



Dr Bertrand NAPOLEON

Anti agrégants et endoscopie

- Connaître les recommandations SFED SFAR
- Connaître les modalités d'arrêt, de relais et de reprise des différents traitements anti-agrégants en fonction des procédures endoscopiques et des pathologies associées



Conflits d'intérêts

- Dr Bertrand NAPOLEON
 - Laboratoires SANOFI-AVENTIS

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES

Bertrand Napoléon, Lyon

La base du problème

Il n'existe aucun relais validé des AAP

- Dans la maladie coronaire chronique
- Dans la prévention de thrombose des stents ...

Les stratégies souvent proposées (HBPM ou CEBUTID)

- Non jamais été évaluées
- Sont potentiellement hémorragipares (HBPM)
- Prolongent la durée sans AAP avant et après le geste

**Les actions antiplaquettaires et anticoagulantes sont
« indépendantes »**

→ association AVK, antiplaquettaires ...

Une problématique de plus en plus fréquente

- 300 000 syndromes coronariens aigus / an en France
→ 110 000 angioplasties + poses de stents
- 1 million de porteurs de stents coronaires
→ 200000 stents actifs (depuis 2002)
→ 40% des stents posés en 2006-7 sont actifs
- 3,5 millions de français sous 1 AAP
- > 500 000 patients sont sous bithérapie AAP
→ dont la moitié stentés ...

Qui se complique avec les stents actifs

- Stent nu

- colonisé par l'endothélium artériel normal en un mois → prévient la thrombose

- 6 semaines minimum de double AAP

- Mais si colonisation excessive → resténose



- Stent actif

- ralentit la colonisation 3 mois ... 1 an

- - de resténose mais + de thrombose ...

- 1 an minimum de double AAP



Avec un risque de décès à l'arrêt des AAP

10% IDM en France liés à l'arrêt de 2 AAP

En péri-opératoire :

- le risque de thrombose de stents (nu et actif) est autour de 2%
- thrombose de stent = 50% de décès → 1000 décès par an

L'arrêt des AAP avant une procédure ou une chirurgie est souvent non justifié (donc non défendable ...)

Procès intentés à des endoscopistes pour des patients porteurs de stents coronaires décédés en per-endoscopie après arrêt ou relais AAP

→ Sujet d'actualité pour tous !!

Concertation cardiologue/endoscopiste

Facteurs de risque d'événements thrombotiques

- Maladie coronaire
- Stent
- Facteur de sur-risque de thrombose

• **Risque décès** à l'arrêt de 2 AAP **estimé à 1%**



Facteurs de risques d'événements hémorragiques

- Agent antiplaquettaire
- Type d'exploration endoscopique

• **Risque décès** par hémorragie ... **0% !**

Les données acquises pour le cardiologue

Le risque de thrombose de stent et/ou d'infarctus varie en fonction :

- Du **délai** entre le dernier syndrome coronarien aigu (ou la pose de stent) et l'arrêt des AAP
- Du nombre de **facteurs de risques de thrombose**
- De la **durée d'arrêt** des AAP
- Du **nombre d'AAP arrêtés**
- **stents actifs** > nu

Le risque de thrombose pour des artères périphériques est considéré faible si arrêt < 10 jours

→ Patients à risque de thrombose majeur, modéré

Patient avec risque thrombotique majeur

- Les syndromes coronariens aigus
- la maladie coronaire stable + facteurs de risque
- la maladie coronaire instable pendant l'acte
- Les stents coronaires implantés récemment
 - * stent nu : < 6s
 - * stent actif : < 1 an
- Les stents coronaires à distance de l'implantation si facteurs de sur-risques de thrombose

→ indication de double AAP

- Récidive SCA sous AAP
- Fraction éjection VG < 30%
- Atteinte tritronculaire
- Diabète et petites artères
- Longueur de stent > 25 mm
- Revascularisation incomplète
- Localisation symptomatique multiple de la maladie athéromatose

Patient avec risque thrombotique modéré

- Les syndromes coronariens aigus > 6 s
- La maladie coronaire stable sans facteur de sur-risque d'infarctus
- Les stents coronaires à distance de l'implantation sans facteurs de sur-risques de thrombose
- La prévention secondaire
 - * de l'infarctus du myocarde
 - * de l'artérite
 - * de l'AVC
- les pontages et prothèses vasculaires

→ indication de simple AAP

Les données acquises pour l'endoscopiste

- A l'arrêt des AAP 10% du stock de plaquettes se renouvelle / jour
50 G de plaquettes efficaces sont suffisantes pour un effet agrégant
 - En cas de saignement **les transfusions de plaquettes sont efficaces**
 - Le risque hémorragique lors d'une endoscopie dépend :
 - **Du type d'acte** effectué
 - **De l'antiagrégant** utilisé (AINS, aspirine < Plavix, Ticlid)
 - Le **risque chirurgical** (d'une perforation perendoscopique) n'est **pas majoré** chez un patient sous aspirine
- **Actes à risque hémorragique mineur, intermédiaire, majeur**
- Mineur : pas de sur-risque quelque soit l'AAP
 - Intermédiaire: pas de sur-risque sous aspirine (et AINS)
 - Majeur : sur-risque quelque soit l'AAP ou non évalué

Risque hémorragique en cas de polypectomie colique sous aspirine

Risque de saignement significatif post-polypectomie : 0,2 à 6%

* Pour limiter le risque de saignement immédiat (85%)

- Adrénaline = endoloop > à rien si polype > 1 cm
- Adrénaline + endoloop > adrénaline seule si polype > 2 cm

* Pour limiter le risque de saignement tardif (15%)

Aucune méthode n'est efficace

Sous aspirine

→ risque immédiat perprocédure ... → non majoré

Kim Am J Gastroentérol 2006, Hui Gastrointest Endosc 2004

→ risque retardé (réhospitalisation) → non majoré

Shiffman gastrointest Endosc 1994 ; Sorbi Gastrointest Endosc 2000; Hui Gastrointest Endosc 2004 ; Yousfi Am J Gastroentérol 2004 ; Sawhney Endoscopy 2008

Autres actes évalués sous aspirine

CPRE + sphinctérotomie

- Risque de 2-5% ; 50% saignement immédiat, 50% retardé (**med 4j**) : 47% transfusion, 6 % embolisation ou chirurgie
- 2 séries : 1 registre (2347 cas), 1 série cas-contrôle 40 patients

pas de risque significatif sous aspirine (risque sous AVK)

Recommandation ASGE depuis 2002

Freeman N Eng J Med 1996 ; Hussain Aliment Pharmacol Ther 2007

Ponction sous échoendoscopie (risque < 1%, pas de contrôle endo)

1 série prospective contrôlée,

241 lésions, 26 patients sous aspirine, 6 sous HBPM

9 saignements : 0% sous aspirine, 3,7 % contrôle, 33 % sous HBPM

Kien-Fong Vu Gastrointest Endosc 2006

Risque hémorragique mineur et intermédiaire

	AINS, aspirine	Autres AAP, 2 AAP
Gastroskopie par voie buccale +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Rectosigmoidoscopie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Coloscopie sans polypectomie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Echoendoscopie diagnostique	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
CPRE sans sphinctérotomie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Entéroskopie +/- biopsies	Pas d'arrêt	Pas d'arrêt
Coloscopie avec polypectomie	Pas d'arrêt	Arrêt
CPRE avec sphinctérotomie	Pas d'arrêt	Arrêt
Pose de prothèse métalliques sur sténose maligne +/- dilatation	Pas d'arrêt	Arrêt
Echoendoscopie avec ponction	Cas par cas	Arrêt

Risque hémorragique majeur

	AINS, aspirine	Autre AAP, 2 AAP
Coloscopie avec mucosectomie	<p>Arrêt ttt</p> <p>Ou autre option :</p> <ul style="list-style-type: none"> - différer l'acte - alternative à l'endoscopie 	
Macrobiopsie et polypectomie gastrique		
Mucosectomie oesogastroduodénale		
Ampullectomie		
Traitement des varices oesophagiennes et gastriques		
Photodestruction et photocoagulation laser		
Hémostase de lésions vasculaires		
Gastrostomie percutanée		
Dilatation de sténose digestive sans prothèse		
Nasogastroskopie		

Cas particulier de la coloscopie

- Si risque majeur de thrombose du stent :
 - Coloscopie **diagnostique** justifiée +/- biopsies sous double AAP ou alternative (coloscanner ...)
 - Si lésion avec risque de dégénérescence à 1 an négligeable et patient à terme sous simple AAP
 - Différer l'exérèse au passage en risque thrombotique modéré
 - Si lésion dégénérée ou DHG résécable endoscopiquement ou si patient à vie sous double AAP
 - Reprendre sous aspirine seule si polypectomie et enlever avec endoloop +/- adrénaline si taille > 1 cm
 - Reprendre après arrêt AAP 5 jours si mucosectomie

Cas particulier de la coloscopie

- Si risque intermédiaire de thrombose du stent :
 - Coloscopie sous aspirine
 - Résection si lésion polypoïde découverte
 - Endoloop et/ou adrénaline si polype > 1 cm
 - Si nécessité mucosectomie
 - Reprendre coloscopie après arrêt AAP 5 jours

Quand reprendre le traitement antithrombotique ?

