

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention de la maladie thromboembolique en orthopédie et traumatologie

Thromboprophylaxis in orthopedic surgery and traumatology

P. Mismetti ^{a,*}, P. Zufferey ^b, J. Barré ^c, G. Pernod ^d, Baylot ^e, J.P. Estebe ^f,
M.T. Barrelier ^g, M. Pegoix ^h, P. Mertl ⁱ

^a *Unité de pharmacologie clinique : EA 3065, CIE 3n, service de médecine interne et thérapeutique, hôpital Bellevue, CHU, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France*

^b *Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Bellevue, CHU, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France*

^c *Service d'anesthésie-réanimation, CHU, 51092 Reims cedex, France*

^d *Hémostase, CHU, BP 217, 38043 Grenoble cedex, France*

^e *Service d'anesthésie-réanimation, clinique mutualiste, 42055 Saint-Étienne*

^f *Service d'anesthésie-réanimation, CHU, 35033 Rennes cedex 09, France*

^g *CHU, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex, France*

^h *Service d'anesthésie réanimation, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex, France*

ⁱ *Service d'orthopédie, CHU, 80054 Amiens cedex 01, France*

Résumé

En orthopédie et traumatologie, on peut identifier trois groupes de situations à risque thromboembolique veineux. Prothèse de hanche (PTH), de genou (PTG), et fracture de hanche ou polytraumatisé grave sont à risque élevé. La traumatologie de l'extrémité distale du membre inférieur avec fracture est à risque modéré alors que sans fracture le risque est faible tout comme l'arthroscopie pour ménissectomie ou ligamentoplastie. Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM), le fondaparinux ou le mélagatran-ximélagatran sont recommandés en première intention pour l'arthroplastie de hanche ou du genou. Les autres agents antithrombotiques, en particulier les antivitamines K, ne doivent pas être utilisés en première intention. La compression pneumatique intermittente représente une alternative en cas de contre-indication aux traitements médicamenteux chez les patients à risque thromboembolique élevé, notamment chez le polytraumatisé. La contention élastique adaptée est un adjuvant efficace aux anticoagulants. L'administration préopératoire d'une HBPM en chirurgie réglée n'est plus exigée. L'horaire d'administration de la première dose postopératoire d'un antithrombotique est propre à chaque substance et doit être respecté afin de diminuer le risque hémorragique. La durée de prophylaxie doit tenir compte du risque thrombotique lié à la chirurgie mais également des facteurs de risque propre à chaque patient. Une durée jusqu'au 42^e jour postopératoire par une HBPM dans la PTH et jusqu'au 35^e jour postopératoire dans la fracture de hanche par le fondaparinux est recommandée. En revanche, une durée supérieure à 14 jours dans la PTG n'a pas fait preuve de son efficacité et ne devrait être envisagée que chez des patients à risque thromboembolique surajouté. Dans la traumatologie de l'extrémité distale du membre inférieur et dans l'arthroscopie pour ménissectomie ou ligamentoplastie, compte tenu des risques modérés et/ou faibles et la durée d'immobilisation prévisible, la prophylaxie par HBPM ne doit pas être systématique mais adaptée aux facteurs de risque du patient. Pour toute autre indication chirurgicale, la prophylaxie n'ayant pas été étudiée, il ne peut être fait que des extrapolations à partir des recommandations ci-dessus.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Orthopaedic and trauma surgery are classified according 3 groups of venous thromboembolic risk. Elective total hip replacement (THR) or total knee replacement (TKR), hip fracture surgery or trauma patients are at high risk. Isolated lower extremity injury with fracture is at

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patrick.mismetti@chu-st-etienne.fr (P. Mismetti).

moderate risk whereas this risk is low without fracture as well as with knee arthroscopy. In THR and TKR, low molecular weight heparin (LMWH), fondaparinux or melagatran–ximelagatran are strongly recommended. The routine use of other anticoagulants, in particular vitamin K antagonist are not recommended. In patients at high risk of venous thromboembolism as for example trauma patients, optimal use of intermittent pneumatic compression is an alternative option in case of contra-indication to anticoagulant prophylaxis. Graduated compression stockings enhance the efficacy of pharmacological methods. In schedule surgery, initiation of prophylaxis with LMWH may be started postoperatively. To reduce the haemorrhagic risk of anticoagulants, timing of first postoperative dose is essential and is proper to each drug. Duration of prophylaxis depends on the surgical and the individual patients' risk. Extended prophylaxis in THR for up to 42 days with LMWH and up to 35 days with fondaparinux in hip fracture surgery is recommended. However extended prophylaxis after 14 days in TKR has not demonstrated a higher efficacy and should only be considered for patients with additional risk factors. In patients with isolated lower extremity injury or undergoing knee arthroscopy, LMWH should not be routinely used according to a low or a moderate risk and/or the duration of prophylaxis required. But LMWH has to be considered for patients with additional risk factors. Prophylaxis in other orthopedic procedures has not been assessed and will be extrapolated from the above recommendations.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Antithrombotique ; Chirurgie ; Danapraoïde ; Fondaparinux ; HBPM ; HNF ; Maladie thromboembolique veineuse ; Orthopédie ; Prophylaxie ; Traumatologie

