

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien

Méthode Recommandations par consensus formalisé

RECOMMANDATIONS

Novembre 2013

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations par consensus formalisé »](#).

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule	4
Recommandations	5
1. Rappel sur la prescription d’AAP chez le coronarien en fonction du risque thrombotique.....	5
2. Rappel sur les stratégies de gestion des AAP proposées.....	6
3. Conduite à tenir pour les gestes ostéo-articulaires	8
3.1 Gestes rachidiens	8
3.2 Infiltrations coxo-fémorales	9
3.3 Articulations en dehors de l’articulation coxo-fémorale	9
3.4 Gestes périarticulaires.....	9
4. Conduite à tenir pour les gestes dermatologiques	10
5. Conduite à tenir pour les gestes thyroïdiens.....	10
6. Conduite à tenir pour les gestes mammaires	10
7. Conduite à tenir pour les gestes en hématologie.....	11
7.1 Myélogramme.....	11
7.2 Biopsie de moelle osseuse.....	11
7.3 Ponction-biopsie ganglionnaire percutanée.....	11
8. Conduite à tenir pour les gestes en uro-néphrologie	12
8.1 Néphrostomie percutanée	12
8.2 Biopsie rénale.....	12
9. Conduite à tenir pour les gestes pneumologiques	13
9.1 Ponction pleurale.....	13
9.2 Biopsies pleurales à l’aveugle	13
9.3 Drainage thoracique	13
10. Conduite à tenir pour les gestes au service d’accueil des urgences.....	14
10.1 Ponction lombaire.....	14
10.2 Autres gestes.....	14
Participants	15
Fiche descriptive	18

Préambule

Contexte d'élaboration

Le vieillissement de la population et la prévalence accrue des maladies cardio-vasculaires ont multiplié la prescription de médicaments antiagrégants plaquettaires (AAP), en prévention primaire ou secondaire. Cette prescription s'intègre dans une prise en charge globale du patient qui concerne alors tous les praticiens ayant à intervenir autour du patient. Ainsi, il est de plus en plus fréquent d'avoir à réaliser des gestes invasifs percutanés alors qu'un traitement au long cours par AAP est en place. Si le risque hémorragique plaide en faveur de l'arrêt des AAP, celui-ci n'est pas anodin et peut être associé à de graves complications thromboemboliques. La prise en charge doit donc intégrer ces deux risques contradictoires afin de juger du rapport bénéfice/risque de ces gestes.

Objectif de la recommandation

L'objet de ce travail est de définir, chez le coronarien sous AAP, le risque hémorragique associé aux différents gestes diagnostiques et thérapeutiques percutanés, le confronter au risque de thrombose coronarienne afin de produire et diffuser des recommandations pour la gestion de ces deux risques antagonistes. Il complète les travaux réalisés sur le même thème :

- pour les gestes endoscopiques¹ ;
- en cas de chirurgie².

Les antiagrégants plaquettaires (AAP) concernés par cette recommandation sont les suivants :

- aspirine seule ou combinée : Kardégic®, Solupsan®, Asasantine®, Pravastatin® (aspirine + pravastatine), etc. ;
- thiéno-pyridine seule ou associée : clopidogrel (Plavix®), prasugrel (Efient®), DuoPlavin DuoCover (aspirine + clopidogrel) ;
- cyclo-pentyl-triazolo-pyrimidine : ticagrelor (Brilique®).

Les autres antiagrégants plaquettaires disponibles en France sont les suivants :

- anti-inflammatoire non stéroïdien : flurbiprofène (Cebutid® et ses génériques). Il ne peut pas être considéré comme un traitement substitutif d'un AAP en raison de la faiblesse des preuves le concernant ;
- la ticlopidine (Ticlid®) est moins efficace et moins bien tolérée que le clopidogrel.

Les anti-GPIIb/IIIa, qui sont indiqués dans la prise en charge initiale en urgence des syndromes coronariens aigus, ne seront pas étudiés. En effet, la réalisation d'un geste percutané n'est en général pas indiquée durant cette période et sera donc reportée à distance de l'arrêt des anti-GPIIb/IIIa.

Lorsqu'un geste paraît contre-indiqué, du fait du risque hémorragique ou thrombotique, il est important de raisonner en termes de rapport bénéfice/risque, en mettant en balance le risque hémorragique du geste avec celui encouru par la non-réalisation de ce geste ou la réalisation d'un geste alternatif.

Quelle que soit la situation, il est important de rappeler au patient le risque hémorragique inhérent au traitement antiagrégant plaquettaire et la conduite à tenir en cas de survenue d'un saignement (numéro de téléphone du praticien ou du service hospitalier référent).

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1319271/fr/recommandations-antiagrements-plaquettaires

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1264095/bon-usage-des-agents-antiplaquettaires

Recommandations

1. Rappel sur la prescription d'AAP chez le coronarien en fonction du risque thrombotique³

Tableau 1. Détermination du niveau de risque thrombotique.

	Risque majeur	Risque moindre
Pose d'un stent nu*	< 6 semaines	> 6 semaines
Pose d'un stent actif*	moins de 6 à 12 mois	au-delà de 6 à 12 mois
Syndrome coronarien aigu (SCA) : STEMI ou NSTEMI	< 6 semaines	de 6 semaines à 1 an

* le risque de thrombose est maximal dans les suites de la pose du stent.

Les facteurs surajoutés transformant le risque moindre en risque majeur sont :

- liés au terrain :
 - contexte de l'angioplastie (SCA ou infarctus avec sus-décalage du segment ST),
 - altération de la fonction ventriculaire gauche,
 - diabète ; insuffisance rénale ; néoplasie évolutive,
 - antécédent de thrombose de stent ;
- liés à la procédure :
 - plusieurs vaisseaux stentés ; long segment stenté (50 mm), tronc commun,
 - petit calibre du stent (2,5 mm) ; calcification ; stent sous-dimensionné,
 - bifurcation ; utilisation de stent actif en dehors des indications reconnues ;
- pharmacogénétiques : portage du variant CYP2C19*2.

- **Le risque thrombotique majeur** nécessite une bithérapie par AAP : acide acétylsalicylique (AAS) : 75 mg/j + thiénoxyridine (clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor) durant au moins 6 semaines pour les stents nus et 6 à 12 mois pour les stents actifs, puis à adapter au cas par cas.
- **Le risque thrombotique moindre** nécessite en principe une monothérapie par AAP à vie.

Tableau 2. AAP recommandé chez le coronarien.

	Type de traitement	Durée
Coronaropathie	monothérapie : AAS ou clopidogrel	indéfiniment
SCA	AAS + clopidogrel ou Duopla- vin Duocover®	≥ 12 mois puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
SCA dilaté	AAS + prasugrel ou AAS + clopidogrel	≥ 12 mois puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
Stent actif (hors SCA)	AAS + clopidogrel	≥ 6 à 12 mois puis au cas par cas : pour- suite ou monothérapie par AAS
Stent nu (hors SCA)	AAS + clopidogrel	6 semaines puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS

³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1319271/fr/recommandations-antiagregants-plaquettaires

Il est important de réévaluer le risque thrombotique, et donc l'adéquation du traitement, lors des consultations de routine et lorsqu'un acte invasif est envisagé chez un patient sous AAP. Il convient de rappeler que le risque thrombotique d'un grand nombre des patients sous AAP est un risque dit moindre.

2. Rappel sur les stratégies de gestion des AAP proposées⁴

Tableau 3. Stratégies de gestion des AAP.

Stratégie	Traitement	Conduite à tenir	Délai d'arrêt en jours avant le geste percutané ^{1 2}	Reprise de l'AAP initial ³
I Maintien	Aspirine	Poursuite	-	-
	Clopidogrel	Poursuite	-	-
	Aspirine + clopidogrel	Poursuite	-	-
	Aspirine + prasugrel	Poursuite	-	-
	Aspirine + ticagrelor	Poursuite	-	-
II Arrêt partiel	Aspirine	Poursuite	-	Aussi précoce que possible, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire
	Clopidogrel	Relais par aspirine	5 jours	
	Aspirine + clopidogrel	Arrêt du clopidogrel	5 jours	
	Aspirine + prasugrel	Arrêt du prasugrel	7 jours	
	Aspirine + ticagrelor	Arrêt du ticagrelor	5 jours	
III Arrêt complet	Aspirine	Arrêt de l'aspirine	3 jours (si risque thrombotique majeur)	Aussi précoce que possible, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire
	Clopidogrel	Arrêt du clopidogrel	5 jours	
	Aspirine + clopidogrel	Arrêt de l'aspirine + arrêt du clopidogrel	3 jours + 5 jours	
	Aspirine + prasugrel	Arrêt de l'aspirine + arrêt du prasugrel	3 jours + 7 jours	
	Aspirine + ticagrelor	Arrêt de l'aspirine + arrêt du ticagrelor	3 jours + 5 jours	

¹ Le délai d'arrêt correspond au nombre de « non-prises » avant le geste.

² Si l'arrêt recommandé n'est pas possible, le geste doit être rediscuté.

³ La reprise du traitement antiagrégant plaquettaire doit être aussi précoce que possible, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire.

⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1319271/fr/recommandations-antiagregants-plaquettaires

Concernant ces stratégies, il est important d'insister sur un adage à garder en mémoire : « c'est l'arrêt du dernier antiagrégant plaquettaire qui tue ». Le risque thrombotique est maximal lorsqu'on arrête toute antiagrégation et un tel arrêt ne peut se concevoir qu'en cas de risque coronarien faible et maîtrisé.

Il n'est pas recommandé de réaliser un geste invasif sous prasugrel ou ticagrelor.

Une concertation pluridisciplinaire est nécessaire lors de la prise de décision, au moins entre le praticien qui réalise l'acte et ceux qui suivent le traitement de la coronaropathie.

En cas de nécessité d'arrêt de tous les AAP, aucun relais par AINS ou HBPM n'est recommandé.

La reprise est possible très précocement après le geste invasif, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire, si l'hémostase a été jugée correcte et en l'absence de saignement majeur. Le patient doit être informé des modalités de la reprise du traitement et en recevoir une trace écrite.

Tableau 4. Recommandations sur le traitement et la reprise des AAP.

Traitement initial	Traitement poursuivi lors du geste invasif	Traitement envisagé en postopératoire immédiat	Modalités pratiques de la reprise
Monothérapie AAP			
AAS	AAS	AAS	Poursuite AAS même dose
AAS	Aucun	AAS	Reprise AAS même dose
Clopidogrel	Aucun	Clopidogrel	Reprise clopidogrel (après dose de charge 300 mg si besoin)
Clopidogrel	AAS (relais)	AAS	Poursuite AAS même dose jusqu'à la reprise du clopidogrel
Bithérapie AAP			
AAS + clopidogrel	AAS	AAS	AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur)
AAS + clopidogrel	Aucun	AAS	AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur)
AAS + prasugrel	AAS	AAS	AAS même dose + prasugrel même dose

3. Conduite à tenir pour les gestes ostéo-articulaires

3.1 Gestes rachidiens

3.1.1 Ponctions/infiltrations épi- ou périurales lombaires

Ces gestes sont considérés comme à risque hémorragique modéré.

Aspirine

L'aspirine ne semble pas augmenter le risque d'hématome épidural lors de la réalisation d'une anesthésie rachidienne et son arrêt n'est pas recommandé.

Thiénopyridines

Le risque de survenue d'un hématome épidural chez un patient sous thiénoypyridine n'est pas connu. La réalisation d'une anesthésie rachidienne, et *a fortiori* d'une ponction rachidienne, chez les patients sous thiénoypyridines n'est pas recommandée.

Recommandation

C

En cas de réalisation d'infiltration épi- ou périurale lombaire chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

3.1.2 Infiltrations articulaires postérieures lombaires

Les infiltrations articulaires postérieures lombaires sont considérées comme étant à risque hémorragique faible.

Recommandation

AE

En cas de réalisation de ponctions ou infiltrations articulaires postérieures lombaires chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.

3.1.3 Autres gestes rachidiens

Ponction-biopsie discovertébrale, infiltration discale, biopsie vertébrale ou cimentoplastie vertébrale

Ces gestes sont considérés comme étant à risque hémorragique élevé. Il apparaît raisonnable de déconseiller la réalisation d'un geste sous AAP quelle que soit la molécule (sauf enjeu majeur).

Compte tenu de leurs particularités, les infiltrations périradiculaires (extra-foraminales) lombaires sont considérées comme à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandations

AE

En cas de réalisation d'une infiltration périradiculaire (extra-foraminale) lombaire chez un patient sous AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

AE

Dans les autres cas, c'est-à-dire en cas de réalisation d'une ponction-biopsie discovertébrale, infiltration discale, biopsie vertébrale ou cimentoplastie vertébrale chez un patient sous AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt complet.

