



* AOD : anticoagulants oraux directs.

OBJECTIFS :

Fournir des recommandations sur la prise en charge périopératoire des patients qui reçoivent un nouvel anticoagulant oral direct (AOD) et doivent subir une intervention (chirurgie ou autre) non urgente.

Pour obtenir des éléments d'orientation sur la prise en charge des patients qui doivent subir une intervention (chirurgie ou autre) urgente ou très urgente, veuillez consulter le document intitulé [Perioperative Anticoagulant Management Algorithm](#) (algorithme de prise en charge périopératoire des patients sous anticoagulothérapie) sur le site de Thrombose Canada, sous l'onglet *Clinical tools* (en anglais seulement).

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

L'utilisation clinique de quatre AOD (apixaban, dabigatran, edoxaban et rivaroxaban) a été approuvée au Canada sur la base des résultats d'études à répartition aléatoire de grande envergure.

La prise en charge périopératoire des patients qui reçoivent un AOD consiste à réduire le risque de thromboembolie pendant l'interruption de l'anticoagulothérapie (s'il y a lieu) de façon à ce que les effets anticoagulants résiduels du traitement aient complètement disparu (ou à tout le moins qu'ils soient minimales) au moment de la chirurgie, puis à assurer une reprise rapide et prudente du traitement après celle-ci afin de limiter le risque d'hémorragie postopératoire.

Il y a trois principaux facteurs à considérer pour la prise en charge périopératoire des patients sous AOD :

1. On ne dispose pas d'analyses de laboratoire fiables permettant de vérifier, avant une intervention, que l'effet anticoagulant résiduel d'un AOD est minime ou inexistant.
2. Sachant que la demi-vie des AOD se situe généralement entre 10 et 12 heures, il est possible de déterminer le moment idéal d'interrompre l'anticoagulothérapie en prévision d'une chirurgie. La demi-vie du dabigatran, qui est principalement éliminé par voie rénale, peut-être plus longue (18-24 heures) chez les patients atteints d'insuffisance rénale.
3. Les AOD ont un début d'action rapide; leurs effets anticoagulants atteignent leur maximum de 1 à 2 heures après leur administration par voie orale, ce qui exige une certaine prudence lorsqu'un traitement AOD est repris après une intervention chirurgicale.

Dans les cas où il est impossible d'effectuer des analyses de laboratoire permettant de mesurer les effets anticoagulants des AOD de manière fiable, ce sont les facteurs suivants qui doivent orienter l'administration périopératoire de ces médicaments :

1. une demi-vie d'élimination du médicament (lorsque la fonction rénale est normale);
2. l'effet de la fonction rénale sur la demi-vie d'élimination du médicament;

3. le risque d'hémorragie associé au type d'intervention prévue (chirurgie ou autre) et d'anesthésie (particulièrement un bloc neuraxial) (**Tableau 1**).

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LA STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE PÉRIOPÉRATOIRE DES PATIENTS SOUS AOD

On dispose de données récentes sur l'efficacité et l'innocuité de la stratégie de prise en charge périopératoire proposée pour les patients sous AOD. L'étude PAUSE visait à évaluer une stratégie normalisée de prise en charge périopératoire auprès de patients recevant un AOD qui devaient interrompre l'administration de ce médicament avant une intervention (chirurgie ou autre) non urgente (prévue). Dans cette étude menée auprès de 3 007 patients atteints de fibrillation auriculaire traités par un AOD, une simple prise en charge périopératoire de l'AOD sans traitement périopératoire de relais par l'héparine ni test de coagulation préopératoire était associée à un faible taux d'hémorragies graves (< 2 %) et d'AVC majeurs et d'embolies systémiques (< 1 %).

PRISE EN CHARGE PÉRIOPÉRATOIRE (selon le protocole de l'étude PAUSE) :

Patients recevant le dabigatran

Prise en charge préopératoire (Tableau 2) :

- **Intervention présentant un RISQUE MINIME D'HÉMORRAGIE :** Chez les patients qui doivent subir une intervention dentaire mineure, une chirurgie de la cataracte (généralement sous anesthésie de contact) ou une intervention cutanée mineure, la stratégie consistant à ne pas interrompre le traitement AOD (soit celle employée chez les patients traités par la warfarine) est probablement sécuritaire, mais elle n'est étayée par aucune donnée.

