

CHIRURGIE PROGRAMMEE PATIENT SOUS AVK

CHIRURGIE A FAIBLE RISQUE HEMORRAGIQUE

- CONTRÔLE DE L'INR DANS LA SEMAINE AVANT INTERVENTION (objectif INR entre 2 et 3)
- POURSUITE DES AVK A LA DOSE HABITUELLE
si aspirine associé même attitude

CHIRURGIE A RISQUE HEMORRAGIQUE ELEVE OU MODERE

DERNIERE PRISE à J-5

RISQUE THROMBOTIQUE ELEVE

- Embolie pulmonaire < 3 mois ou thrombose veineuse proximale < 3 mois
- MTEV récidivante idiopathique
- FA avec ATCD AVC ou exigence cardiologue (CHA₂DS₂Vasc ⤴⁺⁺⁺)
- Valves mécaniques (pas d'AMM pour AOD/ relai HBPM : RPC 2008)

J-4, J-3, J-2, J-1 matin pour Sintrom

J-3, J-2, J-1 matin pour Previscan ou Coumadine

si clairance rénale **cockroft** > 40 ml/mn

Lovenox s/c 100 UI antiXa/kg/12h ou 0,01 ml/kg/12h

Donc **arrêt 24h** avant l'intervention

J-4, J-3, J-2, J-1 matin et soir pour Sintrom

J-3, J-2, J-1 matin et soir pour Previscan ou Coumadine

si clairance rénale **cockroft** < 40 ml/mn

Calci s/c 250 UI/kg/12h ou 0,01 ml/kg/12h (TCA : T x 2 à 2,5)

Donc **arrêt 12h** avant l'intervention

ou

HNF IV (TCA : T x 2 à 2,5)

arrêt 5h avant intervention

Faire NFS plaquettes et INR à J-1

si INR > 1,5 => vitamine K1 IV 5 mg et contrôle INR J0 à 6 h du matin

J-0 MATIN RIEN ET INTERVENTION LE MATIN (++)

En cas d'insuffisance rénale chronique, clairance < 50 ml/mn, faire une activité anti Xa et un TCA J0 à 6h : anesthésie périmédullaire seulement si activité antiXa < 0,1 UI/ml et TCA < 1,2 T

RISQUE THROMBOTIQUE MODERE

FA sans ATCD embolique
MTEV à risque modéré

Arrêt AVK
Pas de relais par Héparine