3.2 Infiltrations coxo-fémorales

Les ponctions et les infiltrations coxo-fémorales sont considérées à risque hémorragique intermédiaire. Il est recommandé d'adopter la même attitude que pour les infiltrations rachidiennes épi- ou périurales.

Il est préférable de choisir la voie d'abord externe plutôt que la voie antérieure en cas de réalisation d'une ponction/infiltration coxo-fémorale sous aspirine.

Recommandation

AE

En cas de ponction ou d'infiltration coxo-fémorale chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

3.3 Articulations en dehors de l'articulation coxo-fémorale

3.3.1 Ponctions ou infiltrations articulaires périphériques

Les ponctions ou infiltrations des articulations périphériques en dehors des articulations coxo-fémorales sont considérées à risque hémorragique faible.

Recommandation

AE

En cas de geste sur une articulation (hors coxo-fémorale) chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.

3.3.2 Autres gestes articulaires périphériques

Tenant compte de la longueur de ces autres gestes et de leur caractère plus invasif, ils sont à considérer comme étant à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandation

AE

En cas de gestes articulaires périphériques de type biopsie ou lavage chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

3.4 Gestes périarticulaires

Les gestes périarticulaires sont considérés comme étant à risque hémorragique faible en dehors des infiltrations canalaire profondes (type Alcock).

Les gestes canalaire profonds ont été considérés à risque intermédiaire dans un précédent travail de la HAS. Cependant l'absence de compression possible en cas de saignement les a fait reclasser en risque élevé.

Recommandation

AE

En cas de gestes périarticulaires, en dehors des infiltrations canalaire profondes, chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.

AE

En cas de gestes canaux profonds, chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt total.

4. Conduite à tenir pour les gestes dermatologiques

Le risque hémorragique est globalement faible au cours de la chirurgie dermatologique. Le risque de complications thrombotiques liées à l'arrêt du traitement AAP mis en balance avec le risque hémorragique en cas de chirurgie d'exérèse cutanée sous aspirine est en faveur du maintien de celui-ci.

Cependant, deux études intégrant des gestes complexes en zone très vascularisée ont retrouvé une majoration significative du risque hémorragique sous aspirine.

Les exérèses et réparations cutanées sont considérées comme à risque hémorragique faible, à l'exception de la chirurgie de type plastie avec décollement important, considérée comme à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandations

C

En cas de réalisation d'un geste d'exérèse et de réparation cutanées chez un patient sous AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.

C

En cas de réalisation d'une chirurgie de type plastie avec décollement important chez un patient sous AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

5. Conduite à tenir pour les gestes thyroïdiens

Cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine

La survenue d'un hématome cervical compressif reste exceptionnelle. Le risque hémorragique est davantage lié à la technique qu'à un traitement par AAP. Les nodules profonds sur goitre plongeant sont les plus à risque en cas de saignement du fait de l'absence de compression possible.

L'utilisation d'aiguilles très fines (27G) et un repérage échographique rendent ce geste faisable sous aspirine.

La cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine a été considérée comme à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandation

AE

En cas de cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

6. Conduite à tenir pour les gestes mammaires

Ponctions ou biopsies mammaires

Les cytoponctions mammaires à l'aiguille fine chez une femme traitée par AAP sont considérées à risque hémorragique faible.

Les microbiopsies au trocart ou macrobiopsies avec système d'aspiration chez une femme traitée par AAP, quel qu'en soit le type, sont considérées à risque hémorragique intermédiaire.

Il existe un risque d'ecchymose ou d'hématome lors des gestes biopsiques mammaires lorsqu'ils sont réalisés sous AAP.

Recommandations

AE	En cas de réalisation d'une cytoponction mammaire à l'aiguille fine chez une femme traitée par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.
-----------	--

AE	En cas de réalisation de microbiopsie au trocart ou macrobiopsie avec système d'aspiration chez une femme traitée par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.
-----------	---

7. Conduite à tenir pour les gestes en hématologie

7.1 Myélogramme

Un myélogramme par ponction sternale peut être réalisé chez un patient sous traitement AAP.

Recommandation

AE	En cas de réalisation d'un myélogramme chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.
-----------	---

7.2 Biopsie de moelle osseuse

La biopsie de moelle osseuse est considérée à risque hémorragique intermédiaire, en dehors des biopsies histomorphométriques.

