



NUMÉRO 8

JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

Gestion médicamenteuse en péri-opératoire : prévenir, réévaluer, déprescrire ?

De l'adaptation pré-opératoire à la réévaluation thérapeutique post-opératoire

Contexte

La période péri-opératoire correspond à l'ensemble des étapes entourant l'acte chirurgical, incluant la phase pré-opératoire, le temps de l'opération et la phase post-opératoire immédiate. Une étude prospective portant sur 277 interventions chirurgicales a montré que sur les 3671 administrations de médicaments, 5,3% étaient associées à une erreur ou à un évènement indésirable. Parmi ces évènements, 79% étaient jugés évitables, et plus de la moitié étaient considérés comme des erreurs graves pour le patient. La majorité des erreurs identifiées concernaient des doses inappropriées ainsi que des omissions de traitements (1).



La **gestion des traitements médicamenteux en péri-opératoire**, défi majeur de sécurité des patients, expose à des risques spécifiques, tels que les interactions médicamenteuses avec les agents anesthésiques (2), ainsi qu'aux erreurs liées à l'arrêt ou à la reprise inappropriée de certains traitements chroniques entraînant des évènements indésirables graves, notamment cardiaques, hémorragiques, thromboemboliques ou métaboliques. Si la déprescription temporaire pré-opératoire vise à prévenir ces complications, la reprise de la prescription post-opératoire constitue un temps tout aussi critique, exposant à des retards et à des omissions de traitements essentiels, mais aussi à des reprises injustifiées, à des surprescriptions prolongées ou à la poursuite au long cours de médications instaurées sur une temporalité définie pour l'accompagnement post opératoire.

Au delà de la sécurisation immédiate du temps chirurgical, la période péri-opératoire représente également une **opportunité de réévaluation globale** des traitements des patients. Cette démarche présente ainsi un double intérêt : sécuriser la prise en charge médicamenteuse en péri-opératoire tout en favorisant, lorsque cela est pertinent, une optimisation et un réexamen des traitements pour envisager des adaptations durables dont des déprescriptions.

La gestion médicamenteuse en péri-opératoire repose ainsi sur une **approche globale, coordonnée et pluridisciplinaire** à chaque étape du parcours.

Cette démarche nécessite par ailleurs une information claire et adaptée du patient concernant les bénéfices attendus, les risques potentiels et les modalités de modification du traitement. Son implication est essentielle.

Processus d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse du patient en période péri-opératoire

1

Avant

Décision
Anticipation

- Recueil exhaustif des traitements médicamenteux et analyse avec évaluation du risque (hémorragique du geste, thromboembolique du patient, infectieux, métabolique, cardiovasculaire, de sevrage) du maintien médicamenteux durant l'opération (2)
- Évaluation du risque d'interactions avec les médicaments de l'anesthésie
- Décision argumentée de maintien ou d'arrêt selon la balance bénéfice/risque
- Anticipation du calendrier d'arrêt
- Diminution progressive ou relai thérapeutique si nécessaire (faire appel à un spécialiste pour une décision collégiale si besoin), voire arrêt définitif si le traitement n'est plus pertinent
- Information claire du patient
- Traçabilité des décisions dans le dossier médical
- Coordination des acteurs (anesthésiste, chirurgien, pharmacien, etc.)

2

Pendant

Vérification
Prévention

- Évaluation de la concordance entre la décision pré-opératoire et la prescription effective (et de l'absence d'erreur de retranscription)
- Surveillance des différents paramètres (hémodynamiques, etc.)
- Proposition d'une technique d'anesthésie et d'analgésie adaptée
- Prévention des effets indésirables immédiats

3

Après

Continuité
Surveillance

- Réintroduction des traitements selon la planification pré-établie (délai, dose, voie, prise en compte du jeûne, CI post-chirurgicale, interruption du transit digestif, etc.)
- Surveillance des complications et/ou gestion de la douleur
- Vigilance sur les traitements initiés de façon transitoire
- Transmission formalisée des décisions thérapeutiques au médecin traitant et autres professionnels de ville

