

# Endoscopie digestive, anticoagulants et antiagrégants : faut-il encore modifier nos pratiques en 2013 ?

## Objectifs pédagogiques

- Évaluer le risque thrombotique lié à l'arrêt ou à la diminution des anticoagulants / antiagrégants plaquet-taires en fonction de la maladie cardio-vasculaire
- Connaître les risques hémorragiques des gestes endoscopiques réalisés sous anticoagulants ou antiagrégants plaquet-taires
- Savoir moduler le traitement anti-thrombotique en fonction du geste endoscopique, et la surveillance après la procédure

L'augmentation des prescriptions d'antiagrégants plaquet-taires (AAP) ou d'anticoagulants (ACG), habituellement des antivitamines K (AVK) est la conséquence d'une meilleure prise en charge du risque thromboembolique mais aussi du vieillissement naturel de la population [1]. La réalisation d'endoscopies digestives à visée diagnostique ou thérapeutique, pose dans ce contexte un double problème : celui de l'appréciation du risque hémorragique lié directement à l'acte endoscopique et celui du risque thrombotique qui découle des modifications éventuelles du traitement préventif. De plus, l'arrêt intempestif des AAP, chez un patient coronarien porteur de stents, est un facteur de risque majeur de thrombose pour tous les stents, mais encore plus pour les porteurs d'un stent actif [1].

Nous disposons de deux recommandations récentes sur ce thème : la publication de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE) en 2011 [2] et depuis peu la recommandation de l'HAS issue d'un partenariat avec la SFED [3] qui vient donc renouveler les recommandations publiées en 2006 [3] et ainsi compléter la recommandation HAS sur la gestion des AVK [4].

La réalisation d'un examen endoscopique chez un patient sous ACG ou AAP implique d'avoir une bonne connaissance de ces recommandations récentes qui doivent nous permettre de résoudre les problèmes principaux qui sont posés concernant :

1. le risque thrombotique du patient et les différents traitements préventifs ;
2. le risque hémorragique potentiel de l'acte endoscopique ;
3. les modalités de reprise du traitement antithrombotique après un acte endoscopique à risque.

## Évaluation du risque thrombotique du patient et modalités des traitements antithrombotiques

C'est en concertation avec le médecin prescripteur, le plus souvent cardiologue mais aussi anesthésiste, que les modifications ou arrêt du traitement préventif doivent être envisagées en

---

Christian Boustière

---

évaluant, au cas par cas, le rapport bénéfice/risque de l'endoscopie dont l'indication devra être évidemment validée ou parfois différée dans ce contexte particulier. Il faut d'emblée distinguer les traitements anticoagulants et antiagrégants.

## Les patients sous anticoagulants

En général, il s'agit d'une prévention obligatoire temporaire ou définitive pour maladie valvulaire, arythmie, complications veineuses thromboemboliques ou certains syndromes d'hypercoagulabilité. Le traitement habituel repose sur la prise d'antivitamines K (AVK) dont l'efficacité est contrôlée par les dosages sanguins du TP et surtout de l'INR qui sera compris en général entre 2 et 3. Dans ce cas, il faut mettre en place un traitement relais par héparine non fractionnée (HNF) ou fractionnée (HBPM) selon le degré d'anticoagulation requis et ne réaliser l'endoscopie que lorsque le taux d'INR sera normalisé. L'arrêt de l'héparine sera effectué le jour de l'examen en respectant un délai de 6 heures après la dernière injection d'HNF ou de 12 à 24 h après la dernière injection d'HBPM de façon à ce que le geste soit réalisé dans une fenêtre d'isocoagulabilité tolérable pour le risque cardio-vasculaire du patient.

L'utilisation récente de nouveaux ACG oraux qui sont des inhibiteurs directs anti-Xa, le dabigatran ou le rivaroxaban, posent des problèmes spécifiques. Ils doivent en principe être arrêtés 3 à 5 jours avant le geste mais il n'y a pas de test pour contrôler le retour de la coagulation à la normale. Un relais par HBPM peut être envisagé en fonction du risque thrombotique du patient. Le risque de saignement paraît plus élevé avec ces nouveaux ACG en particulier chez les sujets âgés, en cas de diabète déséquilibré ou d'insuffisance rénale. Il n'y a pas actuellement de traitement antagoniste disponible.

