



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Analyse d'articles

Disponible sur Internet le 3 février 2018

Thromboprophylaxie durant un traitement par immobilisation des membres inférieurs

- Raymond A. van Adrichem, Banne Nemeth MD, Ale Algra MD, et al. Thromboprophylaxis after knee arthroscopy and lower-leg casting. *N Engl J Med* 2017;376:515–525.

Introduction

Le traitement orthopédique par immobilisation du membre inférieur est très fréquent en traumatologie du sport. La maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire) est un problème de santé publique important associé à une morbi-mortalité élevée. L'efficacité de la thrombo-prophylaxie au cours d'une immobilisation du membre inférieur est incertaine, et le risque de MTEV symptomatique n'est pas connu de manière fiable. Contrairement au risque post-chirurgie orthopédique de genou et de hanche qui est bien documenté.

En effet plusieurs essais ont été réalisés pour évaluer l'efficacité de ce traitement préventif mais le rapport bénéfice-risque n'a pas pu être établi en raison de lacunes méthodologiques. Et de nombreux essais prévoyaient des contrôles doppler systématiques, qui dépistaient les phlébites asymptomatiques, s'éloignant de la pratique clinique quotidienne. Par conséquent, il n'y a pas de recommandations internationales concernant l'intérêt de la thrombo-prophylaxie pour cette indication.

L'étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité sur la prévention de la MTEV, du traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire (groupe traitement) versus un groupe sans traitement anticoagulant (groupe témoin), dans une population de patients traités par immobilisation de la jambe.

Matériel et méthode

L'étude était multicentrique, prospective, randomisée et contrôlée. Les médecins ne connaissaient pas l'affectation aux groupes (simple insu).

Les critères d'inclusion étaient : patients de plus de 18 ans qui se sont présentés dans un service d'urgence et qui ont été traités pendant au moins une semaine avec une immobilisation de la jambe [avec ou sans intervention chirurgicale].

Les critères d'exclusion étaient : les poly-fractures de jambe, les antécédents de thromboembolie veineuse, les contre-indications aux héparines à faible poids moléculaire (HBPM), les grossesses, l'utilisation d'un traitement anticoagulant pour d'autres causes, et les patients qui avaient une connaissance insuffisante de la langue néerlandaise ou participés déjà à un essai clinique.

Les critères de jugements principaux étaient l'incidence cumulée de la MTEV symptomatique dans les 3 mois suivant l'immobilisation et l'incidence cumulée des saignements majeurs. Un critère de jugement secondaire était l'incidence cumulée des saignements mineurs.

Le protocole comprenait l'administration d'HBPM en sous cutané une fois par jour pendant toute la période d'immobilisation pour le groupe traité.

La randomisation a été stratifiée selon le centre d'essai et selon le traitement non chirurgical ou chirurgical.

Des analyses intermédiaires étaient prévues à 50 % et 75 % des inclusions afin de stopper l'étude en cas de différence trop importante au dépend des patients du groupe contrôle.

Le suivi était réalisé via des questionnaires (en ligne ou postaux) sur l'observance du protocole attiré à 3, 7 et 12 semaines. Les patients ont également rempli un questionnaire sur les facteurs de risques thromboemboliques et hémorragiques après l'inclusion.

Résultats

Les données ont été collectées de mars 2012 à janvier 2016 dans huit centres d'essais aux Pays-Bas.

L'étude comprend 1519 patients traités par immobilisation : 761 dans le groupe traitement et 758 dans le groupe témoin. Après la randomisation, 33 patients (14 dans le groupe de traitement et 19 dans le groupe témoin) ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas satisfait aux critères de l'étude. De plus, 23 patients (1,5 %) ont retiré leur consentement et 28 (1,5 %) ont été perdus de vue.

Un total de 719 patients dans le groupe de traitement et 716 dans le groupe témoin ont été inclus en intention de traiter. L'observance du protocole était bonne avec 626 patients (87,1 %) dans le groupe traité et 662 patients (92,5 %) dans le groupe témoin, inclus en per-protocole.

Les caractéristiques des 2 groupes étaient comparables sur l'âge, le sexe, l'IMC, le nombre d'obèses (IMC > 30), la prise de contraceptif, les antécédents de cancer, les antécédents familiaux de MTEV au 1^{er} degré, le tabagisme, le nombre de salariés et sur le type de fracture (de jambe, cheville ou pied) et la durée d'immobilisation (5 semaines en moyenne).

La majorité des patients était victime de fracture : 648 (90 %) dans le groupe traitement versus 631 (88,1 %) dans le groupe contrôle. Les autres lésions ostéoarticulaires étaient des ruptures du tendon calcanéen : 40 (5,6 %) versus 54 (7,5 %) ; des entorses de la cheville : 18 (2,5 %) versus 17 (2,4 %) ; des boiteries : 6 (0,8 %) versus 3 (0,4 %) ; des contusions : 5 (0,7 %) versus 8 (1,1 %) ; ou autre lésions : 2 (0,3 %) versus 3 (0,4 %). Une chirurgie a été réalisée chez 170 patients : 91 versus 79 respectivement.

