

Les progrès de la pharmacologie, l'expérience clinique acquise et les systèmes de pharmacovigilance permettent aujourd'hui de prévoir et de prendre en charge les interactions entre les médicaments pris par le patient et les substances utilisées en anesthésie.

Ces nouvelles connaissances ont amené les anesthésistes à réduire le nombre des médicaments à interrompre avant une anesthésie, que celle-ci soit associée à une intervention chirurgicale, une endoscopie, un examen radiologique invasif, etc. En effet, dans la majorité des cas, les conséquences d'un arrêt éventuel du traitement seraient plus lourdes que celles liées à la poursuite du traitement (antidépresseurs, antiparkinsoniens, antiépileptiques, bêtabloquants, ...).

Dans tous les cas, avant une anesthésie, la transmission de l'information est primordiale.

- Signaler à l'anesthésiste la prise de tout médicament afin qu'il puisse adapter sa stratégie préopératoire, conseiller au patient d'emmener avec lui l'ensemble des médicaments qu'il prend régulièrement (y compris phytothérapie !).
- Si le patient est âgé et/ou polymédiqué, conseiller une consultation chez l'anesthésiste, surtout avant une chirurgie majeure.

Tout médicament susceptible d'interaction(s) sera interrompu, ou éventuellement remplacé par un médicament présentant moins de risques.

Tout traitement à dose adéquate, prescrit dans une indication valable sera poursuivi jusqu'au jour de l'intervention. Certains médicaments doivent cependant être arrêtés :

- **IECA et Sartans :**

Compte tenu du blocage du système rénine-angiotensine, une hypotension grave peut survenir au cours de l'intervention chirurgicale avec ces médicaments. De plus, un arrêt du traitement n'entraîne pas d'effet rebond. Par contre, chez les patients en insuffisance cardiaque, le maintien des IECA ou des sartans paraît souhaitable vu leur effet sur la fonction ventriculaire gauche. En conclusion, on préconise l'arrêt de ceux-ci, *chez les patients traités pour HTA, 24h avant une chirurgie hémorragique ou une anesthésie rachidienne ou épidurale*. On les maintient dans les autres cas.

- **Antiagrégants plaquettaires**

o Aspirine

En inhibant la synthèse de la cyclooxygénase au niveau des plaquettes, elle bloque la formation de thromboxane A₂, agent vasoconstricteur et responsable de l'agrégation plaquettaire. Sa durée d'action est de 5 jours.

o Ticlopidine, Clopidogrel


Ces agents se lient au récepteur de l'ADP des plaquettes et bloquent l'activité de celles-ci. Leur durée d'action est de 10 jours.

Idéalement, pour l'hémostase chirurgicale, *l'aspirine* devrait donc être arrêtée *5 jours avant* l'intervention, *la ticlopidine et le clopidogrel 10 jours avant*.

Cependant, ces antiagrégants réduisent la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire chez les patients coronariens. Leur arrêt pourrait entraîner des accidents thrombotiques. La décision de l'arrêt ou de la poursuite du traitement préventif par les antiagrégants devra donc tenir compte de la technique chirurgicale et anesthésique, de la possibilité du contrôle de l'hémostase et du risque cardiovasculaire spécifique. Dans les cas de chirurgie à hémostase difficile (prostate) ou à risque hémorragique élevé (notamment carcinologique ou neurochirurgicale), les antiagrégants seront arrêtés (et éventuellement relayés par les héparines).

o AINS : à arrêter en fonction de la demi-vie¹ (48 à 72h avant).

- **Antivitaminiques K** : à arrêter *3 à 5 jours avant* l'intervention et remplacer par des héparines à bas poids moléculaire (selon l'INR).



En cas d'extraction dentaire, aucune donnée clinique ne suggère un risque particulièrement élevé des antiagrégants plaquettaires, en regard de leurs bénéfices attendus... Informer le dentiste des médicaments pris reste important.

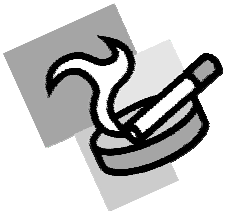
¹ Voir la fiche de conduite officinale « Autour de la délivrance de l'aspirine et des AINS ».

- **Anorexigènes** : ces médicaments sont dérivés soit des amphétamines soit des sympathicomimétiques. Ils seront arrêtés *3-4 jours avant* toute intervention (en tenant compte de leur durée d'action), suite au risque de trouble du rythme et d'accès hypertensif.
- **Contraception orale et traitement hormonal substitutif** : à arrêter *seulement avant* une intervention chirurgicale à haut risque thromboembolique (*4 semaines avant*) et pendant la période d'immobilisation.
- **Isoniazide** : cet antituberculeux a des métabolites hépatotoxiques. Lorsque des anesthésiques inducteurs enzymatiques sont administrés, on peut favoriser l'apparition d'une hépatopathie. La règle est d'arrêter *2 jours avant* l'intervention et d'attendre 15 jours avant la reprise du traitement.
- **Antidiabétiques oraux** :
 - o Metformine : arrêter *48-72 h avant* l'intervention à cause du risque d'acidose lactique (glucotest la veille et insuline de courte durée si nécessaire)
 - o Sulfamidés hypoglycémiants : arrêter *la veille au soir* de l'intervention (glucotest la veille).
- **Phytothérapie** : dans la littérature, on s'accorde à dire qu'il faut arrêter toute forme de phytothérapie *8 à 15 jours avant* une intervention, ou au plus tard 7 jours avant (surtout ail, ginkgo, ginseng, millepertuis !!). Même la valériane et l'échinacée sont concernées !

En bref, médicaments à arrêter avant une intervention

- IECA et sartans	la veille en cas d'HTA	selon le contexte
- Antiagrégants	5 jours si aspirine, 5 à 10 jours si ticlopidine ou clopidrogel	
- Antivitaminiques K	3 à 5 jours	Seulement si intervention à haut risque thromboembolique
- Anorexigènes	3-4 jours	
- Contraception orale	4 semaines	
- Isoniazide	2 jours	
- Metformine	48 à 72 h	
- Phytothérapie	8 à 15 jours	

Ne pas minimiser les risques du tabagisme !



Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante du risque de complications périopératoires, mais il est souvent négligé. Il peut s'agir de complications générales (respiratoires, infectieuses ou coronariennes), mais aussi de complications au niveau du site opératoire : la fumée de cigarette augmente les risques d'infection, retarde la cicatrisation cutanée et la consolidation osseuse et favorise les lâchages de sutures ou d'anastomoses digestives et vasculaires.

L'idéal est d'arrêter le tabac *6 à 8 semaines avant* l'intervention, on peut ainsi obtenir une disparition du risque de complications opératoires dues au tabac. Un arrêt de moins de 3 semaines avant l'intervention reste bénéfique, car on observe une diminution du risque de complications au niveau du site opératoire.

	<i>Exemples de spécialités</i>
IECA	Capoten®, Inhibace®, Renitec®, Fosinil®, Novatec®, Zestril®, Coversyl®, Accupril®, Ramace®, Tritace® et génériques
Sartans	Atacand®, Teveten®, Aprovel®, Cozaar®, Loortan®, Belsar®, Olmetec®, Micardis®
Ticlopidine	Ticlid®
Clopidrogel	Plavix®
Antivitaminiques K	Sintrom®, Marevan®, Marcoumar®
Anorexigènes	Reductil®
Isoniazide	Nicotibine®
Metformine	Glucophage® et génériques