Stratégie de gestion du traitement antiagrégant plaquettaire chez un patient porteur de 2 stents coronaires devant bénéficier d'une discectomie lombaire

Handling strategy for antiplatelet therapy on a patient carrier of 2 coronary stents having to undergo lumbar discectomy

Bah MD¹, Fall ML¹, Traoré MM¹, Léye PA², Ndiaye PI², Béye MD², Ba MC³, Kane O¹, Diouf E².

- 1- Service d'Anesthésie-Réanimation CHU de Fann - Dakar
- 2- Service d'Anesthésie-Réanimation CHU A. Le Dantec - Dakar
- 3- Service de Neurochirurgie CHU de Fann – Dakar

Auteur correspondant : Mamadou Diawo BAH. Email mdiawo@yahoo.com

Résumé

Dans nos régions, les patients porteurs de stents coronaires sont peu nombreux du fait de leur coût très onéreux. La prise en charge anesthésique de ces patients est tout aussi rare. Nous rapportons le cas d'un patient de 63 ans aux antécédents d'infarctus du myocarde et porteur de deux stents coronaires pharmacoactifs ayant bénéficié d'une discectomie pour une hernie discale lombaire. L'aspirine avait été substituée durant 7 jours par de l'énoxaparine à la dose de 100 UI AntiXa/kg/12h qui avait été arrêtée 24 heures avant le geste chirurgical. Le traitement antiagrégant plaquettaire avait été réintroduit à J₁ postopératoire. Les suites postopératoires avaient été simples. Les suggestions des sociétés savantes actuellement disponibles sont loin de résoudre tous les problèmes liés à la stratégie de gestion du traitement antiagrégant plaquettaire en période péri-opératoire chez ces patients porteurs de stents coronaires. La conduite à tenir se fera au cas par cas en présence de l'ensemble des médecins intervenants.

Mots clés : Stents coronaires - Antiagrégants plaquettaires – Anesthésie.

Summary

In our regions, patients carrying coronary stents are very few in numbers due to their costliness. The anesthetic handling of such patients is just as rare. We are reporting the case of one 63-year-old patient with myocardial infarction antecedents and carrier of two drug-active coronary stents and who underwent discectomy for lumbar disc herniation. Aspirin was substituted during 7 days with Enoxaparin at a dose of 100 UI AntiXa/kg/12h, which was stopped 24 hours before surgery. The anti-platelet therapy was introduced at D₁ post-surgery. Post-surgery sequels were simple. The currently available suggestions from medical societies are far from solving all the problems relating to the handling strategy of anti-platelet therapy during the post-surgery period on such patient carriers of coronary stents. The clinical practical behavior will be on a case-by-case basis with all intervening physicians present.

Key words: Coronary stents – Anti-platelet drugs – Anesthesia.

Introduction

Les patients porteurs de stents coronaires sont exposés en période péri-opératoire à la thrombose du stent ou à l'hémorragie per ou postopératoire en cas, respectivement, d'arrêt ou de maintien du traitement antiagrégant plaquettaire. La prise en charge péri-opératoire de ces patients à risque a fait l'objet de nombreuses recommandations par des sociétés savantes [1,2]. Dans nos régions, la prise en charge anesthésique de patients porteurs de stents est peu fréquente. Nous rapportons le cas d'un patient porteur de 2 stents coronaires pharmacoactifs ayant bénéficié d'une discectomie en L4-L5 pour une hernie discale lombaire. Nous exposons notre stratégie de gestion du traitement antiagrégant plaquettaire en péri opératoire.