Privilégier une reprise le lendemain (arrêt max au total de 5 j)

- Reprise immédiate si contrôle du risque de saignement coloscopie + polypectomie, sphinctérotomie
- Exceptionnellement différer la reprise de 24-48 heures **au cas par cas** si risque de saignement élevé et pas de contrôle du risque de saignement

Conclusion

- Situations difficiles mais où le problème cardiaque avec décès potentiel est au premier plan
 - Nous sommes aussi responsables en cas de décès par thrombose
- En pratique garder des principes simples :
 - **consultation systématique** avant le geste
 - soigneusement **peser l'indication**
 - ne pas surestimer le risque hémorragique
 - **avis cardiologique** systématique avec évaluation du risque thrombotique du patient (haut ou intermédiaire)
 - garder un écrit justifiant le choix et que l'info a été donnée
 - **hospitaliser le patient si risque hémorragique intermédiaire ou majeur**

Conclusion

- Les gestes à risque hémorragique mineur (toutes les biopsies...) doivent être faits sans modifier la prise des AAP
- Les gestes à risque hémorragique intermédiaire (polypectomie, sphinctérotomie...) peuvent être faits sous aspirine :
 - Polype > 1 cm adrénaline et/ou endoloop
 - Matériel d'hémostase indispensable
- Pour les gestes à haut risque hémorragique
 - différer si possible ou privilégier actes à moindre risque
 - Sinon arrêt des AAP pas plus de 5 jours
- Reprise des AAP dès le lendemain sauf cas particulier

CARTE DE LIAISON

anti-plaquettaires

M ou M^{me} :

Est traité(e) par anti-plaquettaire(s) :

• Produits :

Médecin traitant :

Tél. :

Médecin initiateur/spécialiste correspondant :

Tél. :

Cette carte a été établie pour :

Artériopathie des membres inférieurs

Maladie cérébro-vasculaire

Maladie coronaire

Pose d'un stent

coronaire : nu actif

périphérique

carotidien

autre :

• Implanté le :

Autre situation :

Carte établie le : / / 200...

Cette carte, à remplir par le médecin, est strictement personnelle, et vous seul(e) décidez de l'utilisation de ces informations médicales.

CARTE DE LIAISON

à présenter systématiquement
à toute personne s'occupant
de votre santé

notamment en cas d'intervention
chirurgicale, de soins dentaires,
d'examen radiologique
ou endoscopique.

Si vous portez un stent coronaire,
votre traitement anti-plaquettaire ne doit
en aucun cas être modifié ou interrompu
sans l'avis de votre cardiologue
(ou de votre médecin traitant).

Si vous prenez un traitement anti-coagulant oral (AVK),
vous devez également le signaler.

En cas d'arrêt
de votre traitement anti-plaquettaire,
si les modalités de reprise
ne sont pas précisées,
parlez-en à votre médecin traitant
ou à votre médecin spécialiste.



Remerciements ...

Spéciaux à JP Collet

Institut de cardiologie Hôpital Pitié-Salpêtrière

Au CA de la SFED



Les Points forts

1. La réalisation de biopsies ne nécessite l'arrêt d'aucun AAP
2. Une polypectomie à l'anse peut se faire sous aspirine
3. Une sphinctérotomie peut se faire sous aspirine
4. Chez un patient porteur d'un stent coronarien un avis cardiologique doit être demandé avant l'arrêt des AAP
5. Le consensus actuel est plus en faveur d'un arrêt des AAP de 5 jours sans relais que d'un arrêt de 10 jours avec relais.

Adrénaline, endoloop, clip ...?

Pour limiter le risque de saignement immédiat

- Adrénaline = endoloop > à rien

si polype > 1 cm (plus significatif si > 2 cm)

- Association adrénaline + endoloop > adrénaline seule
si polype > 2 cm

Pour limiter le risque de saignement tardif

Aucune méthode (adrénaline, endoloop, clip) ne limite le
risque retardé sous réserve de larges études.

