L. FANDI
Service de Gastro-Entérologie,
Centre Hospitalier Léon Binet, PROVINS.

Faut-il arrêter les anti-agrégants plaquettaires avant une endoscopie digestive ?

Tout d'abord, quelques chiffres pour poser le problème : 6 à 12 % de la population prend de l'aspirine à faible dose et 894 000 coloscopies ont été pratiquées en France en 2000, dont plus de 20 % de coloscopies thérapeutiques (polypectomies), soit 224 133. Les complications de l'endoscopie digestive sont rares (6 %), elles sont liées au geste endoscopique et représentées en majorité par les hémorragies et les perforations.

La prise en charge des patients sous traitement anti-agrégant plaquettaire lors d'une endoscopie digestive est un problème fréquent qui relève de situations multiples nécessitant une étroite collaboration entre le prescripteur et l'opérateur en raison du risque hémorragique de la procédure et du risque thrombo-embolique lié à l'arrêt du traitement anti-agrégant.

Trois éléments sont à prendre en compte avant la réalisation d'une endoscopie digestive chez un patient sous anti-agrégant plaquettaire :
– quelles sont les procédures à risque hémorragique ?
– quel est le risque hémorragique en fonction du traitement antithrombotique utilisé ?
– quel est le risque thrombo-embolique à l'arrêt du traitement ?

QUELLES SONT LES PROCEDURES A RISQUE HEMORRAGIQUE ?

On distingue respectivement les procédures dont le risque hémorragique spontané est d'emblée important, supérieur à 1 % (telle la sphinctérotomie endoscopique), et que le traitement antithrombotique est susceptible de majorer ; le saignement non accessible à une hémostase endoscopique (telle la ponction sous écho-endoscopie) ; et le risque de perforation au cours de la procédure (coloscopie par exemple où le risque est estimé en moyenne à 0,1 %) dont le traitement antithrombotique peut compliquer la prise en charge thérapeutique, ce qui fait basculer par excès la coloscopie diagnostique dans les procédures à haut risque.

On identifie deux groupes de procédure :

• ***Les procédures à faible risque dont le saignement est exceptionnel et accessible à un contrôle endoscopique :***
– gastroscopie par voie buccale,
– rectosigmoïdoscopie,
– écho-endoscopie diagnostique,
– cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) diagnostique, la CPRE avec dilatation ampullaire ou biliaire, la CPRE avec insertion de prothèse sans sphinctérotomie,
– entéroscopie.

La réalisation de biopsies au cours de ces procédures ne majore pas le risque de manière significative.

• ***Les procédures à haut risque :***

>>> Soit le risque de saignement est supérieur à 1 %, avec un contrôle endoscopique possible du saignement :
– polypectomie colique,
– macrobiopsie gastrique à l'anse à polypectomie et polypectomie gastrique, mucosectomie, ampullectomie,
– sphinctérotomie endoscopique,
– photocoagulation au laser et photodestruction,
– traitement des varices œsogastriques,
– hémostase sur des lésions vasculaires.

>>> **Soit le risque de saignement est faible, inférieur à 1 %, mais non accessible à un contrôle endoscopique :**
– ponction sous écho-endoscopie,
– gastrostomie percutanée,
– traitement des sténoses digestives par dilatation (pneumatique ou bougie) ou par pose de prothèse digestive,
– gastroscopie par voie nasale (risque d'épistaxis).

QUEL EST LE RISQUE HEMORRAGIQUE EN FONCTION DU TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE?

1. – L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens

L'aspirine inhibe de façon irréversible la cyclo-oxygénase plaquettaire. La durée de vie d'une plaquette étant de 10 jours, 10 % des plaquettes sont renouvelées chaque jour, 50 % des plaquettes sont donc fonctionnelles au 6e jour après l'arrêt de l'aspirine.

Les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens inhibent les fonctions plaquettaires de façon réversible et seul le flurbiprofène (Cébutid) possède une AMM comme anti-agrégant plaquettaire.

Les données de la littérature, bien qu'imparfaites, suggèrent que l'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses usuelles ne semblent pas majorer de manière significative le risque de saignement après une endoscopie diagnostique avec biopsie standardisée, après une polypectomie colique à l'anse et après une sphinctérotomie biliaire. Des précautions particulières telle la pose d'une endoloupe sont conseillées dès que le pied d'insertion du polype est supérieur à 1 cm.

On ne dispose pas de données dans la littérature concernant le risque hémorragique d'une procédure thérapeutique par mucosectomie sous anti-agrégant plaquettaire.

2. – Les thiénopyridines

On ne dispose pas d'études spécifiques concernant les risques d'une endoscopie sous thiénopyridines (ticlopidine et clopidogrel), la prudence reste donc de mise.

La ticlopidine (Ticlid) et le clopidogrel (Plavix) bloquent de manière irréversible les récepteurs plaquettaires à l'adénosine diphosphate (ADP). Il est recommandé d'arrêter ces anti-agrégants plaquettaires 7 à 10 jours avant une procédure à haut risque.

Le dipyridamole exerce un effet antiplaquettaire modeste et ne semble pas augmenter le risque hémorragique.

QUEL EST LE RISQUE D'ARRETER UN TRAITEMENT ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE?

