

# Fiche navette bénéfique/risque intervention proctologie chez un patient sous anti-agrégants plaquettaires ou anticoagulants

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DATE D'INTERVENTION :

Nature :

Urgence : OUI / NON

Risque hémorragique : Faible / Intermédiaire

Traitement modifiant l'hémostase actuel :

## AVIS PROCTOLOGUE

Date :

Dr :

- Relai clopidogrel ou autre antiagrégant par acide acétyle salicylique pendant 3 semaines (débuté J-4). Si impossible, poursuite antiagrégant sans fenêtre.
- Poursuite acide acétyle salicylique, si possible arrêt du clopidogrel ou second antiagrégant (à partir de J-4) pendant 3 semaines.
- Poursuite Prévistan avec INR de contrôle à J-1 (***l'intervention pourra être reportée si l'INR est > 3***)
- Arrêt Prévistan, + reprise J 21, avec relai par HBPM.
- Arrêt NACO. Fonction rénale pour la Cs d'anesthésie. Relai HBPM ... jours.
- Arrêt NACO. Fonction rénale pour la Cs d'anesthésie. Reprise NACO J+1.
- Autre :

avis proctologue

----->

puis

## AVIS ANESTHESISTE

Date :

Dr :

- En accord et noté sur le dossier d'anesthésie..
- Autre proposition, appel proctologue, décision conjointe notée sur dossier anesthésie.
- Staff, Avis cardiologue

<b>Risque hémorragique post-opératoire</b> <b>FAIBLE</b>	Petites fistules simples Anoplastie, fissurectomie Plasties cutanées. Fistules complexes 2 <sup>ème</sup> temps de fistulotomie, colle biologique, plug. Infra rouge, Condylomes. Simple incision d'abcès en urgence
<b>Risque hémorragique post-opératoire</b> <b>INTERMEDIAIRE</b>	Hémorroïdectomie Ligatures élastiques Scléroses Hémorroïdopexie par agrafage, STARR ( <i>déconseillés sous AVK : risque hématome péri rectal ?</i> ) Excision de sinus pilonidal Exérèses de gros polypes du rectum par voie trans-anales Gros abcès intra-muraux et kystes retro-rectaux
<b>Risque hémorragique post-opératoire</b> <b>FORT</b>	<b>NEANT</b>

<b>Risque événement cardio-vasculaire</b> <b>FAIBLE</b>	<b>Prévention secondaire :</b> -Artériopathie chronique -Angor stable -Insuffisance coronarienne sans endoprothèse -ATCD de pontage coronarien ou vasculaire -ATCD d'AVC (non récent) <b>Prévention primaire.</b>
<b>Risque événement cardio-vasculaire</b> <b>INTERMEDIAIRE</b>	-Endoprothèse coronarienne (EC) passive de plus de 6 semaines -EC pharmacologiquement active (Stent actif) <b>de plus de 1 an</b>
<b>Risque événement cardio-vasculaire</b> <b>FORT</b>	-EC pharmacologiquement active (Stent actif) <b>de moins de 1 an.</b> Syndrome coronarien aigu de moins de un an.

### Conduite à tenir concernant les antiagrégants plaquettaires :

-L'aspirine (**Kardegic**) ne constitue pas un facteur de risque hémorragique significatif en proctologie. Il est ignoré dans cette réflexion et poursuivi dans tous les cas sans fenêtre.

-Le Clopidogrel (**Plavix**) constitue « peut être » un facteur de risque d'hémorragie post-opératoire. Son indication formelle doit être tracée **par écrit** par le cardiologue ou le médecin traitant sur la foi d'un avis cardiologique motivé. le Plavix utilisé dans des indications non conformes aux recommandations pourra être arrêté définitivement, Si l'indication est maintenue, il est poursuivi sans fenêtre.

### Conduite à tenir concernant les AVK (indication confirmée) : voir document annexe

-Les héparines (fractionnées ou non) sont responsables de saignements post opératoires fréquents et répétés (dans environ 40 % des cas). Nous n'opérons plus sous relais par héparine, sauf cas particulier.

- Si l'INR cible est entre 2 et 3, le patient est opéré sous préviscan sans fenêtre. L'INR est vérifié à J-2 (le patient est prévenu que l'intervention peut être reportée).

- Si l'INR cible est supérieur à 3, et sous réserve d'une discussion au cas par cas, le patient sera opéré sous héparine en perfusion continue, et le préviscan repris après J 15.