

Stratégie de prévention de la maladie thromboembolique postopératoire lors d'une chirurgie urgente

Elie Kantor, Jean Pol Depoix

Hôpital Bichat Claude Bernard, Département d'anesthésie réanimation chirurgicale,
46, rue Henri Huchard, 75877 Paris, France
<elie.kantor@aphp.fr>

Résumé. L'évaluation péri-opératoire des patients bénéficiant de chirurgies urgentes doit permettre de stratifier le niveau de risque de survenue d'événements thrombotiques postopératoires associés avec une morbi-mortalité importante.

La stratégie thromboprophylactique péri-opératoire, dans le cadre de chirurgies générales urgentes, doit être basée sur des scores de risques et repose sur des moyens mécaniques et pharmacologiques.

La présence de comorbidités ou de traitements préopératoires doit faire discuter le type et le délai d'introduction de la thérapeutique choisie et moduler la stratégie de surveillance.

Mots clés : thromboprophylaxie périopératoire, chirurgie générale urgente, anticoagulation préventive

Abstract

Post-operative thromboembolism prophylaxis after urgent general surgery

The thromboprophylaxis evaluation of patients undergoing urgent surgeries should be used to stratify the risk of postoperative thrombotic events associated with significant morbidity and mortality.

The perioperative thromboprophylaxis strategy in the context of urgent general surgeries must be based on risk scores and is based on mechanical and pharmacological strategies.

The presence of comorbidities or preoperative treatments must be evaluated, as it impacts the type and time of introduction of the chosen therapy and the surveillance strategy.

Key words: perioperative thromboprophylaxis, urgent surgery, preventive anticoagulation

La prise en charge des patients bénéficiant d'une chirurgie générale urgente représente un défi sur le plan de la thromboprophylaxie, notamment en raison du contexte hémorragique fréquent ; ainsi, la morbi-mortalité est majorée par rapport à des chirurgies semblables programmées. Le profil démographique des patients bénéficiant d'une procédure chirurgicale urgente est spécifique. Dans une étude américaine récente [1], parmi les patients bénéficiant d'une procédure chirurgicale urgente, plus de 70 % étaient en surpoids (IMC > 25), 40 % septiques, et 80 % avaient un score ASA supérieur ou égal à 2.

Tirés à part :

E. Kantor

L'analyse poolée d'essais randomisés a permis d'établir, en 2001, l'incidence des événements thromboemboliques péri-opératoires, variant de 25 % pour les thromboses veineuses distales à 0,9 % pour les embolies pulmonaires fatales [2].

L'évaluation du risque thromboembolique réalisée rapidement doit être basée sur des scores validés : score Caprini, score Rogers, *Johns Hopkins Risk Factor* [3-5] (tableau 1). Des facteurs individuels démographiques semblent être prédictifs de la survenue d'un événement thromboembolique : pathologie inflammatoire digestive, antécédent néoplasique, trouble d'hémostase pro-coagulant, péri-partum, antécédent d'accident ischémique cérébral (dans les trois mois), alitement. Concernant les paramètres

Tableau 1. Stratification du risque individuel selon les différents scores existants et stratégie thérapeutique proposée [6].

Niveau de risque	Score Caprini	Score Rogers	Stratégie
Très bas	0	< 7	Compression mécanique
Bas	1-2	7-10	
Intermédiaire	3-4	> 10	HBPM ou HNF et compression mécanique
Haut	≥ 5	NA	

HBPM : héparines de bas poids moléculaire ; HNF : héparines non fractionnées.

péri-opératoires, la présence d'un cathéter veineux central et la ventilation mécanique prolongée sont deux facteurs indépendants.

Il est fondamental d'évaluer le plus précocement possible la balance entre l'indication d'une thromboprophylaxie et le risque hémorragique.

Deux principales modalités thérapeutiques doivent être discutées

La prophylaxie mécanique, réduisant la stase veineuse, n'est pas associée à une augmentation du risque hémorragique et a peu de contre-indications, mais la taille des dispositifs doit être adaptée. Le niveau de preuve associé aux compressions veineuses mécaniques élastiques reste faible et les compressions pneumatiques intermittentes doivent être privilégiées.

La prophylaxie pharmacologique est basée sur les héparines non fractionnées (HNF) ou les héparines de bas poids moléculaire (HBPM). D'après une étude randomisée contre placebo, une anticoagulation préventive doit donc être considérée pour la majorité des malades, leur risque individuel étant de base de modéré à élevé [7].

Le choix de la molécule HNF ou HBPM repose sur la présence de contre-indications relatives (notamment une altération de la fonction de filtration glomérulaire), les protocoles locaux, les traitements concomitants, ainsi que l'adhérence thérapeutique attendue liée à l'injection unique des HBPM.

Délai de l'introduction du traitement

Le risque doit être évalué dès l'admission, une prophylaxie mécanique doit être instaurée le plus rapidement possible, et la recherche d'un saignement actif faite. Une attention doit être portée à la régularité des administrations, le risque thromboembolique augmentant avec le saut de prise.

En dehors de la période aiguë, l'anticoagulation préventive doit être poursuivie, le taux d'événements thromboemboliques pouvant ainsi être réduit de moitié dans les 90 jours. La surveillance d'une anticoagulation préventive sur le moyen terme inclut le dépistage d'une thrombopénie induite et nécessite une éducation thérapeutique adaptée.

Les recommandations formalisées d'experts de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) de 2011 considèrent la chirurgie viscérale en urgence comme une chirurgie à risque modérée et préconisent une anticoagulation préventive par HBPM à dose élevée [8].

La chirurgie urgente chez les patients sous antiagrégants plaquettaires représente un cas particulier

La transfusion plaquettaire peut améliorer l'hémostase biologique en cas de chirurgie urgente chez un patient n'ayant pas interrompu son traitement antiplaquettaire, à condition d'être administrée au moins deux heures après la dernière dose d'aspirine et entre 12 et 24 heures après celle de clopidogrel, afin qu'elle ne soit pas antagonisée par les métabolites circulants [9].

L'évaluation de la fonction plaquettaire préopératoire pourrait être un outil d'identification des patients chez lesquels le risque hémorragique serait acceptable ; le plus fiable semble être dérivé de méthodes de « mapping » plaquettaire thrombo-élastographique. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Scarborough JE, Schumacher JE, Pappas TN, *et al.* Which complications matter most? Prioritizing quality improvement in emergency general surgery. *J Am Coll Surg* 2016 ; 222 : 515-24.

2. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, *et al.* Prevention of venous thromboembolism. *Chest* 2001 ; 119 : 132S–175S.
3. Caprini JA, Arcelus JJ, Hasty JH, Tamhane AC, Fabrega F. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. *Semin Thromb Hemost* 1991 ; 17(Suppl 3) : 304-12.
4. Rogers SO, Kilaru RK, Hosokawa P, Henderson WG, Zinner MJ, Khuri SF. Multivariable predictors of postoperative venous thromboembolic events after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg* 2007 ; 204 : 1211-21.
5. Streiff MB, Carolan HT, Hobson DB, *et al.* Lessons from the Johns Hopkins multi-disciplinary venous thromboembolism (VTE) prevention collaborative. *BMJ* 2012 ; 344 : e3935.
6. Murphy PB, Vogt KN, Lau BD, *et al.* Venous thromboembolism prevention in emergency general surgery: a review. *JAMA Surg* 2018 ; 153 : 479-86.
7. Bergqvist D, Flordal PA, Friberg B, *et al.* Thromboprophylaxis with a low molecular weight heparin (tinzaparin) in emergency abdominal surgery. A double-blind multicenter trial. *VASA Z Gefasskrankheiten* 1996 ; 25 : 156-60.
8. Samama CM, Gafsou B, Jeandel T, *et al.* Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Texte court. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2011 ; 30 : 947-51.
9. Keeling D, Tait RC, Watson H, British Committee of Standards for Haematology. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. *Br J Haematol* 2016 ; 175 : 602-13.