La prise en charge doit tenir compte des facteurs liés aux patients et à l'intervention. Si le traitement par le dabigatran n'est pas interrompu, nous suggérons de reporter la dose du matin et de l'administrer deux à trois heures après l'intervention, puis d'administrer la dose du soir à l'heure habituelle. Il est également possible de ne pas administrer le dabigatran le jour de l'intervention, notamment dans les cas où le risque d'hémorragie après l'intervention est accru.

- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE :** Chez les patients ayant une fonction rénale normale ou présentant une insuffisance rénale légère (ClCr \geq 50 mL/min), il faut cesser l'administration du dabigatran 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 2 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 3 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention. Il se peut que l'effet anticoagulant soit de 10 à 15 % lors de l'intervention, ce qui est acceptable dans ce cas.
- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE (y compris une anesthésie ou une intervention neuraxiale [c.-à-d. rachidienne ou péridurale]).** Selon la fonction rénale, il faut cesser l'administration du dabigatran de 3 à 5 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 4 ou 8 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 4 à 5 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention. Ainsi, l'effet anticoagulant résiduel sera minime (de 3 à 6 %) lors de l'intervention et le patient sera en mesure de subir une anesthésie rachidienne ou une chirurgie associée à un risque élevé d'hémorragie (p. ex., chirurgie intracrânienne ou cardiaque).
- En cas de détérioration modérée de la fonction rénale (ClCr de 30 à 49 mL/min), il est nécessaire de prévoir 1 ou 2 jours d'interruption supplémentaire chez les patients sous dabigatran afin d'éliminer

tout effet anticoagulant résiduel du dabigatran, puisque 80 % de la dose administrée sont éliminés par voie rénale.

Prise en charge postopératoire (Tableau 3) :

La reprise du traitement par le dabigatran à raison de 150 ou 110 mg 2 fois par jour après une chirurgie lourde ou en cas de risque accru d'hémorragie impose la prudence puisqu'il s'agit là d'une dose thérapeutique supérieure à celle administrée pour la prophylaxie usuelle de la thromboembolie veineuse (TEV) postopératoire.

Patients recevant le rivaroxaban

Prise en charge périopératoire (Tableau 2) :

- **Intervention présentant un RISQUE MINIME D'HÉMORRAGIE :** Chez les patients qui doivent subir une intervention dentaire mineure, une chirurgie de la cataracte ou une intervention cutanée mineure, la stratégie consistant à ne pas interrompre l'anticoagulothérapie (soit celle employée chez les patients traités par la warfarine) est probablement sécuritaire, mais elle n'est étayée par aucune donnée.

La prise en charge doit tenir compte des facteurs liés aux patients et à l'intervention. Si le traitement par le rivaroxaban n'est pas interrompu, nous suggérons de reporter son administration jusqu'à l'heure du souper (à moins que le rivaroxaban soit habituellement pris à cette heure). Il est également possible de ne pas administrer le rivaroxaban le jour de l'intervention, notamment dans les cas où le risque d'hémorragie après l'intervention est accru.

- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE :** Il faut cesser l'administration du rivaroxaban 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 1 dose) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 2 à 3 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.
- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE (incluant une anesthésie ou une intervention neuraxiale [c.-à-d. rachidienne ou péridurale]):** Il faut cesser l'administration du rivaroxaban 3 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 2 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 4 à 5 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.

Prise en charge postopératoire (Tableau 3)

La reprise du traitement par le rivaroxaban à raison de 20 mg (ou de 15 mg, si c'est la dose habituelle) 1 fois par jour après une chirurgie lourde ou en cas de risque accru d'hémorragie impose la prudence puisqu'il s'agit là d'une dose thérapeutique supérieure à celle qui est administrée pour la prophylaxie usuelle de la thromboembolie veineuse (TEV) postopératoire.

Patients sous apixaban

Prise en charge préopératoire (Tableau 2) :

- **Intervention présentant un RISQUE MINIME D'HÉMORRAGIE :** Chez les patients qui doivent subir une intervention dentaire mineure, une chirurgie de la cataracte ou une intervention cutanée mineure, la stratégie consistant à ne pas interrompre l'anticoagulothérapie (soit celle employée chez les patients traités par la warfarine) est probablement sécuritaire, mais elle n'est étayée par aucune donnée.

La prise en charge doit tenir compte des facteurs liés aux patients et à l'intervention. Si le traitement par l'apixaban n'est pas interrompu, nous suggérons de reporter la dose du matin et de l'administrer deux à trois heures après l'intervention, puis d'administrer la dose du soir à l'heure habituelle. Il est également possible de ne pas administrer l'apixaban le jour de l'intervention, notamment dans les cas où le risque d'hémorragie après l'intervention est accru.

- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE** : Il faut cesser l'administration de l'apixaban 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 2 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 3 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.
- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE (incluant une anesthésie ou une intervention neuraxiale [c.-à-d. rachidienne ou péridurale])**: Il faut cesser l'administration de l'apixaban 3 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 4 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 4 à 5 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.

Prise en charge postopératoire (Tableau 3)

La reprise du traitement par l'apixaban à raison de 5 mg 2 fois par jour après une chirurgie lourde ou en cas de risque accru d'hémorragie impose la prudence puisqu'il s'agit là d'une dose thérapeutique supérieure à celle qui est administrée pour la prophylaxie usuelle de la thromboembolie veineuse (TEV) postopératoire.

Patients sous edoxaban

Prise en charge périopératoire (Tableau 2) :

- **Intervention présentant un RISQUE MINIME D'HÉMORRAGIE** : Chez les patients qui doivent subir une intervention dentaire mineure, une chirurgie de la cataracte ou une intervention cutanée mineure, la stratégie consistant à ne pas interrompre l'anticoagulothérapie (soit celle employée chez les patients traités par la warfarine) est probablement sécuritaire, mais elle n'est étayée par aucune donnée.

La prise en charge doit tenir compte des facteurs liés aux patients et à l'intervention. Si le traitement par l'edoxaban n'est pas interrompu, nous suggérons de reporter son administration jusqu'au soir. Il est également possible de ne pas administrer l'edoxaban le jour de l'intervention, notamment dans les cas où le risque d'hémorragie après l'intervention est accru.

- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE** : Il faut cesser l'administration de l'edoxaban 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 1 dose) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 3 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.
- **Intervention (chirurgie ou autre) présentant un RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE (incluant une anesthésie ou une intervention neuraxiale [c.-à-d. rachidienne ou péridurale])** : Il faut cesser l'administration de l'edoxaban 3 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 2 doses) afin qu'il s'écoule l'équivalent d'environ 4 à 5 demi-vies de cet agent entre l'arrêt du traitement et l'intervention.

Prise en charge postopératoire (Tableau 3)

La reprise du traitement par l'edoxaban à raison de 60 ou 30 mg par jour après une chirurgie lourde ou en cas de risque accru d'hémorragie impose la prudence puisqu'il s'agit là d'une dose thérapeutique supérieure à celle qui est administrée pour la prophylaxie usuelle de la TEV postopératoire.

Tableau 1 : Risque d'hémorragie de diverses interventions invasives ou chirurgicales

RISQUE MINIME D'HÉMORRAGIE	RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE	RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie de la cataracte Intervention dermatologique (p. ex., une biopsie) Gastroskopie ou coloscopie <i>sans biopsie</i> Coronarographie (par l'artère radiale) Implant d'un stimulateur cardiaque ou installation d'un défibrillateur cardiaque (si on n'a pas recours à une anticoagulothérapie de relais) Certaines interventions nécessitant l'utilisation d'aiguilles de petit calibre (p. ex., thoracentèse, paracentèse, arthrocentèse) Extractions dentaires (1 ou 2 dents) Intervention endodontique (traitement de canal) Détartrage sous-gingival ou autre nettoyage dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie abdominale (p. ex., cholécystectomie, réparation herniaire, résection du côlon) Autre chirurgie générale (p. ex., sein) Autre chirurgie intrathoracique Autre chirurgie orthopédique Autre chirurgie vasculaire Chirurgie ophtalmologique autre qu'une chirurgie de la cataracte Coronarographie (par l'artère fémorale) Gastroskopie ou coloscopie <i>avec</i> biopsie Certaines interventions nécessitant l'utilisation d'aiguilles de gros calibre (p. ex., biopsie de la moelle osseuse, biopsie de ganglions lymphatiques) Intervention dentaire complexe (p. ex., extractions dentaires multiples) 	<ul style="list-style-type: none"> Toute chirurgie ou intervention sous anesthésie neuraxiale (rachidienne ou périurale) Neurochirurgie (intracrânienne ou rachidienne) Chirurgie cardiaque (p. ex., pontage aortocoronarien, remplacement valvulaire) Chirurgie vasculaire lourde (p. ex., réparation d'un anévrisme aortique, pontage aortofémoral) Chirurgie orthopédique lourde (p. ex., chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou) Résection pulmonaire Chirurgie urologique (p. ex., prostatectomie, résection d'une tumeur de la vessie) Chirurgie oncologique lourde (p. ex., pancréas, foie) Anastomose intestinale Chirurgie plastique reconstructive Certaines interventions touchant des organes vascularisés (p. ex., biopsie du rein, biopsie de la prostate) ou interventions présentant un risque élevé d'hémorragie (p. ex., péricardiocentèse, injection rachidienne, polypectomie)

Tableau 2 : Stratégie proposée pour la prise en charge préopératoire de patients sous AOD

AOD (SCHÉMA POSOLOGIQUE)	FONCTION RÉNALE	INTERVENTION (CHIRURGIE OU AUTRE) PRÉSENTANT UN RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE* <i>Effet anticoagulant résiduel acceptable lors de l'intervention : de 12 à 25 %</i>	INTERVENTION (CHIRURGIE OU AUTRE) PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE, Y COMPRIS LES INTERVENTIONS NEURAXIALES*† <i>Effet anticoagulant résiduel acceptable lors de l'intervention : moins de 10 %</i>
Dabigatran (2 fois par jour)	Fonction rénale normale ou légère insuffisance rénale (ClCr \geq 50 mL/min) $t_{1/2}$: 7 à 17 heures	Administer la dernière dose 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 2 doses)	Administer la dernière dose 3 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 4 doses)
	Insuffisance rénale modérée (ClCr 30-49 mL/min) $t_{1/2}$: 17 à 20 heures	Administer la dernière dose 3 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 4 doses)	Administer la dernière dose 5 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 8 doses)
Rivaroxaban (1 fois par jour)	Fonction rénale normale ou insuffisance rénale légère ou modérée (ClCr \geq 30 mL/min) $t_{1/2}$: 7 à 11 heures	Administer la dernière dose 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 1 dose)	Administer la dernière dose 3 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 2 doses)
Apixaban (2 fois par jour)	Fonction rénale normale ou insuffisance rénale légère ou modérée (ClCr \geq 30 mL/min) $t_{1/2}$: 8 à 12 heures	Administer la dernière dose 2 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 2 doses)	Administer la dernière dose 3 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 4 doses)
Edoxaban (1 fois par jour)	Fonction rénale normale ou insuffisance rénale légère ou modérée (ClCr \geq 30 mL/min) $t_{1/2}$: 10 à 14 heures	Administer la dernière dose 2 jours avant l'intervention (c.-à-d. sauter 1 dose)	Administer la dernière dose 3 jours avant l'intervention/ (c.-à-d. sauter 2 doses)

* Ne pas administrer l'anticoagulant le jour de l'intervention (chirurgie ou autre). †Comprend l'anesthésie rachidienne ou périurale, ainsi que les injections et les interventions rachidiennes ou périurales.

Tableau 3 : Prise en charge périopératoire des patients sous AOD

Type d'AOD	Risque d'hémorragie de la chirurgie/l'intervention	Interruption de l'AOD avant l'opération						Chirurgie / intervention (jour 0)	Reprise du traitement après l'opération [†]			
		Jour -6	Jour -5	Jour -4	Jour -3	Jour -2	Jour -1		Jour +1	Jour +2	Jour +3	Jour +4
Apixaban	Élevé	→	→	→	→	→			→	→	→	→
	Faible/moyen	→	→	→	→	→		→	→	→	→	→
Dabigatran (CrCl ≥ 50 mL/min)	Élevé	→	→	→	→	→			→	→	→	→
	Faible/moyen	→	→	→	→	→		→	→	→	→	→
Dabigatran (CrCl < 50 mL/min)	Élevé	→	→						→	→	→	→
	Faible/moyen	→	→	→	→	→		→	→	→	→	→
Edoxaban	Élevé	→	→	→	→	→			→	→	→	→
	Faible/moyen	→	→	→	→	→		→	→	→	→	→
Rivaroxaban	Élevé	→	→	→	→	→			→	→	→	→
	Faible/moyen	→	→	→	→	→		→	→	→	→	→

□ Aucun AOD administré le jour de la chirurgie/l'intervention

† Repris environ 24 heures après une chirurgie/intervention associée à un risque d'hémorragie faible/modéré, et de 48 à 72 heures après une chirurgie/intervention associée à un risque d'hémorragie élevé.

† Chez les patients considérés comme présentant un risque élevé de thromboembolie veineuse, il est possible d'administrer une faible dose d'HBPM (p. ex., daltéparine à 5 000 UI par jour ou énoxaparine à 40 mg par jour ou tinzaparine à 4500 UI par jour) pendant les premières 48 à 72 heures de la phase postopératoire.

Tableau 4: Guide proposé de prise en charge postopératoire des patients sous AOD

MÉDICAMENT	INTERVENTION (CHIRURGIE OU AUTRE) PRÉSENTANT UN RISQUE FAIBLE OU MODÉRÉ D'HÉMORRAGIE	INTERVENTION (CHIRURGIE OU AUTRE) PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ D'HÉMORRAGIE
Dabigatran	Reprendre le traitement le lendemain de l'intervention (environ 24 heures après l'intervention)	Reprendre l'administration de la dose thérapeutique 2 ou 3 jours après l'intervention (environ 48 à 72 heures après l'intervention); envisager une anticoagulothérapie à la dose prophylactique dans l'intervalle.
Rivaroxaban	Reprendre le traitement le lendemain de l'intervention (environ 24 heures après l'intervention)	Reprendre l'administration de la dose thérapeutique 2 ou 3 jours après l'intervention (environ 48 à 72 heures après l'intervention); envisager une anticoagulothérapie à la dose prophylactique dans l'intervalle.
Apixaban	Reprendre le traitement le lendemain de l'intervention (environ 24 heures après l'intervention)	Reprendre l'administration de la dose thérapeutique 2 ou 3 jours après l'intervention (environ 48 à 72 heures après l'intervention); envisager une anticoagulothérapie à la dose prophylactique dans l'intervalle.
Edoxaban	Reprendre le traitement le lendemain de l'intervention (environ 24 heures après l'intervention)	Reprendre l'administration de la dose thérapeutique 2 ou 3 jours après l'intervention (environ 48 à 72 heures après l'intervention); envisager une anticoagulothérapie à la dose prophylactique dans l'intervalle.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Insuffisance rénale

Le **Tableau 2** présente une stratégie de prise en charge des patients atteints d'une insuffisance rénale légère ou modérée. Mais, dans le cas des patients atteints d'insuffisance rénale grave (ClCr < 30 mL/min) qui ne peuvent donc généralement pas recevoir un AOD, la stratégie périopératoire à adopter n'a pas encore été établie clairement.

Nécessité d'instaurer une anticoagulothérapie de relais chez les patients sous AOD

En général, étant donné que les AOD ont un début d'action rapide et une courte durée d'action, il n'est pas nécessaire d'instaurer une anticoagulothérapie de relais comme on le fait pour certains patients traités par la warfarine.

AUTRES GUIDES CLINIQUES PERTINENTS DE THROMBOSE CANADA

- [AOD : Tests de coagulation](#)
- [AOD : Comparaison et foire aux questions](#)
- [Apixaban \(Eliquis^{MD}\)](#)
- [Dabigatran \(Pradaxa®\)](#)
- [Édoxaban \(Lixiana®\)](#)
- [Rivaroxaban \(Xarelto®\)](#)

RÉFÉRENCES

- Douketis JD, et al. Perioperative Management of Patients With Atrial Fibrillation Receiving a Direct Oral Anticoagulant. *JAMA Intern Med.* 2019;179(11):1469-1478.
- Douketis JD, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. *Chest* 2022;162(5):E207-E243.
- Douketis J, Spyropoulos A. Perioperative management of anticoagulant and antiplatelet therapy. *NEJM Evid* 2023;2(6).
- Macle L, et al. for the CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. 2016 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol.* 2016; 32: 1170-1185
- Monagle P, et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e737S-801S.
- Schulman S, Crowther MA. How I treat with anticoagulants in 2012: new and old anticoagulants, and when and how to switch. *Blood* 2012;119(13):3016-3023.
- Shaw JR, et al. Perioperative interruption of direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Res Pract Thromb Haemost.* 2018;2:282-290.
- Spyropoulos AC, et al. Periprocedural management of patients receiving a vitamin K antagonist or a direct oral anticoagulant requiring an elective procedure or surgery. *J Thromb Haemost.* 2016;14:875-85.
- Tafur A, Douketis J. Perioperative management of anticoagulant and antiplatelet therapy. *Heart* 2018;104:1461-1467.

Date de la version : 24 février 2024

Il est à noter que l'information contenue dans le présent guide ne doit pas être interprétée comme étant une solution de rechange aux conseils d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Si vous avez des questions précises sur un problème d'ordre médical, quel qu'il soit, vous devez consulter votre médecin ou un autre professionnel de la santé. En somme, vous ne devriez jamais reporter une consultation médicale, faire abstraction des conseils de votre médecin, ni mettre fin à un traitement médical sur la base de l'information contenue dans le présent guide.