

OIP 3388 - GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-INTERVENTION POUR L'USAGER SOUS RIVAROXABAN (XARELTO^{MD}), APIXABAN (ELIQUIS^{MD}) ET DABIGATRAN (PRADAXA^{MD})

Poids : ____ kg Taille : ____ cm Allergie : _____ Intolérance : _____

CONTEXTE PRÉ-INTERVENTION ORDONNANCE AMBULATOIRE : **À REMETTRE À VOTRE PHARMACIEN**
 HOSPITALIÈRE

Type d'intervention : _____ Date prévue (jour 0) : ____/____/____
Cl. créat. ____ mL/min (Conditions préalables : être de ≤ 4 mois et être ≥ à 30 mL/min pour l'application de l'OIP)

ANTICOAGULATION ORALE ACTUELLE Indication FA valvulaire
 FA non valvulaire
 Score « CHADS2 » : ____
 Maladie thromboembolique

Rivaroxaban (Xarelto^{MD}): _____ mg PO DIE
 Apixaban (Eliquis^{MD}): _____ mg PO BID
 Dabigatran (Pradaxa^{MD}): _____ mg PO BID

INTERRUPTION DE L'ANTICOAGULATION ORALE PRÉ-INTERVENTION

2 jours 3 avant l'intervention → correspondant au ____/____/____ (relais non nécessaire)
 ____* jours avant l'intervention → correspondant au ____/____/____ (relais possible à prévoir ad jour -1)

GUIDE	Anticoagulant	T½	Selon la fonction rénale (mL/min)	Nombre de jours d'arrêt avant l'intervention
Rivaroxaban (Xarelto ^{MD})		8-9h	≥ 50	2 jours (suspendre 2 doses)
		9-10h	30-49	2 jours (suspendre 2 doses)
Apixaban (Eliquis ^{MD})		7-8h	≥ 50	2 jours (suspendre 4 doses)
		15-18h	30-49	3 jours (suspendre 6 doses)
Dabigatran (Pradaxa ^{MD})		12-17h	≥ 50	2 jours (suspendre 4 doses)
		18-24h	30-49	5 jours (suspendre 10 doses) → RELAIS NÉCESSAIRE

PRÉLÈVEMENTS SANGUINS SELON MÉDICAMENT PRÉ-INTERVENTION

- Envoyer les requêtes au labo 053 en précisant le nom et la date de l'arrêt de l'anticoagulant
- Si non faits dans les 4 mois précédents l'intervention: FSC, créat (10 à 15 j pré-intervention)
- Le jour de l'intervention (jour 0) : Coagulogramme de dépistage STAT, FSC

Selon l'anticoagulant	Prélèvement à faire le jour de l'intervention	Aviser le médecin et/ou l'anesthésiste pratiquant l'intervention
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto ^{MD})	- PT Néoplastine HMR (sec) - Dosage anti-Xa (contrôle qualité hématologique)	- Si résultat > limite supérieure de la normale ET - Si procédure neuraxiale (Intervention sera reportée à moins d'avis contraire du médical)
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa ^{MD})	- PTT (sec) - Dosage de temps d'Écarin (contrôle qualité hématologique)	
<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis ^{MD})	- Dosage anti-Xa (contrôle qualité hématologique)	

THÉRAPIE DE RELAIS À LA TINZAPARINE (INNOHEP^{MD}) PRÉ-INTERVENTION

selon la catégorisation du risque à l'annexe 1 : Élevé Modéré Faible (relais non nécessaire)

Thérapie de relais à dose THÉRAPEUTIQUE

- Du jour -4 : ____/____/____ au jour -2 : ____/____/____ à HMR* ou par le CLSC[†]
 - Tinzaparine _____ unités (175 unités/kg, arrondir au prochain multiple de 1 000 unités) SC DIE q AM
 - **Pharmacien communautaire** : servir 3 seringues commercialement pré-remplies; ordonnance non renouvelable
- Le jour -1 : ____/____/____ à HMR* ou par le CLSC[†]
 - Tinzaparine _____ unités (75 unités/kg, arrondir au prochain multiple de 1 000 unités) SC DIE q AM
 - **Pharmacien communautaire** : servir 1 seringue commercialement pré-remplie; ordonnance non renouvelable

