

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri-opératoire et obstétricale.

Docteur Pierre Albaladéjo, Service d'Anesthésie réanimation - Samu, Hôpital Henri Mondor,
51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil,

courriel : pierre.albaladejo@hmn.ap-hop-paris.fr

Les recommandations pour la pratique clinique, rapportées en 2004 par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), s'appuyaient notamment sur un rapport de la CNAM sur l'utilisation des héparines de bas poids moléculaire (HBPM). Ce dernier a montré en 1999 que l'utilisation des HBPM était inadaptée par rapport aux indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). En effet, cette étude a montré que plus de 50 % des prescriptions d'HBPM étaient incorrectes, sur le plan de la durée de la prophylaxie, des doses et de la surveillance, l'ensemble concernant une grande proportion de patients chirurgicaux.

Un travail de synthèse semblait nécessaire en l'absence de recommandations pour la pratique clinique (RPC) et de consensus récents, le dernier datant de 1991, et ce malgré les recommandations de l'AP-HP et de l'ACCP qui paraissent régulièrement. L'objectif de ce travail était de faire le bilan de la littérature, des nouvelles indications (démarches préventives, évolution des critères de substitution - phlébographique, para-cliniques...-, émergence des critères cliniques), et des produits nouvellement arrivés.

Les cibles étaient les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens (toutes spécialités confondues), les gynécologues-obstétriciens, les médecins rééducateurs, les hématologues (hémostase), les médecins de médecine vasculaire, et les médecins généralistes. Une analyse systématique de la littérature internationale, identifiée par la recherche documentaire des membres des groupes de travail, a été effectuée. Les groupes ont travaillé en totale indépendance vis-à-vis des sociétés savantes et de l'industrie du médicament. Les déclarations des éventuels conflits d'intérêt ont été répertoriées par l'ANAES.

Les critères d'évaluation étaient l'efficacité du traitement, jugée sur la diminution des embolies pulmonaires (fatales et non fatales), des thromboses veineuses (proximales et distales), cliniques et para-cliniques (phlébographie, échographie doppler, fibrinogène marqué). D'autre part, les critères de tolérance clinique (pertes sanguines, hématomes, transfusion) et biologique (thrombopénie) ont été évalués. Les éléments exclus du champ des RPC ont été la description des facteurs de risque « patient » en l'absence de consensus, la prévention de la maladie thromboembolique chez l'enfant, la réanimation (recommandations de la SRLF 2001), et l'ALR axiale (RPC de la SFAR en cours).

Les groupes de travail ont été répartis par type de chirurgie : orthopédie (y compris traumatologie des membres et du rachis), gynécologie-obstétrique, urologie, chirurgie tête et cou (y compris traumatisme crânien), chirurgie générale (digestive et des varices), chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique, chirurgie plastique, et réanimation du brûlé.

Tous les groupes devaient répondre à 5 questions :

- *Question 1 : quelle est l'incidence, sans prophylaxie, des événements thromboemboliques cliniques (TVP= thrombose veineuse profonde, EP= embolie pulmonaire) et paracliniques (phlébographie , échographie, fibrinogène marqué) ?* Chaque chirurgie (y compris la technique chirurgicale s'il y avait lieu) devait ensuite être classée selon 3 niveaux de risque (faible, modéré, élevé).

- *Question 2 : quelle est l'efficacité et quels sont les risques des stratégies de prévention en fonction de ces classes de risque ? avec pour items, les moyens mécaniques seuls, les héparines (HNF, HBPM), les AVK, les autres anticoagulants, et les associations de stratégies médicamenteuses et mécaniques ?*

- *Question 3 : quand (début de la prophylaxie) et pendant combien de temps ces stratégies doivent-elles être prescrites ?*

- *Question 4 : la chirurgie ambulatoire modifie-t-elle l'efficacité et le risque de ces stratégies ?*

- *Question 5 : Le type d'anesthésie modifie-il les cible, l'efficacité et le risque de ces stratégies ?*

Les niveaux de preuve sont importants à connaître pour comprendre la puissance et la valeur d'une recommandation. Au cours de ce travail, la littérature scientifique a été étudiée et chaque article retenu a été noté: une étude de niveau 1 correspond aux essais comparatifs randomisés de forte puissance, permettant de déduire des recommandations fortes, alors que les études épidémiologiques transversales ou les études contrôlées ont des biais qui ne permettent pas de faire de telles recommandations (ANAES, janvier 2000). Il existe des grades de recommandation dont 2 sont essentiels : pour le grade A, il existe un consensus fort pour prescrire ou ne pas prescrire un traitement ; pour le grade D, c'est l'accord professionnel (experts autour d'une table) qui prévaut, et il peut se négocier. C'est la raison pour laquelle, la puissance des recommandations a été précisée à l'aide des niveaux et grades dans le texte des RPC.

Plusieurs grilles sont sorties de cette étude. Elles comprenaient plusieurs groupes en fonction du niveau de risque (faible, modéré ou élevé, et risque lié au patient). Pour les arthroplasties totales de hanche (PTH) ou de genou (PTG), l'injection préopératoire n'est pas indispensable (grade D). Ceci facilite les ALR axiales. Les horaires d'administration postopératoire choisis sont relativement homogènes.

