

Un beau relais

Par Alexis Regnault
Anesthésiste à la Polyclinique
d'Aguiléra
Biarritz

La consultation

Rdv anesthésiste pour chirurgie réglée d'un canal carpien gauche

La patiente habituelle...

- Femme de 66 ans
- ATCD médicaux:
 - HTA
 - Obésité(1m65 pour 90 Kg; BMI=33)
 - ACFA sans événement thrombo-embolique
 - DNID
 - Dyslipidémie
 - Hypothyroïdie

- Traitement:

- Cardensiel 2,5 mg
- Metformine 1000
- Simvastatine 20mg
- Levothyrox 75
- Pradaxa 150mg

- Examen clinique:

- Mallampati IV
- Incisives proéminentes
- Extension cervicale limitée
- DTM à 2 travers de doigts

Choix de la technique anesthésique?

- A. AG sous pradaxa
- B. ALR sous pradaxa
- C. AG avec arrêt pradaxa
- D. ALR avec arrêt pradaxa

Choix =ALR

- Technique écho guidage
- Association avec hydro-localisation et/ou électro-stimulation et/ou hydro-dissection.

Modalités d'arrêt du pradaxa:

- A. Arrêt du pradaxa sans relais J-5
- B. Arrêt du pradaxa avec relais par HBPM
- C. Arrêt pradaxa avec relais par HNF
- D. Arrêt pradaxa avec relais par AVK
- E. Arrêt du pradaxa la veille de l'intervention

En pratique nous avons fait

Suivi des Recommandations HAS avril 2008:

- Pas de relais car absence d'antécédent de thrombose et/ou d'embolie
- Dernière prise de Pradaxa (J-5)

Pour rappel: recommandation HAS

(objectif : INR au moment de l'intervention < 1,5 ou < 1,2 si neurochirurgie)

- ACFA sans antécédent embolique
- MTEV à risque 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**.

- Valves mécaniques (tout type)
- ACFA avec antécédent embolique
- MTEV à haut risque*

- ▶ Arrêt des AVK et relais préopératoire par héparine 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**.

* i.e. TVP proximale et/ou EP < 3 mois, MTEV récidivante idiopathique ($n \geq 2$, au moins un accident 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^e heure postopératoire. Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris à la 6^e heure, dans les situations où elle est indiquée, la prévention postopératoire précoce de la MTEV doit être réalisée selon les modalités habituelles.

Proposition du GIHP/GEHT pour les anticoagulants directs

- Pour les actes programmés à risque hémorragique faible réalisation d'une fenêtre thérapeutique de 48h sans traitement.
- Pour les gestes à risque modéré ou élevé il est proposé d'interrompre le traitement à J-5 afin d'assurer l'élimination complète du médicaments chez TOUS les patients et ne le reprendre que lorsque le risque est contrôlé.

Houston nous avons un problème..

Courrier du cardiologue (les ennuis commencent...)

Pourquoi?

- Il arrête le pradaxa selon le schéma suivant:
 - Dernière prise de Pradaxa *J-3 au matin*
 - Première injection HBPM *J-2 au soir*
 - Pas de dernière injection de HBPM indiquée

Qu'est ce qui cloche?

- A. Arrêt trop tard du dabigatran
- B. Début HBPM trop tard
- C. Pas de date d'arrêt injection
- D. Pas de relais nécessaire

Que faire?

Bonne pratique

- Allo ?
- Cher confrère cardiologue...
- Pas toujours simple

Le jour J

- Au final pas de relais; vérifié lors de la VPA
- Echoguidage et hydrolocalisation
- Chirurgie sous garrot
- Sortie en ambulatoire
- Plusieurs heures après pour vérifier absence hématome

Ce n'est pas fini...

- Relais post opératoire
- Celui qui arrête est également celui qui reprend normalement (travail d'équipe...)
- Indiquer lors de l'arrêt comment se fera la reprise
- Mise sous HBPM 0,9mlX2/j à débiter le soir même de la chirurgie
- Débiter le dabigatran 0 à 2 h avant heure prévue de l'administration de l'HBPM prévue le lendemain de l'intervention

Pb ?

- Médecin traitant juge nécessaire de faire un *chevauchement* entre HBPM et dabigatran
- Pendant 3 jours.

Le retour

- La patiente revient J5
- Hématome avec paresthésie dans les 3 premiers doigts de la main
- Nécessiter de reprise chirurgicale

AG ou ALR?

- Choix de faire une AG: HBPM faite la veille au soir, reprise avec complications hémorragiques.
- Pas de réversion possible pour le dabigatran
- Bonne récupération de la patiente
- Restera hospitalisée 24H

Questions ouvertes?

- Dosage dabigatran en urgence pour évaluer risque hémorragique difficulté à réaliser?
 - En clinique très difficile (transfert du tube pour nous au CHCB)
 - Délai pour obtenir le résultat
 - Coût (parfois plusieurs dosages sont nécessaires)
- CAT KANOKAD^o avant incision
 - cf GIHP

Pour les Experts...

- Autorisation par la Sfar de réaliser bloc fémoral et axillaire sous préviscan si INR entre 2 et 3
- Pour les anticoagulants directs, que faire...