

## Risque hémorragique des procédures :

Haut risque hémorragique	Risque hémorragique intermédiaire	Risque hémorragique faible
Ponction (thorax, abdomen)	Ponction os, seins	Artériographie
Drain néphrostomie	Injection épidurale de corticoïdes interlaminaire	Injection articulaire ou musculo squelettique
Vertébro-plastie/kyphoplastie	Injection de corticoïdes transforaminale	Picline
	KT dialyse	Injection articulation sacroiliaque et racines sacrées
	Procédure intradiscale	Injection point trigger y compris piriforme et pudendal

NB : Le facteur de risque hémorragique (patient âgé, histoire de tendance au saignement, polymédication antiagrégante/ anticoag, cirrhose, insuffisance hépatique, IR sévère) → patients considérés comme procédure à haut risque.

## Indications et durées minimales d'une double antiagrégation plaquettaire :

**Stenting ou angioplastie au ballon à élution dans l'artériopathie périphérique :**  
clopidogrel + aspirine 1 mois puis monothérapie à vie

**Stenting coronaire programmé :**  
clopidogrel + aspirine 1 mois puis monothérapie à vie

**Stenting coronaire « haut risque ischémique » :**  
6 mois clopidogrel + aspirine puis monothérapie à vie

### Stent coronaire à haut risque ischémique

Atcd infarctus multiples

Atcd thrombose de stent sous double antiagrégation

Insuffisance rénale chronique ou diabète

FEVG <35%

Maladie coronaire extensive, revascularisation incomplète, ≥3 lésions traitées ou ≥3 stents, longueur de stent ≥60mm, bifurcation, superposition de stents, diamètre de stent <2.5mm, traitement occlusion chronique, traitement de la seule coronaire perméable.

**Stenting coronaire pour un syndrome coronarien aigu :**  
6 mois clopidogrel + aspirine ou efiend + aspirine ou brilique + aspirine, aspirine à vie

**Après pontages aorto coronaires dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu :** 6 mois clopidogrel + aspirine ou brilique + aspirine, aspirine à vie

**Après syndrome coronarien aigu traité médicalement :**  
1 mois clopidogrel + aspirine ou brilique + aspirine, aspirine à vie

*Si monothérapie clopidogrel, celui-ci peut être stoppé 7 jours avant une procédure et remplacé par de l'aspirine si la procédure est autorisée sous aspirine mais pas sous clopidogrel.*



**Recommandations : gestion de l'antiagrégation plaquettaire et de l'anticoagulation dans les procédures d'imagerie médicale**

## Antiagrégants plaquettaires, AINS et SSRI

Médicament	Timing arrêt			Timing reprise
	Haut risque hémorragique	Risque hémorragique intermédiaire	Faible risque hémorragique	
<b>Aspirine</b>	≥6J mais discuter intérêt procédure si prévention secondaire	Continuer, sauf épидurale interlaminaire cervicale, bloc de branches médianes cervicales et ablation par radiofréquence cervicales -->arrêt ≥4J (discuter intérêt procédure)	Continuer sauf si prévention primaire stop ≥6j	24 heures
<b>Clopidogrel</b>	≥5-7j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	≥5-7j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	Continuer sauf si monothérapie stop ≥7j et relais aspirine	24 heures, envisager alors dose de charge 300mg
<b>Efient</b>	≥7-10j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	≥7-10j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	Continuer	24 heures
<b>Brilique</b>	≥5j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	≥5j selon discussion avec prescripteur, intérêt procédure	Continuer	24 heures
<b>Ticlid</b>	≥10j, relais aspirine et arrêt aspirine ≥6j mais discuter intérêt procédure	Stop 10 j et relais aspirine, continuer aspirine ou arrêt ≥4j (discuter intérêt procédure)	Stop 10 j et relais aspirine	24 heures
Dipyridamole	2j	Continuer	Continuer	24 heures
AINS		Continuer	Continuer	24 heures
Diclofenac	1j	Continuer	Continuer	
Ketorolac	1j	Continuer	Continuer	
Ibuprofen	1j	Continuer	Continuer	
Indométhacine	2j	Continuer	Continuer	
Naproxen	4j	Continuer	Continuer	
Meloxicam	4j	Continuer	Continuer	
Nabumétone	6j	Continuer	Continuer	
Piroxicam	10j	Continuer	Continuer	
Anticox2	Continuer	Continuer	Continuer	
IRS, ISRS		Continuer	Continuer	

Les IRS ET ISRS majorent le risque hémorragique.  
En général pas d'arrêt sauf si dépression très stable et si risque hémorragique ajouté aux ISRS, patient âgé, cirrhose, AINS, ASA, anticoagulant, atcds hémorragiques, alors arrêt 5 demi vies, mais avis psychiatre préalable.

## Anticoagulants

Médicament	Timing arrêt			Timing reprise
	Haut risque hémorragique	Risque hémorragique intermédiaire	Faible risque hémorragique	
<b>Anticoagulants, discuter avec le prescripteur de l'indication, de la nécessité ou pas de faire un bridging HBPM si arrêt prolongé</b>				
<b>Pradaxa</b>	≥4j (5-6j si insuffisance rénale)	≥4j (5-6j si insuffisance rénale)	Continuer si à la vallée* ou ≥1j	24 heures
<b>Xarelto, Eliquis, Lixiana</b>	≥3j	≥3j	Continuer si à la vallée* ou ≥1j	24 heures
<b>*vallée : période correspondant au temps prévu pour la prochaine prise théorique (12h post prise pour Pradaxa, Eliquis, 24h post prise pour Lixiana et Xarelto)</b>				
<b>Sintrom</b>	≥3j et INR<1.2	≥3j et INR<1.2	Continuer si INR<3	24 heures
Marevan	≥5j et INR<1.2	≥5j et INR<1.2	Continuer si INR<3	6 heures
Marcoumar	≥10j et INR<1.2	≥10j et INR<1.2	Continuer si INR<3	6 heures
Héparine IV	≥6h après APTT	≥6h après APTT	≥6h après APTT	2h post procédure faible risque ou injection neuroaxiale lombaire ou retrait KT neuroaxial lombaire sauf si complication hémorragique ou technique 24h
Hbpm prophylaxie <1mg/kg	≥12h	≥12h	≥12h	≥4h si faible risque (y compris injection neuroaxiale lombaire non compliquée) et 12-24h si risque intermédiaire ou élevé
Hbpm thérapeutique	≥24h	≥24h	≥24h	≥4h si faible risque (y compris injection neuroaxiale lombaire non compliquée) et 12-24h si risque intermédiaire ou élevé
Fondaparinux	≥4j	≥4j	≥2j	≥6-24h

Document réalisé à partir des recommandations de :  
American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy, the American Academy of Pain Medicine, the International Neuromodulation Society, the North American Neuromodulation Society, the World Institute of Pain.  
Guidelines ESC

Janvier 2021  
Groupe thrombose hémostasie CHR Citadelle  
Dr Caroline Dresse  
Dr Laurent Collignon