

APPROCHE PRATIQUE DE LA TVP EN 2015

S DESMARAIS, MD, FRCPC
INTERNISTE, CSSS PIERRE-BOUCHER
2015

Divulcation de conflits d'intérêts potentiels

Société des sciences vasculaires du Québec (SSVQ)

**Fibrillation auriculaire, thromboembolie veineuse profonde
et embolie pulmonaire**

30 octobre 2015

Dre Sylvie Desmarais, Conférencière

Bayer

Consultant/conférencière

2014 – 2015

BMS/Pfizer

Consultant/conférencière

2014 - 2015

OBJECTIFS

- ◆ Intégrer les AOD (anticoagulants oraux directs) dans l'approche ambulatoire;
- ◆ Aborder le traitement de la TVP : du mollet à la phlegmasia;
- ◆ Maîtriser la gestion des AOD périprocédure chez les patients anticoagulés pour TEV.

Facteurs de risque de TEV

Facteurs de risque qui exposent

(affections aiguës ou traumatismes, interventions chirurgicales)

- Intervention chirurgicale
- Traumatisme
- Maladies aiguës
- Insuffisance cardiaque aiguë*
- Insuffisance respiratoire aiguë
- Cathétérisme veineux central

Facteurs de risque qui prédisposent

(caractéristiques du patient)

- Antécédents de TEV
- Insuffisance cardiaque chronique
- Âge avancé
- Varices
- Obésité
- Immobilité ou parésie
- Troubles myéloprolifératifs
- Grossesse/période du péripartum
- Thrombophilie héréditaire ou acquise
- Hormonothérapies
- Insuffisance rénale

Cancer
Maladies inflammatoires

*Stades III et IV selon la classification de la New York Heart Association
Facteurs de risque d'après Geerts WH *et al.*
Chest 2004;126:338S–400S.

FACTEURS RISQUE DE TEV

Characteristic	HR	95% CI
Patient age [*]	1.17	1.11-1.24
Body mass index [†]	1.24	1.04-1.47

^{*}per decade increase in age

[†]per 10 kg/m² increase in body mass index

CI = confidence interval; HR = hazard ratio

Heit JA. *Am J Hematol.* 2012;87 (Suppl 1):S63-67

EPIDÉMIOLOGIE TPP AU CANADA

- Incidence: 1-2/1000 pers/an
- 2-4 cas confirmés TPP/an par md famille (bureau)
- **Taux confirmation du dx \cong 10%** , le dx de TPP sera donc suspecté 20–40 fois/an

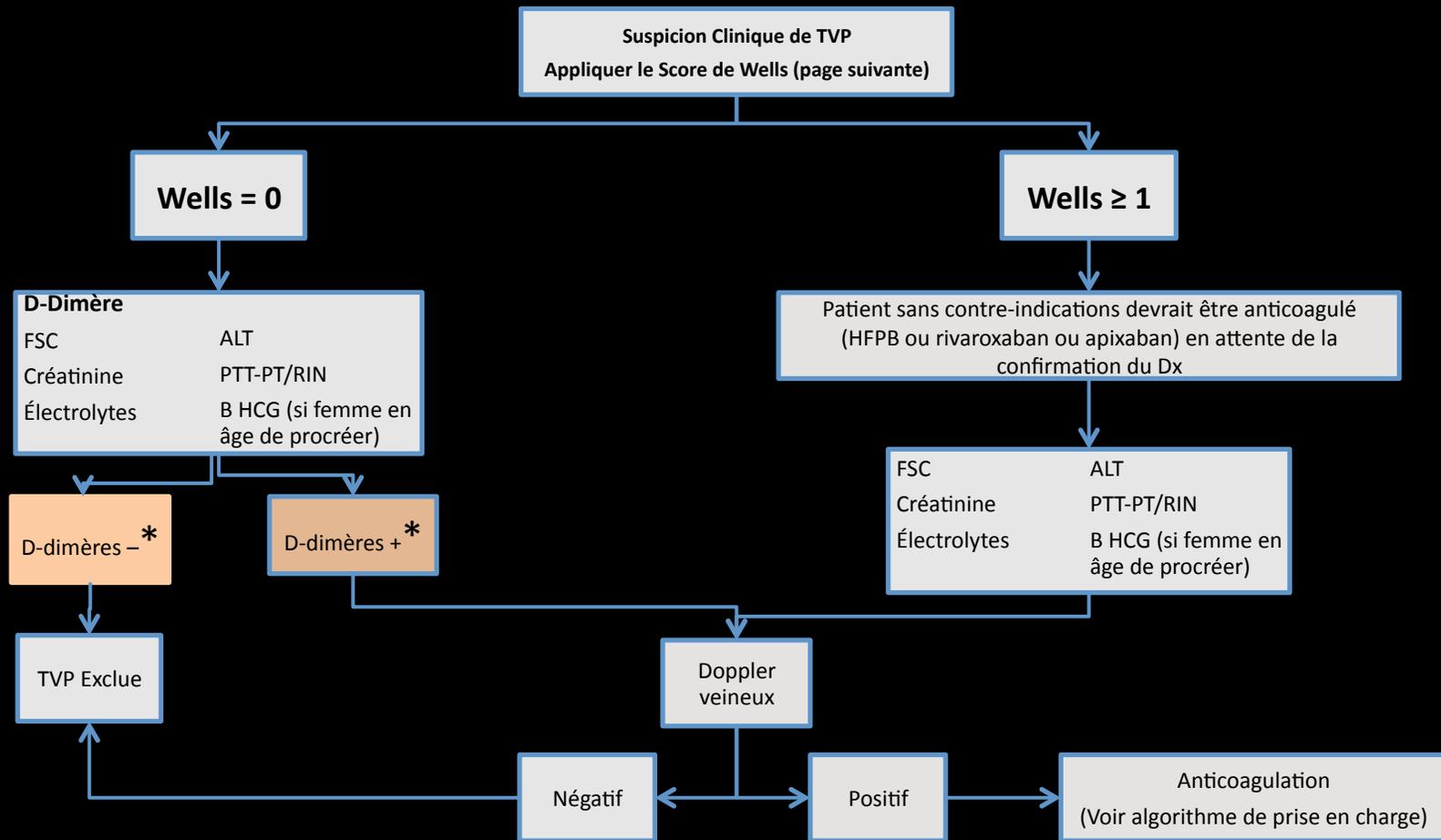
CONSÉQUENCES DE LA TPP

- 1/3 des patients avec TPP confirmée :
 - Embolie pulmonaire
 - Syndrome post-thrombotique
 - Récidive de thromboembolie veineuse dans les 10 ans suivant le diagnostic

*DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT RAPIDES SONT
ESSENTIELS POUR PRÉVENIR CES
COMPLICATIONS*

***DIAGNOSTIC DE LA MALADIE
THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE
(TVP MEMBRES INFÉRIEURS)***

Algorithme suggéré pour le diagnostic de la Thrombose veineuse profonde suspectée (TVP)



- *
 • D-dimères négatifs sujets de 50 ans et moins = < 500 mg/L
 • D-dimères négatifs sujets de 51 ans et plus = âge x 10 (ex: 71 ans, D-dimères négatifs si inférieurs à 710 mg/L)

COMMENT ORIENTER SON PATIENT AVEC SUSPICION TPP

À moins que l'écho vasculaire ne soit disponible rapidement : le patient avec une probabilité clinique modérée ou forte, sans risque élevé de saignement,

DOIT RECEVOIR UN ANTICOAGULANT À ACTION RAPIDE EN ATTENDANT LES TESTS DIAGNOSTICS

ACCUEIL CLINIQUE

- Eviter les visites à urgence
- Accès rapide et sécuritaire au plateau technique
- Pour la TPP : *les AODs simplifient grandement la prise en charge des patients avec suspicion de TPP sans avoir à les diriger à l'urgence*
- Rares contrindications à respecter



**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE MÉDICALE
ET PHARMACEUTIQUE**

Allergies/intolérances : Non Oui, préciser : _____
Taille : _____ m Poids : _____ kg

N° dossier _____
Nom : _____
Prénom : _____
NAM : _____ Exp. : 20__ / __
Date de naissance : _____ / _____ / _____ M F
Année Mois Jour



Relative à la clientèle référée à l'accueil clinique pour suspicion de thrombophlébite profonde (TPP) du membre inférieur

Cocher

1. SCORE DE WELLS

Critères de Wells	Présence	Points
Cancer actif ou traitement dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée d'un membre inférieur	<input type="checkbox"/>	1
Immobilisation récente (≤ 3 jours) ou chirurgie majeure dans les 4 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	1
Sensibilité localisée le long de la distribution des veines profondes	<input type="checkbox"/>	1
Cédème du mollet 3 cm de plus par rapport au membre inférieur controlatéral (mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale)	<input type="checkbox"/>	1
Cédème à godet plus important du côté symptomatique	<input type="checkbox"/>	1
Cédème prenant tout le membre inférieur	<input type="checkbox"/>	1
Réseau veineux superficiel collatéral (non variqueux)	<input type="checkbox"/>	1
Antécédent de TPP documentée	<input type="checkbox"/>	1
Diagnostic alternatif plus probable que celui de la thrombose veineuse profonde	<input type="checkbox"/>	-2
Score		

2. INDICATION

- Usager avec suspicion clinique de TPP d'un membre inférieur

3. CONTRE-INDICATIONS (si présence d'une ou plusieurs des contre-indications suivantes, référer l'usager à l'urgence)

- Générales : Consulter l'algorithme décisionnel (voir au verso)
- Spécifiques :
 - Dyspnée
 - Douleur thoracique subite ou augmentée à l'inspiration
 - Membre inférieur atteint froid, pâle, présentant une paresthésie ou une absence de pouls périphérique
 - Présence de contre-indications à recevoir un anticoagulant (voir ANNEXE 1)

4. INVESTIGATION ET TRAITEMENT

- Le médecin requérant doit compléter et remettre à l'usager l'ordonnance pré-imprimée pharmaceutique d'anticoagulant (si grossesse suspectée ou confirmée, donner tinzaparine (Innohep)) (voir ANNEXE 2)
- Donner une première dose STAT et deuxième dose 12 h plus tard si Doppler n'est pas fait dans la même journée
- L'infirmière de l'accueil clinique applique l'algorithme décisionnel de la clientèle référée pour suspicion de TPP du membre inférieur (voir au verso)

Relevée par : _____
Signature de l'infirmière

Date : 20__ / __ / __ : __ : __
Année Mois Jour Heure

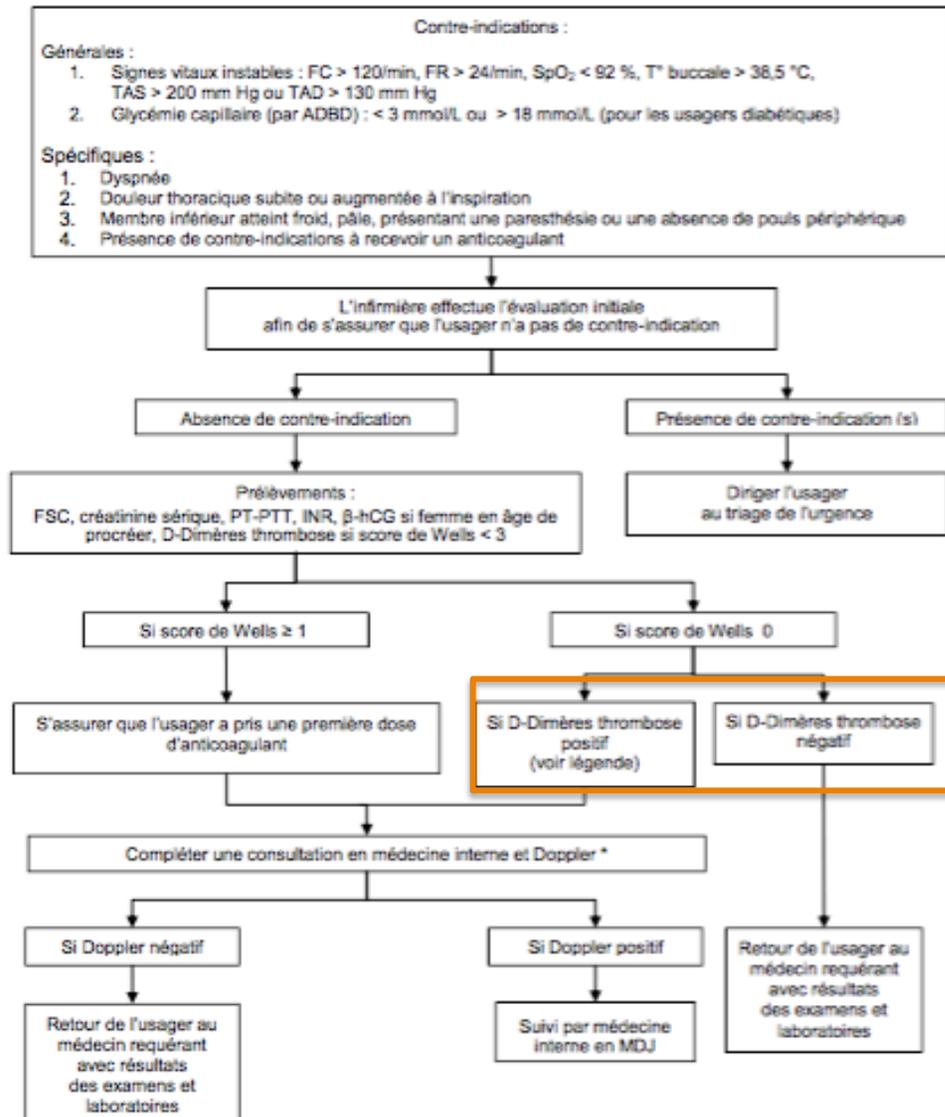
Ordonnance élaborée par : Dre S. Desmarais, C. Mante, infirmière. Consultation : M. Courcy, infirmière et J. Marier, pharmacienne
et révisée par : Dre S. Desmarais, Dre M. Bourdua, Dr M. Piarre, J. Trudeau-Aubin, D. Castonguay, C. Labrecque, infirmières. Consultation : J. Marier, pharmacienne

Date : ____ / ____ / ____ : ____ : ____
Année Mois Jour Heure

Signature du médecin

No de permis

Algorithme décisionnel de la clientèle référée pour suspicion de TPP du membre inférieur



Légende :

- D-Dimères positif en fonction de l'âge :
- Usager < 50 ans si le résultat ≥ 500 mg/L
 - Usager ≥ 50 ans si le résultat correspond à l'âge X 10
 - Exemple : 71 ans X 10 = 710, donc positif si ≥ 710 mg/L

* Si Doppler se fait plus de 12 h après l'évaluation médicale initiale, aviser l'usager de prendre la deuxième dose de rivaroxaban (Xarelto) ou d'apixaban (Eliquis) tel que prescrit. Pour les scores de Wells de 1 ou 2, un Doppler sera fait selon l'évaluation de la médecine interne.

ANNEXE 2

**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
PHARMACEUTIQUE
(PHARMACIE COMMUNAUTAIRE)**

Allergies/intolérances : Non Oui, préciser : _____
Taille : _____ m Poids : _____ kg

N° dossier _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__ / __

Date de naissance : ____ / ____ / ____ M F
Année Mois Jour

Relative à la clientèle référée à l'accueil clinique pour suspicion de thrombophlébite profonde (TPP) du membre inférieur

Cocher si désiré

ANTICOAGULOTHÉRAPIE

Rivaroxaban (Xarelto) 15 mg PO bid, première dose STAT (CV 157) (2 co) NR
et deuxième dose 12 h plus tard si Doppler n'est pas fait
dans la même journée

OU

Apixaban (Eliquis) 10 mg PO bid, première dose STAT (CV 169) (2 co) NR
et deuxième dose 12 h plus tard si Doppler n'est pas fait
dans la même journée

