

Grande Journée de Charleroi 2021

Faut-il « sang » faire ? (1^{re} partie)

Le 9 octobre 2021

par le Dr Jimmy FONTAINE • médecin généraliste • 1480 Tubize •
jimmy.fontaine@ssmg.be

Gestion de l'hémostase en péri-interventionnel

Risque hémorragique

Une hémorragie excessive est retrouvée dans 3% des interventions chirurgicales.

Plusieurs tests et scores existent pour évaluer le risque de saignement (bleeding assessment tool et le score de Tosetto^a, le score de Higham^b). Cependant, il n'existe pas de recommandations claires sur le type de tests à réaliser et chez quels patients pour préciser ce risque. Par exemple, lors d'une étude clinique^c portant sur plus de 1500 patients chez qui le risque de saignement a été évalué par le bleeding assessment tool et les tests de labo (PT, APTT, plaquettes), il ressort que 83 patients avaient au moins un critère positif. Parmi ces 83 patients, il y avait 3 déficits du facteur XII, un VWB léger et 4 personnes avec des APL (Ac anti-phospholipides). Au final, cela n'a eu aucun impact clinique en péri-opératoire car les pathologies plus « lourdes » sont souvent déjà connues du patient. C'est surtout l'anamnèse qui permet de préciser ce risque : antécédent hémorragique péri-opératoire, hémorragie suite à une extraction dentaire, ménorragies, histoire familiale, etc. Un bilan sera effectué au cas par cas selon le type d'intervention et le type de patient (par exemple, un enfant).

a. <https://bleedingscore.certe.nl/>

b. http://www.e-dpc.fr/bibliotheque/docs/anemie/score_de_higman.pdf

c. C. Ambaglio et al. Preoperative bleeding risk assessment with ISTH-BAT and laboratory tests in patients undergoing elective surgery: A prospective cohort study. Haemophilia, July 2021, Vol 27, 717-723. <https://doi.org/10.1111/hae.14376>

Qu'en est-il du taux de plaquettes recommandé selon le type d'intervention ?

- pour une extraction dentaire : $\geq 30\,000/L$;
- pour une ponction lombaire : $\geq 50\,000/L$;
- pour une endoscopie digestive avec biopsie : $\geq 20\,000/L$;
- pour une bronchoscopie : $\geq 20\,000/L$ (50 000 si biopsie associée) ;
- biopsie d'organe : $\geq 50\,000/L$;
- épidurale : $\geq 80\,000/L$.

L'anticoagulation en période péri-opératoire

Un site intéressant (<http://anticoagulation-smc.be/>) existe pour l'utilisation des anticoagulants en pratique quotidienne.

Les antivitamines K

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE ÉLEVÉ :

Le risque est élevé dans les situations suivantes : prothèse valvulaire mécanique, antécédent de thrombus intracavitaire, FA avec un antécédent d'accident embolique, TVP/EP < 3 mois, TVP idiopathique récurrente, par ex.

Si le **risque hémorragique est faible** (intervention dentaire, chirurgie de cataracte, exérèse de lésions cutanées endoscopie digestive diagnostique, ponction médullaire, articulaire, biopsie de glande salivaire accessoire, etc.), il faut poursuivre l'anticoagulation en cours.

Si le **risque hémorragique est élevé** (chirurgie cardiaque, vasculaire, urologique, neurochirurgie, sphinctérotomie endoscopique, polypectomie colique, biopsie organe « profond », etc.), il faut arrêter l'AVK (J-8 pour le phenprocoumon^d, J-6 pour la

d. Marcoumar®



warfarine^e, J-4 pour l'acénocoumarol^f) avec relais HBPM à doses intermédiaire ou curative selon le risque thrombotique (un avis spécialisé et multidisciplinaire est recommandé).

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE FAIBLE :

Si le **risque hémorragique est faible**, on peut poursuivre l'anticoagulation en cours et si l'INR est dans la zone thérapeutique, on peut sauter une dose sans relais.

Si le **risque hémorragique est élevé**, on peut arrêter l'AVK (J-8 pour le phenprocoumon^g, J-6 pour la warfarine, J-4 pour l'acénocoumarol). Le relais HBPM (dose, timing) doit être discuté en concertation avec le spécialiste.

EN CAS D'ARRÊT, COMMENT REPRENDRE L'AVK ?

Il est conseillé de reprendre l'AVK à la dose antérieure sans dose de charge le lendemain de l'intervention, contrôler l'INR toutes les 48h jusqu'à INR ≥ 2 et stopper l'HBPM une fois l'INR à 2 ou plus.

Les « nouveaux » anticoagulants oraux NOAC

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE ÉLEVÉ :

Si le **risque hémorragique est faible**, on peut suspendre seulement la dernière dose.

Si le **risque hémorragique est élevé**, un avis spécialisé est recommandé.

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE FAIBLE :

Si le **risque hémorragique est faible**, les « -xaban » (apixaban^g, edoxaban^h, rivaroxabanⁱ) peuvent être arrêtés au moins 24h avant l'intervention. S'il s'agit du dabigatran^j, la dernière dose doit être prise 48h avant l'intervention (si la Cl créat est entre 30 et 50 ml/min, il faut ajouter 24h).

Si le **risque hémorragique est élevé**, pour les « -xaban », la dernière dose peut être prise 72h avant l'intervention. Pour le dabigatran, la dernière dose doit être prise 96h avant l'intervention (si la Cl créat est entre 30 et 50 ml/min, il faut ajouter 24h).

RELAIS HBPM ?

Le relais par HBPM n'est plus recommandé dans la plupart des situations.

Le NOAC peut être repris après l'intervention, une fois que l'hémostase est complètement assurée.

Les antiagrégants plaquettaires AAP

L'arrêt des AAP en prévention secondaire est responsable de 5% des hospitalisations pour syndrome coronarien aigu (SCA). L'accident survient dans un délai moyen de 11 jours après l'arrêt, la cause d'arrêt étant le plus souvent une chirurgie programmée. L'utilisation d'un traitement de substitution n'a aucun effet sur la morbidité/mortalité.

En cas de pathologie cérébrovasculaire ou coronaire, l'arrêt est conseillé seulement si le risque hémorragique opératoire paraît supérieur au risque cardiovasculaire à l'arrêt.

Les délais d'interruption dépendent de la molécule :

- AAS : 3 jours ;
- clopidogrel, ticagrelor : 5 jours ;
- prasugrel : 7 jours.

Si le patient est porteur d'un stent :

1. Stent « actif » :

- ne pas arrêter la bithérapie AAP dans les 6 à 12 mois ;
- chirurgie programmée 6 mois après : AAS seule ;
- si délai plus court et interruption nécessaire du fait d'un risque hémorragique plus élevé que le risque CV : arrêter et reprendre le plus vite possible.

2. Stent « nu » :

- bithérapie au moins 4 mois ;
- si chirurgie programmée dans un délai d'au moins 4 semaines après la pose : AAS seule.

La HAS^k a publié des recommandations concernant la gestion de la bithérapie en fonction de l'intervention.

Comme on peut le voir, tout ceci est très complexe. Heureusement, un site très intéressant en néerlandais mais facile à comprendre (<http://bridging.hartcentrum.be/>) nous informe précisément sur le délai d'arrêt, de reprise, la substitution ou non, etc. selon le risque de l'intervention, le risque thrombo-embolique et d'autres caractéristiques du patient (poids, Cl créat, etc.). (JF)

D'après l'exposé du Dr Roberto Cupaiolo, médecin biologiste au CHU de Charleroi.

Mots-clés : hémorragie, thrombo-embolie, antiagrégant, anticoagulant.

e. Warfarine[®]
f. Sintrom[®]
g. Eliquis[®]
h. Lixiana[®]
i. Xarelto[®]
j. Pradaxa[®]

k. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/recommandations_antiagrégant_plaquettaire.pdf



Approche diagnostique d'une adénopathie

Causes d'adénopathies

Voici une liste non exhaustive des étiologies :

- infectieuses : tuberculose, EBV, CMV, HIV, toxoplasmosse, bartonellose, etc. (plus rarement : leptospirose, brucellose, leishmaniose, etc.) ;
- néoplasiques : leucémies, lymphomes, tumeurs, métastases ;
- maladies systémiques : sarcoïdose, lupus, maladie de Still, Kawasaki, etc. ;
- autres : origine médicamenteuse, abcès, lipome, kyste, etc.

Caractéristiques des ganglions pathologiques

Plusieurs caractéristiques sont associées à un ganglion pathologique :

- une consistance dure avec une adhérence ;
- dimension > 1,5 cm ;
- ganglion rond ;
- un ganglion localisé (une forme disséminée étant plus souvent associée à une virose) ;
- une lymphocytose associée ;
- hypo-échogène à l'échographie ;
- site de localisation (sus-claviculaire = ganglion de Troisier : souvent métastase). (JF)

D'après l'exposé du Pr Dominique Bron, hématologue à l'Institut Jules Bordet.

Mots-clés : ganglion, adénopathie.