Recommandation

AE	En cas de réalisation d'une biopsie de moelle osseuse (en dehors des biopsies histomorphométriques) chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.
-----------	--

7.3 Ponction-biopsie ganglionnaire percutanée

Il apparaît nécessaire de différencier les ponctions ou ponctions-biopsies ganglionnaires superficielles (compressibles) des ponctions ou ponctions-biopsies ganglionnaires profondes (non compressibles).

Pour ces dernières, le risque hémorragique théorique et ses conséquences potentiellement graves semblent contre-indiquer la réalisation d'un tel geste sous AAP.

Recommandations

AE	En cas de ponction-biopsie ganglionnaire superficielle chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.
-----------	---

AE

En cas de ponction-biopsie ganglionnaire profonde chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt total.

8. Conduite à tenir pour les gestes en uro-néphrologie

8.1 Néphrostomie percutanée

La néphrostomie percutanée est considérée comme un geste à risque hémorragique élevé.

La réalisation d'une néphrostomie percutanée sous AAP, quel qu'il soit, n'est pas recommandée en dehors d'une situation d'urgence et en l'absence d'alternative thérapeutique.

Recommandation

AE

En dehors de l'urgence, en cas de néphrostomie percutanée chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt total.

La réalisation d'une néphrostomie percutanée sous AAP n'est pas recommandée, quel que soit l'AAP.

Dans un contexte d'urgence et en l'absence d'alternative thérapeutique, une stratégie I : maintien peut s'envisager, en fonction de la balance bénéfique/risque.

8.2 Biopsie rénale

La biopsie rénale percutanée est un geste à risque hémorragique élevé. La réalisation d'une biopsie rénale percutanée sous AAP, quel qu'il soit, n'est pas recommandée.

La biopsie rénale par voie transveineuse est considérée comme à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandations

AE

En cas de réalisation d'une biopsie rénale percutanée chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt total.

AE

En cas de réalisation d'une biopsie rénale transveineuse chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

9. Conduite à tenir pour les gestes pneumologiques

9.1 Ponction pleurale

La ponction pleurale est considérée à risque hémorragique faible.

Recommandations

AE	En cas de réalisation d'une ponction pleurale chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien. Un repérage échographique (voire scanographique) pourrait être proposé.
-----------	---

9.2 Biopsies pleurales à l'aveugle

En cas d'impossibilité d'arrêt des AAP, des biopsies pleurales sous vidéothoroscopie peuvent être proposées.

Recommandation

AE	En cas de réalisation d'une biopsie pleurale chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie III : arrêt total.
-----------	--

9.3 Drainage thoracique

Le drainage thoracique est considéré à risque hémorragique intermédiaire.

Recommandation

En aucun cas il ne faut compromettre la sécurité du malade en différant un drainage thoracique urgent pour cause d'antiagrégation plaquettaire (pneumothorax mal toléré, hémothorax de constitution rapide ou avec signes hémodynamiques, pleurésies purulentes, pleurésie avec signe compressif...).

AE	En dehors de l'urgence, en cas de pose d'un drain pleural chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel. En cas d'impossibilité d'arrêter les AAP, il peut être proposé de choisir un drain thoracique de petit calibre. La technique de Seldinger pourrait être utilisée.
-----------	--

10. Conduite à tenir pour les gestes au service d'accueil des urgences

En dehors des gestes déjà abordés précédemment, plusieurs gestes, principalement à visée diagnostique, sont réalisés aux urgences.

10.1 Ponction lombaire

En urgence, étant donné les enjeux vitaux lorsque l'indication d'une ponction lombaire est posée, la prise d'AAP, quel qu'il soit, ne contre-indique pas la réalisation d'une ponction lombaire exploratrice.

En dehors d'une situation d'urgence, le risque d'une ponction lombaire est considéré comme équivalent à celui d'une infiltration épidurale lombaire (risque intermédiaire).

Recommandations

AE

En cas d'indication urgente d'une ponction lombaire diagnostique chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie I : maintien.

AE

En cas de ponction lombaire diagnostique non urgente chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

10.2 Autres gestes

Concernant les autres ponctions, la prise d'aspirine ou d'AINS n'augmente généralement pas le risque de saignement.

En revanche, la prise de thiénoxydine augmente ce risque. Le rapport bénéfice/risque de la réalisation de la ponction en urgence doit être mis en balance avec le risque de saignement et son éventuelle gravité.