En pratique, aucun geste à risque hémorragique ne peut être réalisé chez un patient dont les ACG ont été poursuivis mais cela ne contre-indique pas la réalisation d'un geste diagnostique si l'urgence le nécessite.

### Les patients sous antiagrégants plaquettaires : niveaux de risque, modalités d'utilisation [5]

Ces patients sont le plus souvent des coronariens porteurs de stents, dont le but du traitement est la prévention de la sténose du stent pouvant aboutir à un accident coronarien aigu. Ce risque est plus important dans le mois qui suit la pose et il est majoré pour les stents actifs du fait de la non recolonisation endothéliale de la lumière du stent. Cependant, l'arrivée de nouveaux stents actifs pourrait permettre de diminuer ce risque de resténose et faciliter ainsi les modifications du traitement préventif.

On peut classer ainsi le risque thrombotique en 2 niveaux selon la date de l'accident coronarien, de pose du stent, sa nature (nu ou actif) et les facteurs de risques associés<sup>1</sup> (diabète, sténoses coronaires complexes, altération de la fonction ventriculaire, antécédents d'accident vasculaire cérébral), selon la recommandation de

1. Un patient classé en risque modéré mais avec facteurs de risques présents ou une maladie coronarienne instable doit être reclassé en risque majeur.

la Société Française d'Anesthésie Réanimation en 2006 [6] :

- Risque majeur :
  - syndrome coronarien aigu < 1 mois,
  - pose récente de stent (actif ou nu) < 1 mois,
  - stent actif de moins de 12 mois ;
- Risque modéré :
  - stent nu > 1 mois ou stent actif > 12 mois après la pose,
  - maladie coronarienne contrôlée.

### Les antiagrégants disponibles

Ils sont actuellement au nombre de quatre et agissent sur l'agrégabilité suivant des mécanismes différents. Ils doivent donc être utilisés en fonction de leurs caractéristiques [6] :

- l'aspirine à faible dose, 75 à 150 mg, est un inhibiteur du thromboxane A<sub>2</sub>, qui est une étape initiale de l'activation plaquettaire ;
- les thienopyridines (clopidogrel et prasugrel (Efient®)), dosés à 75 mg, agissent sur le récepteur membranaire P2Y<sub>12</sub> qui active le système cytochromique après transformation hépatique en un métabolite actif. Cette inhibition est irréversible. Certains patients ont une résistance naturelle à ces médicaments en raison d'une mutation sur le récepteur nécessitant l'augmentation des doses ou l'utilisation du prasugrel qui est plus puissant. La recherche de cette mutation peut être effectuée par des tests salivaires qui ne sont pas réalisables en pratique courante. Les risques de saignements sont plus importants avec le prasugrel, en particulier chez le sujet âgé ou en cas d'insuffisance rénale ;
- le ticagrélor (Brilique®). Ce nouvel antiagrégant est une triazolo-pyrimidine qui agit aussi en bloquant le récepteur P2Y<sub>12</sub>, mais son originalité vient du fait que cette action est directe sans transformation hépatique et surtout elle est réversible. Le ticagrélor est plus puissant que le clopidogrel, moins sujet aux variations d'efficacité et permettrait un arrêt plus court en cas de geste à risque hémorragique. Certains effets

secondaires (dyspnée) et une plus grande fréquence de saignements limitent encore son utilisation.

Il est habituel de combiner deux antiagrégants chez les patients avec un niveau majeur de risque. Cette double antiagrégation utilise toujours l'aspirine faible dose (75 mg) qui sera associée habituellement au clopidogrel (75 mg) plus rarement au prasugrel ou au ticagrélor. Une dose de charge, 3 à 6 fois la dose unitaire, est souvent utilisée en phase aiguë ou lors de la reprise du médicament chez des patients à très haut risque.

Le niveau de risque modéré nécessite en principe le maintien à vie d'un AAP en monothérapie et il s'agit le plus souvent de l'aspirine, plus rarement du clopidogrel. Actuellement, le prasugrel et le ticagrélor n'ont pas l'indication pour une utilisation en monothérapie et seront donc toujours associés à l'aspirine.

