

# La gestion péri-opératoire des anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie dermatologique

**Patrick Guillot**

Hôpital privé Wallerstein, Service de dermatologie, 33740 Arès  
p.guillot@wanadoo.fr

Le risque hémorragique est une complication fréquente de la chirurgie dermatologique, cette dernière s'adressant très souvent à des sujets âgés, bénéficiant de traitements anticoagulants. Les recommandations concernant la gestion des traitements antiagrégants plaquettaires et des AVK sont bien établies, déjà anciennes et ne feront pas l'objet de cet article ; celles concernant les anticoagulants oraux directs (AOD) sont plus récentes et mal connues.

Les AOD ne nécessitent pas de surveillance biologique pour contrôler l'efficacité du traitement, et en dehors de circonstances très particulières liées à l'urgence, n'ont pas d'antidote utilisable en pratique quotidienne. Leurs indications principales sont représentées par la prévention de la maladie thromboembolique veineuse (chirurgie orthopédique majeure) et la prévention des accidents thromboemboliques liés à la fibrillation auriculaire non valvulaire. Il existe deux grands types de molécules :  
– le dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>) qui a une action anti-thrombine (anti-IIa directe).  
– les xabans : le rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) et l'apixaban (Eliquis<sup>®</sup>) sont les plus utilisés. Ce sont des inhibiteurs directs du facteur Xa.

Le taux plasmatique maximal après la prise du médicament est obtenu entre 1 et 4 heures. *La demi-vie est courte, en moyenne d'une dizaine d'heures.* Les interactions médicamenteuses sont liées aux inducteurs ou bien aux inhibiteurs du cytochrome P450. Les inducteurs (anti-épileptiques, certains antirétroviraux, rifampicine) diminuent les taux plasmatiques et augmentent donc le risque thromboembolique. Les inhibiteurs (macrolides, imidazolés, ciclosporine, amiodarone, inhibiteurs calciques) augmentent les taux plasmatiques et donc le risque hémorragique.

Les premières propositions de 2011 en matière de gestion des AOD en péri-opératoire ont été celles du Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-opératoire (GIHP) et du Groupe d'Etude sur l'Hémostase et la

Thrombose (GEHT) [1]. Elles étaient le fruit d'une réflexion pragmatique et prudente en raison du manque d'expérience dans le maniement de ces traitements. La prescription des AOD a progressé très vite et chaque année, 10 à 15 % des patients traités par anticoagulants nécessitent une chirurgie. Une expérience a été acquise sur : la disponibilité des tests, leur intérêt et leur limite (pas de tests). De nouvelles molécules ont été mises également sur le marché. Depuis 2011, l'expérience et les données concernant les patients traités par AOD et bénéficiant d'un acte programmé se sont enrichies.

L'augmentation du risque hémorragique lors des relais anticoagulants préopératoires a été clairement mise en évidence, sans diminution du risque thrombotique. *Il n'y a donc plus de place pour les relais anticoagulants.* Il faut distinguer les actes programmés à risque hémorragique faible des actes programmés à risque hémorragique élevé. La réactualisation de ces recommandations pour la gestion des AOD (septembre 2015) en cas de chirurgie programmée [2] répond aux objectifs suivants :

- limiter les relais anticoagulants préopératoires à des situations très exceptionnelles (certains actes à risque hémorragique élevé) ;
- diminuer la durée d'arrêt préopératoire des AOD pour limiter le risque thrombotique en l'absence de relais anticoagulant, sans augmenter le risque hémorragique péri-opératoire ;
- tenir compte de la pharmacocinétique propre à chaque AOD ;
- préciser la place de la mesure des concentrations plasmatiques des AOD.

*Les actes invasifs à risque hémorragique faible* sont définis selon les recommandations de la HAS de 2008 pour la gestion péri-opératoire des AVK. Ils correspondent aux actes responsables de saignements : peu fréquents ; de faible intensité ou facilement contrôlés ; chez des patients traités par anticoagulants à taux thérapeutiques.

Ces actes incluent : la chirurgie cutanée ; la chirurgie de la cataracte ; certains actes bucco-dentaires, de rhumatologie, d'endoscopie digestive.

