

# Arrêt des antiagrégants pour la chirurgie ophtalmologique

La chirurgie de la cataracte est la chirurgie la plus pratiquée en France. Elle concerne généralement des patients âgés, souvent atteints de pathologies cardiovasculaires et traités par anticoagulant ou antiagrégant. Ainsi, parmi les patients opérés de cataracte 24,2 % sont traités par de l'aspirine et 4 % par de la warfarine [1].

La chirurgie oculaire est une chirurgie fonctionnelle, mais elle concerne un organe sensoriel essentiel. La présence des antiagrégants peut faire craindre un risque hémorragique pouvant aboutir à la cécité. Par ailleurs, l'arrêt, même bref, des antiagrégants peut avoir des conséquences thrombo-emboliques graves, parfois vitales. A la différence des anticoagulants, il n'existe pas de molécule aux propriétés antiagrégantes de durée d'action courte pouvant être utilisée en relais. Le risque hémorragique, chirurgical et anesthésique est donc à mettre en balance avec le risque thrombotique.

## ■ RISQUE HÉMORRAGIQUE CHIRURGICAL

La chirurgie de la cataracte concerne le cristallin qui est avasculaire. Cependant, l'œil contient le tissu le plus vascularisé de l'organisme : la choroïde (située entre la rétine et la sclère), et c'est à son niveau que, lors d'une chirurgie de la cataracte, suite à des modifications de la pression intraoculaire, l'hémorragie la plus grave peut survenir : l'hémorragie sous-choroïdienne qui aboutit parfois à

une expulsion du contenu oculaire par l'incision chirurgicale. Cette complication est très rare, mais ses conséquences sont majeures avec souvent une perte fonctionnelle de l'œil et au maximum une perte anatomique de celui-ci.

Les facteurs de risque de cette complication sont d'ordre chirurgical : taille de l'incision ou hypotonie oculaire, et d'ordre général : terrain vasculaire associé à un traitement anticoagulant [2]. En revanche, il n'y a pas de preuve de la responsabilité des antiagrégants dans ce type de complications. En effet, par exemple pour l'aspirine, le risque hémorragique (toute forme confondue) durant la chirurgie de cataracte sous aspirine est évalué à 0,59 contre 0,56 pour mille sans aspirine (différence statistiquement non significative) [1]. Ainsi, la chirurgie de cataracte en elle-même ne semble pas imposer un arrêt des antiagrégants.

Les autres chirurgies ophtalmologiques sont moins fréquentes et comportent un risque hémorragique variable suivant le type de l'intervention. Il n'existe pratiquement pas de données de la littérature concernant leur risque hémorragique sous antiagrégants. L'arrêt des antiagrégants est donc décidé au cas par cas.

## ■ RISQUE HÉMORRAGIQUE ANESTHÉSIQUE

La chirurgie de cataracte est pratiquée soit sous anesthésie topique (par simple



N. POIRIER<sup>1</sup>, R. TADAYONI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Département d'Anesthésie et de Réanimation,

<sup>2</sup> Service d'Ophtalmologie, Centre Hospitalier Universitaire Lariboisière, PARIS.

instillation de collyres anesthésiques, méthode devenant de plus en plus pratiquée), soit sous anesthésie locorégionale (ALR) par injection péribulbaire (dans l'orbite autour de l'œil) d'anesthésiques locaux. L'anesthésie générale n'est plus indispensable que dans de très rares cas. Les autres chirurgies oculaires sont réalisées soit sous anesthésie locorégionale par injection péribulbaire, soit sous une forme d'anesthésie localisée réalisée par le chirurgien, telle que l'anesthésie par injection sous-ténonienne (tunique entourant l'œil, accessible par le chirurgien et sans risque d'hémorragie). Le risque hémorragique anesthésique ne concerne que l'anesthésie locorégionale par injection péribulbaire. Il s'agit là du risque d'apparition d'un hématome orbitaire pouvant être compressif.

