

 HUG Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000441
	Approbateur : CHENAUD BOYER Catherine	Version n° 2.0
Recommandation clinique : Evaluation et gestion du risque hémorragique pour les gestes percutanés périphériques en rhumatologie		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médicamenteuse	Approuvé le 29/09/2023

1. Objet et contexte

Dans ce document sont décrits :

- L'évaluation du risque hémorragique chez les patients devant bénéficier d'un geste percutané périphérique en rhumatologie
- Les consignes quant à la gestion de leur traitement

Considérations concernant le geste :

Degré d'urgence, indication, effet attendu, alternatives éventuelles.

2. Définition

A. Evaluation du risque hémorragique :

Le risque hémorragique lié aux ponctions articulaires périphériques est bas, à l'exception (débatue) de l'articulation coxo-fémorale.

En cas de facteurs de risque hémorragique comme l'âge avancé, une diathèse hémorragique, un traitement antithrombotique, une hépatopathie avancée, une insuffisance rénale sévère, ce risque devient intermédiaire (ou élevé en ce qui concerne la coxofémorale).

Attention à la prise concomitante de traitements alternatifs et de compléments alimentaires (ginkgo, ginseng) qui peuvent avoir un effet sur l'hémostase.

B. Evaluation du risque thrombotique :

Dans les situations à haut risque thrombotique, l'interruption des traitements antithrombotiques est à discuter avec le prescripteur de l'agent antithrombotique (Unité d'hémostase, Service de cardiologie ou de neurologie etc...) :

1. Patient sous antiplaquettaires :

En principe, ne pas interrompre une bithérapie (aspirine + anti-P2Y₁₂) dans les 6-12 mois suivant la pose d'un stent pour un syndrome coronarien aigu. Tout arrêt du traitement antiplaquettaire en prévention secondaire nécessite l'accord du cardiologue.

Recommandation clinique : Evaluation et gestion du risque hémorragique pour les gestes percutanés périphériques en rhumatologie

2. Patient sous anticoagulant :

Le risque thrombotique est élevé si :

- FA avec ATCD embolique < 3 mois
- CHA₂DS₂-VASc ≥5 ou CHADS₂>4
- Valve mécanique aortique ou mitrale ou sténose mitrale modérée à sévère
- EP ou TVP < 3 mois
- thromboses idiopathiques récidivantes (≥2)
- Syndrome d'anticorps antiphospholipides thrombotique
- Déficit en AT, PC et PS
- Evènement thrombotique avec un cancer actif

3. Description : Recommandations pour la reprise de traitements après un geste percutané

Les conseils de reprise ci-dessous s'appliquent uniquement en cas d'absence de complications hémorragiques pendant et après le geste :

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) : pour les (rares) interventions à haut risque (p.ex. coxofémorale chez une personne âgée sous Aspirine), les AINS sont à interrompre pour 5 demi-vies (ou plus en cas d'hypoalbuminémie et/ou insuffisance rénale ou hépatique). Les inhibiteurs sélectifs COX2 peuvent être poursuivis. Reprise autorisée 24 heures après le geste.

Aspirine : peut être poursuivie dans l'immense majorité des situations ; en cas de décision d'interrompre le traitement, un délai de 2 jours sans Aspirine est suffisant (dernière prise à J-3). Reprise autorisée 24 heures après le geste. L'Aspirine peut être interrompue plus longtemps si prescrite en prévention primaire.

Inhibiteurs de la phosphodiesterase (dipyridamole), classiquement en association avec l'aspirine : peuvent être poursuivis dans les situations à risque hémorragique faible ; l'interruption durant 3 jours de la combinaison aspirine+dipyridamole est à discuter en cas de procédure à risque intermédiaire ou haut, avec reprise 24h après le geste.

Recommandation clinique : Evaluation et gestion du risque hémorragique pour les gestes percutanés périphériques en rhumatologie

Inhibiteurs P2Y₁₂ :

- Clopidogrel en monothérapie : peut être poursuivi pour gestes à faible risque hémorragique. Dans les autres cas, son interruption (dernière prise à J-5) ou son remplacement par de l'Aspirine doit être discuté.
 - Le clopidogrel 75 mg peut être repris 12h après le geste sans dose de charge.
 - En cas de bithérapie aspirine - ticagrelor ou - prasugrel, ces derniers doivent être interrompus en cas de situations à haut risque hémorragique (dernière dose à J-5 pour le ticagrelor et J-7 pour le prasugrel)
 - Le ticagrelor et le prasugrel peuvent être repris 24h après le geste sans dose de charge.
-

Antivitamines K (AVK) :

- La plupart des gestes à bas risque sont sûrs si l'INR (International Normalized Ratio) est <3, alors que pour les autres, un INR <1,5 est préconisé.
 - Chez les patients à haut risque thromboembolique, un relai avec de l'héparine est à discuter (consultation hémostase).
 - Reprise des AVK le soir après le geste si pas de complication hémorragique et sous couverture éventuelle d'héparine en fonction des situations.
-

Héparine

- **IV thérapeutique** : interrompre 4h avant le geste pour les situations à haut risque hémorragique ; reprise 4h après le geste
 - **IV prophylactique** : pour les situations à haut risque hémorragique interrompre pour >2h avant le geste ; reprise 4h après le geste
 - **SC prophylactique** : pour les situations à haut risque hémorragique dernière injection 6h avant la ponction. Reprise 2h après le geste
 -
-

Héparines de bas poids moléculaire (p.ex. énoxaparine, nadroparine)

- **Prophylactique** : dernière prise ≥12h avant le geste à haut risque hémorragique.
- **Thérapeutique** : dernière prise 24h avant le geste à haut risque hémorragique.
- Reprise 4h après le geste

Recommandation clinique : Evaluation et gestion du risque hémorragique pour les gestes percutanés périphériques en rhumatologie

Fondaparinux

- **Prophylactique** : dernière prise 24h avant le geste à haut risque hémorragique.
 - **Thérapeutique** : interrompre 3j avant un geste à haut risque hémorragique. Un relais pour une autre héparine de bas poids moléculaire peut être proposé
Reprise 6h après le geste
-

Anticoagulants oraux directs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban)

- Se référer au fascicule ACOD HUG
(https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/angiologie_et_hemostase/documents/a65_acods2018_3.pdf)
-

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

- Interruption systématique déconseillée
-

4. Auteurs

Dr Alessandro CASINI, Médecin adjoint agrégé, Service d'angiologie et d'hémostase
Pr Pierre FONTANA, Médecin adjoint agrégé, Service d'angiologie et d'hémostase
Dr Ilias LAZAROU, Médecin, Service de rhumatologie

5. Relecture et validation

Bureau du référentiel médico-soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.