

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention de la maladie thromboembolique en chirurgie urologique

Prophylaxis of thromboembolic events during urologic surgery

M.-L. Cittanova-Pansard ^a, S. Droupy ^b, S. Susen ^c, J.-P. Boiteux ^d, E. Marret ^e,
S. Laversin ^f, J.-D. Doublet ^{g,*}

^a Service d'anesthésie-réanimation, hôpital privé d'Antony, 1, rue Velpeau, 92166 Antony cedex, France

^b Service d'urologie, hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^c Laboratoire d'hématologie, hôpital cardiologique, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

^d Service d'urologie, hôpital Gabriel-Montpied, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

^e Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^f Haute autorité de santé, 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis La-Plaine cedex, France

^g Service d'urologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Disponible sur internet le 11 juillet 2005

Résumé

Les données disponibles dans la littérature sont peu abondantes et de qualité méthodologique le plus souvent médiocre. Leur analyse a cependant permis d'aboutir aux conclusions suivantes. La néphrectomie, la transplantation rénale, la chirurgie ouverte du bas appareil urinaire et les curages ganglionnaires iliaques ou lomboaortiques sont des interventions à risque élevé de complications thromboemboliques. Les autres interventions urologiques, ouvertes ou endoscopiques sont des interventions à faible risque. La voie d'abord cœlioscopique ne modifie pas le risque inhérent à l'intervention. Une prophylaxie de la thrombose est recommandée dans les interventions à haut risque. Il n'y a pas d'argument objectif permettant de choisir entre un début pré- ou postopératoire de la prophylaxie médicamenteuse. Celle-ci repose sur l'utilisation des héparines de bas poids moléculaire. Elle peut être associée au port de bas de contention veineuse. La durée recommandée du traitement est d'environ sept jours. Elle peut être prolongée jusqu'à quatre ou six semaines dans les suites d'une intervention carcinologique. © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Few scientific evidences are available in the literature, and the methodologic quality of the studies is often under average. Nevertheless, the conclusions are the following. Nephrectomy, renal transplantation, open surgery of the lower urinary tract and lumbar or pelvic lymph nodes dissection are at high risk for thromboembolic events. Other open or endoscopic urological procedures are at low risk. The laparoscopic approach doesn't change the risk associated with the procedure itself. Thromboprophylaxis is recommended in high-risk procedures. There was no evidence to recommend starting the prophylaxis before more than after the procedure. The use of low molecular weight heparin is recommended for prophylaxis. It can be associated with compressive stockings. It is recommended to treat for around seven days after the procedure. In case of cancer surgery, prophylaxis could be needed for four to six weeks. © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Urologie ; Endoscopie urologique ; Complications thromboemboliques ; Prophylaxie antithrombotique

Keywords: Urology; Antithrombotic prophylaxis; Thromboembolic event; Endoscopic urology

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Jean-dominique.doublet@tnn.ap-hop-paris.fr (J.-D. Doublet).

1. Question 1. Quelle est l'incidence, sans prophylaxie, des événements thromboemboliques cliniques ?

1.1. Chirurgie ouverte du rein : néphrectomies

Dans une série rétrospective de 60 néphrectomies pour cancer du rein sans prophylaxie de la thrombose, il a été rapporté un cas d'embolie pulmonaire mortelle (1,4 %) [1]. Les stratégies de prévention de la thrombose veineuse n'étaient pas mentionnées dans les autres études. La littérature ne permet donc qu'une évaluation approximative du risque thromboembolique après néphrectomie.

Une série de néphrectomies par cœlioscopie pour cancer du rein rapporte un cas d'embolie pulmonaire pour 482 néphrectomies laparoscopiques (0,25 %) [2]. Dans une série rétrospective de néphrectomies partielles, un taux de 1,5 % d'embolie pulmonaire non mortelle a été rapporté, sans que la stratégie de prophylaxie soit précisée [3]. Dans une étude rétrospective sur dix cas de néphro-urétérectomies cœlioscopiques pour tumeur urothéliale, un cas d'embolie pulmonaire a été rapporté (10 %) [4]. Dans une étude épidémiologique récente, le risque d'événement thromboembolique après néphrectomie pour pathologie bénigne était estimé à 0,4 % et à 2 % en cas de cancer. Les stratégies de prophylaxie n'étaient pas précisées [5].

Le risque est donc globalement estimé de 1 à 5 % d'accidents thromboemboliques avec des cas d'EP autopsiques rapportés [6].

