

## NOUVELLES BRÈVES

### ABSENCE D'INTÉRÊT D'UN RELAIS PAR HBPM EN CAS D'UN ARRÊT TEMPORAIRE D'UN AVK EN VUE D'UNE OPÉRATION ?

**Analyse de :** Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al ; for the BRIDGE Investigators. Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2015;373:823-33.

Chez des patients en FA et sous anticoagulant, faut-il toujours arrêter ce traitement avant une intervention chirurgicale programmée et est-il toujours nécessaire de faire un relais (bridging) temporaire par Héparine à Bas Poids Moléculaire (HBPM) ?

Une étude d'observation prospective, multicentrique<sup>1</sup> avait montré un risque faible de complications thromboemboliques lors d'un arrêt du traitement par Antagoniste de la Vitamine K (AVK), dans la majorité des cas sans relais par HBPM. En cas de FA par exemple (54 % des patients de cette étude dont seuls 2,7 % avaient reçu un relais par HBPM), la fréquence des complications thromboemboliques était de 0,7% (IC à 95% de 0,2 à 1,9 %). Une méta-analyse des études d'observation incluant des patients avec FA ou valve cardiaque mécanique<sup>2</sup> n'a pas montré de diminution significative des événements thromboemboliques (OR à 0,80 avec IC à 95 % de 0,42 à 1,54) avec un relais par HBPM mais, par contre, une incidence accrue de saignements majeurs (OR à 3,60 avec IC à 95 % de 1,52 à 8,50).

Malgré un niveau (très) faible de preuves, les Guides de Pratique Clinique (GPC) recommandent cependant d'interrompre un traitement par AVK 5 jours avant une intervention chirurgicale programmée, en prescrivant un relais par HBPM en cas de fibrillation auriculaire ou de prothèse valvulaire mécanique ou de thromboembolie veineuse à haut risque<sup>3</sup>.

L'équipe d'experts qui a rédigé le GPC mentionné ci-dessus, a publié une étude randomisée contrôlée (RCT)<sup>4</sup> évaluant chez des patients en FA (avec CHADS<sub>2</sub> moyen de 2,3), l'intérêt, versus placebo, d'un relais péri-opératoire d'un AVK par une HBPM (instaurée 3 jours avant l'opération ou procédure invasive et jusqu'à 5 à 10 jours après l'opération), l'AVK étant stoppé 5 jours avant l'intervention ou la procédure. Les patients subissant une intervention chirurgicale majeure et à haut risque de thromboembolie artérielle et de saignement n'étaient pas représentés dans cette étude.

Les patients ont été suivis jusqu'à 30 jours après l'intervention chirurgicale. L'étude ne montre pas de différence significative pour l'incidence de thromboembolie (1 des critères primaires) : différence de risque de 0,1 % avec non infériorité ( $p = 0,01$ ) de l'absence de relais versus relais par HBPM. Il existe par contre une différence significative pour l'incidence d'un saignement majeur (second critère primaire) : RR de 0,41 (IC à 95 % de 0,20 à 0,78) avec supériorité pour l'absence de relais versus relais par HBPM. Les résultats de cette étude montrent donc un bénéfice clinique net clairement en faveur de l'absence d'un relais par HBPM.

A noter que le même type d'observation a été fait pour un NACO, le dabigatran<sup>5</sup> : absence de différence entre interruption et relais pour l'incidence de thromboembolie mais davantage d'hémorragies majeures en cas de relais versus interruption.

### **Commentaire de la rédaction**

Cette (première) RCT évaluant l'intérêt d'un relais par HBPM plutôt qu'un simple arrêt d'un AVK chez des patients en FA devant subir une intervention chirurgicale ou une autre procédure invasive, montre une non-infériorité thromboembolique artérielle d'un relais, avec risque hémorragique cependant accru. Ceci contribue à remettre en doute les recommandations actuelles d'un relais systématique (hors risque particulier).

### **Références**

1. Garcia DA, Regan S, Henault LE, et al. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med* 2008;168:63-9.
2. Siegal D, Yudin J, Kaatz S, et al. Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists: systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates. *Circulation*. 2012 Sep 25;126(13):1630-9.
3. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST* 2012; 141(2)(Suppl):e326S-e350S.
4. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al ; for the BRIDGE Investigators. Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2015;373:823-33.
5. Douketis JD, Healey JS, Brueckmann M, et al. Perioperative bridging anticoagulation during dabigatran or warfarin interruption among patients who had an elective surgery or procedure: substudy of the RE-LY trial. *Thromb Haemost* 2015;113: 625-32.