

Gestion des anticoagulants à l'accouchement

1) ANTICOAGULANTS A DOSE CURATIVE

- Prothèse valvulaire mécanique ou risque thrombo embolique majeur (ex: embolie pulmonaire < 3 mois)
- Nécessité de programmer l'accouchement en limitant la fenêtre thérapeutique → **concertation pluridisciplinaire indispensable**
- Fenêtre thérapeutique = maximum 36 heures et dans les situations à très haut risque fenêtre maximale de 4 à 6h avec utilisation d'héparine non fractionnée

Valves cardiaques mécaniques

Arrêt HBPM curatif pour relais héparine IV

- Débuter héparine IV au PSE 4 heures après arrêt de HBPM 18 UI/kg/h sans dose de charge
- TCA et héparinémie 6 heures après début du PSE
 - Objectifs TCA x 2 à 3 et héparinémie 0,3 à 0,6
- Arrêt héparine au PSE en début de travail
 - Attendre 4 heures après la fin du PSE pour réalisation d'une anesthésie péri médullaire (APM)
 - Contrôle héparinémie/ anti Xa (objectif < 0,2) avant APM possible et recommandé si insuffisance rénale ou obésité
- Alternative à l'anesthésie péri médullaire PCA d'ULTIVA
- Ablation cathéter APD 2 heures après la naissance
- Reprise héparine curative IVSE ou HBPM
 - 2 h après la naissance en l'absence d'APM
 - 4 heures après retrait du cathéter APD ou 6h après la ponction de rachianesthésie
 - Si ponction traumatique (APM difficile avec ponctions multiples) reprise 24 heures après la ponction APM
- Date de reprise AVK J2 si accouchement voie basse et J3 si césarienne à discuter en concertation médico chirurgicale
 - Si haut risque hémorragique pas d'AVK avant J5
 - Arrêt héparine curative quand INR > 2,5 si valve aortique ou > 3 si valve mitrale

AVK : si allaitement choisir *warfarine* COUMADINE® ou acenocoumarol SINTROM® (la fluidione PREVISCAN ainsi que les NACO CI en cas d'allaitement)

APD : anesthésie péridurale
 APM : anesthésie périmédullaire
 AVK : anti vitamine K
 HBPM : héparine bas poids moléculaire
 NACO : nouveaux anticoagulants oraux
 PSE : pousse seringue électrique

Autres situations d'anticoagulation curative prépartum ne nécessitant pas de relais d'héparine IVSE
(possible fenêtre thérapeutique ex maladie thrombo embolique récente)

HBPM curatif sans relais IVSE

- Si déclenchement prévu (col favorable) dernière injection la veille au matin
- Dans tous les cas pour une anesthésie péri médullaire délai de 24 h minimum après la dernière injection d'HPBM à dose curative
 - Contrôle héparinémie/ anti Xa (objectif < 0,2) avant APM possible et recommandé si insuffisance rénale ou obésité
- Alternative à l'anesthésie péri médullaire PCA d'ULTIVA
- Ablation cathéter APD 2 heures après la naissance
- Reprise HBPM curatif
 - 12 à 24 heures après la naissance en l'absence d'APM
 - 12 à 24 heures après retrait du cathéter APD ou après la ponction de rachianesthésie
 - Si ponction traumatique (APM difficile avec ponctions multiples) reprise 24 heures après la ponction d'APM

2) ANTICOAGULANTS A DOSE PREVENTIVE

- Privilégier rythme injection d'HBPM le matin (à suspendre si mise en travail ou déclenchement)
- Pas de programmation systématique de l'accouchement
- Délai de 12 h minimum après la dernière injection d'HPBM à dose préventive pour une anesthésie péri médullaire
- Ablation cathéter APD 2 heures après la naissance
- Délai reprise HBPM préventif :
 - 6 heures après l'accouchement en l'absence d'APM
 - 6 heures après retrait cathéter APD ou la ponction
 - Si ponction traumatique (APM difficile avec ponctions multiples) reprise 24 heures après la ponction APM

Référentiel RSN issu du travail de la commission des anesthésistes