Ces éléments devraient permettre d'établir des procédures faciles à appliquer en homogénéisant les horaires d'administration en postopératoire immédiat au sein des services.

Les grilles de RPC suivantes sont citées à titre d'exemple :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique : pour la PTH, la durée recommandée de la thromboprophylaxie par HBPM est de 42 jours (grade A). Pour la PTG, une durée de

prophylaxie supérieure à 14 jours n'est pas recommandée sauf en cas de risque surajouté. Pour la fracture du col, des nouveautés sont apparues : c'est la primauté du Fondaparinux, seul médicament pour lequel il existe une recommandation forte jusqu'au 35^e jour postopératoires. Les HBPM sont utilisables au-delà du 14^e jour (grade D). Dans les autres situations, l'utilisation des HBPM après le 14^e jour n'est pas recommandée, en dehors d'un risque surajouté.

- Chirurgie digestive et des varices : une organisation similaire est retrouvée. Les bas de contention apparaissent efficaces uniquement sur des critères paracliniques dans les études, mais sont néanmoins recommandés en cas de contre-indications aux anticoagulants, en association avec le traitement médical. Le début de la prophylaxie est préopératoire dans la plupart des études, mais il n'existe pas d'argument formel pour privilégier le début du traitement en préopératoire *versus* un début en postopératoire. La durée classique de prophylaxie est de 7 à 14 jours, augmentée à 1 mois en cas de chirurgie majeure carcinologique (grade A).- Urologie : la durée recommandée de la prophylaxie est de 7 à 10 jours (Grade B) mais, en cas d'intervention à visée carcinologique, la durée peut être prolongée sur 4 à 6 semaines (Grade B). Ces données méritent cependant d'être confirmées.- Tête et cou et rachis : les début et durée de la prophylaxie posent problème. Il n'existe pas de consensus quant à la période d'instauration du traitement préventif (préopératoire, postopératoire, ou après TDM de contrôle pour la neurochirurgie). De même, la durée de la prophylaxie n'est pas déterminée, sauf dans quelques cas particuliers comme la chirurgie du gliome (le risque augmente de 1 à 2 %/mois).

- Traumatismes médullaires : les méthodes mécaniques ou l'HNF seule sont insuffisantes. L'étude des associations de méthodes mécaniques à l'HNF ou à une HBPM conduisent à des recommandations de grade C. En cas d'HNF (TCA 1,5 x témoin), un risque hémorragique apparaît. Le traitement prophylactique doit être débuté 24 heures après le traumatisme, poursuivi en post opératoire et durer 3 mois ou plus si un facteur de risque est associé.-

Chirurgie ORL et maxillo-faciale : le risque thromboembolique est mineur, et aucune prophylaxie n'est recommandée en l'absence de facteur de risque (grade D). Les facteurs de risque sont la chirurgie carcinologique majeure, la dénutrition, l'alcool-tabagisme, et l'infection. Dans ces cas, la prophylaxie devient licite.

- Pour les brûlés, une enquête de pratique a été faite dans les centres spécialisés. La prophylaxie doit être débutée dès amendement des anomalies initiales de l'hémostase (baisse du taux de prothrombine, thrombopénie, TCA spontanément allongé (grade D)). Le traitement doit être poursuivi tant que les signes d'inflammation perdurent et jusqu'à autonomisation du patient, ce qui survient en cours ou au terme du séjour en rééducation (grade D).

Les dernières recommandations dans Chest datent de 2004. Il existe quelques différences entre les recommandations en Amérique du Nord et en Europe, notamment sur l'emploi des AVK.

Au total, l'intérêt de la prophylaxie mécanique a été montré. Il n'est pas donné de priorité en ce qui concerne les molécules antithrombotiques. Le Fondaparinux a la primauté pour la prophylaxie au long cours après la fracture de hanche ; dans toutes les autres situations, les héparines de bas poids moléculaire, le Fondaparinux sont proposés en fonction du terrain et de l'intervention. Actuellement, il n'y a pas d'argument pour privilégier le début du traitement prophylactique en préopératoire, en particulier pour l'orthopédie. L'injection préopératoire peut être faite mais n'est pas obligatoire. En cas d'anesthésie loco-régionale, la thromboprophylaxie peut être débutée après la chirurgie (Grade B).

A la lumière de ces nouvelles recommandations, la durée maximale du traitement est prolongée pour la prothèse totale de hanche à 5 à 6 semaines, pour la prothèse totale de genou à 2 semaines, pour la chirurgie de la fracture du col du fémur à 5 à 6 semaines, et pour la chirurgie carcinologique abdominale à 5 à 6 semaines.

Les niveaux de risque ont été revus à la baisse pour certains groupes de patients : ainsi, la chirurgie du membre inférieur (plâtre ou fracture) passe d'une catégorie « risque élevé » à

« risque modéré », l'arthroscopie, et la chirurgie des varices à « risque faible » sauf en cas de facteurs de risque liés au patient.

Ces recommandations ont été éditées et diffusées par le biais d'un texte court adressé aux membres de la SFAR, mais aussi par des textes longs (AFAR), des soumissions pour publications, des présentations publiques, des séminaires, et des partenariats avec l'industrie. L'impact des recommandations sera évalué à distance, à un an. Leur actualisation est prévue en 2008.

Référence

Samama CM, Albaladejo P, Laversin S, Marret E. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2005 ;24 : 853-976