

GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-OPÉRATOIRE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE VALVES CARDIAQUES MÉCANIQUES (SOUS AVK) EN CHIRURGIE DIGESTIVE RÉGLÉE

SEULE LA VERSION ELECTRONIQUE EST OPPOSABLE

1 GÉNÉRALITÉS

La gestion de l'anticoagulation repose sur le ratio bénéfice / risque :

- **du risque thrombotique :**
 - en fonction du type de valve implantée : aortique ou mitrale,
 - en fonction des comorbidités (ACFA...),
- **du risque hémorragique :**
 - en fonction du geste opératoire et des conséquences d'une hémorragie (hématome compressif, hémopéritoine, hématome pariétal),
 - en fonction du profil clinique du patient : comorbidités, insuffisance rénale, cirrhose...

Il s'agit d'une gestion commune par le chirurgien et le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR).

Le MAR organise la gestion pré-opératoire et initie en accord avec le chirurgien la gestion post-opératoire à J 0 et J 1. La gestion à partir de J 2 est prise en charge par le chirurgien.

2 ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE

Hospitaliser le patient systématiquement la veille de l'opération.

Selon le type de valve :

- **Valve mécanique aortique:**
 - Pré-opératoire : Dernière prise du traitement antivitamine K (AVK) à J-5 et relai soit par énoxaparine (Lovenox®) à dose curative, soit par héparine calcique (Calciparine®) en 2 injections à dose curative si contre-indication aux héparines de bas poids moléculaire (HBPM).
Dernière injection à J-1, le matin si utilisation d'énoxaparine, le soir si utilisation d'héparine.
 - Traçabilité faite sur le dossier d'anesthésie par étiquette (cf. figure 1).
 - Post-opératoire : reprise de l'énoxaparine 4000 UI x 1 / j, ou héparine calcique 5000 UI (0,2 ml) x 2 / j si contre-indication aux HBPM, au plus tôt 6 heures après la fin de l'intervention.
 - À partir de J 1, poursuivre à dose curative en 2 injections jusqu'à efficacité de l'AVK (INR cible du patient atteint).
- **Valve mécanique mitrale :**
 - Pré-opératoire : idem. Dernière prise de l'AVK à J-5 et relai par énoxaparine ou héparine calcique si contre-indication aux HBPM, à dose curative. Dernière injection à J-1, le matin si énoxaparine, le soir si héparine.
 - Notion de dose curative d'autant plus importante qu'une ACFA est associée.
 - Post-opératoire : Héparine sodique en IV continu à commencer 12 heures après la fin de l'intervention, avec objectif de TCA = 2 - 2,5 x le témoin (1^{er} prélèvement à H+6

du début de l'héparine), à maintenir jusqu'à l'efficacité de l'AVK (INR cible du patient atteint).

Reprise de l'AVK à J 2 après accord du chirurgien. Prescription faite en ces termes en sortie de bloc opératoire par l'anesthésiste (en fonction du risque hémorragique du geste opératoire et des conséquences potentielles de saignement).

Le relais peut être fait soit en hospitalisation si héparine IV (valve mitrale) ou en ambulatoire si HBPM (valve aortique). En ambulatoire, l'implication du généraliste est recommandée. A cet effet, le protocole doit être noté clairement dans la lettre de sortie du chirurgien.

Le chirurgien informe le patient lors de sa sortie :

- du risque plus élevé de saignement pendant la phase relai HBPM / héparine - AVK,
- des signes d'alerte et les conduites à tenir en cas de problème :
 - en appelant le service de chirurgie digestive (UF : 7310) au 03 89 64 73 10.
 - le numéro du service doit être indiqué sur la lettre de sortie.

Patient sous AVK (PREVISCAN® ou COUMADINE®)	
Pôle AMBRE décembre 2017	
<input type="checkbox"/> Procédure nécessitant arrêt AVK : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Risque thromboembolique élevé: relai HBPM ou HNF à dose curative	
- FA + antécédents d'AVC/AIT	
- Valves mécaniques cardiaques.	
- Situation particulière : Thrombophilie, MTEV < 3 mois ou récidivante, etc..	
<input type="checkbox"/> Risque thromboembolique faible (autres situations): pas de relai HBPM	
Relai AVK / Héparine. Héparine choisie : <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> HNF	
Relais préopératoire : Rappel : J-5: dernière prise AVK ; J-4 : pas d'anticoagulant ; J-3: 1ère dose d'héparine le soir (HBPM ou HNF) ; J-2: héparine dose curative à continuer ; J-1: dernière injection HBPM le matin, HNF le soir : <input type="checkbox"/> OK	
Contrôle INR J-1 : vérification objectif ≤ 1,5 :	
<input type="checkbox"/> bilan à faire à l'admission en urgence <input type="checkbox"/> bilan fait en ville	
<input type="checkbox"/> si INR>1,5 : Vit. K 5 mg voie orale et contrôle INR en urgence le lendemain matin	

Figure 1 : étiquette pour le dossier d'anesthésie destinée à la gestion préopératoire des anticoagulants de type AVK

	Dates	Nom / Fonction / Groupe de travail ou commission
Rédaction	13/11/2020	S. DEGOUL, MEDECIN DE PLEIN EXERCICE, 13/11/2020 O. THEISSEN-LAVAL, Directeur médical de pôle, 13/11/2020 T. ZACHARIAS, Directeur médical de pôle, 13/11/2020
Validation	16/11/2020	N. BISCHOFF, Directeur médical de pôle, 16/11/2020 S. DAN, CHEF DE SERVICE, 16/11/2020
Approbation	16/11/2020	M. BRUNGARD, CADRE DE PÔLE, 16/11/2020 O. THEISSEN-LAVAL, Directeur médical de pôle, 16/11/2020 V. VORBURGER, CADRE DE PÔLE, 16/11/2020 T. ZACHARIAS, Directeur médical de pôle, 16/11/2020
Document diffusé le 18/11/2020 par J. BAEUMLIN, SECRETAIRE MEDICALE, 18/11/2020		
HISTORIQUE		
Date	Nature des modifications/révisions	
12/11/2020		
Diffusion	<u>Destinataires :</u> Odile THEISSEN-LAVAL, Thomas ZACHARIAS	
Mots-clés	anticoagulant, chirurgie digestive, valve cardiaque mécanique	