*Shioji K, Gastrointest Endosc 2003; Paspatis Am J Gastroentérol 2006;
Dobrowolski Surg Endosc 2004; Di Giorgio Endoscopy 2004;*

Risque hémorragique en cas de polypectomie colique sous aspirine

Risque de saignement significatif post-polypectomie : 0,2 à 6%

→ Risque perprocédure vs risque retardé : 85% -15%

→ Facteurs de risques variables suivant études : âge, polypes > 2 cm..

Pour limiter le risque de saignement immédiat

- Adrénaline = endoloop > à rien si polype > 1 cm

- Association adrénaline + endoloop > adrénaline seule si polype > 2 cm

Sous aspirine

→ risque immédiat perprocédure ... → non majoré

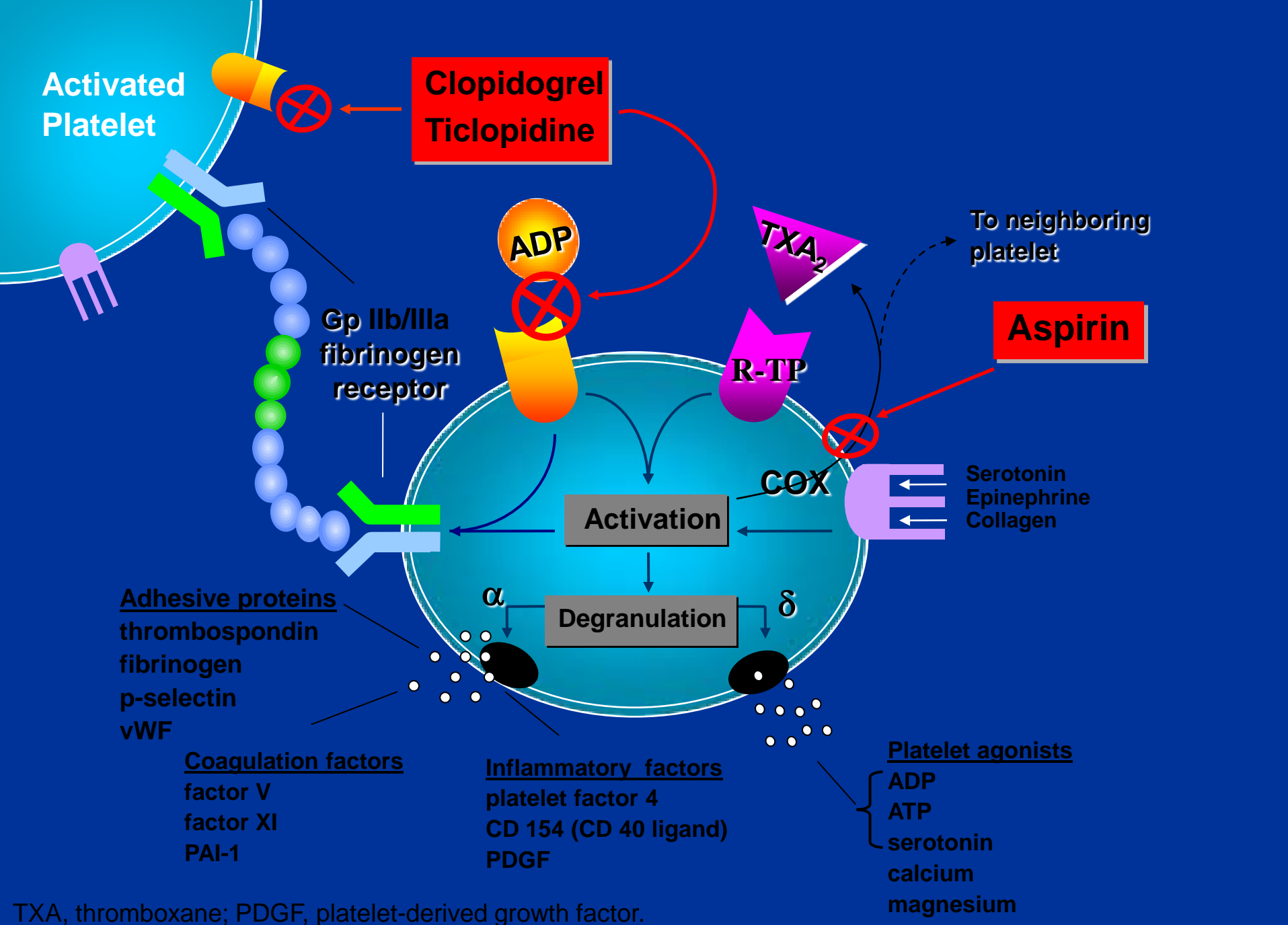
Kim Am J Gastroentérol 2006, Hui Gastrointest Endosc 2004