Thérapie de relais à dose PROPHYLACTIQUE

- Du jour -4 : ____/____/____ au jour -1 : ____/____/____ à HMR* ou par le CLSC[†]
 - Tinzaparine 3 500 unités SC DIE q AM
 - Tinzaparine 4 500 unités SC DIE q AM (si IMC > 30) } **Pharmacien communautaire** : servir 4 seringues commercialement pré-remplies; renouvellements : ____

Si intervention annulée, poursuivre la tinzaparine (Innohep^{MD}) à la même dose

- **Pharmacien communautaire** : Servir _____ seringues commercialement pré-remplies; renouvellements : _____

* Télécopier au secteur de médecine de jour au poste #1422 † Aviser le service de liaison au poste # 3442

Date et heure : _____ Signature du médecin : _____ # permis : _____

OIP 3388 - GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-INTERVENTION POUR L'USAGER SOUS RIVAROXABAN (XARELTO^{MD}), APIXABAN (ELIQUIS^{MD}) ET DABIGATRAN (PRADAXA^{MD}) (SUITE)

CONTEXTE **POST-INTERVENTION**

SECTION **AMBULATOIRE** DE L'ORDONNANCE :
À REMETTRE À VOTRE PHARMACIEN

RÉÉVALUATION DE L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE post-intervention par la spécialité médicale : _____

REPRISE DE L'ANTICOAGULATION ORALE POST-INTERVENTION selon l'approche indiquée selon l'annexe 2

Moment de reprise de l'anticoagulant oral

- Reprendre au jour 1 post-intervention → correspondant au ____ / ____ / ____
 Reprendre au jour ____ post-intervention → correspondant au ____ / ____ / ____

Reprise de l'anticoagulant oral

- Rivaroxaban (Xarelto^{MD}): _____ mg PO DIE
 Apixaban (Eliquis^{MD}): _____ mg PO BID
 Dabigatran (Pradaxa^{MD}): _____ mg PO BID
➤ **Pharmacien communautaire** : servir la médication cochée pour 30 jours;
ordonnance non renouvelable renouvellements : _____

Date et heure : _____ Signature du médecin : _____ # permis : _____

CONTINUITÉ DES SOINS

- **Si l'usager doit être hospitalisé** : compléter la page 4 de la présente OIP
➤ **Service de liaison** : à aviser post-intervention au poste # 3442 si nécessaire
➤ **Médecine de jour** : transmettre au (514) 252-3400 poste # 1422
➤ **Pharmacien communautaire** : transmettre au télécopieur : _____ à la pharmacie : _____

OIP 3388 - GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-INTERVENTION POUR L'USAGER SOUS RIVAROXABAN (XARELTO^{MD}), APIXABAN (ELIQUIS^{MD}) ET DABIGATRAN (PRADAXA^{MD}) (SUITE)

CONTEXTE POST-INTERVENTION

SECTION DE L'ORDONNANCE VALIDE DURANT L'HOSPITALISATION

RÉÉVALUATION DE L'ANTICOAGULATHÉRAPIE post-intervention par la spécialité médicale : _____

POURSUITE DE LA THÉRAPIE DE RELAIS POST-INTERVENTION (Approche indiquée selon l'annexe 2)

Posologie de la thérapie de relais à reprendre post-intervention

En **PRÉSENCE** de **BLOC LOCO-RÉGIONAL** ou **D'ÉPIDURALE**

➤ **Thérapie de relais possible**

- Tinzaparine 3 500 unités SC DIE q AM
- Tinzaparine 4 500 unités SC DIE q AM (si IMC > 30)

➤ **Moment de reprise et durée de la thérapie de relais à reprendre post-intervention**