Observation

Mr M.F 63 ans, aux antécédents d'infarctus du myocarde 3 années auparavant, ayant évolué favorablement avec la mise en place de 2 stents coronaires pharmacoactifs au sirolimus, avait consulté pour des lombalgies, des paresthésies des membres inférieurs et un trouble de la marche. Une TDM lombaire avait objectivé une hernie discale en L4-L5. Une discectomie était indiquée après échec du traitement médical. A la consultation d'anesthésie, le traitement quotidien du patient associait par voie orale aspirine 100 mg/j, péridopril 5 mg/j, simvastatine 20 mg/j et nébivol 5 mg/j. L'ECG retrouvait des séquelles de nécrose en antérieur. L'échocardiographie-doppler et le dosage de la troponine étaient normaux.

La concertation pluridisciplinaire entre neurochirurgien, anesthésiste et cardiologue avait évalué le rapport entre le risque de thrombose des stents et le risque d'hématome périmédullaire compressif de la chirurgie en cas, respectivement, d'arrêt ou de maintien du traitement antiagrégant plaquettaire. A la suite de cette concertation, l'aspirine avait été substituée par de l'énoxaparine à la dose de 100 UI AntiXa/kg/12h durant 01 semaine et arrêtée 24 heures avant l'intervention. Le monitoring associait tracé électrocardiographique, monitoring du segment ST, pression artérielle non invasive, SpO₂ et capnographie. Le patient étant installé en décubitus ventral, les pressions d'insufflation du respirateur avaient été monitorées. Le geste chirurgical avait duré 90 minutes. Les pertes sanguines étaient évaluées à 300 ml. Le patient avait été extubé sur table. En postopératoire, l'aspirine fut réintroduite à H₂₄ à la dose habituelle de 100 mg/j par voie orale après une dose de charge de 250mg par voie intraveineuse. Un tracé ECG et un examen neurologique étaient réalisés quotidiennement. Le dosage de la troponine réalisé en postopératoire immédiat avait retrouvé un taux inférieur à 0,01 ug/ml. Ce dosage avait été répété toutes les 48 heures. L'hospitalisation avait duré 01 semaine. Le

patient reprit ses activités professionnelles au bout de 04 semaines.

Discussion

Les stents coronaires, dispositifs médicaux insérés par voie endovasculaire dans les artères coronaires pour consolider les effets de l'angioplastie, font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de la pathologie coronaire. Dans nos régions les patients porteurs de stents coronaires sont très peu nombreux du fait de leur coût exorbitant. Selon qu'ils soient nus ou pharmacoactifs, leur mise en place nécessite une double antiagrégation plaquettaire associant l'aspirine et le clopidogrel pour une durée respective de 6 semaines et de 12 mois [1,2]. Au-delà de ces périodes à haut risque de thrombose du stent, le traitement antiagrégant plaquettaire est poursuivi à vie avec une seule molécule. La gestion du traitement antiagrégant plaquettaire en périopératoire n'est pas aisée. En effet, l'arrêt du traitement antiagrégant plaquettaire est un facteur de risque majeur et indépendant de survenue d'une nécrose myocardique liée à une thrombose du stent et d'un surcroît de mortalité [3] ; si bien que la tendance actuelle lorsque la chirurgie le permet est d'opérer ces patients sous aspirine [4]. Bien que n'étant pas dans la période à haut risque de thrombose du stent, notre patient était considéré comme patient à haut risque thrombotique parce qu'il portait plusieurs stents. En effet le risque de thrombose tardive est élevé avec la présence de multiples stents [5]. Réaliser la discectomie lombaire à notre patient sous aspirine l'exposait à un risque de survenue d'un hématome périmédullaire compressif postopératoire. Sur la base de cette considération, l'aspirine avait été arrêtée durant 7 jours et la substitution faite par de l'énoxaparine à la dose de 100 UI AntiXa /kg/12h, qui était arrêtée 24 heures avant l'intervention. La plupart des recommandations émises par les différentes conférences d'experts concernaient essentiellement les patients à opérer durant la période à haut risque de thrombose du stent, c'est à dire les 6 premières semaines pour les stents nus et les 12 premiers mois pour les stents pharmacoactifs [6,7]. Elles ne se prononçaient pas sur les cas où l'arrêt des antiagrégants plaquetitaires était indispensable en dehors de la période à haut risque de thrombose, comme ce fût le cas chez notre patient. Certains auteurs ont alors proposé la substitution des antiagrégants plaquetitaires par de l'héparine non fractionnée [4] ou par de l'héparine de bas poids moléculaire [8]. D'aucuns n'instituaient pas de traitement substitutif [4]. L'appréciation de la balance bénéfique de la chirurgie - risque de thrombose du stent coronaire est souvent laissée au seul choix du clinicien [9], ce qui expliquerait les nombreuses et diverses méthodes de substitution du traitement antiagrégant plaquettaire. Mais à ce jour