« La période péri-opératoire constitue une opportunité privilégiée de réévaluation thérapeutique, permettant d'initier, lorsque cela est pertinent, des démarches de déprescription au-delà des seules adaptations transitoires. »

Conduite à tenir en pré-opératoire, risques et surveillance particulière associée

Le tableau décrit les risques liés à la poursuite des médications sur la période péri-opératoire puis décline les modalités d'arrêt par classe thérapeutique et la surveillance associée. Les conduites à tenir doivent être individualisées, adaptées au risque hémorragique de la chirurgie, au profil du patient et aux interactions potentielles avec l'anesthésie (3-14, 17-18).

Classe médicamenteuse	Risque lié à la poursuite	Avant l'intervention : conduite à tenir	Délai d'arrêt	Modalités d'arrêt	Surveillance particulière en complément d'une surveillance clinique
Anti-vitamine K (AVK) ex : warfarine, fluindione	Hémorragie	Arrêt + relais héparinique si haut risque thrombotique (Héparine de Bas Poids Moléculaire (HBPM))	Acénocoumarol : J-4 Fluindione : J-5 INR souhaité < 1,5 le jour de l'opération	Brutal	Risque de thrombose : surveillance de l'INR requise; si INR < 2 → relais par héparine dose curative (Héparine Non Fractionnée (HNF) ou HBPM)
Anticoagulants oraux directs (AOD) ex : apixaban, rivaroxaban, dabigatran	Hémorragie	Arrêt selon Contre-indication (CI) et risque chirurgical  Risque hémorragique estimé d'interventions chirurgicales et de gestes invasifs	Risque hémorragique faible : J-1 Risque hémorragique élevé : J-3 pour apixaban et rivaroxaban et J-4 ou 5 selon Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) pour dabigatran	Brutal	Risque de thrombose Mesure des concentrations plasmatiques en AOD uniquement en cas de situations exceptionnelles (suspicion d'accumulation, chirurgie à très haut risque hémorragique)
Héparines (HNF et HBPM)	Hémorragie	Arrêt	HNF IV = 6h avant HNF SC = 12h avant HBPM : 12h si dose prophylactique, 24h si dose curative 2x/j, 36h si dose curative 1x/j	Brutal	Risque de thrombose HNF: Surveillance du TCA + anti Xa HBPM: Sauf exceptions, pas de surveillance thérapeutique si prescription correcte adaptée au poids, en l'absence d'insuffisance rénale
Anti-agrégants plaquettaires (AAP) ex : aspirine, inhibiteurs du récepteur P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor)	Hémorragie	Aspirine poursuivie si procédure à risque hémorragique faible ou intermédiaire Anti-P2Y12 : arrêt ou poursuite selon risque hémorragique de la procédure ou risque thrombotique du patient	Clopidogrel et ticagrelor : J-5 Aspirine : J-3 Prasugrel : J-7	Brutal	Thrombose de stent, Infarctus du myocarde (IDM), Accident Vasculaire Cérébral (AVC) Évaluation multi-disciplinaire nécessaire avant arrêt