1.2. Transplantation rénale

L'incidence, sans prophylaxie des événements thromboemboliques, de type thrombose veineuse des membres inférieurs ou embolie pulmonaire, qu'elle soit évaluée sur des critères cliniques ou paracliniques, est à ce jour assez difficile à connaître au vu de la littérature, en raison de la grande disparité méthodologique des différentes études. Un certain nombre d'éléments de la littérature nous permettent néanmoins d'évaluer l'incidence de ces événements thromboemboliques en l'absence de prophylaxie.

Une étude récente a été menée sur 375 152 patients en dialyse chronique [7]. Il s'agit d'une étude de cohorte menée entre 1992 et 1997 chez des patients en attente de transplantation. Le critère retenu était celui d'embolie pulmonaire requérant une hospitalisation. Cette étude a l'avantage, sur un très grand collectif, de démontrer que l'incidence des embolies pulmonaires est stable au cours de la période de dialyse. En d'autres termes, il n'existe pas d'augmentation du risque d'embolie pulmonaire au cours du temps chez les patients dialysés chroniques. L'incidence de l'embolie pulmonaire nécessitant une hospitalisation est de 141 pour 100 000 patients par année dans cette étude.

L'estimation du risque thromboembolique périopératoire lors d'une transplantation à partir de cette étude doit être pondérée par certaines remarques : l'embolie pulmonaire requérant l'hospitalisation ne recouvre pas la totalité des évène-

ments thromboemboliques de type embolie pulmonaire ou phlébite des membres inférieurs. En revanche, il s'agit d'une étude portant sur un grand collectif de patients, où les perdus de vue sont peu nombreux (3 %). Par ailleurs, le patient dialysé chronique constitue la population concernée par la transplantation rénale, même si la totalité des dialysés chroniques ne sont pas candidats à la transplantation, généralement en raison de comorbidités associées, ces comorbidités interférant généralement avec le risque thromboembolique : insuffisance cardiaque par exemple.

La période périopératoire en elle-même constitue un facteur de risque pour la thrombose des membres inférieurs et l'embolie pulmonaire. L'incidence durant la période périopératoire, sans prophylaxie, des événements thromboemboliques, de type thrombose veineuse des membres inférieurs ou embolie pulmonaire, peut être évaluée sur trois études essentiellement, auxquelles on peut reprocher leur méthodologie imprécise, mais qui néanmoins font apparaître que la prophylaxie postopératoire pour la transplantation rénale est loin d'être un dogme, notamment aux États-Unis.

Une étude récemment publiée, où aucune prévention de la maladie thromboembolique périopératoire n'était assurée après la transplantation, a montré une incidence de 5,1 % dans le groupe ne recevant pas de sirolimus, et une incidence de 5,6 % dans le groupe avec sirolimus [8]. Cette différence n'était pas significative. Cette étude rétrospective de deux cohortes, contenant au total 490 patients, s'est intéressée à l'ensemble des événements thromboemboliques postopératoires après transplantation rénale. Si l'on calcule à partir de cette étude, l'incidence des thromboses veineuses des membres inférieurs et des embolies pulmonaires, en excluant les thromboses du greffon, celle-ci est de 5 %, quel que soit le traitement immunosuppresseur reçu par les patients. Une autre étude récente dont le but était de comparer le risque d'événements thromboemboliques chez des patients porteurs d'une mutation sur le facteur V de Leiden (résistance à la protéine C activée) et chez des patients indemnes de cette mutation trouve une incidence comparable d'événements thromboemboliques tous confondus de 8,8 % [9]. Dans cette étude de cohorte menée sur 202 patients transplantés, il n'y avait pas de prophylaxie périopératoire. Si l'on isole les phlébites des membres inférieurs et les embolies pulmonaires dans le groupe qui ne porte pas la mutation sur le facteur V de Leiden, l'incidence de ces événements est de 5,7 %. Certains travaux montrent que les candidats à la transplantation ne sont pas égaux devant le risque postopératoire de thrombose veineuse des membres inférieurs ou d'embolie pulmonaire. Une étude de cohorte menée chez des patients transplantés à distance de la transplantation sur 33 479 patients entre 1994 et 1997 montre qu'il existe une augmentation du risque d'embolie pulmonaire en utilisant la méthode de la régression logistique pas à pas chez les patients porteurs d'une polykystose rénale et d'un surpoids [10]. Le taux d'hospitalisation pour embolie pulmonaire était de 2,26/1 000 patients par an, soit un risque supérieur à celui observé chez les patients dialysés en attente de transplantation. Dans une autre étude de cohorte

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9091113>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9091113>

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