

Compte-rendu

# Absence de bridging post-opératoire chez les patients sous AVK: oser ou pas?

Postoperative low molecular weight heparin bridging treatment for patients at high risk of arterial thromboembolism (PERIOP2): double blind randomised controlled trial.

M. J. Kovacs et al., BMJ, 09.06.2021

DOI: [10.1136/bmj.n1205](https://doi.org/10.1136/bmj.n1205)

## Introduction

Les auteurs de cet article ont cherché à démontrer l'efficacité et la sécurité d'un bridging par HBPM versus placebo lors de l'arrêt de l'AVK pour une procédure chirurgicale.

## Méthode

**RCT en double-aveugle** (Canada et Inde) conduit entre 2007-2016. **Participant.e.s** : >18 ans, porteurs.euses de valve mécanique (VM) aortique ou mitrale ou connu.e.s pour une fibrillation auriculaire/flutter atrial avec CHADS<sub>2</sub> >1, anticoagulé.e.s au long cours par warfarine et nécessitant une chirurgie non cardiaque ou geste invasif avec nécessité d'arrêt de l'anticoagulation orale (ACO). **Exclu.e.s** : saignement 30 jours avant arrêt de l'ACO, plaquettes <100 G/l, chirurgie spinale ou neurochirurgie, clairance créatinine < 30 ml/min, multiples VMs, porteur de VM avec antécédent d'AVC ou AIT, HIT. **Protocole** : Arrêt ACO J-5, daltéparine sous cutanée jusqu'à 48-72 h préopératoires. Reprise ACO J-0 (soir) + randomisation daltéparine vs. placebo (J+1). Dose de daltéparine variable selon risque hémorragique (prophylactique vs. thérapeutique). **Issue primaire (efficacité)** : évènement thromboembolique majeur (AVC, AIT, infarctus, embolie artérielle, thrombose de la valve, TVP-EP, mortalité vasculaire) à J<sub>90</sub>. **Issue secondaire (efficacité)** : composite d'évènements thromboemboliques majeurs ou hémorragies majeures. **Issue primaire (sécurité)** : hémorragie majeure (définition ISTH).

## Résultats

**1471 patient.e.s**, dont 64% d'hommes et 79.3% patient.e.s en FA. Seulement 20.7% des patient.e.s étaient porteur.euses de VM. Le score CHADS<sub>2</sub> était de 2.42 en moyenne. **L'incidence d'évènement thromboembolique à 90 jours était similaire dans les deux groupes** : 1.2% bridging vs. 1% placebo (p=0.64, 95% CI, -1.3 à 0.8). L'incidence des évènements hémorragiques majeurs était similaire dans les deux groupes : 11% bridging vs. 2% placebo (p=0.32, 95% CI, -2.0 à 0.7).

## Discussion

Cette étude montre, malgré des résultats peu significatifs, l'absence de différence d'évènement thromboembolique majeur en absence de bridging post-opératoire chez le patient sous traitement d'antivitamine K (AVK) à J<sub>90</sub> post-opératoire. A noter qu'une analyse post hoc à J<sub>30</sub> émet un doute sur ces résultats avec un taux d'évènement thromboembolique plus marqué dans le groupe placebo (8%) que dans le groupe bridging (3%) (p=0.06, 95% CI, -1.8 à 0.1). Ces résultats sont applicables aux porteurs de VMs qui n'ont pas présenté d'AVC ou AIT au préalable, chez qui les AVK restent le traitement de choix.

## Conclusion

Compte tenu des valeurs peu significatifs et du nombre réduit des patients porteurs des VMs de plus amples études centrées sur ce type des patients paraient nécessaires afin de clarifier si les porteurs de VM seraient à plus haut risque d'évènement thromboembolique en absence de bridging.



Date de publication	Auteurs
03.09.2021	Sara I. Gironda