Aucun traitement de substitution n'a fait la preuve de son efficacité. La prescription d'une HBPM à titre de relais n'est pas recommandée en cas d'arrêt des AAP chez un patient à risque majeur. Il en va de même pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui ont été testés, tel que le Cébutid®.

En fait, chez tout patient ayant un risque thrombotique majeur, il faudra maintenir le traitement par AAP en monothérapie, le plus souvent aspirine à faible dose (75 mg) durant le geste endoscopique car l'arrêter, même pour une période la plus courte possible, expose à la survenue d'événements cardio-vasculaires graves décrits dans les 7 jours suivants l'arrêt complet. En revanche, la poursuite du clopidogrel et *a fortiori* du prasugrel ne peut être recommandée du fait du peu d'études disponibles et d'un risque hémorragique certainement plus important.

### Modalités d'arrêt et de reprise des AAP

L'action de ces AAP est irréversible (excepté le ticagrélor) sur la fonction plaquettaire et il faudra donc attendre

la production d'un contingent de nouvelles plaquettes. En principe, un délai de 5 jours est suffisant pour retrouver une agrégabilité satisfaisante à condition que le chiffre de plaquettes soit supérieur à 100 000.

*Il est donc recommandé :*

- un arrêt de 5 jours pour aspirine et clopidogrel ;
- un arrêt de 7 jours pour le prasugrel.

Le ticagrélor, qui est un inhibiteur direct et réversible de l'activation plaquettaire, permettrait un arrêt plus court de 3 à 5 jours pour retrouver une agrégabilité suffisante. Son efficacité est équivalente à celle du prasugrel et il partage les mêmes risques de saignements majorés chez le sujet âgé. De plus, l'introduction récente de ces nouveaux AAP ne permet pas de disposer d'études sur les risques spécifiques lors d'une endoscopie digestive, ce qui rend leur arrêt impératif pour tout geste à risque hémorragique.

Aucun test biologique n'est actuellement réalisable en routine pour apprécier le niveau d'action des AAP sur la fonction plaquettaire ou son retour à la normale après arrêt. Certains tests de résistance plaquettaire ou d'agrégabilité (PRI, Verify Now®) sont actuellement utilisés en phase aiguë dans les services spécialisés pour adapter la dose de charge en fonction du profil métabolique du patient.

*En pratique, il est recommandé :*

- de ne pas réaliser un bilan d'hémostase systématique avant un acte endoscopique ;
- de faire doser le taux de plaquettes ;
- un interrogatoire orienté sur la recherche d'éventuels saignements spontanés qui pourrait traduire l'existence d'une maladie constitutionnelle de l'hémostase.

## Le risque hémorragique potentiel des actes endoscopiques

La gestion du patient et de l'acte sont très différentes selon le traitement en cours. Les principaux actes endosco-

Tableau I. Guide de référence rapide pour l'utilisation des AAP et différents types d'endoscopie

Risque hémorragique	Acte endoscopique	Maintien aspirine	Maintien clopidogrel ou prasugrel*
Risque faible	Endoscopie haute et coloscopie ± biopsie	Oui	Oui
	Échoendoscopie sans ponction	Oui	Oui
	Polypectomie colique < 1 cm	Oui	Non (oui**)
	Dilatation des sténoses digestives	Oui	Non
	Échoendo-ponction de masses solides	Oui	Non
	Pose de prothèses digestives	Oui	Non
	CPRE sans SE, avec pose de prothèse ou dilatation papillaire par ballonnet	Oui	Oui
	Coagulation plasma argon	Oui	Non†
Risque élevé	Mucosectomie, dissection sous-muqueuse, résection ampullaire	Non	Non
	CPRE avec sphinctérotomie	Oui	Non
	CPRE avec sphinctérotomie et macrodilatation papillaire après sphinctérotomie	Non	Non
	Polypectomie colique > 1 cm	Oui*	Non**
	Échoendo-ponction de lésions kystiques	Non	Non
	Gastrostomie percutanée endoscopique	Oui	Non
	Ligature de varices œsophagiennes	Oui	Non

\* Le peu d'études concernant les patients sous prasugrel ou ticagrelor doit faire considérer que le risque hémorragique est au moins équivalent au clopidogrel.  
 \*\* La polypectomie est possible à condition de mettre en œuvre les techniques préventives d'hémostase en fonction du type de polype.

piques sont évalués en fonction de leur risque hémorragique et de la majoration éventuelle de ce risque sous AAP ou ACG en s'appuyant sur les recommandations actuelles (Tableau I).

