

PROTOCOLE DE GESTION DES ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES ET ANTICOAGULANTS POUR LES PATIENTS HOSPITALISES POUR UNE FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPERIEURE DU FEMUR (FESF)

GESTION DES ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES (AAP)

- Opérer **sans délai** les patients sous Aspirine (KARDEGIC® - posologie max ≤ 300 mg/j) ou sous Clopidogrel (PLAVIX®) en monothérapie.
- Opérer dans un délai de **2 à 3 jours** les patients sous Prasugrel (EFIENT®) ou Ticagrelor (BRILIQUE®).
- Opérer dans un délai de **3 jours** les patients sous bi antiagrégation plaquettaire, en conservant l'Aspirine en monothérapie.
- Neutraliser par transfusion plaquettaire en cas de saignement per opératoire non contrôlable par l'opérateur sénior (et attribuable au traitement)
 - Dose recommandée : $0,5$ à $0,7 \times 10^{11}$ plaquettes par 10 kg de poids

GESTION DES ANTI VITAMINES K (*en dehors de la gestion des valves cardiaques mécaniques*)

- Doser l'INR à l'entrée (objectif **INR ≤ 1.5**)
- Antagoniser de façon systématique par de la Vitamine K1.
 - **VITAMINE K1** : 5 mg par voie orale (1^{ère} intention) et contrôle de l'INR le lendemain matin.
 - 2^e dose de 5 mg à 24h en cas d'INR > 1.5
 - Si voie orale non possible : administrer 5 mg en IV lente sur 30 min
- Opérer de façon systématique à 48h de l'hospitalisation même si l'INR est > 1.5 en antagonisant par des concentrés de facteurs prothrombiques (CCP)
 - **CCP** : KANOKAD® 25 UI/kg IVL, 30 à 60 minutes avant le geste :
 - Flacons de 500 UI/20 mL
 - Posologie : 250 UI/10 mL/10 kg de poids (ex : 70 kg = 1750 UI = 70 ml = 3.5 flacons)
 - Débit 2 ml/min (*reco VIDAL*) = 1 flacon de 20 ml sur 10 min (3.5 flacons = 35 min)
- Clou gamma ou vissage possible si TP $\geq 45\%$ (INR ≤ 1.8)
- Substitution par HBPM ou HNF à dose préventive dès obtention d'un INR ≤ 1.5 chez un patient non opéré.

GESTION DES ANTICOAGULANTS ORAUX

- Arrêt des dosages systématiques des AOD
- Opérer tous les patients à **48h** de la dernière prise d'AOD, sans contrôle préalable du dosage (hors IRA sévère, ClCr ≤ 30 ml/min)
- Opérer les patients sous Dabigatran (PRADAXA®) si DDP $> 24h$ et ClCr > 50 ml/min
- Antagoniser en cas de saignement per opératoire non contrôlable par l'opérateur sénior et attribuable à l'AOD :
 - **CCP** : KANOKAD® 25-50 UI/kg IVL, 30 à 60 minutes avant le geste :
 - Flacons de 500 UI/20 mL
 - Posologie : 250 UI/10 mL/10 kg de poids (ex : 70 kg = 3500 UI (50 UI/kg) = 7 flacons)
 - Débit 2 ml/min (*reco VIDAL*) = 1 flacon de 20 ml sur 10 min (7 flacons = 70 min)
- Prise en charge individualisée en cas d'IRA sévère (ClCr ≤ 30 ml/min)
- Pas de prise en charge spécifique chez les patients répondants au délai optimal d'arrêt des AOD (J-3 –Xabans, J-4 ou J-5 Dabigatran)