

***Anesthésiologie – Conférences scientifiques***  
**Janvier/Février 2006**

**Traitement antiplaquettaire périopératoire : changement d'approche en vue**

Par Charles-Marc Samama, MD

**Objectifs :**

- Décrire les risques hémorragiques associés à la poursuite des antiplaquetitaires jusqu'à la chirurgie.
- Décrire les risques thrombotiques associés à l'interruption des antiplaquetitaires avant la chirurgie.
- Proposer une conduite à tenir pour les patients porteurs de tuteurs (stents) coronariens sous antiplaquetitaires.
- Déterminer le risque associé aux stents actifs et non actifs pour une chirurgie.

**Questions : (seulement une réponse est correcte)**

1. Vous voyez un patient prenant des agents anti-plaquetitaires (AAP) en consultation d'anesthésie, 2 semaines avant la date prévue pour la chirurgie.  
Quel énoncé s'applique ?
  - a. Il est préférable d'interrompre complètement tout traitement par AAP avant la chirurgie.
  - b. Il est indiqué de proposer le relais de l'association aspirine-clopidogrel par un anti-inflammatoire à durée de vie courte (indobufène ou flurbiprofène).
  - c. Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) à dose curative remplacent avantageusement le clopidogrel.
  - d. Il existe potentiellement un risque à interrompre un traitement par AAP avant une intervention.
2. En prévision d'une anesthésie loco-régionale (ALR), lequel des énoncés suivants s'applique ?
  - a. Il faut interrompre complètement un traitement par agent anti-plaquettaire (AAP) une ou deux semaines avant l'intervention chirurgicale ;
  - b. La rachi-anesthésie est contre-indiquée si le patient est sous aspirine ;
  - c. La ticlopidine ou le clopidogrel contre-indiquent l'ALR rachidienne ;
  - d. Les traitements antiplaquetitaires contre-indiquent la réalisation d'un bloc périphérique.

3. Au sujet du saignement pendant une intervention chirurgicale :
  - a. Le saignement périopératoire est augmenté d'environ 50 % chez les patients qui prennent de l'aspirine en pré-opératoire ;
  - b. L'aspirine pré-opératoire augmente les besoins transfusionnels ;
  - c. Les interventions en neurochirurgie et en urologie ne présentent pas de risques accrus de saignement chez les patients prenant de l'aspirine en pré-opératoire ;
  - d. Le clopidogrel n'augmente pas les besoins transfusionnels en chirurgie cardiaque.
  
4. Au sujet de patients porteurs de stents devant subir une intervention chirurgicale :
  - a. Chez un patient porteur de stent non actif, on peut choisir d'interrompre le traitement antiplaquettaire à partir de la 6<sup>e</sup> semaine après la pose du stent ;
  - b. La poursuite du traitement par AAP est justifiée chez un patient porteur d'un stent nu quelle que soit la technique anesthésique et l'intervention ;
  - c. Il faut poursuivre le traitement par AAP d'un patient porteur d'un stent actif trois ans après la pose du stent ;
  - d. L'arrêt du double traitement antiplaquettaire n'augmente pas le risque d'infarctus du myocarde.
  
5. Mr X, 67 ans diabétique et artéritique sans antécédents coronaires connu, est traité par aspirine au long cours. Il doit bénéficier d'une endartériectomie carotidienne. A la consultation d'anesthésie 10 jours avant :
  - a. vous interrompez le traitement par aspirine
  - b. vous arrêtez l'aspirine et donnez un anti-inflammatoire non stéroïdien à la place
  - c. vous rajoutez du clopidogrel au traitement
  - d. vous remplacez l'aspirine par le clopidogrel
  - e. vous ne modifiez pas le traitement

Vous pouvez nous retourner par fax le questionnaire dûment rempli à l'attention du Comité de la formation médicale continue de l'Université de Montréal au (514) 343-6913. Nous vous renverrons par fax votre test corrigé.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_