Antidiabétiques oraux ex : metformine, vildagliptine	Hypoglycémie, acido-cétose, ou risque d'inhalation avec les analogues du GLP-1	Arrêt	Metformine : pas de prise la veille au soir Les autres : pas de prise le matin de l'intervention → Relai par insuline IVSE	Brutal	Hyperglycémie, décompensation de diabète Surveillance de la glycémie, Hba1c récente, fonction rénale, et signes cliniques (soif, polyurie, confusion...)
Diurétiques ex : furosémide	Potentialisation des effets indésirables des digitaliques ou le bloc neuromusculaire induit par les curares non dépolarisants Alcalose métabolique hypochlorémique, hypomagnésémie avec risque de torsades de pointe Hypovolémie et dyskaliémie	Arrêt le matin de l'intervention	J0 Utilisation possible, si besoin, de diurétiques de l'anse (furosémide) injectable en per et post-opératoire	Brutal	Contrôle de la kaliémie, signes cliniques (signes de surcharge), volémie et tension artérielle
Anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) ex : ibuprofène, oxicams, naproxène	Hémorragie selon le type d'intervention, l'association à des AAP/anticoagulants, troubles de l'hémostase ou de la fonction rénale mais risque très faible lors d'une Anesthésie Loco-régionale (ALR)	ALR : Maintien, arrêt en cas de chirurgie à haut risque hémorragique ou en fonction du contexte Hors ALR : stratégie à individualiser	J-1 pour les demi-vies courtes (ex : ibuprofène) J-7 à J-10 pour les demi-vies longues (ex : oxicams, naproxène)	Brutal	Recrudescence des douleurs inflammatoires
Corticoïdes ex : prednisone, prednisolone	Risque augmenté de complications post-op (risque infectieux et retard de cicatrisation)	Poursuite + renforcement par hydrocortisone si geste lourd (25-50 mg à l'induction, 100-200 mg/24 h si nécessaire en postop)	/	/	Insuffisance surrénalienne ou décompensation de la pathologie traitée par corticoïdes
IEC / ARA II ex : ramipril, losartan	Hypotension sévère	Arrêt la veille ou le matin de l'intervention, sauf si insuffisance cardiaque	J-1	Brutal	Déséquilibre de la cardiopathie si insuffisance cardiaque associée
Bêta-bloquant ex : bisoprolol	Hypotension ou bradycardie possibles si posologie titrée sur la fréquence cardiaque (FC) dans le but de prévenir les complications cardiovasculaires	Poursuite	/	/	Syndrome de sevrage (crises hypertensives, arythmies, ischémie myocardique) Surveillance FC et Pression Artérielle (PA)

