



Tube citraté à bouchon bleu

Fenêtre thérapeutique large donc pas de dosage en routine.

Indications du dosage : Geste invasif urgent, Hémorragie grave, Thrombolyse.

Prévenir la paillasse d'hémostase (avant le prélèvement du patient)

⇒ En journée Poste 55195 / En Garde 17-8h Poste 55374

Pourquoi anticiper ? Période incompressible (reconstitution des réactifs, passage des contrôles...)

Communiquer : Molécule, indication, prescripteur, numéro à rappeler ...

Prescrire créatininémie

Moyens d'antagonisation :

Charbon actif (ingestion < 6h), dialyse (Dabigatran PRADAXA®), PPSB (OCTAPLEX® ou KANOKAD® si TIH+), Antidote PRAXBIND® spécifique du Dabigatran PRADAXA®.

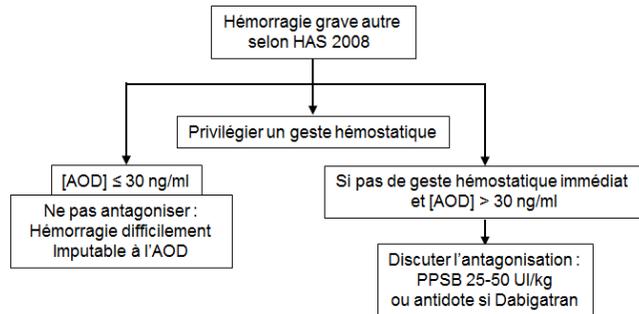
Hémorragie grave sous AOD

Définition hémorragie grave ou potentiellement grave selon l'HAS 2008 :

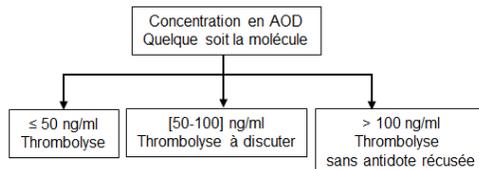
Hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels
Instabilité hémodynamique PAS < 90mmHg ou diminution de 40mmHg par rapport à la PAS habituelle, ou PAM < 65mmHg, ou tout signe de choc
Nécessité d'un geste hémostatique urgent : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie
Nécessité de transfusion de culots globulaires
Localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple : hémorragie intracrânienne, intraspinale, intraoculaire, rétro-orbitaire, hémothorax, hémo- et rétropéritoine, hémopéricarde, hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge, hémorragie digestive aiguë, hémarthrose.

Conduite à tenir :

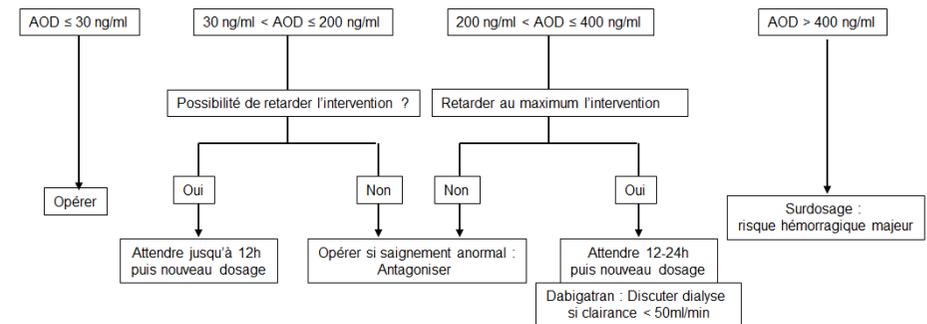
- Organe critique → neutralisation immédiate (Antidote PRAXBIND ou PPSB 50 UI/kg), intérêt du dosage si décision opératoire ultérieure envisagée.
- Sinon :



Thrombolyse sous AOD



Geste invasif urgent sous AOD (<24h)



Antagonisation lors de la chirurgie : PPSB 25-50 UI/kg ou antidote si Dabigatran

Gestes invasifs programmés et interruption de traitement

	Risque hémorragique faible	Risque hémorragique élevé
Avant le geste	<p>Indications valables si et seulement traitement au long cours selon le bon schéma posologique avec prise en compte de l'âge, de la clairance rénale et des interactions médicamenteuses possibles.</p> <p>Pas de prise la veille de l'acte invasif</p> <p>Apixaban Edoxaban</p> <p>Dabigatran : Cockcroft ≥ 50 mL/min Dernière prise à j-4 Cockcroft 30-49 mL/min Dernière prise à j-5</p>	<p>Risque hémorragique très élevé : Avis auprès d'équipes multidisciplinaires</p>
Après le geste	<p>Reprise à l'heure habituelle et au moins 6 h après la fin de l'acte invasif</p>	<p>Anticoagulant à dose « prophylactique » au moins 6 heures après le geste, si une thromboprophylaxie veineuse est indiquée</p> <p>Anticoagulant à dose « curative » dès que l'hémostase le permet (à titre indicatif : entre 24 et 72 heures)</p>

Exemples de gestes invasifs et risque associé

Interventions ne nécessitant pas forcément d'interruption de l'anticoagulation	Interventions à faible risque hémorragique	Interventions à haut risque hémorragique
Interventions dentaires simples	Endoscopie avec biopsie	Ponction lombaire
Interventions ophtalmologiques (cataracte, glaucome)	Réssection de prostate, de vessie	Rachianesthésie ou anesthésie péridurale
Endoscopie sans chirurgie	Ablation de cathéter de radiofréquence	Chirurgie thoracique
Chirurgie superficielle (incision d'abcès, petite excision dermatologique,...)	Angiographie	Chirurgie digestive
	Implantation de Pacemaker (si absence d'anomalie anatomique)	Chirurgie orthopédique majeure
		Biopsie hépatique
		Biopsie rénale
		Prostatectomie transurétrale

Sources bibliographiques :

G. Pernod et al, Management of major bleeding complications and emergency surgery in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants, thrombin or factor-Xa inhibitors: proposals of the working group on perioperative haemostasis (GIHP) - March 2013
E. Touzé et al, Thrombolyse intraveineuse d'un infarctus cérébral chez un patient sous anticoagulant oral direct – propositions de la société française de neurologie vasculaire (SFNV) et du groupe français d'études sur l'hémostase et la thrombose (GFHT) – Novembre 2016
Heidbuchel et al, European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation, EHRA PRACTICAL GUIDE, ESC 2013