- Reprendre au jour 1 post-intervention (→ correspondant au ____ / ____ / ____) pour ____ jours
- Reprendre au jour ____ post-intervention (→ correspondant au ____ / ____ / ____) pour ____ jours

En **l'ABSENCE** de **BLOC LOCO-RÉGIONAL** ou **D'ÉPIDURALE**

➤ **Thérapie de relais possible**

- Héparinothérapie IV de faible intensité selon l'OIP 3344 à débiter le ____ / ____ / ____
- Dose thérapeutique de tinzaparine _____ unités (175 unités/kg, arrondir au prochain multiple de 1 000 unités) SC DIE q AM

➤ **Moment de reprise et durée de la thérapie de relais à reprendre post-intervention**

- Reprendre au jour 1 post-intervention (→ correspondant au ____ / ____ / ____) pour ____ jours
- Reprendre au jour ____ post-intervention (→ correspondant au ____ / ____ / ____) pour ____ jours

REPRISE DE L'ANTICOAGULATION ORALE POST-INTERVENTION

Moment de reprise de l'anticoagulant oral

- Reprendre au jour 1 post-intervention → correspondant au ____ / ____ / ____
- Reprendre au jour ____ post-intervention → correspondant au ____ / ____ / ____

Reprise de l'anticoagulant oral

- Rivaroxaban (Xarelto^{MD}): _____ mg PO DIE
- Apixaban (Eliquis^{MD}): _____ mg PO BID
- Dabigatran (Pradaxa^{MD}): _____ mg PO BID

Précautions spécifiques à respecter

Si relais à l'HÉPARINE SC	Si relais à la tinzaparine SC	Si relais à l'héparine IV	Si épidurale présente
➤ Débuter l'anticoagulant oral 2 h avant la dose prévue d'héparine SC	➤ Débuter l'anticoagulant oral 2 h avant la dose prévue de tinzaparine SC	➤ débiter l'anticoagulant oral à l'arrêt de l'héparine IV	➤ débiter l'anticoagulant oral 6 h après le retrait du cathéter épidural
➤ Cesser l'héparine SC	➤ Cesser la tinzaparine SC		

Date et heure : _____ Signature du médecin : _____ # permis : _____

ANNEXE 1 À L'OIP 3388 - GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-INTERVENTION POUR L'USAGER SOUS RIVAROXABAN (XARELTO^{MD}), APIXABAN (ELIQUIS^{MD}) ET DABIGATRAN (PRADAXA^{MD})

INDICATION D'UNE THÉRAPIE DE RELAIS À LA TINZAPARINE (INNOHEP^{MD}) SELON LA CATÉGORIE DE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE

RISQUE	INDICATION	VALVES CARDIAQUES MÉCANIQUES	FIBRILLATION AURICULAIRE	THROMBOEMBOLIE VEINEUSE	AUTRES INDICATIONS	THÉRAPIE DE RELAIS À LA TINZAPARINE (INNOHEP ^{MD})
Risque ÉLEVÉ		Valve mécanique aortique à disque pivotant -Starr-Edwards -à billes (Bjork-Shiley) Valve mécanique en position mitrale. ACV ou ICT < 6 mois	Score « CHADS2 » de 5-6 ACV ou ICT < 3 mois Valvulopathie rhumatismale	TVP/EP < 3 mois Thrombophilie sévère : -Déficiency en protéine C, -Déficiency en protéine S -Déficiency en antithrombine -Anticorps antiphospholipides, homozygotes, anomalies combinées) TVP/EP survenue lors de la suspension temporaire des anticoagulants oraux	Usager avec ACV ou ICT > 3 mois précédents l'intervention (score « CHADS2 » < 5) Usager devant subir une chirurgie à haut risque de développement d'événement thromboembolique : -Remplacement de valve cardiaque -endartérectomie carotidienne -chirurgie vasculaire majeure	Recommandée à dose thérapeutique
Risque MODÉRÉ		Valve mécanique aortique à hémi-ailettes (St-Jude / Carbomedics) et ≥ 1 des facteurs de risques suivants : - FA - Antécédents d'ACV ou d'ICT - HTA - Diabète - Insuffisance cardiaque - ≥75 ans	Score « CHADS2 » de 3-4	TVP/EP > 3 mois et < 12 mois. TVP/EP récidivantes multiples et/ou état thrombophilique (facteur V Leiden ou mutation G20210A prothrombine) Cancer actif (traitement dans les 6 derniers mois ou palliatif).		À considérer soit à <input type="checkbox"/> Dose thérapeutique <input type="checkbox"/> Dose prophylactique
Risque FAIBLE		Valve mécanique aortique à hémi-ailettes (St-Jude/ Carbomedics) - sans FA - sans autres facteurs de risques Bioprothèse valvulaire	Score « CHADS2 » de 0-2	TVP/EP > 12 mois sans autre facteur de risque.		Non recommandée

