

## Conduite à tenir devant un saignement ou une chirurgie urgente sous Dabigatran (PRADAXA®) ou Rivaroxaban (XARELTO®)

### Dans tous les cas :

- Age, poids, nom du médicament, dose, nombre de prises par jour, heure de la dernière prise, indication
  - Dosage spécifique:
    - temps de thrombine modifié pour Dabigatran
    - activité antiXa spécifique pour le Rivaroxaban
- Contactez le laboratoire d'hémostase pour informer du niveau d'urgence et discuter des examens et prélèvements à effectuer.

- ▶ Arrêt du médicament.
- ▶ Remplissage vasculaire si nécessaire
- ▶ Charbon actif si prise < 2h
- ▶ Transfusion de CGR si nécessaire.
- ▶ Dialyse éventuelle uniquement pour le Dabigatran

### Hémorragie avec localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple :

- hémorragie intracrânienne et intraspinal, et
- hémorragie intraoculaire et rétro-orbitaire,
- hémothorax, hémopéritoine et hémopéricarde,
- hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge,
- hémorragie digestive aiguë,
- hémarthrose, impliquant le système nerveux central.

- ▶ Selon disponibilité administration de concentrés de complexe prothrombinique : PPSB KanoKad®, Octaplex®, Confidex® : 50UI/Kg ou Concentré de complexe prothrombinique activé FEIBA® : 30-50 UI Kg IV.

CCP=25-50 UI/kg ou FEIBA=30-50 UI/Kg en fonction de la disponibilité.

Pas de données disponibles sur le risque thrombotique de fortes doses de CCP ou de FEIBA, chez ces patients. L'antagonisation par CCP ou FEIBA ne corrige pas complètement les anomalies biologiques de l'hémostase.

Le rFVIIa n'est pas envisagé en première intention  
Novoseven® : 60-80 µg/Kg IV bolus à passer en 2 à 5 mn après avis hémostase.

### Hémorragie grave, ou potentiellement grave, définie par la présence d'au moins un des critères suivants :

- hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels ;
  - instabilité hémodynamique : PAS < 90 mmHg ou diminution de 40 mmHg par rapport à la PAS habituelle, ou PAM < 65 mmHg, ou tout signe de choc ;
  - nécessité d'un geste hémostatique urgent : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie ;
  - nécessité de transfusion de culots globulaires ;
- S'il n'existe aucun de ces critères, l'hémorragie est qualifiée de non grave.

**Si ratio TCA ≤ 1.2 et TP ≥ 80 % ou si concentration ≤ 30 ng/ml (Dabigatran ou Rivaroxaban) si dosage disponible pas d'antagonisation**

L'obtention d'un dosage spécifique du Dabigatran ou du Rivaroxaban est la meilleure solution dans la gestion des accidents hémorragiques.

Privilégier un geste hémostatique si réalisable

- Si pas de geste hémostatique immédiat.
- Et si ratio TCA > 1.2 (isolé) ou TP < 80 % ou concentration > 30 ng/ml (Dabigatran ou Rivaroxaban) si dosage disponible.

▶ Discuter l'antagonisation (pas toujours nécessaire) et obtenir un dosage spécifique si possible.

## Conduite à tenir devant une chirurgie urgente sous Dabigatran (PRADAXA®) ou Rivaroxaban (XARELTO®)

**Dosage disponible** : Dabigatran ou Rivaroxaban  $\leq 30$  ng /ml  
**Dosage non disponible** (ne garantit pas de manière formelle l'absence de complications hémorragiques) : TCA  $\leq 1.2$  et TP  $\geq 80$  %

► Opérer

Remarque : Les TP-TCA peuvent être perturbés pour d'autres raisons que l'anticoagulant. On pourra recourir, dans un second temps, à l'analyse de l'activité antiXa, si disponible, si celle-ci est normale, permet d'envisager une concentration de rivaroxaban  $< 30$  ng / ml et pour le dabigatran à l'analyse du temps de thrombine (TT), si disponible, si celui-ci est normal, permet d'exclure la présence de dabigatran.

**Dosage disponible** : Concentration Dabigatran ou Rivaroxaban comprise entre 30 ng/ml et 200ng/ml  
**Dosage non disponible** (ne garantit pas de manière formelle l'absence de complications hémorragiques) :  $1.2 < TCA \leq 1.5$  ou TP  $< 80$  %

- Attendre jusqu'à 12 h puis nouveau dosage Dabigatran ou Rivaroxaban ou nouveau TP-TCA mais essayer d'obtenir un dosage spécifique.
- **ou** (si délai incompatible avec l'urgence) ► **Opérer**, si saignement anormal : **antagoniser.**

**CCP=25-50 UI/kg ou FEIBA=30-50 UI/Kg** en fonction de la disponibilité.

Pas de données disponibles sur le risque thrombotique de fortes doses de CCP ou de FEIBA, chez ces patients. L'antagonisation par CCP ou FEIBA ne corrige pas complètement les anomalies biologiques de l'hémostase.

Le rFVIIa n'est pas envisagé en première intention  
Novoseven® : 60-80  $\mu$ g/Kg IV bolus à passer en 2 à 5 mn après avis hémostase.

**Dosage disponible** : Concentration Dabigatran ou Rivaroxaban comprise entre 200 ng/ml et 400ng/ml  
**Dosage non disponible** (ne garantit pas de manière formelle l'absence de complications hémorragiques) : TCA  $> 1.5$

- Attendre 12 à 24 h puis nouveau dosage Dabigatran ou Rivaroxaban ou nouveau TP-TCA mais essayer d'obtenir un dosage spécifique.
- **ou** (si délai incompatible avec l'urgence)
- Retarder au maximum l'intervention
- **Opérer**, si saignement anormal : **antagoniser.**

**Dosage disponible** : Dabigatran ou Rivaroxaban  $> 400$  ng /ml

- **Surdosage** – Risque hémorragique majeur
- Discuter la dialyse pour le Dabigatran avant la chirurgie.

# Modalités du relais héparine-anticoagulant oral (AVK ou NACO) avant une chirurgie ou acte invasif

Risque hémorragique faible

J

Risque hémorragique modéré à élevé