### Endoscopie à visée diagnostique : gastroscopie, coloscopie sans polypectomie

La prise d'AAP à faible dose ne majore pas significativement le risque de saignement après une endoscopie diagnostique. La réalisation de biopsies superficielles ne favorise pas le saignement et peut donc être réalisée sous AAP, même en cas de double antiagrégation, quel que soit le site du prélèvement. Par sécurité, il faut privilégier l'utilisation de pinces à biopsies standard et éviter des biopsies nombreuses ou sur des zones déjà spontanément hémorragiques.

Pour les patients sous ACG, le risque de saignement est majoré et les biopsies ne devront être réalisées qu'en cas de stricte nécessité.

*Il est donc recommandé :*

- de ne pas interrompre un traitement par AAP pour la réalisation de biopsies superficielles de la paroi digestive ;
- d'éviter les biopsies sous anticoagulants sauf absolue nécessité.

### Coloscopie avec polypectomie

La gestion du patient et de l'acte est très différente selon le traitement en cours. Les principaux actes endoscopiques sont évalués en fonction de leur risque hémorragique et de la majoration éventuelle de ce risque sous AAP ou ACG en s'appuyant sur les recommandations actuelles.

### Polypectomie sous aspirine

Les études ont démontré l'absence de sur-risque hémorragique lorsqu'il s'agit de polypes de moins de 1 cm. Pour les gros polypes pédiculés ou les polypes sessiles nécessitant une mucosectomie, les mesures endoscopiques d'appoint à visée hémostatique sont reconnues pour être efficaces dans la

prévention des saignements postpolypectomie et comprennent :

- l'injection sous-muqueuse de sérum adrénaliné dilué ;
- le placement d'un dispositif d'anse détachable pour la ligature des gros polypes pédiculés ;
- et le placement complémentaire d'endoclips.

### Polypectomie sous clopidogrel

Chez les patients prenant du clopidogrel seul, la résection de petits polypes ( $\leq 1$  cm) suivie de mesures endoscopiques préventives a été rapportée comme relativement sûre. Une seule étude concernant la polypectomie sous clopidogrel a montré qu'elle serait réalisable dans les mêmes conditions de risque que l'aspirine mais les résultats sont discordants et le niveau de preuve paraît insuffisant pour le proposer en routine.

Enfin, l'utilisation concomitante de clopidogrel et d'aspirine est un facteur prédictif indépendant de saignement retardé.

*Il est donc recommandé :*

- de ne pas interrompre l'aspirine indépendamment de la taille des polypes réséqués ;
- de suspendre le traitement par thiénoopyridines si les polypes  $> 1$  cm ;
- lorsque les polypes doivent être réséqués chez les patients qui ne peuvent pas arrêter les AAP, les mesures préventives per-procédure doivent être facilement disponibles et appliquées ;
- chez les patients sous thiénoopyridines avec des polypes de grande taille, la substitution temporaire par aspirine permet de réaliser le geste en sécurité sinon une biopsie d'évaluation et le report de la polypectomie doivent être envisagés.

### Polypectomie sous anticoagulants

Quelle que soit la technique utilisée, la polypectomie est interdite chez un patient dont les ACG n'ont pas été interrompus et ce geste sera donc réalisé dans la période d'isocoagulabilité

obtenue grâce à l'arrêt temporaire de l'héparine.

Le vrai problème est celui des saignements retardés qui sont beaucoup plus fréquents que dans la population générale du fait de la reprise précoce des ACG. Une large étude américaine portant sur environ 4 500 patients [10] a montré que le risque de saignement différé qui concernait 48 patients (0,9 %) était nettement majoré par la prise d'ACG et apparaissait en moyenne dans les 5 à 10 jours suivant le geste. L'hémorragie pouvait être très précoce dès la reprise du traitement. Les facteurs de risques de saignements retardés étaient essentiellement la taille du polype (plus de 1 cm) et la reprise des ACG. L'hémorragie était suffisamment importante pour avoir nécessité une transfusion dans presque la moitié des cas et une chirurgie 2 fois. Pour cette raison, il est conseillé de surveiller le patient en hospitalisation au minimum 24 h après le geste et de plutôt différer la coloscopie si un arrêt prolongé ou définitif des ACG est envisageable.