Selon l'indication du traitement, le risque thrombo-embolique pourra s'avérer majeur, moyen ou mineur en cas d'arrêt ; des cas d'infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux ou encore de mort subite ou d'occlusion de stent ont été décrits après l'arrêt d'un traitement antithrombotique.

1. – Les indications avec un risque thrombo-embolique majeur sont représentées par :

– les syndromes coronariens aigus de survenue récente, moins d'un mois,
– l'implantation d'une endoprothèse coronaire passive datant de moins d'un mois,
– l'implantation d'une endoprothèse coronaire active "thérapeutique" datant de moins de 2 mois pour les stents au sirolimus (Cypher) et de moins de 6 mois pour les stents au paclitaxel (Taxus),
– l'implantation d'une endoprothèse coronaire couverte (jostent couvert) datant de moins d'un an,
– la radiothérapie endocoronaire datant de moins d'un an.

Dans ces conditions, l'arrêt des anti-agrégants plaquettaires, s'il est indispensable, doit être discuté au cas par cas avec le prescripteur en évaluant le rapport bénéfice/risque et en posant les indications privilégiant les options thérapeutiques à moindre risque hémorragique (par exemple, pose de prothèse biliaire sans sphinctérotomie…).

2. – Les indications à risque thrombo-embolique moyen :

– les syndromes coronariens aigus datant de plus d'un mois et l'angor instable,
– la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde et de l'artérite,
– la prévention secondaire de l'accident vasculaire cérébral chez un patient sans cardiopathie emboligène,
– la fibrillation auriculaire chez un sujet de moins de 65 ans sans facteur de risque thrombo-embolique et sans cardiopathie emboligène.

Le relais du traitement antithrombotique semble justifié.

3. – Les indications avec risque thrombo-embolique mineur

Il s'agit essentiellement de la prévention primaire par un anti-agrégant plaquettaire des risques de décès, d'infarctus du

myocarde, chez un sujet de plus de 50 ans ayant au moins un facteur de risque vasculaire ; l'arrêt du traitement peut être envisagé dans ce cas.

QUEL RELAIS METTRE EN PLACE ?

Il n'y a pas de médicament ayant une autorisation de mise sur le marché spécifique pour un relais d'anti-agrégants plaquettaires, ni d'antivitamines K. Le relais, comme signalé plus haut, devra être adapté au traitement utilisé et au risque thrombo-embolique. Le relais des anti-agrégants plaquettaires est réalisé en utilisant des molécules ayant une action antithrombotique réversible à court terme. Le flurbiprofène (Cébutid) est parfois utilisé pour son activité anti-agrégante réversible en 24 heures à la dose de 50 mg 2 fois/jour avec un arrêt 24 heures avant le geste.

1. – Le relais en cas de risque thrombo-embolique majeur

Tout geste endoscopique à haut risque non urgent doit être différé. Une concertation étroite entre le prescripteur et l'opérateur adaptée à chaque situation et au cas par cas est indispensable. Le relais peut se faire par une héparine non fractionnée seule, une héparine de bas poids moléculaire à dose curative seule ou une héparine de bas poids moléculaire à dose curative associée au Cébutid.

2. – Relais en cas de risque thrombo-embolique moyen

- ***Relais par Cébutid***

L'arrêt des anti-agrégants plaquettaires se fera en fonction de la demi-vie du produit (7 à 10 jours) ou en fonction du temps nécessaire pour retrouver une fonction plaquettaire suffisante, soit 50 g/L de plaquettes fonctionnelles. Le renouvellement s'effectue à raison de 10 % du chiffre initial de plaquettes/jour. Le Cébutid sera débuté dès le lendemain de l'arrêt des anti-agrégants plaquettaires à la dose de 50 mg matin et soir et arrêté 24 heures avant le geste. Puis, en fonction de la procédure endoscopique et du geste, on reprendra l'anti-agrégant plaquettaire le lendemain ou 5 à 7 jours après (chute d'escarre) en maintenant la couverture.

- ***Relais par HPBM***

L'arrêt des anti-agrégants plaquettaires en fonction de leur demi-vie (7 à 10 jours) ou en fonction du temps nécessaire pour revenir à un nombre de plaquettes fonctionnelles suffisant, soit 50 g/L de plaquettes. Dès le lendemain de l'arrêt des anti-agrégants plaquettaires, on prescrira une HBPM à dose curative qui sera arrêtée 24 heures avant le geste. Un bilan d'hémostase sera alors demandé. L'anti-agrégant plaquettaire sera réintroduit le lendemain de l'acte ou plus tard en fonction de la procédure endoscopique et du geste.

LA REPRISE DU TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE

Du fait du risque de saignement retardé, en fonction de la procédure endoscopique et du geste, une reprise immédiate ou retardée du traitement anti-agrégant plaquettaire doit être mise en place. Pendant la période d'arrêt du traitement anti-agrégant plaquettaire, un traitement antithrombotique adapté est prescrit et contrôlé, en particulier chez les sujets à risque thrombo-embolique moyen et majeur. Il n'y a pas de recommandation établie concernant la reprise du traitement antithrombotique en raison de l'absence de données de littérature. La reprise du traitement doit être adaptée au cas par cas en fonction des risques thrombo-emboliques. ■

Bibliographie

Fiche de recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive Avril 2005 : Prise en charge des patients sous anticoagulants ou sous agents antiplaquettaires avant une endoscopie digestive.