Dans le groupe traité, 10 patients ont déclaré une MTEV symptomatique (6 thromboses veineuses profondes, 3 embolies pulmonaires et 1 avait les deux), pour une incidence cumulative de 1,4 % [IC 95 % : 0,7–2,5]. Dans le groupe témoin, 13 patients ont déclaré une MTEV symptomatique (8 thromboses veineuses profondes, 4 embolies pulmonaires et 1 avait les deux), pour une incidence cumulative de 1,8 % [IC 95 % : 1,0–3,1]. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes car le risque relatif était de 0,8 [IC 95 % : 0,3–1,7].

À noter que chez les 23 patients qui au total ont déclaré une MTEV, 9 avaient stoppé lors d'immobilisation, et 6 de ces 9 patients étaient dans le groupe traitement.

Les auteurs constatent que les patients qui ont déclaré des MTEV symptomatiques, avaient plusieurs facteurs de risques thromboemboliques. Aucun événement de saignement majeur n'est survenu dans les 2 groupes. Des saignements mineurs ont été signalés par 55 patients (7,6 %) dans le groupe de traitement et par 49 (6,8 %) dans le groupe témoin. Un patient du groupe témoin est décédé. L'événement indésirable le plus fréquent était l'infection.

Le suivi fut complet pour 98 % des patients.

Discussion

Cette étude montre que le traitement par des anticoagulants type HBPM pendant la période complète d'immobilisation, n'a pas été efficace pour la prévention de la MTEV symptomatique dans cette population.

Les auteurs signalent que leur résultats sont discordants avec les résultats d'une méta-analyse Cochrane compilant six essais (qui ont un nombre cumulé de patients de 1536) et retrouvant que la prévention par HBPM était efficace pour la

MTEV (OR à 0,49 ; IC 95 % : 0,34–0,72). Néanmoins, d'après les auteurs ces essais présentaient des faiblesses méthodologiques telles que des taux élevés de perdus de vue et l'inclusion de patients présentant un risque élevé de MTEV.

Une dose plus élevée et/ou une durée de traitement plus longue pourrait être plus efficace dans un groupe à haut risque (avec un âge élevé, une contraception orale et/ou des antécédents familiaux de MTEV au 1^{er} degré). En effet chez les 23 patients qui avaient une thromboembolie veineuse, 9 avaient retiré leurs immobilisations, ce qui peut indiquer un besoin de traitement plus long. Et la dose d'HBPM utilisée (dose standard dans les 8 centres de l'essai) était peut-être trop faible d'après les auteurs.

Les perspectives pointées par les auteurs de cette étude tendent vers l'amélioration du dépistage des patients à haut risque et l'élaboration de stratégies préventives sur-mesure pour cette population. Des recherches complémentaires semblent nécessaires chez ces patients nécessitant un traitement orthopédique par immobilisation.

Les points forts de l'étude s'appuient sur l'exhaustivité du suivi, sa durée pertinente de 3 mois et le taux d'observance élevé dans les 2 groupes. Par ailleurs la méthodologie multicentrique, randomisée, avec une population importante est intéressante. Elle est en simple aveugle mais une étude en double insu semble difficile à réaliser avec des traitements injectables en sous-cutané comme les HBPM. Enfin cette étude ne prend en compte que les MTEV symptomatiques, en adéquation avec la pratique quotidienne des traumatologues (absence d'écho-doppler systématique).

Les points faibles de l'étude reposent sur l'absence de stratification sur le type d'immobilisation (botte de marche, plâtre, ...) et sur le type d'appui durant l'immobilisation (appui autorisé ou pas) qui pourraient être des facteurs modulant le risque de MTEV. Enfin il n'y a pas d'analyse précise des 23 cas de MTEV, les auteurs signalent que ces patients avaient des facteurs de risques emboliques sans précision sur ceux retrouvés ni sur les caractéristiques de cette population : âge moyen, type de fracture, chirurgie associée ou non, durée d'immobilisation et type d'appui autorisé, pouvant permettre au clinicien d'affiner le dépistage des patients à risques.

Adrian Cangelosi

DESC Médecine du Sport, CHU de Toulouse

Adresse e-mail : adrian.cangelosi@laposte.net

Le Rendement durant un test de terrain en cyclisme sur le plat et en côte

- Nimmerichter A, Prinz B, Haselsberger K, Novak N, Simon D, Hopker JG. Gross efficiency during flat and uphill cycling in field conditions. *Int J Sports Physiol Perform* 015;10:830–834

Introduction

De nombreuses études ont étudié le rendement dans des conditions de laboratoires, mais peu l'ont analysé sur le terrain. Le rendement est un déterminant important de la performance cycliste qui est définie comme le ratio entre le travail mécanique produit et le travail métabolique requis. Par exemple Jeukendrup et al. estime que 1 % d'écart de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803865>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803865>

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