### Cathétérisme de la papille et sphinctérotomie endoscopique (SE)

Le risque d'hémorragie postsphinctérotomie endoscopique (HPSE) n'est pas augmenté avec l'utilisation d'aspirine.

En revanche, la SE est déconseillée sous clopidogrel, de même pour le prasugrel ou le ticagrélor qui présentent un risque de saignement encore supérieur et qui doivent être impérativement arrêtés.

La SE est aussi contre-indiquée chez les patients dont les ACG ont été poursuivis.

L'extraction de gros calculs de la voie biliaire après SE et macrodilatation au ballon sont associées à des saignements plus fréquents per-procédure mais en général contrôlables et ce geste reste donc déconseillé aussi bien sous AAP que sous ACG.

En cas d'impossibilité d'arrêter le traitement chez un patient en situation d'urgence, les alternatives à la SE qui

éliminent le risque de saignement comprennent la dilatation papillaire par ballonnet (DPB) de petit calibre ( $\leq 10$  mm) avec un risque majoré de pancréatite aiguë en particulier chez le sujet jeune et surtout le placement temporaire d'une prothèse plastique sans SE préalable.

Pour la SE, il est recommandé :

- le maintien de l'aspirine ;
- l'arrêt du clopidogrel, prasugrel ou du ticagrélor ;
- l'arrêt des anticoagulants ;
- pour l'extraction de gros calculs biliaires, chez les patients prenant de l'aspirine, la lithotritie mécanique est recommandée tandis que le recours à la macrodilatation ne doit être envisagé qu'après l'arrêt de tout AAP ;
- la mise en place d'une prothèse plastique temporaire chez tous les patients dont le traitement par un AAP, autre que l'aspirine, ou par ACG ne peut être interrompu.

### Échoendoscopie diagnostique et ponctions guidées sous échoendoscopie (PGEE)

Les études sont peu nombreuses concernant échoendoscopie et AAP, cependant il est admis que l'aspirine n'augmente pas le risque hémorragique des PGEE. Dans le cas des lésions kystiques pancréatiques, la PGEE serait responsable d'une incidence plus élevée de saignement par rapport à des lésions solides. Il est recommandé d'interrompre les thiénoopyridines et le ticagrélor avant toute PGEE et tout AAP, y compris l'aspirine, avant la ponction de kystes pancréatiques. Chez des patients recevant un traitement anticoagulant, toute ponction est contre-indiquée tant que le traitement est poursuivi.

*Il est recommandé :*

- de ne pas interrompre l'aspirine, à l'exclusion des autres AAP, pour la réalisation de ponctions sous échoendoscopie des masses solides.



## Dilatations endoscopiques et prothèses digestives

Aucune étude n'a évalué spécifiquement le risque de saignement associé à la dilatation endoscopique ou pose de stent chez les patients sous AAP, mais le risque de saignement global associé à ces procédures est très faible. Pour la dilatation endoscopique des sténoses digestives ou la pose de stent, il est recommandé de ne pas interrompre l'aspirine (sauf dans le cas d'un ballon de gros diamètre utilisé pour la dilatation pneumatique pour achalasia), mais d'arrêter le clopidogrel, le prasugrel et le ticagrélor, de même que les ACG.

## Autres techniques endoscopiques

### Mucosectomie œsogastrique et dissection sous-muqueuse

Ces techniques permettant la résection de larges polypes gastriques ou colorectaux nécessitent une hémostase très soignée. Le risque hémorragique reste néanmoins élevé et il est déconseillé de les réaliser sous AAP ou ACG.

### Ligature de varices de l'œsophage

Dans la seule publication étudiant les ligatures prophylactiques, le risque de saignement a été comparable chez les patients prenant de l'aspirine ou non. Il est recommandé le maintien de l'aspirine et l'arrêt des thiénopyridines ou du ticagrélor.

### Entéroscopie

Le risque de saignement lors d'une entéroscopie assistée (avec soit un simple ou double ballonnet ou la technique spiralée) chez les patients sous AAP n'a pas été formellement évalué. Il est recommandé le maintien de l'aspirine et l'arrêt des autres anti-thrombotiques considérant le risque habituel de ces traitements.