Quand les patients sont traités par un AVK, ces gestes à risque hémorragique faible sont réalisés sans interruption du traitement. Par extension, on

peut considérer que ces mêmes gestes peuvent être réalisés sous AOD. Contrairement à d'autres sociétés savantes, la Société Française de Dermatologie n'a pas de recommandations spécifiques pour la gestion des actes interventionnels sous AOD concernant la spécialité. On pourrait initier des études afin, selon le type d'actes, de distinguer par exemple les exérèses simples des autoplasties et des greffes en proposant par exemple :

- pas d'arrêt des AOD dans les exérèses simples ;
- arrêt en cas de réparations complexes (greffes sur de grandes pertes de substance, lambeaux d'autoplastie importants) ?

**Gestes à risque hémorragique faible**

En dehors des cas où le traitement est maintenu et qui doivent être incontestablement les plus fréquents en chirurgie dermatologique (exérèses simples et réparations d'importance limitée), si l'on souhaite arrêter l'AOD en pré-opératoire, ce doit être le fruit d'une décision concertée avec le cardiologue et l'anesthésiste et non une mesure prise par le chirurgien dermatologue tout seul. Le risque thrombotique demeure en effet le risque principal par rapport au risque hémorragique.

Dans ce cas :

- *En pré-opératoire* : pas de prise la veille au soir ni le matin de l'intervention. Cette proposition s'applique quel que soit le schéma thérapeutique du patient (figure 1).
- *Si le patient prend un AOD en deux prises par jour*, il prend donc son traitement le matin de la

veille de l'intervention et saute deux prises avant l'intervention.

- *Si le patient prend un AOD en une prise le matin*, il prend donc son traitement la veille au matin et saute une prise avant l'intervention.

- *Si le patient prend un AOD en une prise le soir*, il prend donc son traitement l'avant-veille de l'intervention et saute une prise avant l'intervention.

**Pas de relais, pas de dosage**

Dans ce schéma, il n'y a aucune place pour la réalisation d'un relais préopératoire par héparine (HNF ou HBPM). Il n'y a aucune indication à la mesure de la concentration de l'AOD avant l'intervention. *L'objectif de ce schéma est d'éviter des concentrations plasmatiques élevées d'AOD pendant le geste, et non d'obtenir des concentrations négligeables.*

**Reprise à l'heure habituelle et au moins 6 heures après la fin de l'acte invasif**

En l'absence d'événement hémorragique particulier et/ou de contre-indication chirurgicale, la reprise du traitement peut avoir lieu au moins 6 heures après la fin du geste invasif, selon le schéma habituel du patient (figure 1) :

- le soir de l'acte pour un AOD en une prise quotidienne, pris habituellement le soir ;
- le lendemain matin pour un AOD en une prise quotidienne, pris habituellement le matin,
- le soir de l'acte pour un AOD en deux prises quotidiennes.