→ risque retardé significatif (réhospitalisation) → non majoré

- 0 à 19 jours (med 3 à 5j)

- 97 % rien ou ttt endoscopique,

- 52% transfusion, pas de décès



Adrénaline, endoloop, clip ...?

Pour limiter le risque de saignement immédiat

- Adrénaline = endoloop > à rien

si polype > 1 cm (plus significatif si > 2 cm)

- Association adrénaline + endoloop > adrénaline seule
si polype > 2 cm

Pour limiter le risque de saignement tardif

Aucune méthode (adrénaline, endoloop, clip) ne limite le
risque retardé sous réserve de larges études.

*Shioji K, Gastrointest Endosc 2003; Paspatis Am J Gastroentérol 2006;
Dobrowolski Surg Endosc 2004; Di Giorgio Endoscopy 2004;*

Risque hémorragique de l'intervention

(à évaluer avec le responsable du geste invasif ou le chirurgien)

Endoprothèse
Coronaire (EC)
Pharmaco-active

Majeur

Intermédiaire

Mineur

Majeur

Reporter l'intervention
au-delà de 6 mois à 1 an
après la pose de l'EC

Si impossible :

Arrêt aspirine-clopidogrel
5 jours

ou

Arrêt aspirine-clopidogrel
10 jours maxi et substitution

Reporter l'intervention
au-delà de 6 mois à 1 an
après la pose de l'EC

Si impossible :

Maintien aspirine
Arrêt clopidogrel
5 jours

Maintien aspirine et
clopidogrel

Modéré

Arrêt aspirine-clopidogrel
5 jours

ou

Arrêt aspirine-clopidogrel
10 jours maxi et substitution

Maintien aspirine
Arrêt clopidogrel
5 jours

Maintien aspirine et
clopidogrel

ou

Maintien aspirine
Arrêt clopidogrel
5 jours

Risque hémorragique:

Majeur: Intervention ne pouvant être réalisée sous AAP

Modéré: Intervention réalisable sous ASA seule

Mineur: Intervention réalisable sous ASA et Clopidogrel

Risque de thrombose de stent:

Majeur: Mise en place depuis moins de 6 mois à 1 an
ou patient nécessitant un traitement par aspirine-
clopidogrel ou patient avec facteur de risque

Modéré: Mise en place depuis plus de 6 mois à 1 an

Dans tous les cas, l'intervention doit être reportée au-delà de 6 semaines d'un syndrome coronaire aigu dans la mesure du possible

Risque de thrombose du stent
(à évaluer avec le cardiologue)

Facteurs de risque additionnels

*Additional risk factors for stent thrombosis

Coronary anatomy

Bifurcation stenting
Ostial stenting
Small (<3.0 mm) stent diameter
Long (>18 mm) stent length
Overlapping stents
Multiple stents
Suboptimal result

