

Avertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence.

Mardi 15 février 2011
Hôpital cantonal de Genève

Quel bilan d'hémostase avant un geste invasif ?

Pr. P. de Moerloose

Avant de commencer, rappelez vous que:

-(presque) tout est dans l'anamnèse

-les saignements après un geste invasif sont le plus souvent dû à un problème mécanique et non pas à un trouble de la coagulation

On va se pencher sur les recommandations britanniques et italiennes, la 1^{ère} en 2008 (BRJ Haematol.) et le 2^e en 2009 (Thrombos. Research) à propos des tests à faire avant un geste invasif.

Ces 2 groupes d'auteurs se sont en gros basés sur les mêmes travaux de la littérature qu'ils ont analysés avec la même méthodologie, en utilisant les mêmes critères de validité pour juger de la qualité d'une étude et des recommandations consécutives.

On s'étonnera de la différence des recommandations qui résultent de ces 2 équipes...

Chez les anglais, si l'anamnèse est négative on ne fait aucuns tests préop.

Chez les italiens, on recommande PT, aPTT et Plaquettes de routine même si l'anamnèse est négative.

Et pourtant aussi bien les auteurs anglais que les italiens sont des personnalités tout à fait respectées dans le domaine.

Pour les italiens prévenir le saignement est important même si le coût est important.

Pour les italiens, si ça saigne c'est important d'avoir un test de départ ...et c'est important d'avoir le dosage plaquettaire s'il s'avérait nécessaire d'administrer une héparine de bas poids moléculaire en postop (thrombopénie sur héparine).

Le pragmatisme et le flegme britannique réunis montrent que l'on peut avoir un point de vue différent.

Du point de vue médico légal, les anglais rappellent qu'en aucun cas des guidelines sont une protection pour celui qui les applique, les italiens eux pensent que des tests préopératoires de routine couvriraient mieux les plaintes éventuelles.

En France, la législation insiste sur «le cas» et à sa complexité et pense que l'examen systématique est une protection illusoire, plus proche des anglais...

A Genève on n'effectue pas d'examen de routine.

Une étude a montré qu'en préop. seul 2,6 ‰ (pour mille!) des tests de coagulation sont pathologiques, et pourtant on les effectue chez plus de 80% des patients.

Cette pratique a des côtés néfastes comme:

- retarder l'intervention,
- augmente le risque d'un diagnostic, voire d'un traitement inapproprié,
- être faussement rassurant car par exemple la plupart des thrombopathies présentent un taux sanguin de plaquettes normal,
- est inutilement anxiogène car plus on fait de tests plus on a de chance d'en trouver un anormal, et tout test anormal n'est pas forcément synonyme de conséquences cliniques néfastes (exemple baisse du facteur XII).

On l'a déjà dit au début, c'est l'anamnèse qui est importante.

Le status n'apporte pas grand chose mis à part les télangiectasies de la maladie de Rendu Osler

Il y a les situations simples où il n'y a ni antécédents familiaux, ni antécédents personnels

Il y a les situations complexes où il y a une anamnèse personnelle et / ou familiale

Et il y a les MBD qui sont les Mild Bleeding Disorders qui sont des saignements non majeurs, non fréquents, et non spontanés anamnestiquement, qui sont dûs à des déficits légers de l'hémostase mais qui peuvent lors d'une intervention chirurgicale entraîner des saignements majeurs.

Pas faciles à dépister car les gens exagèrent la plupart du temps si on les interroge...

Si on demande à une population tout venant s'ils ont des problèmes de saignements 65% des femmes et 35% des hommes vont dire oui; dans une autre étude, 23% des jeunes suédoises affirment avoir eu des problèmes hémorragiques plus de 3 fois dans leur vie...

Pour s'aider il y a des scores cliniques (score de saignement; score de ménorragies)

Le 1^{er} s'intéresse aux épistaxis, au saignements cutanés, aux blessures, à la cavité buccale, aux extractions dentaires, aux saignements digestifs...etc...le 2^e s'intéresse au nombre de serviettes, de tampons, la présence de caillots, etc...

La maladie de von Willebrand qui est la plus fréquente des MBD touche 1% de la population mais n'en affecte que 1/ 1000, elle peut être dépistée par ce type de scores. avec une sensibilité. de 99.1% et une spécificité de 64.2%.

Donc ça c'est pour l'anamnèse...

Ensuite ce qui compte naturellement c'est le type d'intervention...

Il y a les interventions dans lesquelles un saignement peut avoir des conséquences dramatiques (neurochirurgie) ou graves (opération cardiovasculaires, avec circulation extracorporelle) et d'autres qui bien que relativement bénigne du point de vue du geste pourraient avoir des conséquences assez ennuyeuses pour le patient p.ex. les bronchoscopies, mise en place d'une cathéter veineux central, d'une biopsie hépatique ou rénale ou d'une ponction épidurale ou d'un PL.

Dans ce dernier groupe cependant une étude a montré que de mesurer ou de ne pas mesurer l'INR (TP) avant ne change rien !

S'il fallait faire quelque chose pour dépister un MBD ce serait sans doute plus adapté de faire un aPTT qu'un TP car il permettrait au moins de dépister les maladies de von Willebrand ou la déficience en facteur XI chez les juifs ashkenazes...

Donc pour faire court...

Niveau 1: pas d'anamnèse, intervention simple: pas de tests

Niveau 2: possible anamnèse intervention cardiaque ou neurochir.: Quick (TP) , plaquettes, aPTT (si plus fonction plaquettaire et le dosage de facteur von Willebrand.) et demander avis spécialisé

Niveau 3: Possible MBD ...demander un avis spécialisé.

Sur le plan médico légal on nous recommande, si on demande un bilan de la crase, d'au moins en regarder les résultats avant l'intervention, si les tests préopératoires étaient anormaux et que l'on ne les a même pas regardés il aurait été préférable de ne rien faire du tout.

C'était bien, mais c'est compliqué la médecine...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch