

Ponction lombaire en présence d'une coagulopathie: quel risque d'hématome ?

Dre Elisabeth Dirren

La ponction lombaire est un geste fréquemment utilisé. Au Danemark, d'où nous vient l'étude du jour, ils en font 18'700 par an.

L'indication principale est la détection d'une infection du système nerveux central.

Complications à la suite d'une PL:

- douleur au point de ponction
- Irritation radiculaire
- Céphalée
- L'hématome spinal, redouté, reste très rare.

Les hématomes spinaux sont majoritairement épiduraux, mais il existe d'autres localisations.

Au niveau clinique, les patients présentent une douleur et des signes neurologiques en fonction du niveau atteint.

L'incidence est très faible. La plus grande revue de littérature en trouve 613 entre 1826 et 1996, avec seulement 60 associés à une PL et une majorité d'hématomes spontanés.

Évaluer le risque d'hématome spinal en cas de troubles de la coagulation est difficile en raison de la rareté de l'évènement. Les recommandations actuelles reposent donc sur des case reports, des cases series et des opinions d'experts.

[L'étude du jour](#) est une étude de registre afin d'augmenter au maximum le nombre de cas étudiés.

Elle est séparée en deux parties:

1. Récolte de données au sein du registre national Danois:

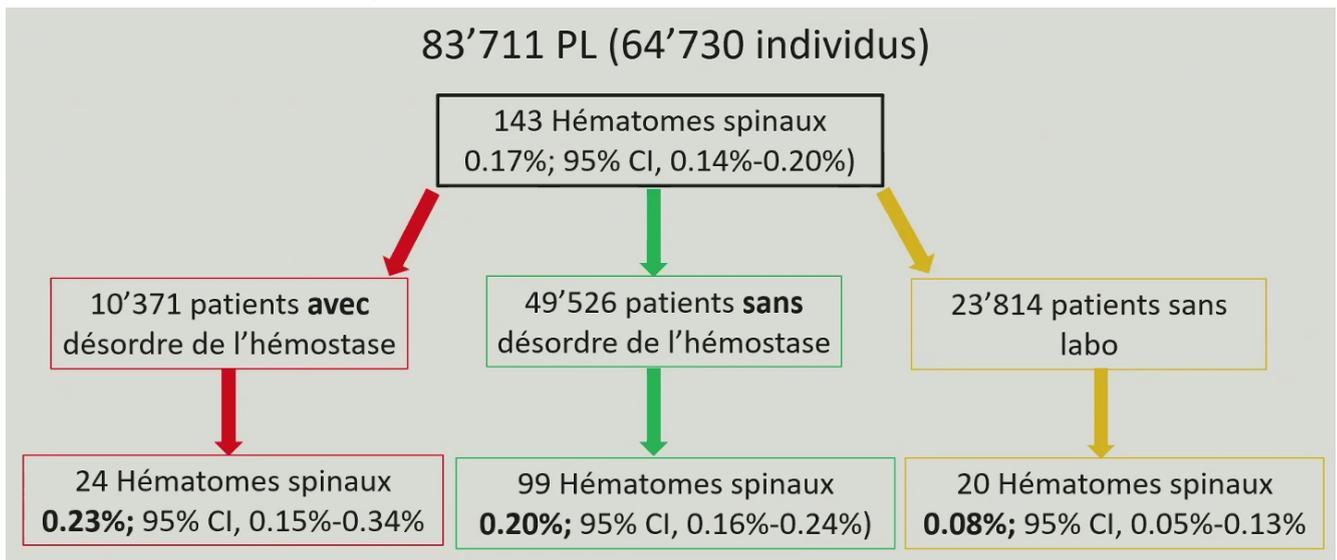
- Registre de laboratoire, entre 2008 et 2018: plaquettes, INR et aPTT sont relevés dans les 5 jours de l'intervention
- Registre patient: hématome spinal dans les 30 jours de l'intervention.
La PL n'étant pas codée dans le registre patient, les auteurs ont utilisé d'autres diagnostics comme proxy (PL traumatique)

2. Évaluation de dossiers médicaux: PL entre 1998 et 2018 avec désordre de l'hémostase et hématome spinal.

Critères de jugements:

- Primaire: Risque d'hématome spinal, avec et sans désordre de l'hémostase, dans les 30 jours d'une PL
- Secondaire: Risque de PL traumatique et mortalité à 30 jours.

Résultats de l'étude de registre



Il n'y a pas de différence statistiquement significative de risque entre la présence et l'absence d'un trouble de la crase.

A noter qu'une partie des patients n'ont pas eu de laboratoire avant, car probablement à risque plus faible de saignements.

Par contre, il y a plus de risque chez les hommes, entre 60-80 ans et en cas de multiples co-morbidités.

Il n'y a pas de corrélation entre la sévérité du trouble de la coagulation (INR, PTT ou plaquettes) et le risque de faire un hématome spinal.

Il y a plus de risque de faire une PL traumatique en cas d'INR >1.4 et de aPTT >40, mais ce n'est pas le cas lors de thrombopénie.

Resultats selon l'étude des dossiers médicaux

Sur 1700 PL réalisées sur 1240 patients avec un désordre de l'hémostasie, seul un cas d'hématome spinal est retrouvé!

Le patient avait 12G de plaquettes après deux transfusions...

Évaluent le risque à 0.03%, vs l'étude de registre qui l'évalue à 0.23 %..

Patients investigués

- indication principale: infection du SNC
- 30% sous antithrombotique ou Anticoagulants au moment du geste
- 30% des patients avec thrombopénie ont reçu une transfusion avant la PL
- 15% des patients avec un INR allongé ont reçu un antidote pour inverser la crase

Conclusion des auteurs

Le risque d'hématome spinal n'est pas significativement différent lors d'absence ou présence de trouble de la coagulation.

Ils relèvent un biais de sélection possible, avec plus de chances de faire l'intervention lorsque le patient a moins de risques.

Limitations

- Utilisation de diagnostic proxy dans le registre pourrait surestimer le nombre d'hématomes totaux.
- Données de laboratoire peu complètes:
 - seuls 20% avaient un PTT
 - Fenêtre de 5 jours autour du geste: Qu'en est-il du jour J?
- Etude de registre: pas de données sur la transfusion de plaquettes
- Pas de données sur l'étiologie du trouble de la coagulation: sélection de patients à faible risque

Conclusions de l'oratrice

- Confirme que le risque d'hématome spinal post PL est faible
- Pas de différence entre patient avec ou sans désordre de l'hémostase
- Mais cela ne va probablement pas changer la pratique actuelle:

Pour la réalisation d'une PL:

- Thrombocytes $>50 \times 10^9/L$
- TP $>70\%$
- aPTT dans la norme
- INR <1.4
- Taux ACOD $<30 \text{ ng/ml}$
- Activité anti-Xa HBPM/HNF $<0.1 \text{ UI/ml}$

Les temps de coagulation nécessaires sont basés sur les recommandations de la société européenne d'anesthésiologie.

