

QUAND FAUT-IL INTERROMPRE UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX AVANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Nous avons reçu plusieurs commentaires au sujet de l'article paru dans les Folia de juin 2011 sur la prise en charge du traitement médicamenteux avant une intervention chirurgicale.

IECA, sartans et inhibiteurs de la rénine

Dans les Folia de juin 2011, il est mentionné que, selon nos sources, la décision de poursuivre ou non les IECA, les sartans et les inhibiteurs de la rénine en période périopératoire fait l'objet de discussions, et qu'il est souvent recommandé d'interrompre ces médicaments au moins 12 heures avant l'intervention chirurgicale lorsque ceux-ci constituent un traitement de l'insuffisance cardiaque, et de ne pas les interrompre dans le traitement de l'hypertension artérielle. La crainte de poursuivre le traitement s'explique par le risque d'hypotension périopératoire avec diminution de la perfusion coronarienne. Par ailleurs, l'interruption du traitement peut avoir un effet néfaste sur la fonction ventriculaire chez les patients traités pour une insuffisance cardiaque. Des experts nous ont signalé que, contrairement à ce qui est mentionné dans les Folia, il leur semble préférable de ne pas interrompre ces médicaments chez les patients traités pour une insuffisance cardiaque. Les données sur lesquelles reposent les recommandations sont très limitées et controversées.

Clopidogrel

Le clopidogrel est généralement utilisé en association à l'acide acétylsalicylique dans le traitement de certains syndromes coronariens aigus. Il est en principe recommandé d'interrompre un traitement par le clopidogrel 7 jours avant une intervention chirurgicale, sauf en cas d'indication majeure (dans les 3 mois après un infarctus du myocarde ou après mise en place d'un stent métallique ou dans les 12 mois après mise en place d'un stent médicamenteux). En cas d'indication majeure pour le clopidogrel, il est recommandé dans la mesure du possible de postposer l'intervention. Le clopidogrel est cependant aussi souvent utilisé en monothérapie en prévention secondaire d'une affection cardio-vasculaire, par ex. en cas d'allergie ou d'intolérance à l'acide acétylsalicylique. Selon certaines sources, le risque hémorragique avec le clopidogrel en monothérapie ne serait pas plus important qu'avec l'acide acétylsalicylique en monothérapie. On peut dès lors se demander si le clopidogrel ne devrait pas être poursuivi dans la mesure du possible (à l'instar de ce qui est recommandé pour l'acide acétylsalicylique). On ne dispose cependant pas de données sur le risque d'hémorragie en période périopératoire chez des patients traités par le clopidogrel en monothérapie.

Antagonistes de la vitamine K

En cas d'intervention majeure avec un risque élevé d'hémorragie, il est nécessaire d'interrompre temporairement les antagonistes de la vitamine K et de les remplacer par une héparine

de bas poids moléculaire. Outre les facteurs de risque thrombo-embolique¹ cités dans les Folia de juin 2011, il faut également mentionner les thrombophilies dues entre autres à une mutation du facteur V de Leiden.

1 Prothèse valvulaire mécanique mitrale, tricuspide ou pulmonaire; prothèse valvulaire aortique mécanique + FA; valvulopathie mitrale + FA; antécédents d'embolie cardiaque ou systémique; thrombo-embolie veineuse profonde récente (< 3 mois); pontage périphérique avec antécédents de thrombose

Informations récentes novembre 2011

Pour les « Informations Récentes » de décembre 2011, voir la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web et les Folia de janvier 2012.

▼: médicament à base d'un nouveau principe actif ou nouveau médicament biologique, pour lequel la notification d'effets indésirables au Centre Belge de Pharmacovigilance est encouragée.

- Le **bocéprévir (Victrelis®▼)** (chapitre 11.4.4.) est un inhibiteur de protéase proposé dans le traitement de l'hépatite C chronique, en association avec le peginterféron α et la ribavirine, chez des patients infectés par le virus de l'hépatite C (VHC) de génotype 1. L'association de peginterféron et de ribavirine représente depuis plusieurs années le traitement standard de l'hépatite C chronique active, mais cette association ne permet pas toujours d'atteindre une éradication virale suffisante, en particulier chez les patients infectés par le VHC de génotype 1. Deux études randomisées contrôlées par placebo chez des patients infectés par le VHC de génotype 1 ont révélé une plus grande efficacité chez les patients qui étaient traités

par le bocéprévir en plus de l'association peginterféron-ribavirine. Les principaux effets indésirables du bocéprévir consistent en des atteintes cutanées et des troubles hématologiques, avec surtout un risque d'anémie pouvant nécessiter une prise en charge spécifique ou une diminution de la dose. Le bocéprévir est un inhibiteur puissant du CYP3A4.

- La spécialité **Xigris®** à base de **dotrécogine alfa** (chapitre 2.1.2.6.), une variante de la protéine C activée humaine qui était utilisée dans le traitement de la septicémie sévère, est retirée du marché en raison du manque de preuves d'efficacité: dans une étude publiée récemment, aucune différence de mortalité n'a été constatée par rapport au placebo.