Keywords: Antithrombotic; Danaparoid; Fondaparinux; Low molecular weight heparin; Melagatran; Prophylaxis; Surgery; Traumatology; Unfractionated heparin; Venous thromboembolic disease

1. Question 1. Incidence, sans prophylaxie, des événements thromboemboliques après chirurgie traumatologique et orthopédique et classement de chaque chirurgie par niveau de risque

Le risque thromboembolique sans traitement antithrombotique est estimé à partir d'études épidémiologiques mais surtout à partir des incidences observées dans les groupes placebo ou sans traitement des essais cliniques. Ces estimations du risque thromboembolique (TE) sont établies selon les critères d'évaluation habituellement retenus dans les essais de prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), à savoir :

- l'incidence des TVP totales (distales et/ou proximales), des TVP proximales symptomatiques et/ou asymptomatiques, dans ce cas, mesurée par un examen paraclinique systématiquement réalisé ;
- l'incidence des événements thromboemboliques (ETE) symptomatiques (embolies pulmonaires et/ou TVP) ;
- le taux de mortalité.

Lorsque les données sont suffisantes, l'incidence des TVP évaluées par phlébographie ou test au fibrinogène marqué sera privilégiée. En l'absence de ces données, seront alors prises en compte les TVP évaluées par écho-Doppler veineux. Pour chaque type de chirurgie, lorsque les données existent, l'incidence de ces différents événements est fournie à court (inférieur au 15^e jour postopératoire) et à moyen terme (quatre à six semaines postopératoires).

Toutefois, dans la mesure où la prévention de la MTEV postopératoire en orthopédie est recommandée et largement utilisée depuis de nombreuses années, ces études sans traitement antithrombotique sont relativement anciennes. Or, outre les traitements prophylactiques eux-même, les progrès des techniques chirurgicales, d'anesthésie et de prise en charge des malades en périodes péri- et postopératoires ont certainement modifié le risque TE postopératoire. Pour apprécier indirectement cet effet potentiel et justifier la recherche perma-

nente de nouvelles stratégies antithrombotiques, nous rapporterons également les résultats d'études épidémiologiques et d'essais cliniques récents, postérieurs à 1990 et ayant inclus des malades recevant une prophylaxie courte de 7 à 14 jours. Une revue exhaustive de la littérature concernant l'épidémiologie du risque TE postopératoire et de sa prévention a été récemment publiée [1]. Une présentation plus synthétique de ces données est fournie ci-dessous pour chaque type de chirurgie.

1.1. Risque thromboembolique après chirurgie orthopédique majeure de hanche et genou : PTH, PTG et FH

1.1.1. Prothèse totale de hanche

Les incidences des ETE ont été estimées à partir des groupes témoins ne recevant pas de traitement prophylactique (avec ou sans placebo) [2–5]. Pour chacune des estimations, ont été calculées les moyennes pondérées à partir des incidences des études incluses dans les méta-analyses publiées dans cette indication (Tableau 1).

Ces données globales doivent être interprétées prudemment, car les incidences sont probablement surestimées puisque évaluées sur des données anciennes. Par exemple l'incidence des ETE cliniques est de 5,5 % dans les groupes témoins des études avec l'HNF (antérieures pour la plupart à 1985) [2–5] alors que cette incidence n'est plus que de 2,7 % dans les groupes témoins des études avec les héparines de bas poids moléculaire (toutes postérieures à 1985) [3,4].

Tableau 1
Incidences des ETE asymptomatiques et symptomatiques après PTH

	Incidence à court terme sans traitement prophylactique (%)
TVP totales [2–5]	50 [46–53]
TVP proximales [2–5]	17 [15–20]
EP et/ou ETE cliniques [2–5]	5,5 [4,2–6,2]
EP fatales [2–5]	0,2 [0,1–0,4]

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9091111>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9091111>

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