Classe médicamenteuse	Risque lié à la poursuite	Avant l'intervention : conduite à tenir	Délai d'arrêt	Modalités d'arrêt	Surveillance particulière en complément d'une surveillance clinique
Insulines	Hypo ou hyperglycémie en l'absence d'adaptation	Poursuite	Évaluation médicale nécessaire : diminution dose +/- passage IVSE	/	Risque d'acidocétose liée à une carence en insuline surveillance glycémie
ISRS et IRSNa ex : <i>sertraline, fluoxétine</i>	Risque de syndrome sérotoninergique et anticholinergique en association avec produits de l'anesthésie Risque de saignements péri-opératoires	Poursuite généralement, sauf si risque de saignement important (risque hémorragique modéré) ou de syndrome sérotoninergique	Variable*	Progressif (sur 1 à 2 semaines) si arrêt nécessaire	Syndrome de sevrage et risque de récurrence symptomatique de la dépression Monitoring : ECG (QT), électrolytes (SIADH) et paramètres de coagulation
Anti-dépresseurs tricycliques ex : <i>amitriptyline</i>	Risque de syndrome sérotoninergique et anticholinergique en association avec produits de l'anesthésie, notamment tramadol, fentanyl, péthidine... Risque de saignements péri-opératoires	Poursuite sauf chez les patients atteints de pathologies cardiovasculaires (relais à discuter sur avis psy)	Sur 1 à 2 semaines	Progressif sur quelques semaines si arrêt nécessaire (quelques jours avant l'intervention)	Syndrome de sevrage et risque de récurrence symptomatique de la dépression Monitoring : ECG, électrolytes et utiliser NA comme vasopresseur en cas d'hypotension orthostatique induite par les tricycliques
IMAO ex : <i>moclobémide</i>	Syndrome sérotoninergique si associé à un ISRS ou IRSN, tramadol, fentanyl, péthidine... Risque de crise hypertensive associée à certains anesthésiques et analgésiques	Avis spécialisé Ancienne génération : poursuite possible si risque de décompensation psy, ou arrêt 2 semaines avant +/- relai avec un autre Antidépresseur sur avis psy Nouvelle génération : poursuite possible	Si pathologie bien contrôlée : 14 jours avant, de façon progressive	Progressif	Décompensation psychiatrique si pathologie sévère
Antipsychotiques ex : <i>quétiapine</i>	Arythmie, allongement du QT, hyperthermie, hypotension par interactions avec les produits de l'anesthésie	Poursuite	/	/	États d'agitation et de psychose aigus Surveillance ECG suggérée en cas d'arrêt brutal d'un neuroleptique atypique (intervalle QT)
Benzodiazépines ex : <i>alprazolam</i>	Risque de majoration des effets sédatifs des médicaments de l'anesthésie	Poursuite (relai IV si prise PO impossible), éviter l'arrêt brutal notamment si prise chronique	/	/	Syndrome de sevrage avec risque de crises convulsives
Contraceptifs oestroprogestatifs ex : <i>pilule combinée</i>	Thrombose si intervention à haut risque thrombo-embolique Interactions avec anesthésiants (diminution efficacité pilule)	Arrêt si chirurgie à risque thrombo-embolique avec immobilisation prolongée (ex: chirurgie orthopédique bassin, colonne, membre inférieur) Si le traitement n'a pas été suspendu, mettre en place un traitement anti-thrombotique	J-30	Brutal	
Antiépileptiques ex : <i>carbamazépine</i>	Diminution de l'efficacité des anesthésiants (ex : carbamazépine et valproate peut diminuer la durée d'action des curares)	Poursuite (relais molécule IV si prise per os impossible, ex : phenobarbital IV)	/	/	Risque de crise ou d'état de mal épileptique
Antiparkinsoniens ex : <i>pramipexole</i>	Risque de syndrome sérotoninergique si association avec d'autres médicaments à action sérotoninergique	Poursuite du schéma habituel jusqu'au matin de l'intervention Si plusieurs doses L-Dopa PO manquées et PO impossible, remplacer par rotigotine patch ou apomorphine SC Rasagiline et sélégiline : arrêt	Rasagiline et sélégiline : 3 semaines avant		Eviter les médicaments sédatifs en pré-opératoire
Normothymiques ex : <i>lithium</i>	Risque de toxicité post-opératoire due aux modifications électrolytiques et de la fonction rénale IM avec analgésiques, AINS et anesthésiques, IM avec relaxants musculaires (prolongation blocage neuromusculaire)	Poursuite si chirurgie mineure avec anesthésie locale Arrêt si chirurgie majeure	48-72h	/	Monitoring : thyroïde, électrolytes, lithiémie et fonction rénale. Usage précautionneux des médicaments affectant la fonction rénale. Ajustement de dose des bloqueurs neuromusculaires
Psychostimulants ex : <i>méthylphénidate</i>	Risque de hausse soudaine de la PA et du rythme cardiaque si usage combiné avec anesthésiques halogénés	Arrêt le jour de la chirurgie	/	/	NFS, ECG

*Fluoxétine : ½ vie de 7j donc arrêt quelques semaines avant opération
Paroxétine : réduire de 10 mg tous les 5-7j avec dernière prise 3-5j avant
Sertraline : réduire de 25-50 mg tous les 5-7j avec dernière prise 3-5j avant

Duloxétine : réduire de 30mg/semaine avec dernière prise 3-5j avant
Venlafaxine : réduire de 37,5-75 mg/semaine avec dernière prise 3-5j avant

1. À QUEL MOMENT Y PENSER ?

À la sortie d'hospitalisation pour motif chirurgical, les traitements habituels et ayant été suspendus en pré-opératoire ne sont pas toujours prescrits. Aussi les traitements prescrits dans le cadre de cette hospitalisation ne sont pas forcément toujours réévalués ce qui peut engendrer un risque d'empilement thérapeutique (ex : IPP, antalgiques, opioïdes, psychotiques). La reprise de la prescription post-opératoire est l'occasion d'une réévaluation globale de la stratégie thérapeutique, en distinguant clairement ce qui relève du transitoire et d'un plus long terme. La période péri-opératoire constitue une opportunité de déprescription durable, au-delà des adaptations temporaires nécessaires à la chirurgie.

2. EN PRATIQUE, COMMENT OPÉRER LA REPRESRIPTION POST-OPÉRATOIRE ?

Antivitamines K (2, 6,14)

- Reprise dans les 24 premières heures à dose habituelle
- Si un relais par héparine avait été effectué, stopper l'héparine dès que l'INR est dans la zone thérapeutique

AOD (2,6,14)

- Si haut risque thrombotique : reprise dans les 6 à 48 heures à dose curative
- Si risque hémorragique : mise en place d'une thromboprophylaxie, puis relais héparine-AOD selon les modalités usuelles, dès que l'état le permet

Héparines (2,6,14)

- Reprise au bout de 6 à 8 heures pour les HBPM, ou 8 à 12h pour les HNF
→ Reprise à dose prophylactique puis reprise de la dose curative à :
 - 24h si risque faible/modéré
 - 48-72h si risque hémorragique élevé

AAP (4,5)

- Reprise à dose habituelle
- Aspirine : le jour même selon le risque de saignement post-opératoire
- Anti-P2Y12 : dans les 24 à 72 heures

Antidépresseurs (11)

- Reprise immédiate à dose habituelle si le traitement a été poursuivi jusqu'au matin de l'intervention, ou reprise graduelle si une décroissance progressive avait été effectuée en amont de la chirurgie

Antidiabétiques oraux (7)

- Réintroduction dès la reprise d'une alimentation orale
 - Si pas d'insuline en peropératoire ou posologie < 12 UI/24 heures : +/- bolus correcteur puis:
 - si DFG > 30 mL/min: reprise PO avec le 1er repas, sauf metformine
 - si chirurgie majeure : reprise PO à partir de J3 si DFG > 60 mL/min
 - Si insuline IVSE : reprise PO dès que DFG, glycémie et HbA1c stables

Diurétiques (4)

- Reprise immédiate, sous contrôle de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, de la diurèse quotidienne, de l'état d'hydratation et de la kaliémie

AINS (4)

- Reprise à dose habituelle, dès la reprise d'une hémostasie satisfaisante

Corticoïdes (10)

- Si geste lourd → dose de stress d'hydrocortisone : 25-50 mg à l'induction, puis 100-200 mg/24h pendant 48-72 heures puis repasser à la posologie habituelle PO

IEC / ARA II (4)

- Reprise à dose habituelle, à J1/J2 selon stabilité hémodynamique

Benzodiazépines (9)

- Relai IV (diazépam, lorazépam) si prise PO impossible (période prolongée postopératoire sans possibilité d'avaler)

Contraceptifs oestroprogestatifs (12)

- Reprise 2 semaines après mobilisation complète (10)

Antiépileptiques (9)

- Relai IV vers forme PO dès que possible (ex : carbamazépine, valproate)

Antiparkinsoniens (13)

- Reprise de la rasagiline et séléagine à dose habituelle lorsque les traitements anesthésiques et antalgiques à risque d'interaction ont été interrompus (ex : certains opioïdes, antiémétiques, psychotropes sérotoninergiques)
- Réintroduire la Ldopa dès que possible en post-opératoire à la fréquence d'administration habituelle, au besoin par sonde nasogastrique

Psychostimulants (16)

- Reprise une fois le patient stabilisé

Normothymiques (9)

- Reprise dans les 24h post-chirurgie (avec monitoring des électrolytes) pour éviter recours à une autre couverture pharmacologique

En synthèse

Avant l'intervention :

- Le traitement est-il toujours indiqué ?
- Quels sont les risques liés à l'arrêt / à la poursuite ?
- Devrait-on envisager un arrêt temporaire ou définitif ?

Après l'intervention :

- Quels traitements doivent être repris ?
- Les traitements initiés sont-ils provisoires ?
- Les modifications sont-elles clairement explicitées au patient ?
- Les modifications sont-elles clairement transmises aux professionnels de ville (continuité de la prise en charge) ?



3. QUELS SONT LES FACTEURS ET OUTILS FACILITANT LA DÉMARCHE ?

La sécurisation médicamenteuse se joue à chaque transition :


AVANT L'HOPITALISATION

- recueil et évaluation des traitements
- anticipation des arrêts
- stratégie de relais (en concertation pluriprofessionnelle si besoin)
- documentation des décisions
- information du patient

 Fiche RETEX SRA Continuité des traitements médicamenteux en chirurgie

SORTIE

- reprise des traitements chroniques
- arrêt des traitements temporaires
- prévention de l'empilement thérapeutique

 Lettre de liaison à la sortie
Ordonnance commentée pour détail des ajouts, modifications, suppressions
DMP

Conciliation médicamenteuse d'entrée
Consultation d'anesthésie
Dossier Médical Partagé (DMP)
Dossier Patient Informatisé (DPI) pour la traçabilité des consignes



HOSPITALISATION / CHIRURGIE

- vérification concordance
- prévention des erreurs
- gestion des traitements transitoires
- surveillance

Conciliation médicamenteuse de sortie
Check-list interne à créer pour ne rien oublier à la sortie
DMP



AVANT LE RETOUR À DOMICILE

- continuité ville/hôpital
- compréhension du patient
- suivi des modifications
- précautions post-opératoires
- réévaluation secondaire

ANESTHÉSIE SANS OPIOÏDE (OPIOID-FREE ANESTHESIA) : UN CHANGEMENT DE PRATIQUE POUR RÉDUIRE LE RISQUE IATROGÈNE (15) ?

Les opioïdes, largement utilisés en anesthésie, sont associés à de nombreux effets indésirables et problématiques de tolérance, notamment des nausées et vomissements post-opératoires, une dépression respiratoire et une hyperalgésie induite. Ils présentent un risque d'accoutumance et de dépendance. Ils peuvent également avoir un impact néfaste sur la récupération post-opératoire. Ainsi, ils sont potentiellement difficiles à réévaluer ou à interrompre.

Des études suggèrent que les objectifs de l'anesthésie (hypnose, stabilité hémodynamique, immobilisation et anticipation de l'analgésie post-opératoire) pourraient être atteints sans recours aux opioïdes. Ils épargnent ainsi les processus de déprescription complexes des opioïdes en limitant l'exposition initiale des patients, diminuent les effets indésirables immédiats (évitement de ceux liés aux morphiniques et diminution des besoins en opioïdes "forts" après l'intervention) et permettraient une meilleure récupération post-opératoire (résultats variable selon les études).

Comment cela fonctionne en pratique?

L'anesthésie sans opioïdes repose sur une stratégie multimodale associant :

- Techniques d'anesthésie loco-régionale (ALR), permettant le blocage des afférences nociceptives et du système sympathique
- Utilisation d'autres agents analgésiques tels que :
 - Kétamine
 - Lidocaïne
 - AINS
 - Magnésium
 - Agonistes alpha-2 (exemple : clonidine et dexmédétomidine)




Dans quels cas y penser ?

Chez les patients à risque accru d'effets indésirables liés aux opioïdes (patients obèses, BPCO, insuffisants respiratoires, sujets âgés, ...), chez les patients à risque d'addictions, etc.

Cependant, en raison du manque de données dans la littérature, les indications ne sont pas encore clairement définies ni validées par des recommandations formalisées.



 Journal d'actus sur la déprescription du tramadol

Bibliographie et références utilisées

1. Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. *Anesthesiology* [Internet]. 2016 Jan;124(1):25–34.
2. Théron A, Chapron K. Gestion des anticoagulants en péri-opérateur et lors de gestes invasifs. *Rev Prat Med Gen*. 2026;40(1104):87-90. Disponible sur: [La Revue du Praticien](#)
3. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). *Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux*. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2009;28(12):1035–1036.
4. F. Bonhomme. Le Congrès SFAR, Conférence d'essentiel 2017. *Gestion préopératoire du risque hémorragique*. [Internet]
5. Godier A, Dincq AS, Martin AC, et al. Management of antiplatelet therapy in patients undergoing elective invasive procedures: proposals from the GIHP and GFHT, in collaboration with the SFAR. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2018;37(4):379–389.
6. SFC. Chapitre 22 - Item 330 : Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant, hors anti-infectieux. *Connaître les grands principes thérapeutiques - SFCARDIO* [Internet]. SFCARDIO. 2025 [cited 2026 Apr 23].
7. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). *Gestion périopératoire du patient diabétique* [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 6].
8. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. *Fiches simplifiées : Prise en charge du patient diabétique en péri-opérateur*. Version 2025.
9. Challet C, Schaad N, Delabays A. Médicaments en période périopératoire : que faire ? *Rev Med Suisse*. 2007;3(133):2599–2604.
10. Seo KH. Perioperative glucocorticoid management based on current evidence. *Anesth Pain Med*. 2021;16(1):8–15.
11. Jung SM, Park SJ. Anesthetic implications of psychotropic medications: a narrative review. *Journal of Yeungnam Medical Science*. 2025 Nov 5;42:70–0.
12. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *FSRH guideline: combined hormonal contraception*. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;45(Suppl 1):1–93. Disponible sur : [Combined Hormonal Contraception, Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare](#). Janvier 2019
13. Lenka A, Mittal SO, Lamotte G, Pagan FL. A pragmatic approach to the perioperative management of Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci*. 2021;48(3):299–307.
14. Albaladejo P, et al. Gestion périopératoire des anticoagulants oraux directs pour un acte programmé [Internet]. SFAR; 2016 [cited 2026 Mar 11].
15. Beloeil H. *Anesthésie sans opiacés* [Internet]. SFAR; 2017 [cited 2026 Mar 11]. Available from: [Congrès Conférence D'actualisation L, Beloeil H. Anesthésie sans opiacés \[Internet\]. Sfar.org. \[cited 2026 Mar 11\]. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/10/Beloeil-Anesthesie-sans-opiacés.pdf](#)
16. García-Miguel, FJ., et Valencia Castillo, SL., 2024. *Archives de recherche médicale*, 12(11).
17. De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2018;35:407–65.
18. Oprea AD, Keshock MC, O'Glasser AY, Cummings KC, Edwards AF, Zimbrea PC, et al. *Preoperative management of medications for psychiatric diseases: Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement Consensus Statement*. *Mayo Clin Proc* 2022;97:397–416.

Abréviations

- AAP : AntiAgréments Plaquettaires
AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ALR : Anesthésie Loco-Régionale
AOD : Anticoagulants Oraux Directs
ARA II : Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
AVK : Antivitamines K
DFG : Débit de Filtration Glomérulaire
DMP : Dossier Médical Partagé
DPI : Dossier Patient Informatisé
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
HNF : Héparine Non Fractionnée
IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
IMAO : Inhibiteur de Monoamine-Oxydase
IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ISRN : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Noradrénaline
IV : Intraveineuse
IVSE: Intraveineuse avec seringue électrique
PO : Per Os
SIADH : Syndrome de sécrétion Inappropriée d'Hormone Antidiurétique
SMRI : Service Médical Rendu Insuffisant

BOÎTE À RESSOURCES

- [Ordonnances de déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Carte de suivi dédiée à la déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Comment communiquer avec le patient au sujet de la déprescription ? \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Omédit Grand Est : Médicaments Potentiellement Inappropriés chez la personne âgée : indications et alternatives thérapeutiques](#)
- [Résomédit : Propositions de conduite à tenir face aux médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant](#)
- [Journal d'actus en matière de déprescription médicamenteuse N°1, 2, 3, 4, 6 et 7 inhibiteurs de la pompe à protons ; benzodiazépines ; antidépresseurs ; tramadol ; chutes ; charge anticholinergique \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Fiches simplifiées SFAR : Prise en charge du patient diabétique en péri opérateur](#)
- [Check-List HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire »](#)
- [Fiche RETEX SRA N°41 Continuité des traitements médicamenteux en chirurgie](#)
- [Tableau La Revue du Praticien du Risque hémorragique estimé d'interventions chirurgicales et de gestes invasifs](#)
- [Tableau La Revue du Praticien d'évaluation du risque thromboembolique du patient](#)
- [Tableau La Revue du Praticien de conduite à tenir pour les petits gestes à faible risque hémorragique](#)