aucune étude de haut niveau de preuve n'a pu montrer de façon significative le bénéfice d'un traitement substitutif en termes de morbi-mortalité [10]. Il reste communément admis que la reprise du traitement antiagrégant plaquettaire aura lieu aussi précocement que possible en postopératoire, avec éventuellement une dose de charge pour obtenir un effet plus précoce. Chez notre patient, l'aspirine avait été réintroduite à H₂₄ à la dose de 100 mg/j après une dose de charge de 250 mg.

Conclusion

La gestion du traitement antiagrégant plaquettaire en période péri-opératoire chez les patients porteurs de stents coronaïres reste une tâche délicate pour l'anesthésiste. La concertation pluridisciplinaire et l'évaluation du rapport entre le risque thrombotique du stent et le risque hémorragique permet d'optimiser la prise en charge et où d'amoindrir une éventuelle complication.

Références

1. Silber S, Albertson P, Aviles F, Camici PG, Colombo A, Hamm C. Guidelines for percutaneous coronary intervention. The task force for percutaneous coronary intervention of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26, 804-47.
2. Smith SC, Feldman TE, Hirshfeld JW, Jacobs AK, Kern MJ, King SB. ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (ACC/AHA/SCAI writing committee to update 2001 guideline for percutaneous coronary intervention). Circulation 2006; 113, 166-286.
3. Ferrari E, Benhamou M, Cerboni P, Marcel B. Coronary syndrome following aspirin withdrawal: a special risk for late stent thrombosis. Am J Cardiol 2005; 45, 456-59.
4. Vichova Z, Albaladejo P, Manet E, Lehot JJ, Monier F, Marotte G, Samama CM, Pirion V. Stents coronaïres et anesthésie : Il est temps d'avoir des données nationales. Ann Fr Anesth-Réanim 2007 ; 26, 157-60.
5. Lehot JJ, Staat P, French P, Vichova Z, Cannesson M. Endoprothèses coronaïres et anesthésie. Ann F Anesth-Réanim 2007 ; 25, 796-98.
6. **Recommandations d'experts Société Française d'Anesthésie-Réanimation/ Société Française de Cardiologie.** Prise en charge du coronaïre opéré en chirurgie non cardiaque. Ann Fr Anesth-Réanim. 2011; 30, 25-9.
7. **American College of Cardiology / American Heart Association. Task force on practice guidelines.** Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for non-cardiac surgery. Circulation 2007; 116, 1971-96.
8. **Vicenzi MN, Meislitzer T, Heitzinger B, Halaj M, Fleischer L.A, Metzler H.** Coronary artery stenting and non-cardiac surgery: A prospective outcome study. Br J Anesth 2006; 96, 686-93.
9. **Gurbel PA, Dichiara J, Tantry US.** Antiplatelet therapy after implantation of drug eluting stents: duration, resistance, alternative and management of surgical patients. Am J Cardiol 2007 ; 100, 18-25.
10. **Carrare F, Ferrier N, Bitar G, Marcaggi X, Amat G.** Gestion des antiagrégants plaquettaïres en préopératoire : A propos d'un cas. Ann Cardiol Angeil 2007 ; 56, 216-21