Si grossesse suspectée ou confirmée

Tinzaparine (Innohep) 175 unités/kg SC die (1 dose) NR

Date : ____ / ____ / ____ : ____ : ____
Année Mois Jour Heure

Signature du médecin

No de permis

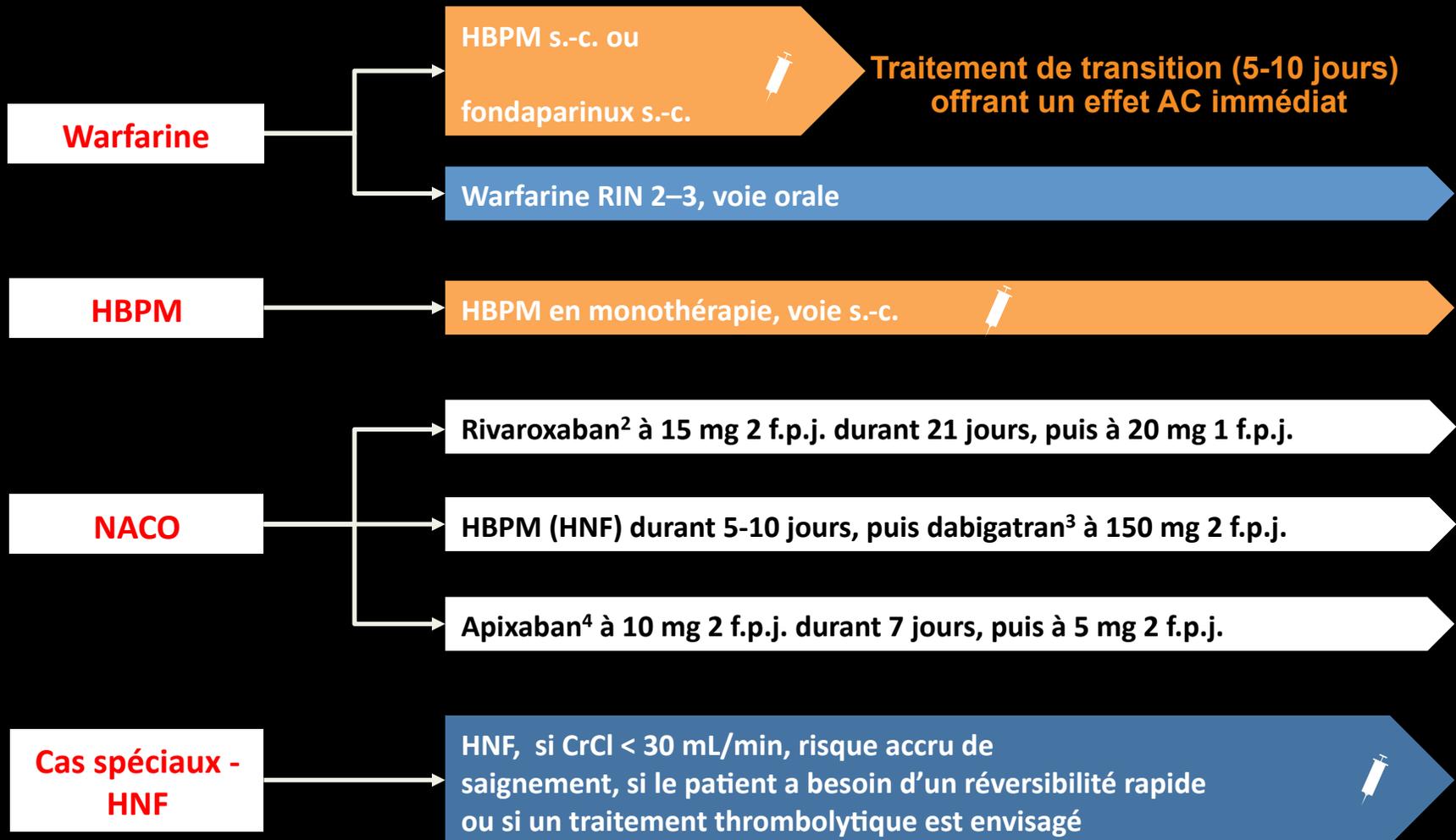
ECHO-DOPPLER DES MEMBRES INFÉRIEURS

- Examen de choix
- Non-invasif
- Accessible

Image

Comment traitez-vous?

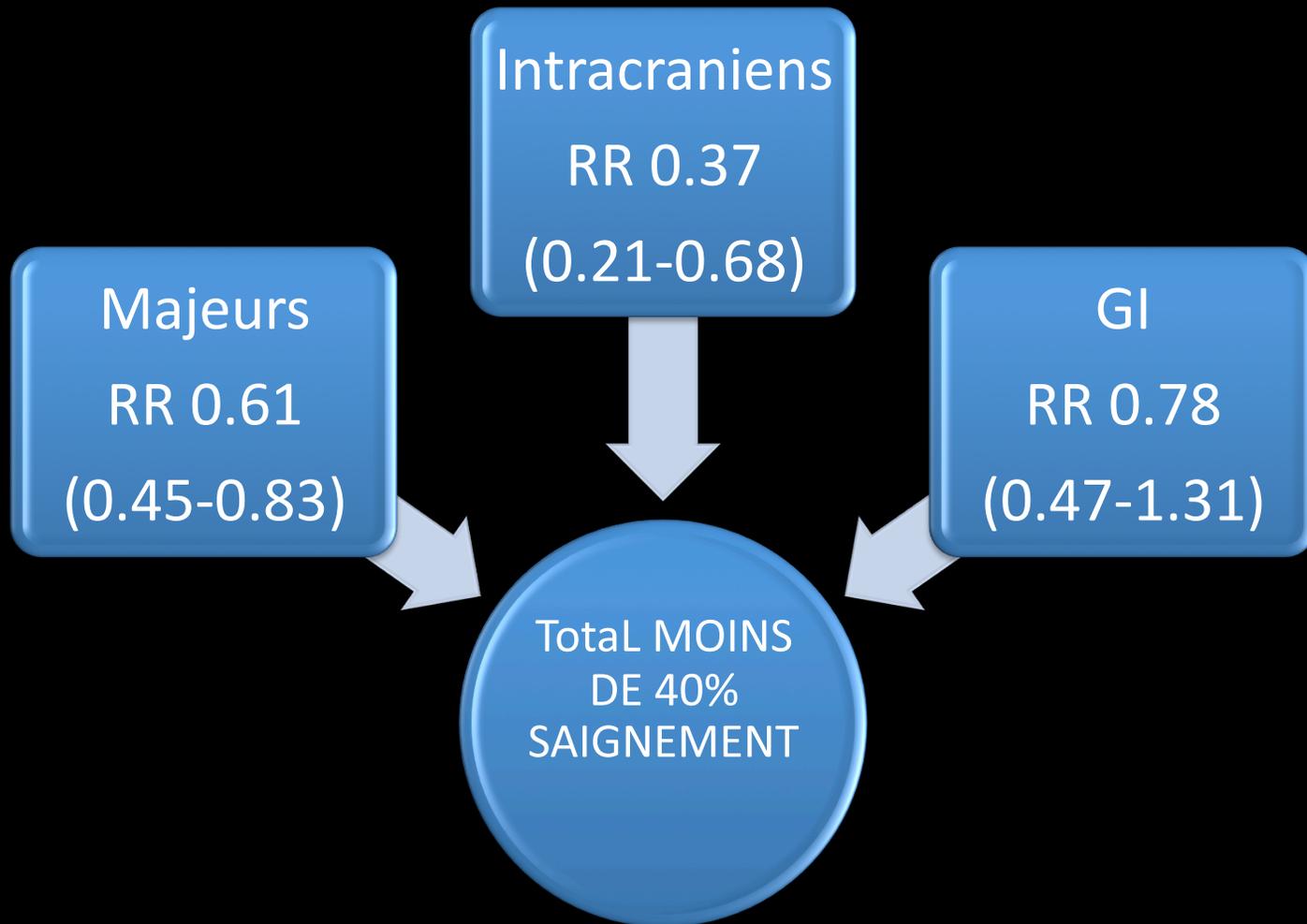
Options de traitement de la TEV¹



1. Thrombose veineuse profonde (TVP) : Traitement. ThrombosisCanada.ca; 2. Monographie de Xarelto; 3. Monographie de Pradaxa; 4. Monographie d'Eliquis.

	Dabigatran (RECOVER)	Rivaroxaban (EINSTEIN)	Apixaban (AMPLIFY)	Edoxaban (Hokusai-VTE)
DOSE	HBPM +150 mgs BID vs HBPM + AVK	15 mgs BID 3sem, 20 mgs die vs HBPM + AVK	10mgs BID 1 sem, 5 BID vs HBPM + AVK	HBPM + 60 mgs Vs HBPM AVK
TPP (récidive)	Non inferieur 2.4% vs 2.2% HR1.1	Non inferieur 2.1% vs 3.0%	Non inferieur 2.3% vs 2.7%	Non inferieur 3.2% vs 3.5%

**AODS diminuent tous les saignements (vs AVK) TEV:
Metaanalyse plus de 27 000 pts...**



SAIGNEMENTS MORTELS

Table 3. Crude rates of fatal (or life-threatening) bleeding from phase III trials comparing a TSOAC to standard therapy (usually warfarin)

Study (TSOAC)	Fatal bleeding (no. of events)		HR (95% CI)	P-value
	Warfarin/standard therapy	TSOAC		
RE-LY ³⁴ (dabigatran, includes only 150 mg BID)	40	28	0.81 (0.66-0.99)	.04
ROCKET-AF ⁴ (rivaroxaban)	55	27	0.50 (0.31-0.79)	.003
ARISTOTLE ³ (apixaban)	55	34	N/R	N/R
ENGAGE-AF ¹² (edoxaban, includes only high-dose)	59	32	0.55 (0.36-0.84)	.006
RE-COVER I and II ^{7,8} (dabigatran) pooled results of 2 studies	2	1	N/R	N/R
EINSTEIN ^{9,10} (rivaroxaban) pooled results of 2 studies	8	3	N/R	N/R
AMPLIFY ⁵ (apixaban)	2	1	N/R	N/R
HOKUSAI ¹¹ (edoxaban)	10	2	N/R	N/R

HR indicates hazard ratio; CI, confidence interval; and N/R not reported.

L'ABSENCE D'ANTIDOTE EST-ELLE UNE
CONTRINDICATION?
NON DANS LA MAJORITÉ DES CAS

- 1- Pour la majorité des saignements associés au AODs, un antidote serait inutile même si disponible
- 2- Les patients traités avec les AODs ont moins de saignements sévères et majeurs
- 3- Les évidences que le renversement rapide du RIN du coumadin change quelque chose sont très faibles

LA QUESTION QUI TUE: DIE OU BID

- « REAL WORLD DATAS » :
 - 474 pts (205 dabigatran BID, 269 rivaroxaban Die)
 - Suivi 12-18 mois Canada & Suède
 - Âge moyen **73 ans**
 - 93% dabi, 96% riva compliance de plus 80%



Khalili, ISTH 2015, OR 061

Donc, selon le type de patient

AODs : SITUATION QC 10/2015

INDICATIONS	DABIGATRAN (PRADAX)	RIVAROXABAN (XARELTO)	APIXABAN (ELIQUIS)
PTG-14 JOURS	220 mgs die	10 mgs die (CV126)	2.5 mgs BID
PTH-35 JOURS	220 mgs die	10 mgs die (CV 127)	2.5mgs BID
<i>Ttment TVP/EP</i>	<i>HBPM 5-10 jrs Suivi de 150 mgs BID</i>	<i>15 mgs BID x 3 sem suivi de 20 mgs die (CV157-6 mois)- TVP (CV165- 3 mois À LT) EP</i>	<i>10 mgs BID x 1 sem Suivi de 5 mgs BID (CV169- 6 mois) 2.5 mgs po BID (CV170- 12 mois)</i>
FA	150 mgs BID (CV 155)	20 mgs die (CV 155)	5 mgs BID (CV 155)
FA Populations particulières	110 mgs BID (CV 155)	15 mgs die (FA) (CV155)	2.5 mgs BID (CV 155)

Femme 27 ans, 115 kgs, soit IMC 41, sous AOD depuis 3 sem pour tpp induite par COC. Elle consulte à l'urgence pour de nouvelles douleurs à son MI.

? Oubli de cos? Si xarelto....Prise du xarelto en mangeant?

? Test de laboratoire (compliance?)

? Son poids est une contrindication à l'utilisation des AODs

ET LE POIDS?

Récidive TEV	<50 kgs N= 167	50-100 kgs N=6711	100kgs N= 1393
Coumadin N=4129	2.2%	2.4%	2.0%
Rivaroxaban N=4142	6.7% non ss	1.9%	2.3%

Saignements majeurs	<50 kgs N= 167	50-100 kgs N=6711	100kgs N= 1393
Coumadin N=4129	4.4% (SS)	1.8%	1.2%
Rivaroxaban N=4142	1.3%	1.0%	0.9%

Un collègue demande (avant votre visite...) une recherche anticoagulant lupique (LAC), anticardiolipines, antib2gp1

Le test LAC est positif modéré!!!!

SYNDROME DES ANTIPHOSPHOLIPIDES

DIAGNOSTIC: anticoagulant lupique/APL/antiB2gp1

- **Dabigatran\Rivaroxaban\Apixaban: résultats faux +**

TRAITEMENT: suivi des RIN difficiles chez les patients avec SAPL, pas données avec les nouveaux anticoagulants oraux. Prometteurs selon certains auteurs

ÉTUDE RAPS

(rivaroxaban in antiphospholipid syndrom)

- Étude RCT, ouverte, non-infériorité 6 mois
- Avec ou sans LED, TEV
- Subventionnée par UK Arthritis

3 mois plus tard : Test de grossesse positif. Elle aimerait amener cette grossesse à terme...que faites vous?

- 1- Vous lui dites de continuer son traitement avec le AOD
- 2- Vous suggérez une IVG
- 3- Vous cessez le AOD et débutez une HBPM jusqu'à 6 semaines post-partum
- 4- Vous cessez le AOD et donnez une HBPM en post-partum seulement

3 mois plus tard : Test de grossesse positif. Elle aimerait amener cette grossesse à terme...que faites vous?

- 1- Vous lui dites de continuer son traitement avec le AOD
- 2- Vous suggérez une IVG
- 3- Vous cessez le AOD et débutez une HBPM jusqu'à 6 semaines post-partum
- 4- Vous cessez le AOD et donnez une HBPM en post-partum seulement

REGISTRE : NOAC AND PREGNANCY

Durant la grossesse, est-ce que son IMC pré-grossesse de 41 change son niveau de risque TEV post-partum?

IMC/ Risque TEV	OR (IC 95%)	
18.5-25	1	
25-30	1.5	(1.1-2.0)
30-35	2.1	(1.5-3.1)
35-40	1.8	(1.1-3.0)
> 40	4.0	(2.8-6.2)

Etude cas-témoin EU, N=4275 contrôles vs 291 TEV du post-partum

Blondon, Righini ISTH 2015,
OR034

*Post-partum, elle est sous dose prophylactique d'HBPM.
Elle consulte pour douleur MID. Probabilité clinique?*

- La G augmente le risque TEV 5 fois
- La période post-partum 20 fois
- 88% TVP à gauche enceinte
- Et le post-partum??
 - Données de étude MEGA
 - *70% seront à gauche*

Cas:

Image cerula dolens

- Homme 50 ans
- Sans facteur précipitant
- Oedème et douleur +++MIG depuis 10 jours.
- Echo-doppler : TVP iliofémorale du MIG

Quel traitement lui proposez-vous?

THROMBOSE VEINEUSE ILIO-FÉMORALE

- Études rétrospectives: dans les 5 ans suivant épisode
 - 70% obstruction veineuse résiduelle (associée à un taux de récurrence plus élevé)
 - 90% insuffisance veineuse
 - 40% claudication veineuse
 - 15% ulcères veineux

• *Akesson Eur J Vasc Surg 1990*

- TVPIF = Facteur de risque majeur pour le SPT
 - HR : 2.23

• *Khan SR, Ann Intern Med 2008*

? La recanalisation rapide du thrombus prévient-elle ces complications?

THROMBOLYSE ASSISTÉE PAR CATHÉTER

- 209 pts TVP iléo-fémorale < 21 jours (m : 6.5 JOURS), âge m= 51 ans,
- Étude RC, ouverte, multicentrique (Norvège)

«Outcomes»	RR (CI 95%)
Mortalité (3 mois)	0.14 (0.01-2.71)
Récidive TEV (3 mois)	0.35 (0-8.09)
Perméabilité ileofémorale (6 mois)	66% vs 47% (p=0.012)
Sgment majeur non fatal (7 jours)	2.00 (0.19-19-46) – 3% 20 épisodes: 3 majeurs ,5 CR, 0 HIC
SPT 2 ans (Villalta score)	41% vs 55.6% p 0.047 NNT:7 ↓ Risque absolu 14.4%
SPT 5 ans N=176 PTS (89 CDT VS 87 C)	43% vs 71% p < 0.001 NNT: 4 ↓ Risque absolu 28%%

CaVent study, Lancet 2012

*CaVent study, AS136, ISTH

TPP: THROMBOLYSE ASSISTÉE PAR CATHÉTER

- SÉLECTION DES PATIENTS

- TVP **iliofémorale** (avec ou sans poplité , distale)
- Sx depuis moins de 14 jours
- Etat général bon
- Espérance de vie plus 1 an
- Risque de saignement faible

*En attendant les données de **étude ATTRACT***

Le traitement conventionnel reste une alternative acceptable en l'absence de gangrène veineuse

Homme de 45 ans vous consulte pour une douleur du mollet droit qui persiste depuis 4 jours après un mouvement de torsion du genou au soccer

A l'examen physique vous notez une nappe ecchymotique 2/3 de la jambe jusqu'en périmalléolaire cheville

Les DD sont positifs (hématome), l'échographie vasculaire démontre une thrombose de 2 veines jumelles et une tibiale postérieure

TRAITEZ-VOUS?

Schema réseau veineux

- 1- V iliaque externe
- 2- V fémorale commune
- 3- V saphène interne
- 4- V fémorale profonde
- 5- V fémorale (*superficielle
mais qui ne l'est pas!*)

6- V poplité

- 7 & 10 V tibiale antérieure
- 8 & 11 V tibiale postérieure
- 9 & 12 V péronières

- 13 V gastrocnemius (jumelles)
- 14 V soleaires (musculaires)

Gualtiero Palareti Blood 2014;123:1802-1809

TVP DISTALE

- Inclut veines péronières, tibiales postérieures et/ou tibiales antérieures
- 15% (4-20%) extension proximale sur période 2 semaines
- Quand traiter:
 - 1- Risque extension significatif: »5 cm de thrombus en longueur, plus de 7 mm en largeur, plusieurs veines impliquées, cancer, atcd de TEV, patients hospitalisés
 - 2- Suivi échographique impossible
 - 3-Symptômes sévères
 - 4- Non à risque excessif de saignement

Adapté : Kearon et al, CHEST 2012, recommandations ACCP

ÉTUDE CACTUS

- 259 pts avec tvp distale, dont 55% sont jumelles ou soléaires
- Suivi clinique et echo veineux 2 Mis 3-7 jours et 6 semaines
- Événement: EP ou TVP proximale 6 semaines et 3 mois
- Saignements : majeurs/cliniquement significatifs

	122 PTS NADROPARINE	130 PTS PLACEBO	Différence absolue	
TEV 6 sem	4 (3.3%)	7 (5.4%)	2.1% (-7.8- 3.5%)	P 0.54
TEV 3 mois	3.3%	6.1% *		P 0.51
Saignements	5 (4.1%)	0		P 0.03

* 75 % des TEV sont survenus chez des pts avec tpp péronières ou tibiales postérieures

ÉTUDE CACTUS

- « Dans cette première étude RCT d'anticoagulothérapie à dose de traitement pour la TVP distale, il n y a *aucune différence dans le taux de TVP proximale ou embolie pulmonaire* à 6 semaines.
- L'anticoagulation est associée à un risque hémorragique significatif »

DURÉE DE TRAITEMENT

RISQUE DE RÉCIDIVE TEV

FACTEUR PRÉCIPITANT	RÉCIDIVE 1 AN	RÉCIDIVE 5 ANS
CHIRURGIE	1%	3%
NON-CHIRURGICAL*	5%	15%
IDIOPATHIQUE	10%	30%
IDIOPATHIQUE 2ième épisode	15%	45%

* FACTEURS PRÉCIPITANTS NON-CHIRURGICAUX:

OESTROGÈNES

GROSSESSE

TRAUMA MI

VOL PLUS DE 8 HEURES

RISQUE 50% MOINS SI TVP DISTALE

*Adapté ACCP Recommendations,
CHEST 02-2012*

ÉTUDE REVERSE

- « MEN continue and HERDOO2 » score
 - Femme avec 2 des critères:
 - Hyperpigmentation, Edema or Redness (HER)
 - Ddimères vidas > 250
 - Obésité (IMC >30)
 - Âge >65 ans
- Suivi 5 ans
- 663 pts TEV non provoquée (2001-2006),
Récidive global 5%/an

ETUDE REVERSE

	RISQUE ANNUEL DE RÉCIDIVE
Homme	7.4% (6.1-9%)
Femme haut risque	5.9% (4,2-8.1%)
Femme bas risque	1.1% (0.6%-2.0%)
Homme avec HER	10.6% (7.9-13.9%)

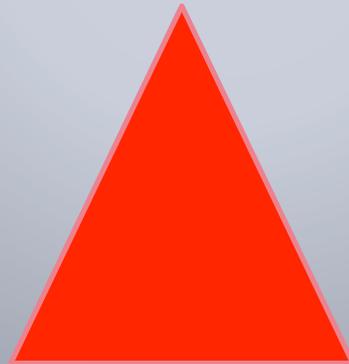
Rodger M, ISTH 2015

*Maîtriser la gestion des AOD
périprocédure chez les
patients anticoagulés pour
TEV*

PÉRI-PROCÉDURES

Risque thrombotique
À l'arrêt des anticoagulants

Risque de saignement
Type de procédure



CAS

Femme 70 ans TVP proximale idiopathique 2 semaines sous rivaroxaban 15 mgs po BID. Fracture de hanche G (chute accidentelle). Dernière prise de AOD ce matin

Que faites-vous?

- 1- Vitamine K 10 mgs s/c et PFC (10-15 cc/kgs)
- 2- Beriplex
- 3- Vitamine K 5 mgs IV et Facteur VII activé
- 4- PFC et Beriplex
- 5- filtre veine cave inférieure, reporter SOP lendemain
- 6-Rien, SOP ce soir

CAS

Femme 70 ans TVP proximale idiopathique 2 semaines sous rivaroxaban 15 mgs po BID. Fracture de hanche G (chute accidentelle). Dernière prise de AOD ce matin

Que faites-vous?

- 1- Vitamine K 10 mgs s/c et PFC (10-15 cc/kgs)
- 2- Beriplex
- 3- Vitamine K 5 mgs IV et Facteur VII activé
- 4- PFC et Beriplex
- 5- filtre veine cave inférieure, reporter SOP lendemain
- 6-Rien, SOP ce soir

- Homme 55 ans, IMC 32, Cl creat 35 cc/min
- Évaluation préopératoire pour une colectomie droite par LSC
- Anticoagulé long terme apixaban 2,5 mgs po BID pour EP idiopathique il y a 18 mois
- VQ contrôle a démontré une recanalisation complète des déficits perfusionnels

Que faites-vous

- 1- Vous cessez l'apixaban 7 jours preop et faites un « bridging » périopératoire avec une HBPM
- 2- Vous omettez 6 doses de apixaban préop en plus du jour de SO et donnez héparinoprofylaxie 48-72 hres post-op
- 3- Vous omettez le apixaban la veille, le jour et le lendemain de la SOP

Étape 1 Stratification des patients selon le risque thromboembolique relié à l'arrêt des anticoagulants oraux ou des antiplaquettaires.

Risque thrombotique FAIBLE	Risque thrombotique MODÉRÉ	Risque thrombotique ÉLEVÉ
<p>Aucune consultation requise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • FA non valvulaire CHADS₂ ≤ 2 • Valve cardiaque bioprothèse plus de 3 mois • Thromboembolie veineuse (TEV) depuis plus de 12 mois • Patient sous antiplaquettaire en prévention primaire 	<p>Consultation en cardiologie et/ou médecine interne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FA non valvulaire avec CHADS₂ = 3 • Valve métallique aortique (modèles récents) • Valve cardiaque bioprothèse moins de 3 mois • Coronarien connu sous antiplaquettaire(s) <p>Consultation en médecine interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thrombophilie • TEV dans les 3 à 12 derniers mois • AVC / ICT > 3 à 12 mois 	<p>Consultation en cardiologie et/ou médecine interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • FA avec CHADS₂ ≥ 4 • FA embolique (surtout si moins de 3 mois) • FA sous anticoagulant de type anti-vitamine K (ex. : warfarine) • FA et maladie valvulaire • Valve métallique cardiaque • Tuteurs coronariens moins 1 an • Angioplastie postinfarctus / SCA < 1 an <p>Consultation en médecine interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEV depuis moins de 3 mois • Thromboembolie artérielle depuis moins de 3 mois <p>Consultation en neurologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC/ICT < 3 mois

Adapté : Guide de prise en charge périprocédure des patients sous anticoagulants et antiplaquettaires,
 J Marier, phcie, Drs Desmarais & Lavoie
 CISS Montérégie-est, Territoire Pierre-Boucher

Étape 2 Évaluation du risque hémorragique de la procédure ou de l'intervention.