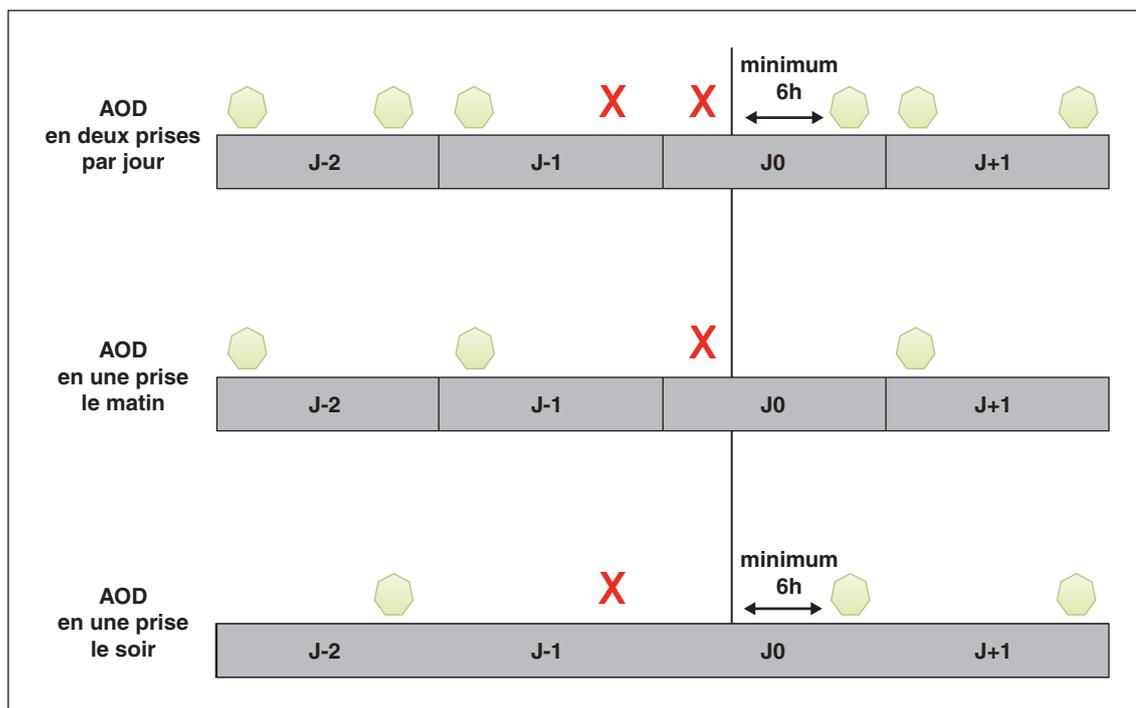


Figure 1. Gestion péri-opératoire des AOD pour les actes à risque hémorragique faible (d'après le référentiel GIHP-SFAR [2]).



**Figure 2.** Hématome à J3, après exérèse d'un lipome dorsal chez un patient dont le traitement anticoagulant a été maintenu en péri-opératoire.

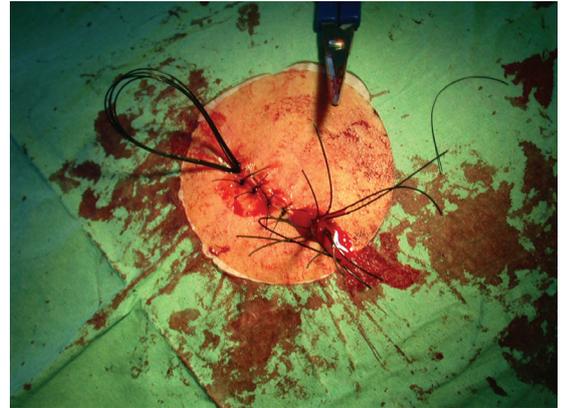
En cas d'accident hémorragique peropératoire, le schéma post-opératoire à appliquer correspond à celui appliqué en cas de chirurgie à risque hémorragique élevé : la reprise du traitement anticoagulant doit être retardée, et dans l'attente, une thromboprophylaxie veineuse (mécanique ou médicamenteuse) sera prescrite en cas de risque thromboembolique veineux. Il n'y a pas en effet de « petite chirurgie », même en chirurgie dermatologique (figures 2 à 6) !

#### Conclusion

La réactualisation 2015 SFAR-GIHP propose de raccourcir les délais d'interruption préopératoire des AOD dans une démarche sécuritaire. Les délais proposés assurent, dans la grande majorité des cas, une concentration d'AOD compatible avec la réalisation de l'acte invasif tout en évitant la prescription de relais par des héparines en préopératoire qui est absolument proscrite en cas d'actes invasifs dans le cadre de la chirurgie à faible risque hémorragique. La reprise postopératoire de l'anticoagulation curative reprend les principes généraux qui s'appliquent à tous les anticoagulants et qui tiennent compte du risque de saignement, du



**Figure 3.** Vue de profil, attestant du volume important de l'hématome.



**Figure 4.** Après évacuation des caillots et hémostase veineuse par ligature, mise en place d'un drain, arrêt de l'AOD.



**Figure 5.** Aspiration de 800 cc.



**Figure 6.** Absence de reprise du saignement à 48 heures.

type de médicament, du risque thromboembolique veineux et artériel.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

#### Références :

- 1- Sié P, Samama CM, Godier A, *et al.* Chirurgies et actes invasifs chez les patients traités au long cours par un anticoagulant oral anti-IIa ou anti-Xa direct. Propositions du GIHP et du GEHT. *Ann Fr Anesth Rea* 2011 ; 30 (9) : 645-50.
- 2- Gestion des AOD pour la chirurgie et les actes invasifs programmés : propositions réactualisées du groupe d'intérêt en hémostase périopératoire. Disponible sur le lien suivant : [https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/Reactualisation-GIHP\\_AOD\\_actes-programmes\\_Septembre-20151.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/Reactualisation-GIHP_AOD_actes-programmes_Septembre-20151.pdf).