Adapté de :

Douketis et al. Perioperative management of antithrombotic therapy. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: ACCP guidelines.CHEST 2012; 141(2)(suppl) : 326S-350S.

ANNEXE 2 À L'OIP 3388 - GESTION DE L'ANTICOAGULATION PÉRI-INTERVENTION POUR L'USAGER SOUS RIVAROXABAN (XARELTO^{MD}), APIXABAN (ELIQUIS^{MD}) ET DABIGATRAN (PRADAXA^{MD})

ÉVALUATION DU RISQUE DE SAIGNEMENT SELON LE TYPE D'INTERVENTION

RISQUE DE SAIGNEMENT	INTERVENTIONS	Éléments supplémentaires à considérer lors de la détermination finale du risque de saignement	APPROCHE POUR LA REPRISE DU RIVAROXABAN OU DE L'APIXABAN OU DU DABIGATRAN POST-INTERVENTION
Risque TRÈS ÉLEVÉ	Neurochirurgie Chirurgie cardiaque		Lorsque l'hémostase est jugée satisfaisante par le médecin ayant pratiqué l'intervention
Risque ÉLEVÉ	Chirurgie abdominale majeure Chirurgie orthopédique -PTG -PTH -Fracture de hanche Chirurgie thoracique avec résection de lobe pulmonaire Chirurgie vasculaire majeure Néphrectomie Résection de tumeur vésicale Polypectomie Ponction péricardique Biopsie rénale Biopsie de la prostate		Lorsque l'hémostase est jugée satisfaisante par le médecin ayant pratiqué l'intervention Si le RISQUE HÉMORRAGIQUE demeure <u>présent</u> et que le RISQUE D'ÉVÉNEMENT THROMBOEMBOLIQUE est <u>élevé</u> : → Héparinothérapie IV de faible intensité selon l'OIP 3344 à considérer 48 à 72 h post-intervention en remplacement des anticoagulants oraux
Risque MODÉRÉ	Chirurgie autres que celles à risque élevé. -Chirurgie abdominale -Chirurgie orthopédique -Chirurgie thoracique -Chirurgie vasculaire Chirurgies dentaires Chirurgies laparoscopiques autres que celles à faible risque Pace maker permanent Pace défibrillateur interne Prostatectomie	Déroulement de la procédure	Lorsque l'hémostase est jugée satisfaisante par le médecin ayant pratiqué l'intervention MOMENT DE REPRISE -48 h post intervention si →si le risque hémorragique estimé est minimal →si s'alimente
Risque FAIBLE	Chirurgie de la cataracte Chirurgies laparoscopiques -cholécystectomie -cure hernie inguinale Extraction de tumeur/biopsie peau Extraction dentaire Angiographie Biopsie du sein Procédure diagnostique ou endoscopique (avec ou sans ponction ou biopsie)	Déroulement de la procédure	MOMENT DE REPRISE -24 h post-intervention si s'alimente

Adapté de :

Spyropoulos et Douketis, Perioperative management of oral anticoagulants, Blood, 11 octobre 2012 Vol 120 : 1