### Gastrostomie per-endoscopique (GPE)

Des études récentes ont montré que l'aspirine n'augmente pas le risque de

saignement. Il est donc possible de poursuivre l'aspirine chez les patients nécessitant une PGE. En l'absence d'études appropriées, il est recommandé de ne pas faire de PGE chez les patients sous thiénopyridines ou ticagrélor et *a fortiori* sous anticoagulants.

## Quand reprendre le traitement antithrombotique après un arrêt temporaire pour un geste hémorragique ?

Chez les patients coronariens à haut risque thrombotique et qui étaient au départ sous double AAP et dont seule l'aspirine a été maintenue, il faut reprendre le traitement par clopidogrel le plus tôt possible, idéalement dans les 24 heures qui suivent le geste. Pour les patients sous aspirine seule, interrompue 5 jours pour un examen à haut risque hémorragique, la reprise immédiate est également la règle.

Cependant, lorsqu'il existe un risque hémorragique important, on peut tolérer une reprise différée à 48 heures.

Sur un plan pharmacologique, la reprise de l'AAP à faible dose (dose d'entretien) n'induit une inhibition plaquettaire efficace qu'au bout de 3 à 5 jours ce qui, pour certaines équipes, justifie une dose de charge le jour de la reprise. En l'absence de test d'hémostase simple et reproductible évaluant l'agrégabilité plaquettaire, il est impossible de valider cette attitude.

Pour la reprise des ACG, elle est impérative et dépendra du type d'héparine utilisée. Le plus souvent, ces patients seront remis sous AVK avec arrêt de l'héparine dès que l'INR sera revenu dans la zone thérapeutique (2 à 3). Cependant, la poursuite du traitement par HNF ou HBPM pourra être proposée en cas de risque hémorragique élevé pour faciliter un contrôle ultérieur du saignement toujours plus simple à gérer que sous AVK.

*Dans tous les cas, il est fortement conseillé :*

- *d'hospitaliser le patient au minimum 24 heures pour pouvoir éventuellement réintervenir endoscopiquement en cas de saignement précoce dans les heures qui suivent l'examen ;*
- *d'informer le patient de la possibilité d'un saignement retardé qui, habituellement, se produit entre le 5<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour correspondant à la classique chute d'escarre. Ce saignement peut être abondant, aboutissant à une transfusion dans la moitié des cas mais ne nécessitant qu'exceptionnellement un geste chirurgical.*

## Conclusion

La réalisation d'une endoscopie digestive chez des patients sous AAP ou ACG est une situation de plus en plus fréquente. Le gastroentérologue doit être informé des risques thrombotiques imputables à l'arrêt du traitement AAP/ACG et il doit évaluer le rapport bénéfice/risque de l'examen indiqué, en incluant le risque hémorragique lié au geste. Il est essentiel dans tous les cas de délivrer une information complète au patient.

Il est actuellement admis qu'un grand nombre de gestes thérapeutiques peuvent être réalisés en maintenant l'aspirine (polypectomie colique, SE ou PGEE). En revanche, les patients sous ACG ont un risque élevé de saignement différé lors de la reprise de leur traitement. Dans tous les cas, il faudra adapter sa pratique en appliquant des mesures préventives particulières lors de la procédure. De même, la surveillance après le geste sera renforcée suivant le geste réalisé et le type de traitement utilisé.

## Références

1. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent

- ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2011;32:2999-3054.
2. Boustière C, Veitch A, Vanbiervliet G, Bulois P, Deprez P, Laquiere A, Laugier R, Lesur G, Mosler P, Nalet B, Napoleon B, Rembacken B, Ajzenberg N, Collet JP, Baron T, Dumonceau JM. Endoscopy and antiplatelet agents. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy* 2011;43:445-58.
  3. Recommandations de bonnes pratiques sur les antiagrégants plaquet-taires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique en cas de geste endoscopique HAS-SFED, oct 2012.
  4. Napoléon B, Boneu B, Maillard L, et al. Guidelines of the French Society for Digestive Endoscopy (SFED). *Endoscopy* 2006;38:632-8.
  5. Recommandations de bonnes pra-tiques sur la prise en charge des situa-tions à risque hémorragique chez les patients traités par antivitamines K. HAS-GEHT, avril 2008.
  6. Albaladejo P, Marret E, Piriou V, Samama CM, pour le groupe d'experts de la Sfar. Gestion du traitement anti-plaquettaire oral chez les patients por-teurs d'endoprothèses coronaires. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006;225-8.