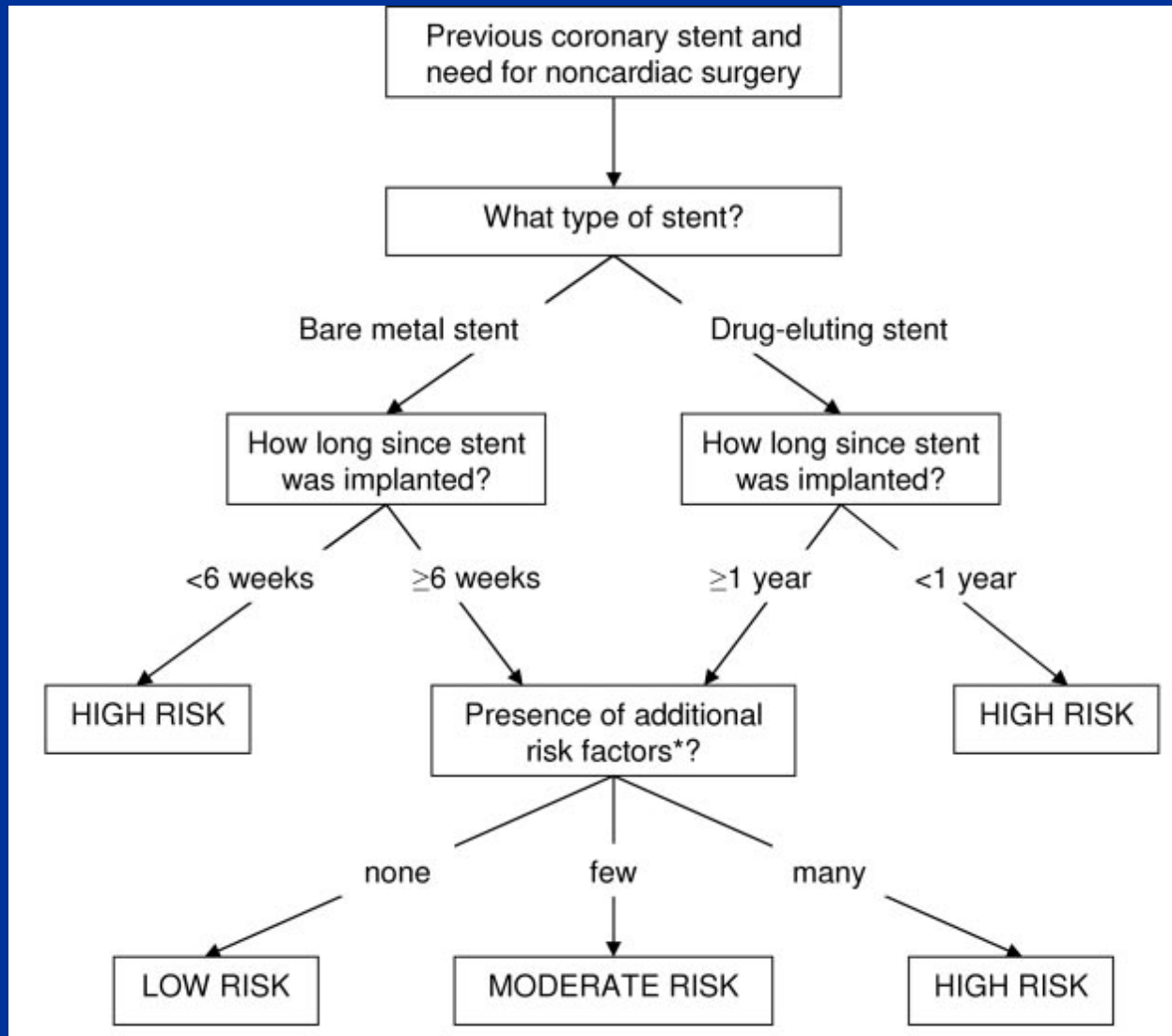
Stent-indication

Acute coronary syndrome

Patient

Diabetes
Renal impairment
Advanced age
Low ejection fraction
Prior brachytherapy

Comment déterminer le risque de thrombose de stent?



Conclusions

- Grande disparité dans la connaissance
- Les situations à haut risque sont bien identifiées
- L'interruption complète est plus fréquente chez les spécialistes et dans les situations à faible risque
- Les HBPM restent un traitement de référence pourtant sans aucunes preuves
- Nécessité du partage de l'information

Recommandations ESC

Pour la maladie coronaire instable (SCA et/ou ATC)

- a) Dose de charge d'aspirine (160 à 325 mg) suivi d'une dose d'entretien (75 à 100 mg) à vie (IA)
- b) Dose de charge de clopidogrel de 300 mg suivie d'une dose d'entretien de 75 mg pendant 1 an (IA).

Maladie coronaire stable

ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy

- a) **Poursuivre l'aspirine à faibles doses (75 à 162 mg/j)(Grade 1A).
Il est suggéré de le poursuivre indéfiniment (Grade 2C).**
- b) **Si profil de risque élevé* de faire un infarctus = associer à l'aspirine du clopidogrel sur le long terme (Grade 2C).**

*risque annuel de décès/AVC/IDM >10%, c'est-à-dire ceux ayant une maladie coronaire tritronculaire avec de multiples stents, les diabétiques avec petits vaisseaux, ceux ayant récidivé sous monothérapie antiagrégante, ceux ayant une localisation extracoronaire symptomatique

CHEST 2004; 126:513S–548S

CHEST 2004; 126:576S–599S