Aucune étude satisfaisante n'a analysé les risques relatifs à un arrêt court des antiagrégants ou à leur maintien. Toutefois, il existe dans la littérature quelques études concernant les complications thrombotiques et hémorragiques de la chirurgie de la cataracte. Une étude prospective d'une cohorte de près de 20 000 patients opérés avec recueil des complications durant 7 jours retrouvait un risque de complications

- Les deux complications hémorragiques sévères dans la chirurgie ophtalmologique sont surtout l'hémorragie sous-choroïdienne qui aboutit parfois à une expulsion du contenu oculaire par l'incision, et l'hématome orbitaire, secondaire à l'injection péribulbaire d'anesthésiques, qui peut être compressif.
- Un traitement par thiéno-pyridine est préférentiellement suspendu en cas d'anesthésie par injection péribulbaire. Cela, en général, n'est pas le cas d'un traitement par aspirine.
- La chirurgie de cataracte peut être réalisée sans arrêter les antiagrégants, en particulier grâce à une chirurgie prudente réduisant les risques opératoires et une anesthésie topique.
- Pour les autres chirurgies ophtalmologiques, l'arrêt du traitement doit être discuté au cas par cas.

hémorragiques minime et pas de différence significative dans la survenue d'incidents thrombotiques (ischémies myocardiques, accidents vasculaires cérébraux et thromboses veineuses profondes) lors du maintien ou de l'arrêt des antiagrégants. Cela ne permet pas de trancher définitivement sur la question de l'arrêt ou non des antiagrégants pour la chirurgie de la cataracte.

Compte tenu de ce manque, la conférence d'experts 2001 de la Société française d'anesthésie et de réanimation et du Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose de la Société française d'hématologie conclut : *Concernant l'anesthésie régionale en ophtalmologie, il ne paraît ni justifié ni nécessaire d'interrompre un traitement par aspirine ou AINS avant une ALR en ophtalmologie (score d'évaluation des références grade C : mises au point, revues générales, éditoriaux, séries substantielles de cas publiés dans des revues avec comité de lecture et révisés par des experts extérieurs). A l'opposé, un traitement par thiéno-pyridine est préférentiellement suspendu. Si une intervention est envisagée chez un patient dont le traitement par thiéno-pyridine ne peut être inter-*

*rompu, l'anesthésie topique, si elle est possible, serait souhaitable. Dans les autres situations, si le rapport bénéfice/risque entre anesthésie générale et ALR est en faveur de l'ALR, une anesthésie péribulbaire avec une seule ponction est préconisée”.*

### ■ CONCLUSION

En pratique, de nombreux chirurgiens ophtalmologistes et anesthésistes choisissent de ne pas arrêter les antiagrégants en périopératoire de la chirurgie de la cataracte, en particulier grâce à une chirurgie réduisant les risques opératoires et une anesthésie topique.

Toutefois, dans certains cas, en particulier pour les autres chirurgies ophtalmologiques, l'arrêt du traitement peut être discuté. Dans ces cas, le risque vital versus fonctionnel sera toujours extrêmement délicat à apprécier. Il faudra tenir compte du bénéfice attendu, des risques encourus et du degré d'urgence souvent de manière multidisciplinaire, entre ophtalmologiste, anesthésiste et cardiologue et en accord avec le patient. ■

### Bibliographie

1. KATZ J, FELDMAN MA, BASS EB, LUBOMSKI LH, TIELSCH JM, PETTY BG, FLEISHER LA, SCHEIN OD. Study of Medical Testing for Cataract Surgery Team. Risks and benefits of anticoagulant and antiplatelet medication use before cataract surgery. *Ophthalmology*. 2003; 110: 1784-8. Erratum in: *Ophthalmology*, 2003; 110: 2309.
2. ARNOLD PN. Study of acute intraoperative suprachoroidal hemorrhage. *J Cataract Refract Surg*, 1992; 18: 489-94.
3. Société française d'anesthésie et de réanimation et Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose de la Société française d'hématologie. Agents antiplaquettaires et période péri-opératoire. *Communications scientifiques MAPAR 2002*. MAPAR Editions. 2002; 221-30.