Pour les blocs nerveux périphériques, la prise d'AINS ou d'aspirine n'augmente pas le risque de saignement. En cas de prise de thiénoxydine, d'autres formes d'analgésie doivent être privilégiées.

Un guidage échographique peut être utilisé et faciliter la réalisation du geste.

Recommandations

AE

En cas de bloc nerveux périphérique chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

AE

En cas de ponction d'ascite chez un patient traité par AAP, il est recommandé d'adopter la stratégie II : arrêt partiel.

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Sociétés savantes

La HAS et la SFR remercient les sociétés savantes suivantes qui ont contribué activement à ce travail :

Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT)	Société de chirurgie vasculaire de langue française (SCV)
Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP)	Association française d'urologie (AFU)
Société française d'endoscopie digestive (SFED)	Société de pneumologie de langue française (SPLF)
Société française de cardiologie (SFC)	
Société française de rhumatologie (SFR)	
Collège de médecine générale (CMG)	
Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)	

Groupe de cadrage

Dr Jean-Michel Amici, dermatologue, Cenon
Dr Laurence Bellaïche, radiologue, Paris
Dr Guillaume Bertrand, radiologue, Paris
Dr Guillaume Bollée, néphrologue, Montréal
Dr Cécile Chenivresse, pneumologue, Paris
Dr Samuel Delerme, urgentiste, Paris
Dr Antoine Lesort, rhumatologue, Limoges
Pr Michel Levêque, médecin généraliste, Thann

Groupe de pilotage

Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Paris - président du groupe de pilotage
Dr Guillaume Bertrand, radiologue, Paris – chargé de projet
Dr Philippe Blanchard, Saint-Denis - chef de projet HAS

Pr Nadine Azjenberg, hématologue, Paris	Dr Géraldine pignot, urologue, Paris
Dr Christian Boustière, gastro-entérologue, Aubagne	Dr Jean-Michel Rouillon, proctologue, Carcassonne
Pr Michel Levêque, médecin généraliste, Thann	Dr Valéry Trosini-Désert, pneumologue, Paris
Pr Emmanuel Marret, anesthésiste-réanimateur, Paris	
Pr Philippe Nicolini, chirurgien vasculaire, Lyon	

Groupe de cotation

Dr Hervé Bard, rhumatologue, Paris
Dr Corinne Balleyguier, radiologue, Villejuif
Dr Béatrice Barreau, radiologue, Anglet
Pr Marie Beylot-Barry, dermatologue, Bordeaux
Dr Olivier Cogrel, dermatologue, Pessac
Pr Didier Carrié, cardiologue, Toulouse
Pr Jean-Dominique De Korwin, médecine interne, Nancy
Pr Bertrand Dussol, néphrologue, Marseille
Dr Youcef Douadi, pneumologue, Saint-Quentin

Dr Corinne Frère, hématologue, Marseille
Dr Éric Gibert, rhumatologue, Ivry-sur-Seine
Pr Pierre Hausfater, urgentiste, Paris
Pr Jean-Denis Laredo, radiologue, Paris
Dr Henri Lellouche, rhumatologue, Herblay
Pr Vincent Piriou, anesthésiste-réanimateur, Lyon
Dr Denis Rolland, rhumatologue, Saint-Doulchard
Dr Agnès Rouxel, endocrinologue, Paris
Pr Luc Thomas, dermatologue, Lyon
Dr Agnès Ulmann, rhumatologue, Les Lilas

Groupe de lecture

Pr Philippe Ballanger, urologue, Bordeaux
Dr Stéphane Barette, dermatologue, Paris
Dr Nathalie Bautin, pneumologue, Paris
Dr Emmanuel Boselli, anesthésiste-réanimateur, Lyon
Pr Thomas Boulanger, radiologue, Lille
Dr Jean-François Cabanne, néphrologue, Chalon-sur-Saône
Pr Laurence Camoin, hématologue, Marseille
Pr Guillaume Cayla, cardiologue, Nîmes
Dr Philippe Commeau, cardiologue, Ollioules
Dr Thierry Conrozier, rhumatologue, Lyon
Pr Joël Constans, médecine vasculaire, Bordeaux
Dr Emmanuel de Maistre, hématologue, Dijon
Dr Pierre Degieux, rhumatologue, Paris
Dr Laurent Delaunay, anesthésiste-réanimateur, Annecy
Pr Aurélien Descazeaud, urologue, Limoges
Dr Marie Dreyfus, hématologue, Le Kremlin-Bicêtre
Pr Alexandre Duguet, médecin urgentiste, Paris
Mme Corine Durand, représentante association, Saint-Benoît
Pr Anne Dutour-Meyer, endocrinologue, Marseille
Dr Fabien Etchepare, rhumatologue, Arpajon
Dr Michel Febvre, pneumologue, Paris
Dr Nathalie Fouchard, dermatologue, Le Pecq

Dr Estelle Gandjbakhch, cardiologue, Paris
Pr Claude Girard, anesthésiste-réanimateur, Dijon
Dr Anne Godier, anesthésiste-réanimateur, Paris
Pr Bernard Guillot, dermatologue, Montpellier
Dr Miguel Hié, médecine interne, Paris
Dr Isabelle Huet, pneumologue, Toulouse
Dr Aurélie Hummel, néphrologue, Paris
Dr Alain Ichir, médecin généraliste, Baugy
Dr Denis Jacob, radiologue, Dijon
Pr Hervé Lebreton, cardiologue, Rennes
Pr Éric Lechevallier, urologue, Marseille
Pr Jean-Jacques Lehot, anesthésiste-réanimateur, Lyon
Dr Luc Mathieu, rhumatologue, Aubagne
Dr Jean-Jacques Maillat, cardiologue, Sarlat-La-Canéda
Dr Gilles Mangiapan, pneumologue, Créteil
Pr Charles-Hugo Marquette, pneumologue, Nice
Dr Richard Massonnat, rhumatologue, Bordeaux
Dr Elisabeth Mazoyer, hématologue, Bobigny
Dr Elise Morawiec, pneumologue, Paris
Dr Bertrand Moura, rhumatologue, Paris
Dr Philippe Moysan, radiologue, Saint-Doulchard
Dr Clotilde Muller, néphrologue, Strasbourg
Dr Sophie Nadler, endocrinologue, Paris

Pr Nathalie Nathan-Denizot, anesthésiste-réanimateur, Limoges

Pr Karine Nouette-Gaulain, anesthésiste-réanimateur, Bordeaux

Dr Paul Ornetti, rhumatologue, Dijon

Dr François Petregne, médecin généraliste, Gradignan

Pr Philippe Ramon, pneumologue, Lille

Pr Gilles Rioufol, cardiologue, Lyon

Dr Roger Rosario, cardiologue, Marseille

Dr Fabien Rougerie, médecin généraliste, Hatten

Dr Bertrand Rozec, anesthésiste-réanimateur, Nantes

Dr Pierre Sabouret, cardiologue, Paris

Pr Marc Samama, anesthésiste-réanimateur, Paris

Pr Pierre Sié, hématologue, Toulouse

Dr Camille Taillé, pneumologue, Paris

Dr Didier Tchétché, cardiologue, Toulouse

Mme Sonia Tropé-Chirol, directrice ANDAR, Paris

Pr Xavier Troussard, hématologue, Caen

Pr Éric Van Belle, cardiologue, Lille

Fiche descriptive

Titre	Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien
Méthode de travail	Recommandations par consensus formalisé (RCF)
Objectifs	L'objet de ce travail de consensus formalisé est de définir le risque hémorragique associé aux différents gestes diagnostiques et thérapeutiques percutanés, le confronter au risque de thrombose coronarienne afin de produire et diffuser des recommandations pour la gestion de ces deux risques antagonistes.
Patients ou usagers concernés	Tous les patients coronariens prenant un traitement au long cours par AAP sont concernés. Ceux dont l'état de santé rend probable un geste invasif sont concernés au premier degré.
Professionnels concernés	Rhumatologues, dermatologues, endocrinologues, gynécologues, hématologues, internistes, néphrologues, urologues, pneumologues, anesthésistes, cardiologues, chirurgiens, généralistes, urgentistes, infectiologues.
Demandeur	Société française de rhumatologie (SFR)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles, et Société française de rhumatologie (SFR)
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Philippe Blanchard, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)
Recherche documentaire	De juin 2010 à septembre 2013 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique)
Auteurs de l'argumentaire	Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Dr Guillaume Bertrand, radiologue, Paris
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de pilotage (président : Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Paris), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres des groupes de pilotage et de cotation ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres des groupes de pilotage et de cotation ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Avis de la commission des recommandations de bonne pratique Adoption par le Collège de la HAS en novembre 2013
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	

~

