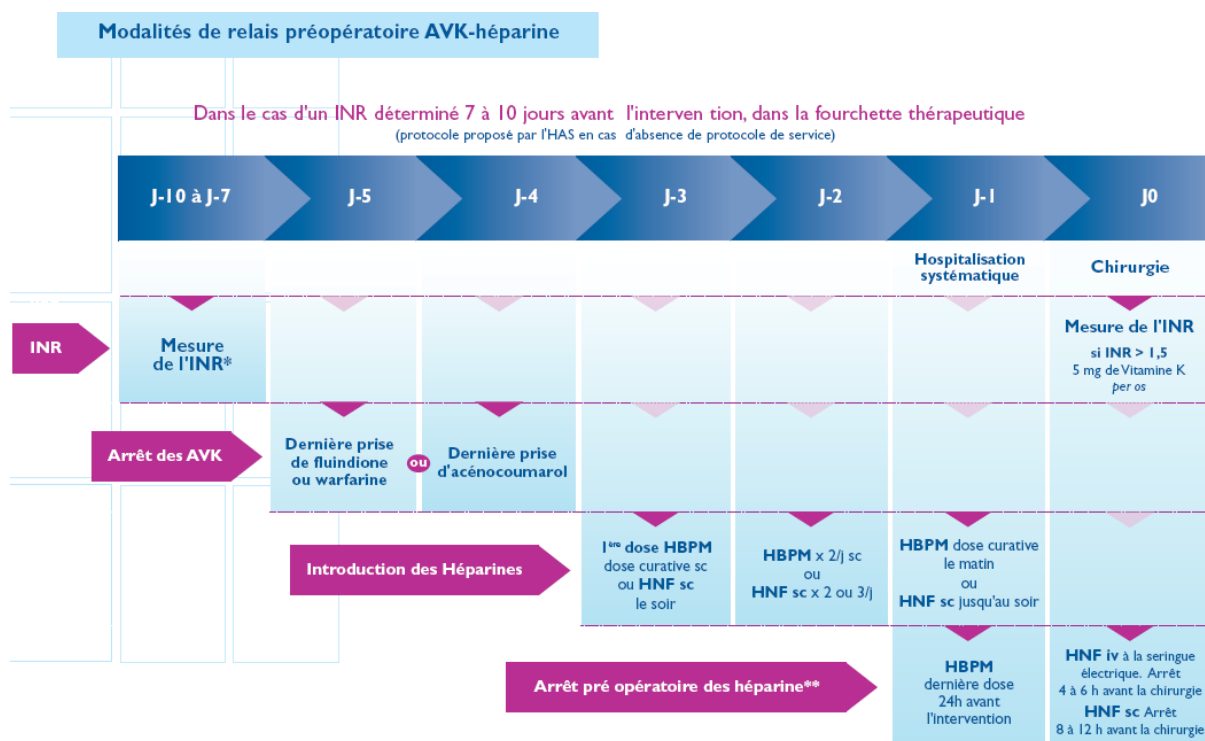
Les patients ayant un INR supérieur à 1,5 la veille de l'intervention reçoivent 5 mg de vitamine K *per os*, et un INR de contrôle est réalisé le matin de l'intervention.

3. Il est souhaitable que les interventions aient lieu le matin.

4. L'arrêt préopératoire des héparines est recommandé comme suit :

- ▶ HNF intraveineuse à la seringue électrique : arrêt 4 à 6 h avant la chirurgie
- ▶ HNF sous-cutanée : arrêt 8 à 12 h avant la chirurgie
- ▶ HBPM : dernière dose 24 h avant l'intervention.

Un exemple de relais préopératoire est donné dans les recommandations disponibles sur www.has-sante.fr



* Si l'INR n'est pas en zone thérapeutique : prise de l'avis de l'équipe médico-chirurgicale pour moduler les modalités de relais.

6 ** Le contrôle du TCA ou l'activité anti-Xa le matin de la chirurgie n'est pas nécessaire.

Tableau synthétique réalisé à partir des recommandations HAS par le LFB

**EN CAS DE CHIRURGIE OU D'ACTE INVASIF URGENT, A RISQUE HEMORRAGIQUE
ET NON PROGRAMME**

- Mesurer l'INR à l'admission du patient et administrer 5 mg de vitamine K.
- Si le délai requis pour l'intervention ne permet pas d'atteindre le seuil hémostatique (objectif : INR < 1,5 ou < 1,2 si neurochirurgie) par la seule vitamine K : administrer du CCP selon le RCP et contrôler l'INR avant l'intervention.
- Un contrôle de l'INR est réalisé 6 à 8 h après l'intervention et la prise en charge postopératoire rejoint celle des actes programmés.

A noter :

- La réversion de l'effet anticoagulant est immédiate après perfusion de CCP.
- La réversion de l'effet anticoagulant survient en 6 à 24 heures après administration de vitamine K.

Références

Haute Autorité de Santé – 2008

A Godier, G Pernod, P Sié, pour le groupe de travail des recommandations. STV 2008, 20 (N° spécial) : 84-102.

Auteurs groupe de rédaction et de lecture

Pr G. Pernod, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes

Dr M. Fontaine, médecine vasculaire GHM Grenoble

Dr J.Yver, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes