

29^{ÈME}
CONGRES
CNCH



CHIRURGIE NON CARDIAQUE : UN PROBLEME DU QUOTIDIEN

LA GESTION DES THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉES

Radwan HAKIM, Chartres

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS

Intervenant : Radwan HAKIM, Le Coudray

Je déclare les liens d'intérêt potentiel suivants :

Consultant : Abbott



Antithrombotiques et chirurgie : problématique

- 4% des patients PCI vont avoir chirurgie dans l'année
- 1 patient / 4 sous anticoagulant va avoir une chirurgie ou une procédure invasive dans les 2 ans

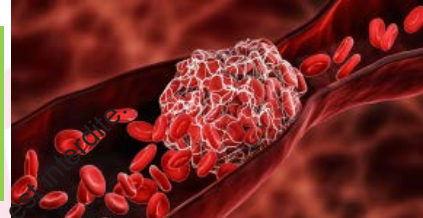


Traitement antithrombotique
Risque de chirurgie



Risque lié au patient

Risque thrombotique
(SCA, AVC)



Risque lié à la chirurgie

Risque hémorragique



Décision concertée (cardiologue, chirurgien, anesthésiste +/-
neurologue, hématologues ...)

2023 © 29^{ÈME} Congrès du CNCH

2023 © 29^{ÈME} Congrès du CNCH

Risque de saignement lié à la chirurgie

Chirurgie à risque mineur

- Cataracte ou glaucome
- Dentaire : extraction (1 à 3 dents, chirurgie parodontale, implants, chirurgie endodontique (racine canalaire), détartrage
- Endoscopie sans biopsie ni resection
- Chirurgie superficielle (incision abcès, excision cutanée/biopsie)

Chirurgie à risque faible (rare ou à faible impact clinique)

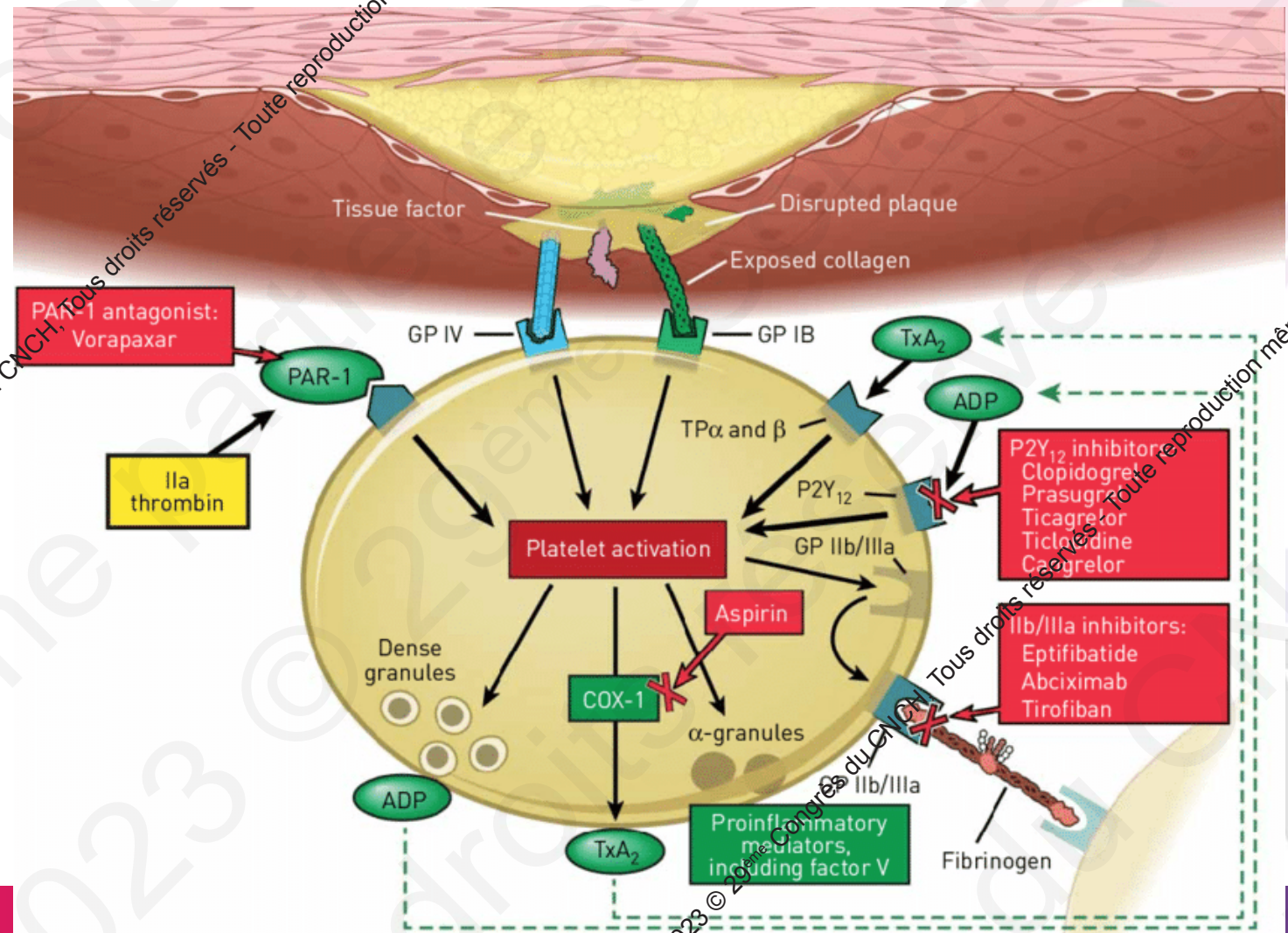
- Abdominale : cholecystectomie, hernie, résection colique
- Mammaire
- Procédures dentaires complexes: extractions dentaires multiples
- Endoscopie avec biopsie simple
- Biopsie avec aiguilles de gros calibre (BOM, ganglionnaire)
- Ophtalmique (hors cataracte)
- Orthopédiques mineures (pied, main, arthroscopie)

Chirurgie à haut risque (fréquent ou à impact clinique significatif)

- Abdominale avec biopsie hépatique, lithotripsie
- **Carcinologique extensive (pancréas, foie)**
- Anesthésie rachidienne ou péridurale
- **Neurochirurgie (intracrânienne, spinale)**
- Orthopédique majeure
- Biopsie d'organe (rein, prostate)
- Plastique reconstructrice
- Interventions spécifiques (polypectomie colique, ponction lombaire)
- Thoracique, résection pulmonaire
- **Urologique (prostatectomie, tumeur vésicale)**
- **Vasculaire (réparation AAA, pontage)**



ANTI-AGREGANTS PLAQUETTAIRES



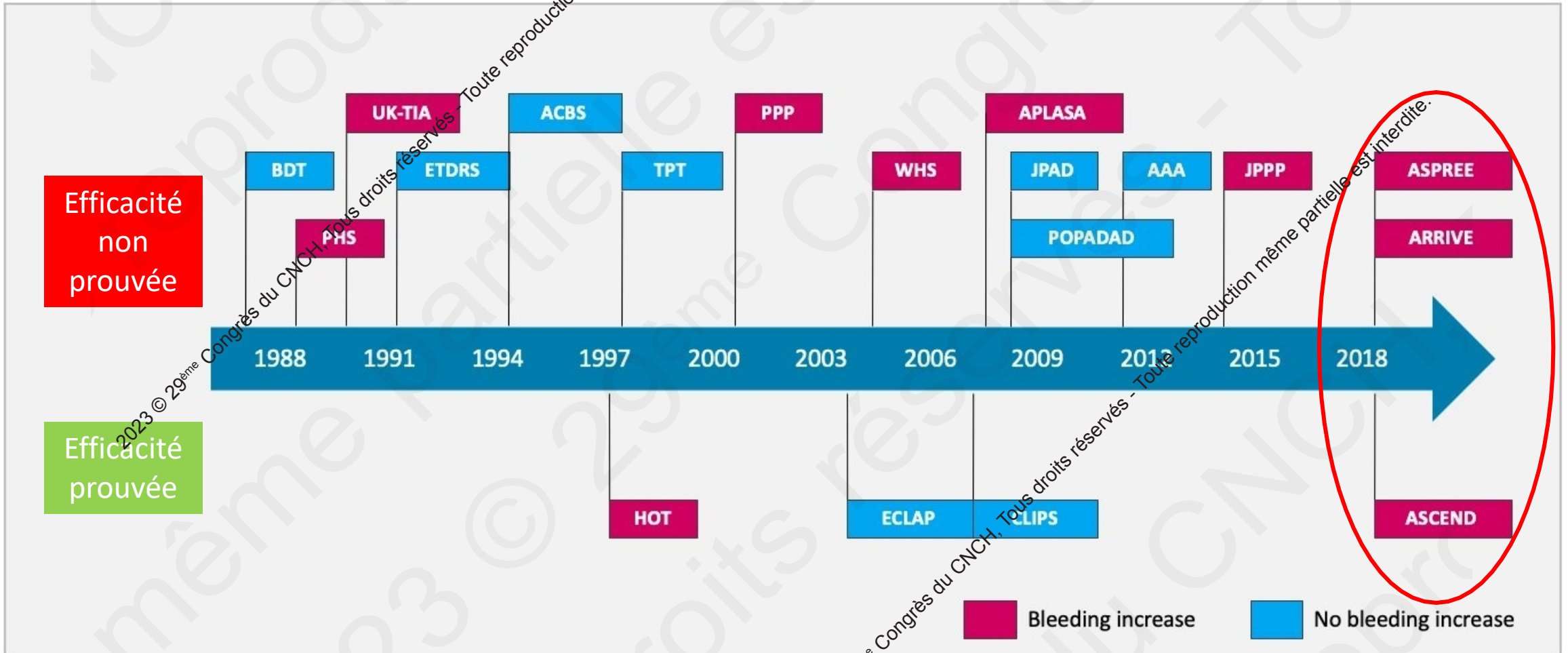
Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Aspirine en prévention primaire

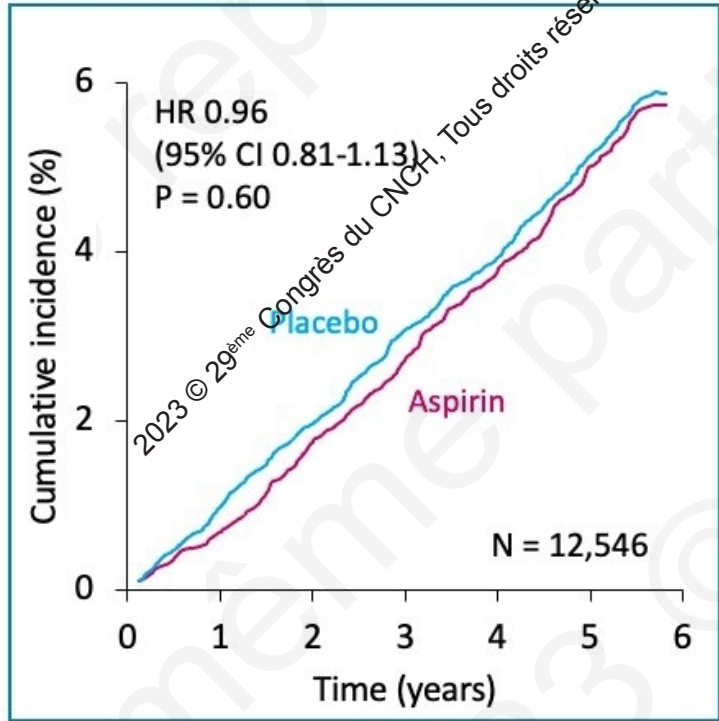
Études sur l'aspirine : un voyage de 30 ans



Aspirine en prévention primaire

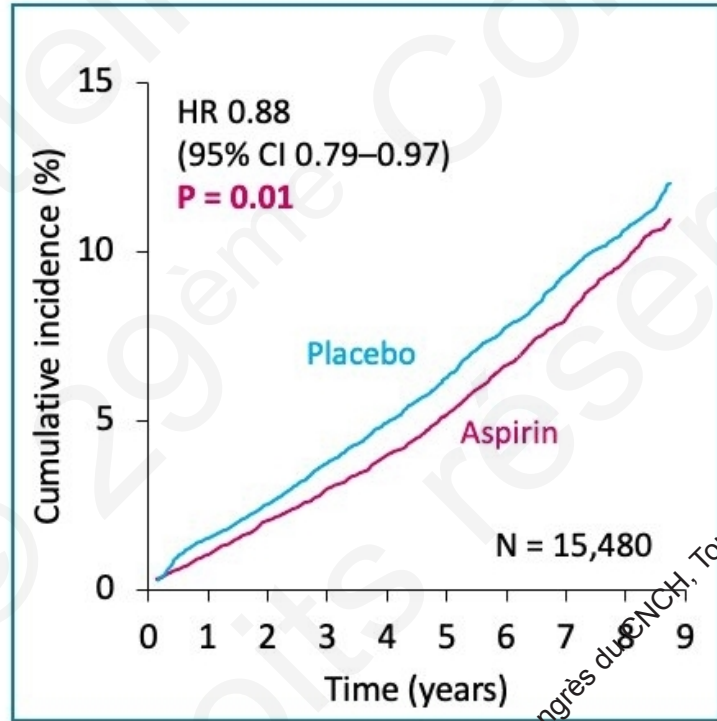
Peu ou pas de bénéfice

ARRIVE (Risque CV modéré)
Décès CV, IDM, AI, AVC ou AIT



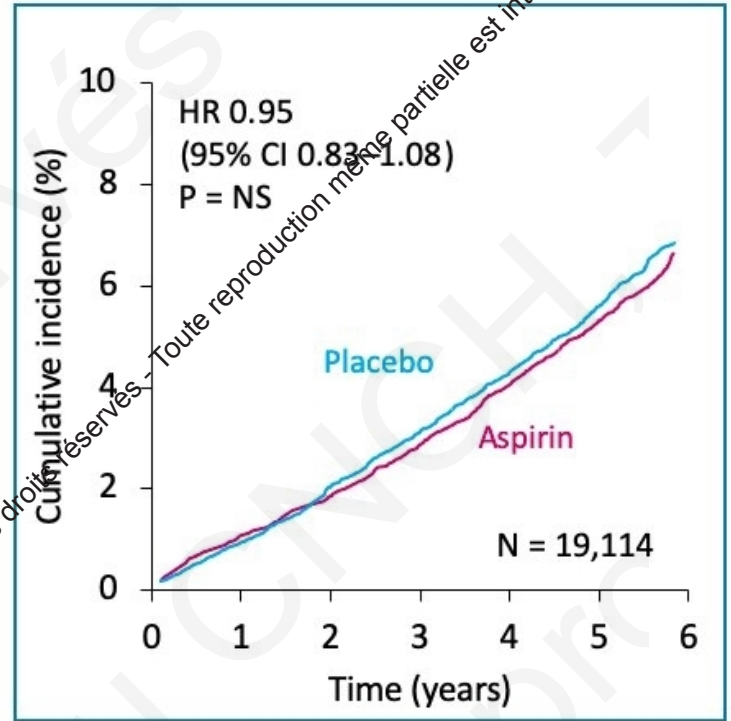
Lancet 2018;392:1036-46

ASCEND (Diabète)
Décès CV, IDM, AVC ou AIT



N Engl J Med 2018;379:1529-39

ASPREE (Sujet âgé)
Décès CV, IDM, AVC ou IC



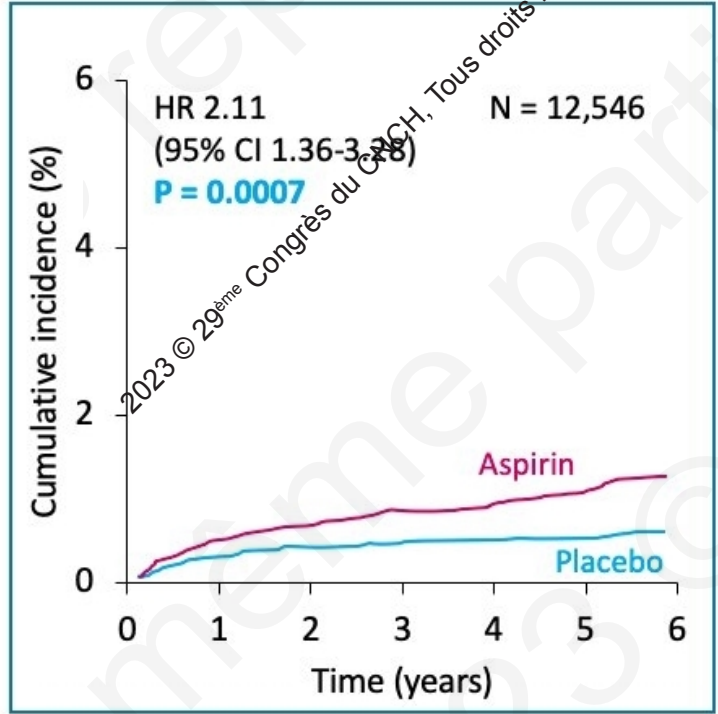
N Engl J Med 2018;379:1509-18

Aspirine en prévention primaire

Préjudiciable

ARRIVE (Risque CV modéré)

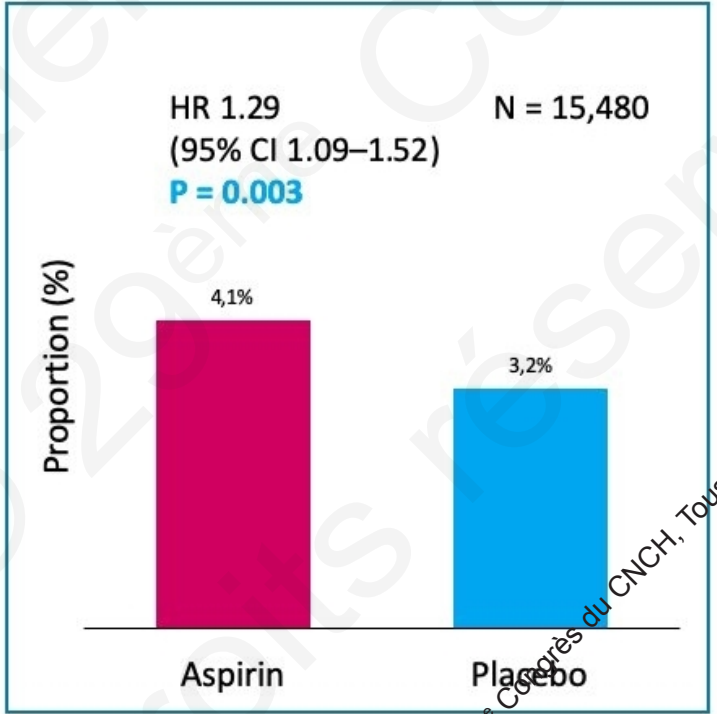
Saignements gastro-intestinaux



Lancet 2018;392:1036-46

ASCEND (Diabète)

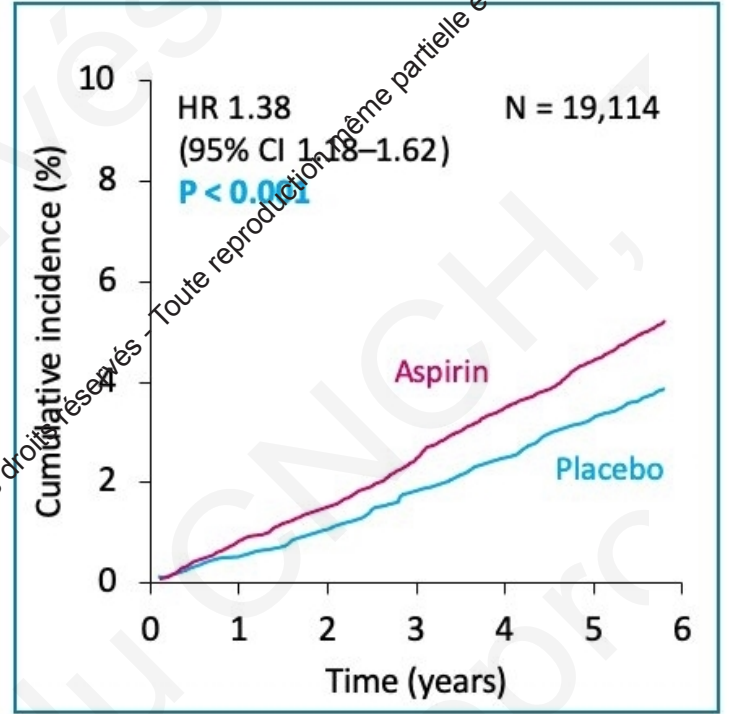
Saignements majeurs



N Engl J Med 2018;379:1529-39

ASPREE (Sujet âgé)

Saignements majeurs



N Engl J Med 2018;379:1509-18



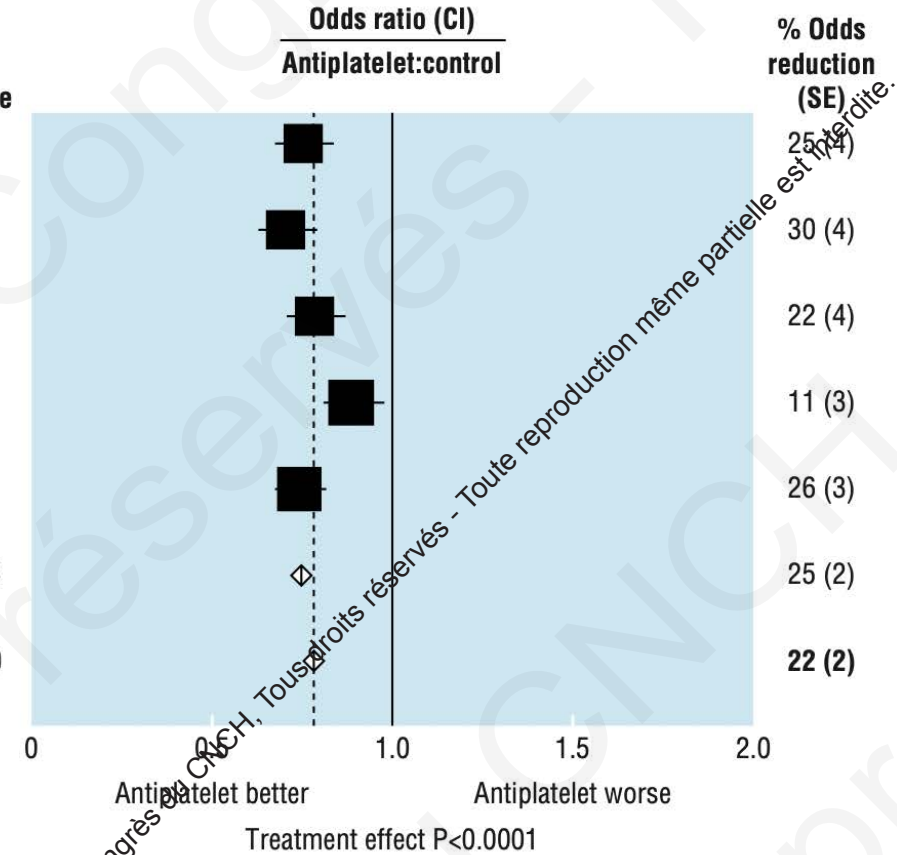
Aspirine en prévention primaire

- Risque faible d'évènements ischémiques : arrêt possible
- Risque CV faible ou modéré : ne pas reprendre l'Aspirine
- Diabétique à risque CV élevé ou très élevé : Aspirine (IIb A)

Aspirine en prévention secondaire

Indication clairement établie

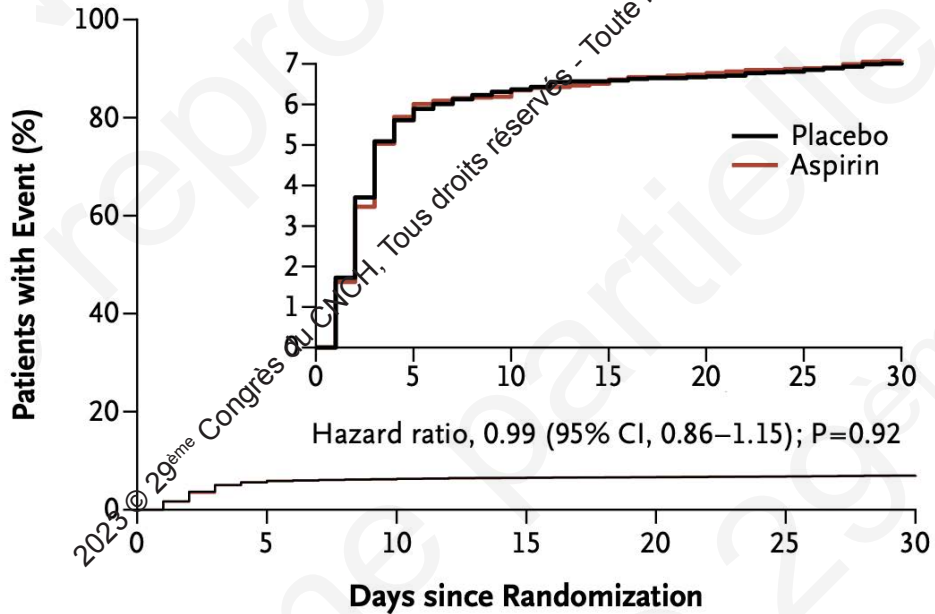
Category of trial	No of trials with data	No (%) of vascular events		Observed-expected	Variance	Odds ratio (CI)		% Odds reduction (SE)
		Allocated antiplatelet	Adjusted control			Antiplatelet:control		
Previous myocardial infarction	12	1345/9984 (13.5)	1708/10 022 (17.0)	-159.8	567.6			25 (4)
Acute myocardial infarction	9	1007/9658 (10.4)	1370/9644 (14.2)	-181.5	519.2			30 (4)
Previous stroke/transient ischaemic attack	21	2045/11 493 (17.8)	2464/11 527 (21.4)	-152.1	625.8			22 (4)
Acute stroke	7	1670/20 418 (8.2)	1858/20 403 (9.1)	-94.6	795.3			11 (3)
Other high risk	140	1638/20 359 (8.0)	2102/20 543 (10.2)	-222.3	737.0			26 (3)
Subtotal: all except acute stroke	188	6035/51 494 (11.7)	7644/51 736 (14.8)	-715.7	2449.6			25 (2)
All trials	195	7705/71 912 (10.7)	9502/72 139 (13.2)	-810.3	3244.9			22 (2)



Heterogeneity of odds reductions between:
 5 categories of trial: $\chi^2=21.4$, $df=4$; $P=0.0003$
 Acute stroke v other: $\chi^2=18.0$, $df=1$; $P=0.00002$

Aspirine en prevention secondaire

POISE-2 trial

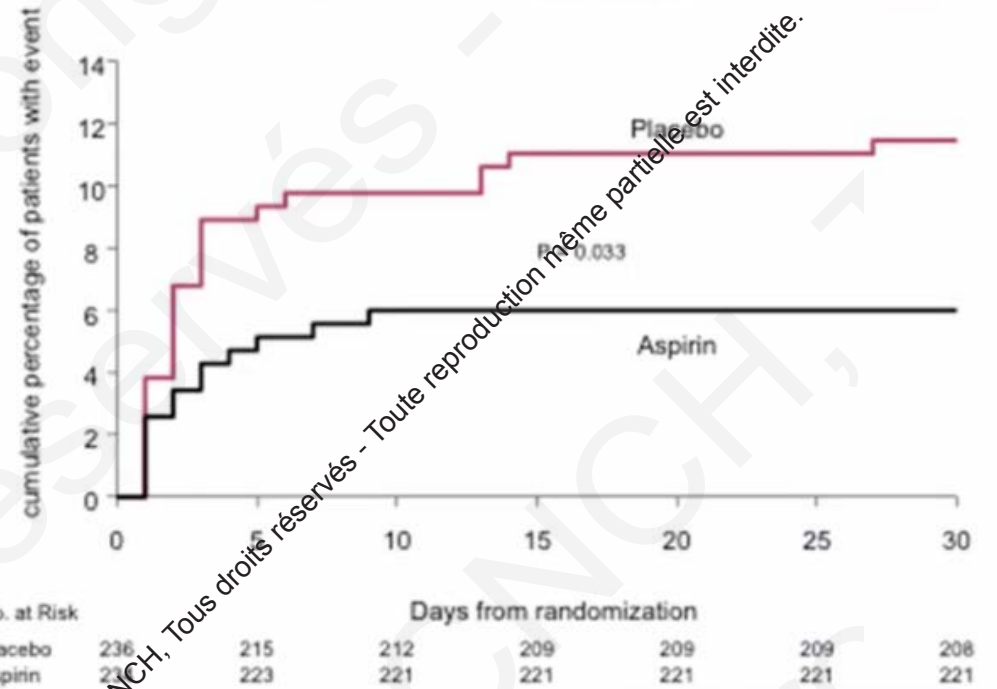


No. at Risk

	0	5	10	15	20	25	30
Placebo	5012	4724	4696	4680	4669	4662	4652
Aspirin	4998	4713	4678	4665	4660	4653	4643

N Engl J Med 2014;370:1494-503

POISE-2 patients PCI



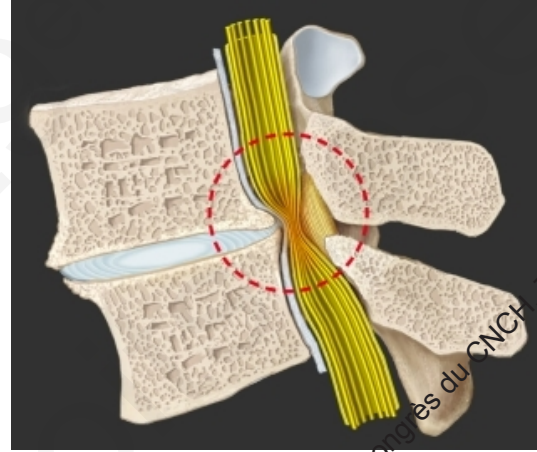
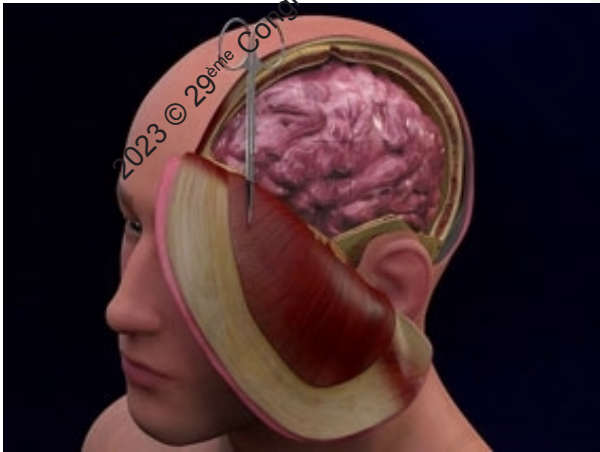
No. at Risk

	0	5	10	15	20	25	30
Placebo	236	215	212	209	209	209	208
Aspirin	236	223	221	221	221	221	221

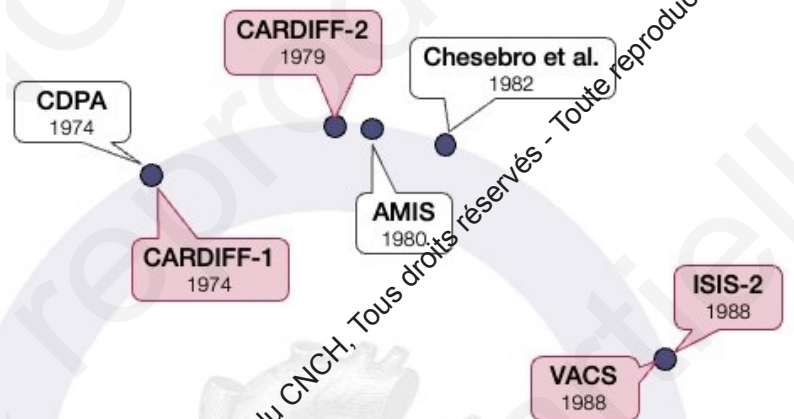
Ann Intern Med 2018;168:237-44

Aspirine en prévention secondaire

- Antécédent d'angioplastie : poursuite aspirine (si risque hémorragique le permet) (IB)
- Chirurgie à haut risque hémorragique (intracrânienne, spinale ou chirurgie vitro-rétinienne) : interruption aspirine \geq 7 jours (IC)

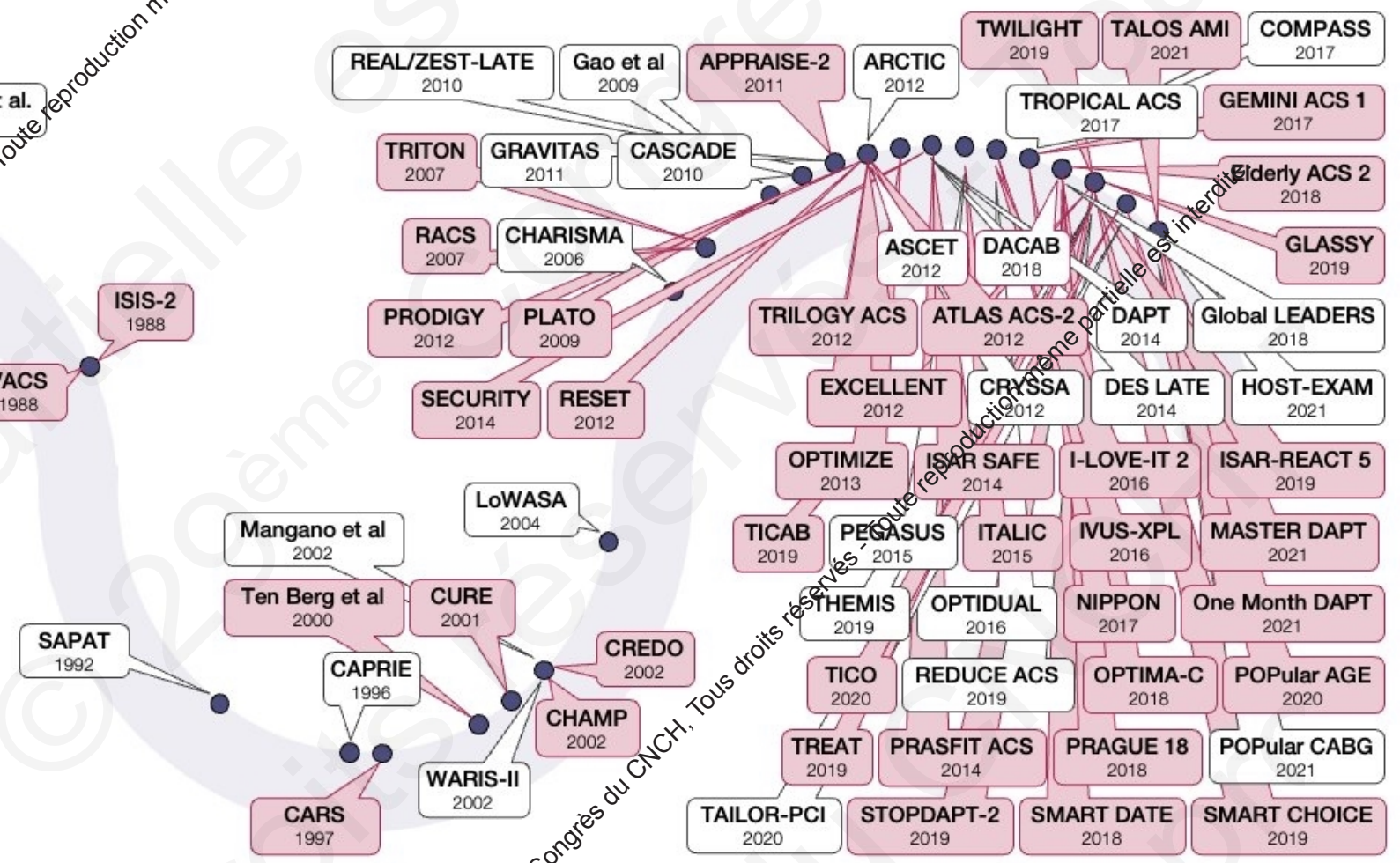


Patients sous DAPT



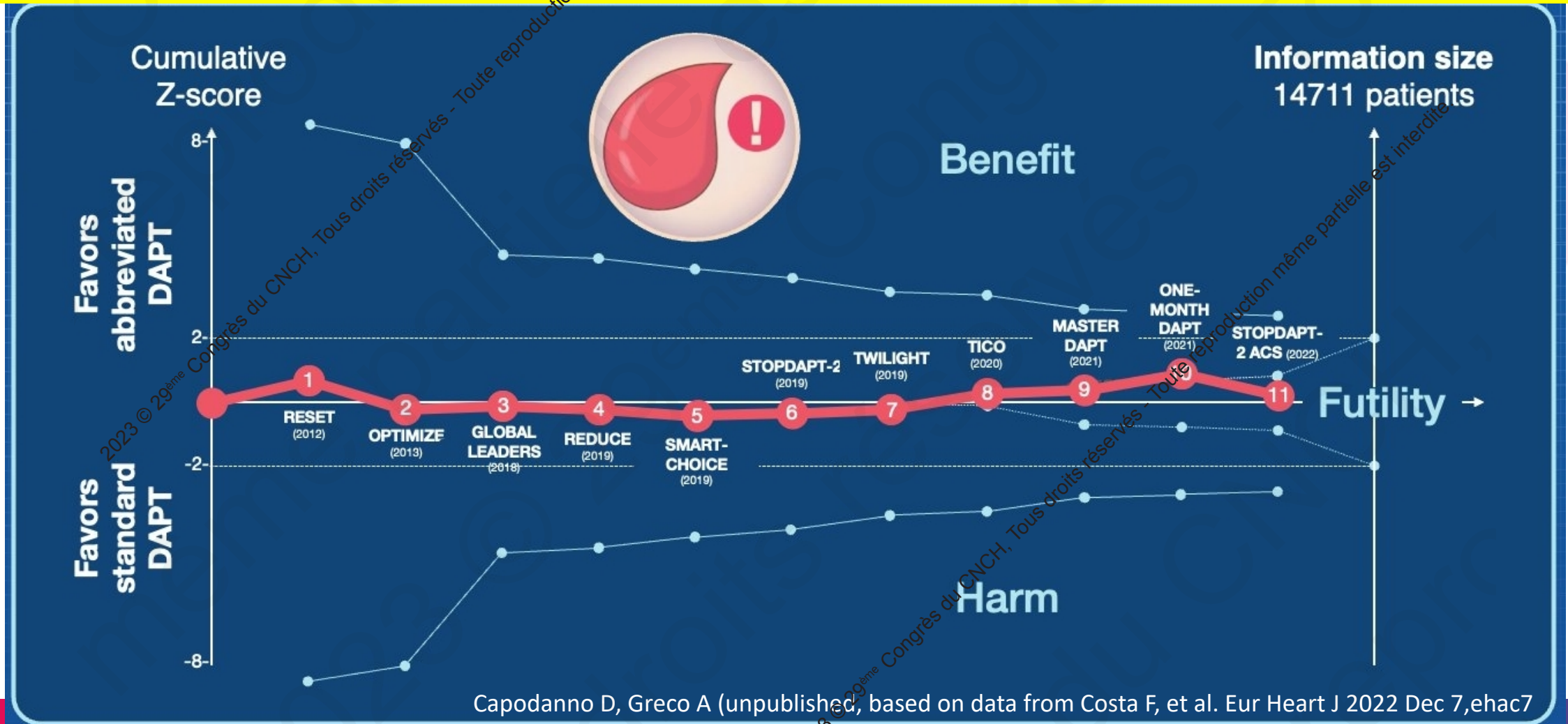
189,261 patients from 43 trials

First 12 months after coronary revascularization and/or an ACS



Patients sous DAPT

Pas de prix ischémique (Décès, IDM ou AVC) avec une DAPT courte chez les patients à haut risque hémorragique



Patients sous DAPT

- FDR MACE :

- ✓ Délai PCI-chirurgie (risque max 1^{er} mois)
- ✓ ATL pour STEMI
- ✓ Interruption/arrêt DAPT
- ✓ Caractéristiques lésions (ostiales et distales)
- ✓ Urgence de la chirurgie

- Interruption prématurée DAPT après ATL = le plus puissant prédicteur de TIS

- Différer chirurgie > 6 mois après ATL élective et 12 mois si SCA
- DAPT courte safe => si chirurgie assez urgente :
 - ✓ 1 mois DAPT
 - ✓ 3 mois si SCA



Patients sous DAPT

Chirurgie à haut risque hémorragique

NON

Poursuite DAPT

OUI

Haut risque thrombotique:
ATL < 1 mois ou
SCA < 3 mois ou
Haut risque de TIS

OUI

Chirurgie « urgente »

OUI

Relais
AntiGpIIb/IIIa ou
Cangrelor

NON

Différer chirurgie

NON

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Poursuite Aspirine
seule

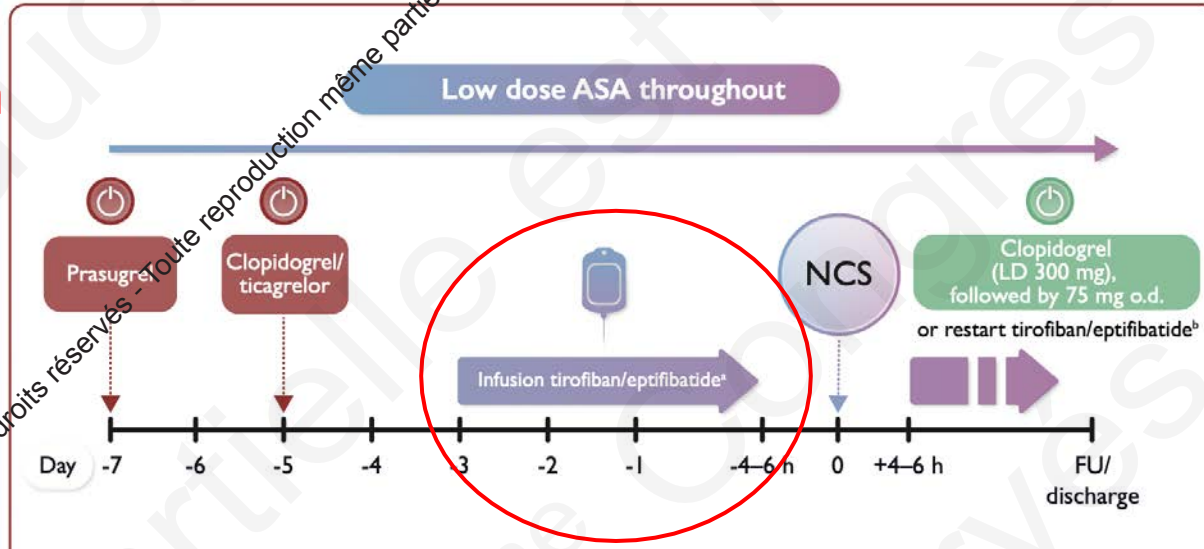
Arrêt iP2Y12
Ticagrélol : 3-5j
Clopidogrel : 5j
Prasugrel : 7j

Chirurgie dans un centre avec cathlab 24/7

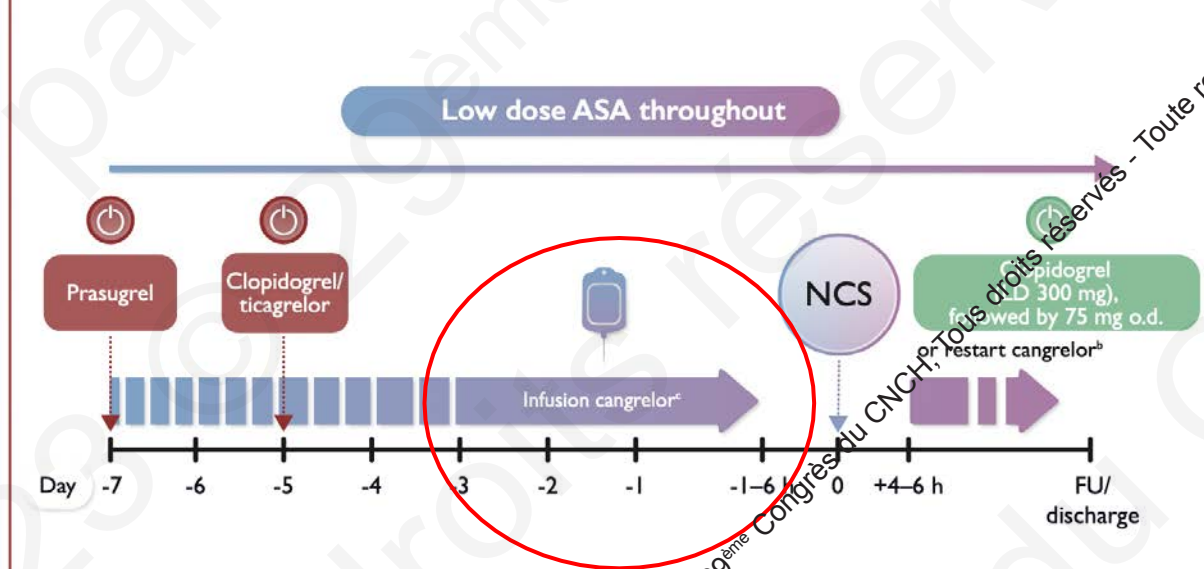
2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Relais par AntiGpIIb/IIIa ou par Cangrelor

AntiGpIIb/IIIa



Cangrelor



2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

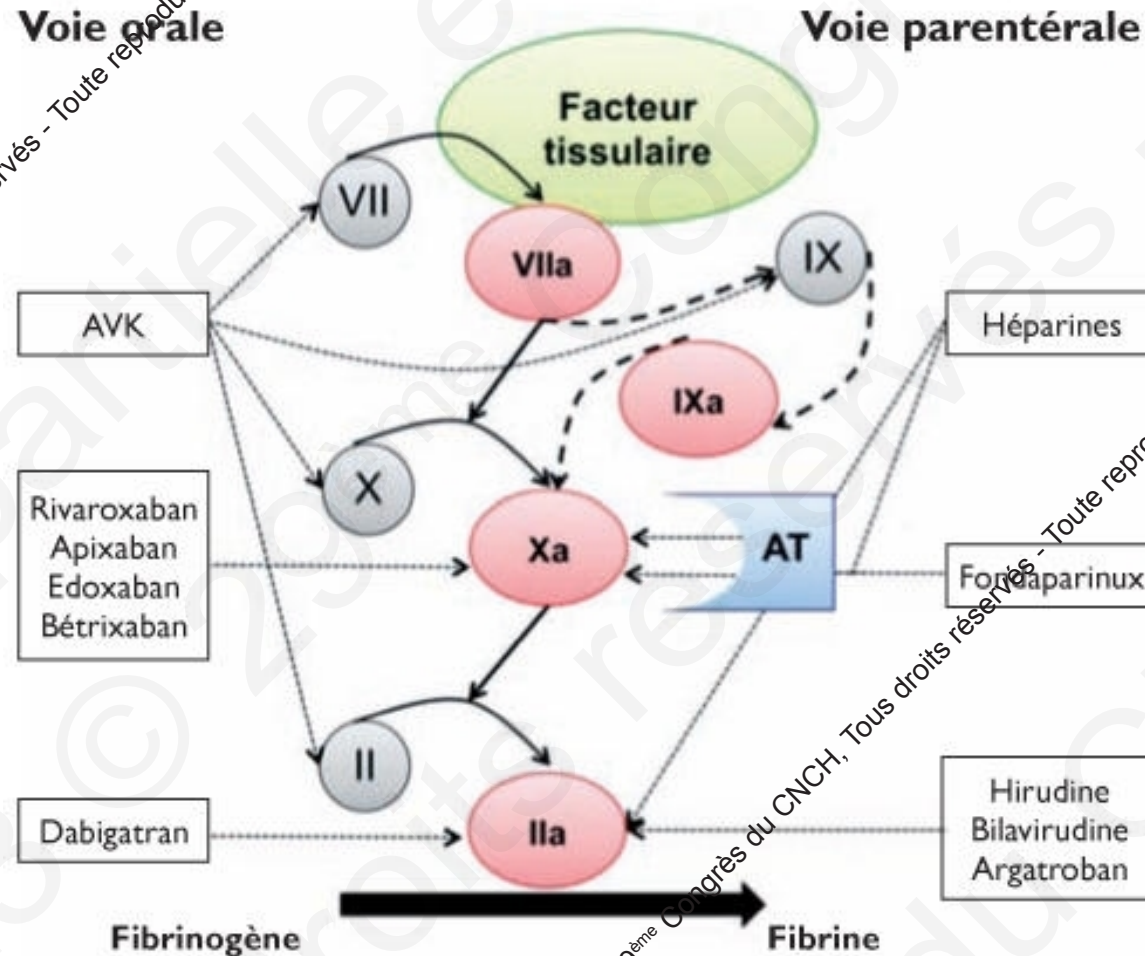
START STOP



Anticoagulants oraux

Faut-il arrêter les anticoagulants ?

Faut-il faire un relais par Héparine ?



2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Anti vitamine K

	BRIDGE trial (N=1884) N Engl J Med 2015;373:823-33	PERIOP2 trial (N=1471) BMJ 2021;373:n1205
Randomisation	Relais AVK/HBPM VS Pas de relais	Relais AVK/HBPM VS Pas de relais
Inclusion	AC/FA	AC/FA, valve mécanique (sauf valve de Starr-Edwards)
Événements thrombo-emboliques artériels	Pas de différence	Pas de différence
Saignements	Plus de saignements si relais	Pas de différence

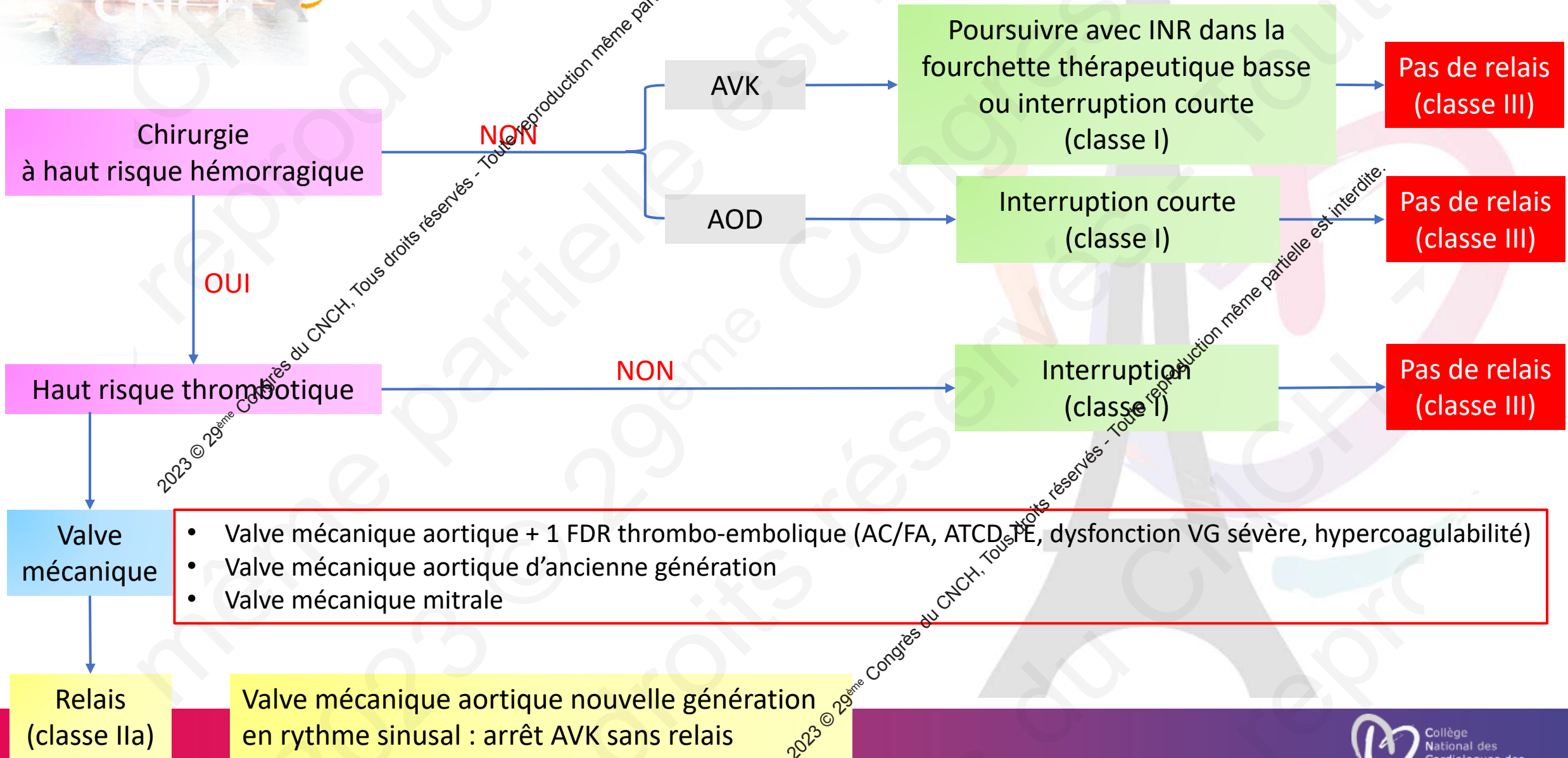
AOD

- Poursuite AOD ou interruption courte **safe**
- Relais => plus de saignements majeurs