## Les 6 points forts

- ❶ La gestion des patients sous anti-agrégants plaquet-taires ou anticoagulants nécessite une évaluation rigoureuse du risque thrombotique du patient par rapport au risque hémorragique de l'acte endoscopique.
- ❷ Les endoscopies diagnostiques, y compris avec biopsies, peuvent être réalisées sous anticoagulants bien équilibrés. Pour les endoscopies théra-peutiques chez les patients sous AVK, il faut interrompre le traitement en utilisant en général un relais par héparine de bas poids moléculaire.
- ❸ La grande majorité des actes endoscopiques peut être réalisée sous aspi-rine et en particulier : polypectomie colique, sphinctérotomie endosco-pique ou ponction sous échoendoscopie.
- ❹ Le maintien du clopidogrel reste déconseillé en cas d'endoscopie théra-peutique et il est possible de le remplacer temporairement par l'aspirine, après avis spécialisé (cardiologue, neurologue...). L'exérèse des polypes de moins de 1 cm est possible sous clopidogrel en dehors de la mucosectomie.
- ❺ Des mesures endoscopiques prévenant le saignement différé doivent être systématiquement appliquées en particulier chez des patients sous anti-coagulants.
- ❻ Le patient doit être informé du risque hémorragique à la reprise du trai-tement antithrombotique après un acte endoscopique thérapeutique (jusqu'à 5 à 10 jours).

## Question à choix unique

### Question 1

Dans quel cas un patient doit-il être considéré à haut risque thrombotique ? (*une seule réponse exacte*)

- A. Infarctus du myocarde de moins de 3 mois
- B. Pose de stent nu de moins de 3 mois
- C. Pose de stent de moins de 1 mois
- D. Pose de stent actif depuis moins de 18 mois

### Question 2

Chez un patient à haut risque sous aspirine et clopidogrel, qui doit subir une coloscopie et après avis cardiologique autorisant de modifier ce traitement, vous proposez (*une seule réponse exacte*) :

- A. Le maintien du traitement chez ce patient à haut risque
- B. L'arrêt du clopidogrel 5 jours, après avis cardiologique
- C. L'arrêt du clopidogrel 7 jours, après avis cardiologique
- D. L'arrêt de l'aspirine et du clopidogrel 48 h avant le geste
- E. L'arrêt de l'aspirine 5 jours et maintien du clopidogrel

### Question 3

L'exérèse d'un polype pédiculé de 8 mm chez un patient ayant poursuivi le clopidogrel, quelle est l'attitude conseillée ? (*une seule réponse exacte*)

- A. Différer la polypectomie en attendant de pouvoir arrêter le clopidogrel
- B. Faire une simple biopsie en attendant de pouvoir arrêter le clopidogrel
- C. Effectuer la polypectomie à l'anse en utilisant une technique pour prévenir le saignement différé
- D. Reconvoquer le patient après avoir remplacé temporairement le clopidogrel par l'aspirine
- E. Reconvoquer le patient après un relais par héparine de bas poids moléculaire

### Question 4

Vous réalisez une CPRE en urgence pour angiocholite grave lithiasique chez un patient sous anticoagulants (AVK), quel est le geste le plus adapté ? (*une seule réponse exacte*)

- A. Une courte sphinctérotomie et mise en place d'une prothèse
- B. Une courte sphinctérotomie et macrodilatation
- C. Une macrodilatation sans sphinctérotomie préalable
- D. Différer le geste en attendant la normalisation de l'INR
- E. La mise en place d'une prothèse temporaire sans sphinctérotomie

### Question 5

Parmi les actes endoscopiques suivants, quel est celui qui nécessite l'arrêt impératif de l'aspirine ? (*une seule réponse exacte*)

- A. L'exérèse de polypes coliques de plus de 2 cm
- B. La dissection sous-muqueuse des lésions gastriques
- C. La ponction guidée sous échoendoscopie des masses pancréatiques
- D. La gastrostomie perendoscopique
- E. La ligature des varices œsophagiennes