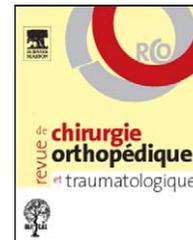




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Le point sur la prise en charge périopératoire des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires en chirurgie du rachis[☆]

Focus on perioperative management of anticoagulants and antiplatelet agents in spine surgery

A. Steib^{a,*}, F. Hadjiat^a, W. Skibba^a, J.-P. Steib^b, Société Française de Chirurgie Rachidienne (SFCR)

^a Service d'anesthésie et de réanimations chirurgicales nouvel, nouvel hôpital civil, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

^b Service de chirurgie du rachis, hôpital civil, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Acceptation définitive le : 5 avril 2011

MOTS CLÉS

Chirurgie du rachis ;
Anticoagulant ;
Antiagrégant
plaquettaire ;
Saignement ;
Thrombose ;
Hématome spinal

Résumé La gestion périopératoire des anticoagulants (AC) et des antiagrégants plaquettaires (AAP) suppose un compromis entre le risque hémorragique induit par leur maintien (ou substitution) et le risque thrombotique de leur arrêt. Le risque hémorragique dans les interventions majeures du rachis est patent (incidence transfusionnelle de 50–81%) et la survenue d'un hématome périmédullaire symptomatique postopératoire varierait entre 0,4 et 0,2% selon la prescription ou non d'héparines de bas poids moléculaire (HBPM) en postopératoire. La prise en charge des patients traités par des antivitamines K (AVK) a fait l'objet de recommandations publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008. Il est possible d'arrêter le traitement sans relais préopératoire dans certaines situations de fibrillation auriculaire ou de maladie thromboembolique veineuse. Dans les autres cas, le relais préopératoire par héparine non fractionnée (HNF) ou HBPM à doses curatives est recommandé avec arrêt suffisamment précoce pour éviter un saignement peropératoire. La gestion postopératoire doit tenir compte du risque hémorragique de la chirurgie. La prise en charge des patients traités par des AAP est délicate, car leur maintien est souhaitable dans la plupart des situations pour lesquelles ils sont prescrits (stent nu ou actif, prévention secondaire d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, d'une ischémie périphérique). Néanmoins, ils sont susceptibles d'accroître le risque hémorragique périopératoire, notamment en association avec la thromboprophylaxie. En cas

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2011.07.005](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2011.07.005).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annick.steib@chru-strasbourg.fr (A. Steib).

d'impossibilité de réaliser la chirurgie sous traitement, l'interruption doit être la plus courte possible. Des recommandations sont en cours de rédaction sous la tutelle de la HAS. Pour les deux types de traitement, la stratégie choisie doit relever d'une concertation entre chirurgien, anesthésiste et cardiologue pour optimiser une prise en charge individualisée tenant compte des contraintes de chacun des acteurs, le patient tenant le rôle principal. Il est souhaitable qu'elle figure clairement dans son dossier.

Niveau de preuve. – V.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La gestion périopératoire des anticoagulants (AC) et des antiagrégants plaquettaires (AAP) représente une préoccupation partagée par les équipes anesthésiques et chirurgicales. Ces dernières sont confrontées au risque hémorragique de l'acte vulnérable aggravé par un éventuel maintien du traitement et au risque thrombotique artériel ou veineux lié à son arrêt périopératoire. La chirurgie du rachis englobe une grande variété d'actes dont le risque hémorragique est variable, ne permettant pas d'apporter une réponse univoque. La réflexion engagée ci-dessous a pour objectif de faire le point sur ces différents aspects pour proposer des attitudes rationnelles guidées par le risque chirurgical associé au risque patient.

Risque hémorragique et thrombotique de la chirurgie du rachis

Risque hémorragique

L'appréciation du risque hémorragique spécifique de la chirurgie du rachis n'apparaît pas clairement identifié au travers des tentatives de stratification des différentes spécialités chirurgicales. Ainsi, la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie figurent respectivement dans la classe « risque modéré » et « risque élevé » sans que la chirurgie rachidienne n'y soit individualisée [1].

Ce risque hémorragique est tributaire de la quantité de sang perdu mais aussi de la localisation de l'hémorragie en postopératoire (hématorrachis).

Les pertes sanguines étaient comprises entre 650 et 2839 mL chez 900 patients opérés d'arthrodèse en l'absence de mesures de prévention de réduction du saignement [2]. L'incidence transfusionnelle variait de 50 à 81 %. Une instrumentation était réalisée dans la majorité des cas, celle-ci ayant déjà été reconnue dans des études antérieures comme source de majoration du saignement et des besoins transfusionnels [3]. Les accidents hémorragiques postopératoires chez 2507 patients opérés du rachis et bénéficiant d'une thromboprophylaxie variaient de 0 à 4,3 % selon les études [4]. Quatre facteurs indépendants ont été identifiés comme prédictifs de transfusion dans une population de 230 patients bénéficiant d'une chirurgie rachidienne thoracolombaire programmée [5]. Ils comportaient un âge supérieur à 50 ans, une concentration d'hémoglobine préopératoire inférieure à 12 g/dL, une arthrodèse supérieure à deux niveaux et une ostéotomie transpédiculaire. L'attribution de points pondérés pour chacun de ces facteurs a permis aux auteurs d'établir un score prédictif de transfusion parfaitement

corrélé avec le nombre de concentrés érythrocytaires administrés.

La survenue d'un hématome péri-dural représente une complication hémorragique majeure postopératoire. Son incidence a été recherchée dans une revue générale à partir de l'analyse de 493 articles publiés entre 1966 et 2007 [6]. Au total, 16 études ont permis d'identifier le risque d'un hématome symptomatique dans le cadre d'une thromboprophylaxie associée ($n=6$) ou non ($n=10$). La fréquence de survenue variait entre 0,4 % et 0,2 % selon la prescription ou non d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM). Elle s'avère très faible comparée aux observations d'hématomes postopératoires asymptomatiques qui seraient détectés à l'IRM [7,8]. Ces résultats sont superposables à ceux de l'étude de Cheng et al. [4] objectivant la survenue de dix hématomes chez 2507 patients opérés. Cette incidence est proche de celle observée en pratique anesthésique lors des mises en place de cathéter péri-dural à visée analgésique chez des patients bénéficiant parallèlement d'un traitement qui interfère sur l'hémostase [9]. Elle pose clairement le problème de la gestion adaptée des AC et antiagrégants durant la phase postopératoire.

Risque thrombotique

Les recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) concernant la thromboprophylaxie pour la chirurgie du rachis ont été publiées en 2005 [10]. Elles identifient trois catégories de risque permettant de proposer des stratégies de prévention adaptées au type de chirurgie et au terrain du patient. Elles apparaissent dans le **Tableau 1**.

Les recommandations nord-américaines publiées en 2008 [11] proposent l'absence de prophylaxie dans la chirurgie à risque modéré, le choix entre HBPM, héparine non fractionnée (HNF) ou la compression pneumatique intermittente (CPI) s'il existe des facteurs de risque associés mineurs ou la combinaison d'une prophylaxie pharmacologique et mécanique en cas de facteurs de risque thrombotiques majeurs. Si le risque hémorragique postopératoire est majeur (polytraumatisé), la CPI doit être choisie en priorité, l'introduction de la prophylaxie médicamenteuse venant en relais ou en complément après sa diminution.

Les données de la littérature plus récentes plaident pour une diminution globale du risque thrombotique postopératoire [4]. En l'absence de prophylaxie, le risque de thromboses veineuses profondes (TVP) documentées (phlébographie, Doppler, échographie ou test au fibrinogène) observées dans une population de 1619 patients était de 6 % pour les traumatismes sans atteinte médullaire, de 5,3 % pour les déformations et de 2,3 % pour les atteintes dégénératives. Celui des embolies pulmonaires (EP) était

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091575>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091575>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)