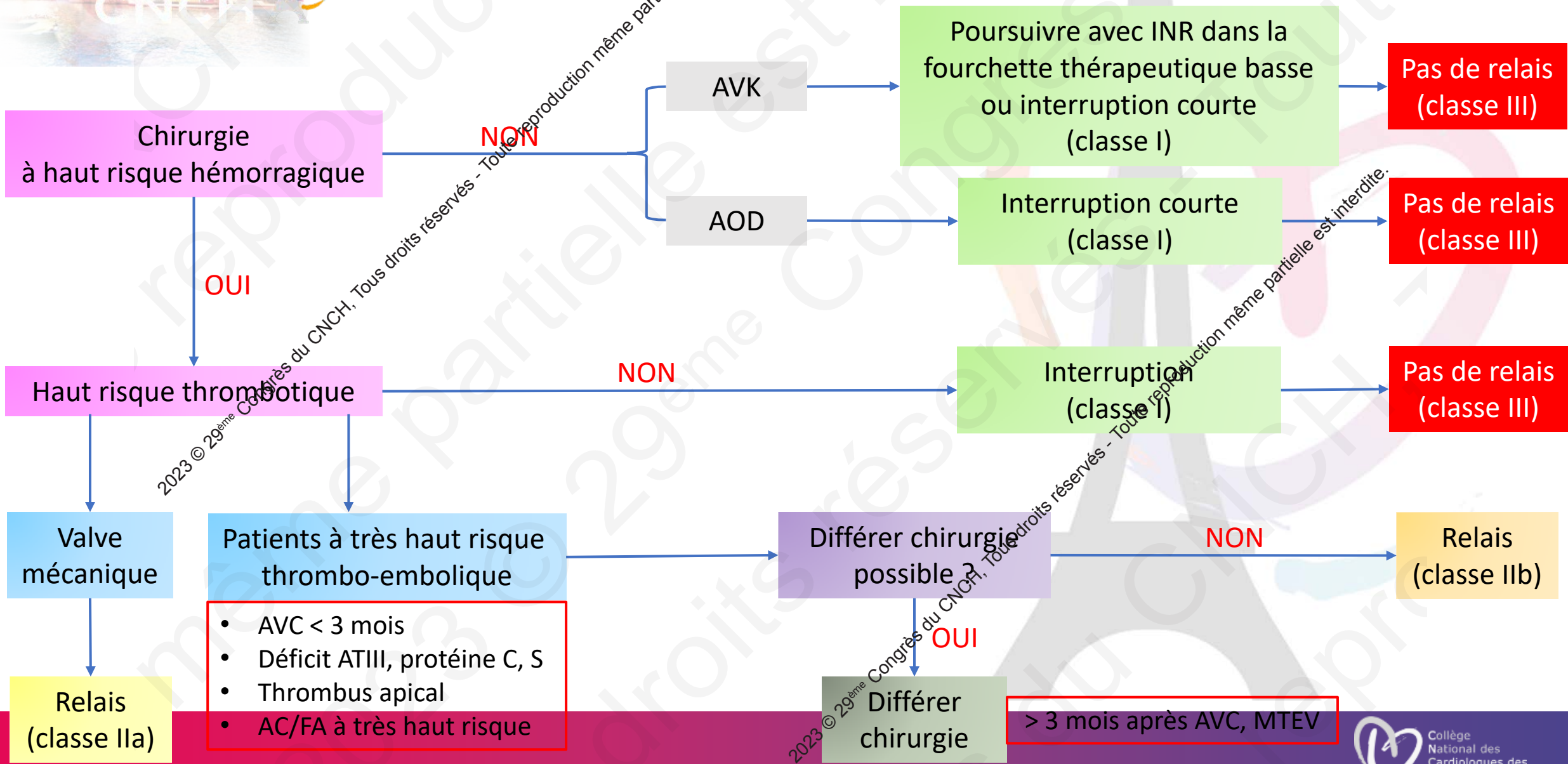
[Eur Heart J 2014;35:1888-96](#)
[JAMA Intern Med 2019;179:1469-78](#)



Patients sous anticoagulant oral



Patients sous anticoagulant oral

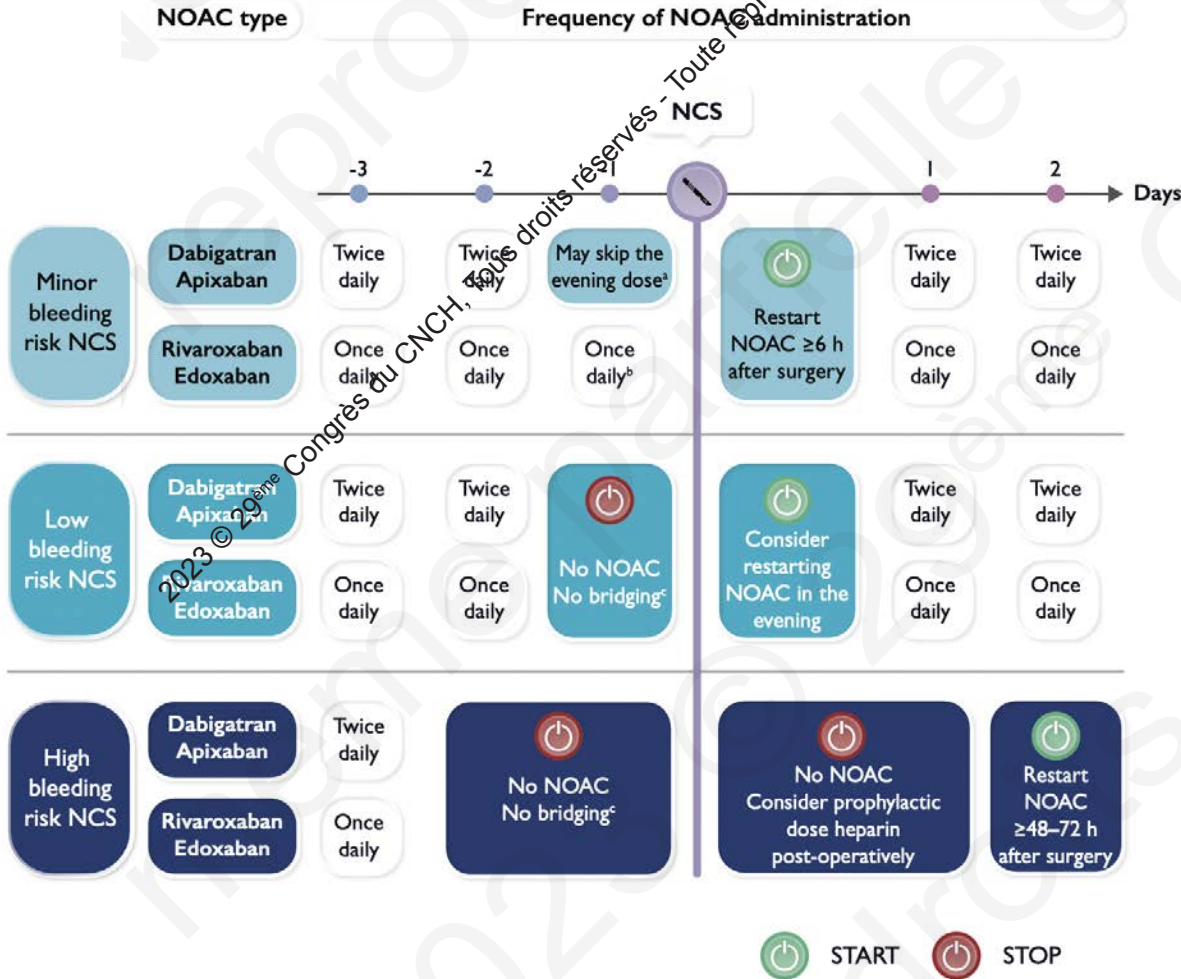


2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Quand arrêter l'AOD ?

Stopping and re-initiation of NOAC therapy in elective NCS according to the periprocedural risk of bleeding in patients with normal renal function



½ vie AOD 5-15h donc :

- arrêt 1 jour avant chirurgie faible risque
- et 2 jours si haut risque

• Pour Dabigatran :

- ✓ Si DFG < 80 : arrêt 3j
- ✓ DFG < 50 : arrêt 4j

• Pour les xabans : pas d'adaptation

Considérer 1j d'arrêt supplémentaire si Amiodarone ou Vérapamil et si le risque TE n'est pas élevé



Chirurgie en urgence

Urgence absolue
(chirurgie immédiate)

Urgence relative
(chirurgie dans les heures suivantes)

Tests de coagulation (TP, aPTT, ACT, TT), activité anti-Xa, **concentration plasmatique AOD**

Dernière prise > 12h (ou 24h si DFG < 50)

OUI

Chirurgie

NON

Idarucizumab (Dabigatran)
Andexanet (Xabans)

Si non disponible

CCP 4 facteurs ou CCP activé

Chirurgie

NON

Différer autant que possible

Sécurité chirurgie si concentration < 30 ng/ml



CCP : Concentré de complexe prothrombinique



Conclusion

- Bien évaluer le risque thrombotique lié au patient et le risque hémorragique lié au patient et à la chirurgie
- Concertation multidisciplinaire
- Poursuite Aspirine en cas de stent sauf si très haut risque hémorragique
- Arrêt DAPT précoce (1 mois ATL élective et 3 mois SCA) safe
- Pas de relais par héparine sauf situations exceptionnelles à très haut risque thrombotique

MERCI DE VOTRE ATTENTION

29^{EME}
CONGRES
CNCH



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à cnch@sfcadio.fr