Risque de saignement TRÈS FAIBLE	Risque de saignement FAIBLE	Risque de saignement INTERMÉDIAIRE	Risque ÉLEVÉ
<p>Extractions dentaires</p> <p>Nettoyage dentaire</p> <p>Biopsie cutanée</p> <p>Cure de cataracte</p>	<p>Chirurgies dentaires</p> <p>Chirurgies ou procédures gastrointestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anneau gastrique • Cholécystectomie par laparoscopie • Cure d'hémorroïdes • Chirurgie de la paroi (hernie inguinale par scopie ou tomie, hernie ombilicale / épigastrique) • ERCP SANS sphinctérotomie • Gastroskopie ou coloscopie <p>Interventions en cardiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronarographie • Étude électrophysiologique • Ablation d'arythmie • Pose d'un stimulateur cardiaque permanent ou d'un défibrillateur <p>Exérèse d'une lésion cutanée</p> <p>Chirurgie ophtalmiques</p> <p>Procédures angiographiques</p> <p>Certaines procédures invasives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponction et biopsie de la moelle osseuse • Biopsie des glandes lymphatiques • Thoracentèse • Paracentèse • Arthrocentèse <p>Toute autre intervention jugée à faible risque par l'équipe médicale ou chirurgicale</p>	<p>Autres chirurgies intra-abdominales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de la paroi (hernies incisionnelles) <p>Autres chirurgies orthopédiques majeures des membres inférieurs</p> <p>Chirurgies gynécologiques</p>	<p>Chirurgies d'une durée > 45 min</p> <p>Chirurgies cardiaques</p> <p>Chirurgies digestives majeures</p> <p>Chirurgies neurologiques</p> <p>Chirurgies ORL</p> <p>Chirurgies orthopédiques majeures des membres inférieurs (arthroplastie de la hanche ou du genou)</p> <p>Chirurgies thoraciques</p> <p>Chirurgies urologiques</p> <p>Chirurgies vasculaires</p> <p>Procédures endoscopiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatation pneumatique • ERCP AVEC sphinctérotomie • Gastrostomie • Polypectomies • Traitement des varices œsophagiennes <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>Procédures spinales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertébroplastie • Épidurale / rachidienne • Ponction lombaire </div> <ul style="list-style-type: none"> • Bloc facettaire / foraminaux <p>Certaines procédures invasives (drainage ou biopsie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intraabdominale • Péricardique • Rétroperitonéale • Pulmonaire • Prostatique <p>Toute autre intervention jugée à risque élevé par l'équipe médicale ou chirurgicale</p>

Étape 3 **Prise en charge des doses d'anticoagulants oraux et antiplaquettaires en périopératoire et péri-procédure en fonction du risque de saignement.**

3A - Préopératoire / procédure

Médicaments	Fonction rénale * Cl cr (mL/min)	Doses à omettre le(s) jour(s) précédent(s) la chirurgie/procédure (en plus de celle du matin même) **		
		Risque de saignement TRÈS FAIBLE	Risque de saignement FAIBLE	Risque de saignement INTERMÉDIAIRE ET ÉLEVÉ OU ANESTHÉSIE RACHIDIENNE
Apixaban (Eliquis) 2 fois par jour	>50	Interruption du traitement non requise	Dernière dose : 2 jours avant (sauter 2 doses)	Dernière dose : 3 jours avant (sauter 4 doses)
	De 30 à 50		Dernière dose : 3 jours avant (sauter 4 doses)	Dernière dose : 4 jours avant (sauter 6 doses)
Dabigatran (Pradaxa) 2 fois par jour	>50		Dernière dose : 2 jours avant (sauter 2 doses)	Dernière dose : 4 jours avant (sauter 6 doses)
	De 30 à 50		Dernière dose : 3 jours avant (sauter 4 doses)	Dernière dose : 5 jours avant (sauter 8 doses)
Rivaroxaban (Xarelto) 1 fois par jour	>50		Dernière dose : 2 jours avant (sauter 1 doses)	Dernière dose : 3 jours avant (sauter 2 doses)
	De 30 à 50		Dernière dose : 3 jours avant (sauter 2 doses)	Dernière dose : 4 jours avant (sauter 3 doses)

- Homme 55 ans, IMC 32, Cl creat 35 cc/min
- Évaluation préopératoire pour une colectomie droite par LSC
- Anticoagulé long terme apixaban 2,5 mgs po BID pour EP idiopathique il y a 18 mois
- VQ contrôle a démontré une recanalisation complète des déficits perfusionnels

Que faites-vous

- 1- Vous cessez l'apixaban 7 jours preop et faites un « bridging » périopératoire avec une HBPM
- 2- Vous omettez 6 doses de apixaban préop en plus du jour de SO et donnez héparinoprofylaxie 48-72 hres post-op
- 3- Vous omettez le apixaban la veille, le jour et le lendemain de la SOP

3B - Post-opératoire / procédure

Médicaments	Risque de saignement FAIBLE	Risque de saignement INTERMÉDIAIRE ET ÉLEVÉ OU ANESTHÉSIE RACHIDIENNE
Apixaban (Eliquis) 2 fois par jour	Reprendre 24 h postopératoire/ procédure si hémostase adéquate	Reprendre 48 à 72 h postopératoire/ procédure si hémostase adéquate
Dabigatran (Pradaxa) 2 fois par jour		
Rivaroxaban (Xarelto) 1 fois par jour		

La prophylaxie antithrombotique usuelle post-opératoire est requise jusqu'à la reprise des AODs

MERCI DE VOTRE ATTENTION

QUESTIONS?
DISCUSSION SURTOUT!!