



Thromboprophylaxie périopératoire : nouvelles recommandations

Dr S. ROULLET (Bordeaux)

Thromboprophylaxie périopératoire : nouvelles recommandations

Dr Stéphanie Roullet
Service Anesthésie-Réanimation Pellegrin
CHU Bordeaux

1. Introduction

La prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) périopératoire prend en compte les facteurs de risque liés à la chirurgie et au patient. En France, les textes de référence sont les recommandations formalisées d'experts de la SFAR de 2005 [1], actualisées en 2011 [2].

En 2017, l'European Society of Anaesthesiology (ESA) a publié des recommandations européennes sur la prophylaxie de la MTEV en anesthésie et soins critiques [3,4]. Ces recommandations ont été élaborées selon le système GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation). Les propositions formulées avec un Grade 1 sont des recommandations fortes ; celles avec un Grade 2 sont des recommandations faibles, plutôt des suggestions. Le niveau de preuves permet de coter les recommandations en A (preuve scientifique établie), B (présomption scientifique) et C (faible niveau de preuve). Nous présentons ici succinctement les différents points abordés dans ces recommandations.

2. Recommandations

Chirurgie du patient obèse

Chirurgie bariatrique

L'utilisation d'une thromboprophylaxie médicamenteuse ou de la compression pneumatique intermittente (CPI) est suggérée pendant et après la chirurgie bariatrique des patients obèses à faible risque de MTEV (Grade 2C).

Chez les patients obèses à haut risque thromboembolique (âge >55 ans, indice de masse corporelle (IMC) >35 kg/m², antécédent de MTEV, insuffisance veineuse, apnées du sommeil, hypercoagulabilité, hypertension artérielle pulmonaire), il est recommandé d'associer prophylaxie médicamenteuse et CPI pendant et après la procédure (Grade 1B).

Il est suggéré d'utiliser les héparines de bas poids moléculaire (HBPM), en deux injections par jour, à la dose maximale de 6000 UI anti-Xa par injection (*les RFE SFAR 2011 suggéraient de ne pas dépasser 10000 UI anti-Xa par jour*) (Grade 2B).

Il est recommandé de prolonger la thromboprophylaxie 10 à 15 jours après la sortie en cas de haut risque de MTEV (Grade 1C).

Chirurgie non bariatrique

Pour les patients avec un IMC >40 kg/m² bénéficiant d'une chirurgie non bariatrique il est suggéré de majorer la posologie d'HBPM : 3000 à 4000 UI anti-Xa x2/j (Grade 2C).

Chirurgie pendant la grossesse et en post-partum immédiat

Chirurgie non obstétricale pendant la grossesse

Une thromboprophylaxie est recommandée après chirurgie pendant la grossesse ou en post-partum pendant la durée de l'alitement (Grade 1C).

Une thromboprophylaxie est suggérée en cas d'infection au cours de la grossesse ou en post-partum (Grade 2C).

Césarienne

Une thromboprophylaxie est recommandée après césarienne, sauf en cas de césarienne programmée chez des femmes à bas risque thrombo-embolique, bien qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de cette population (Grade 1C).

La durée de la thromboprophylaxie après césarienne est recommandée pour au moins 6 semaines chez les patientes à haut risque et au moins 7 jours pour les autres patientes ayant une indication d'anticoagulation (Grade 1C).

Chirurgie chez le sujet âgé

Un âge supérieur à 70 ans est un facteur de risque de MTEV postopératoire.

Il est suggéré de ne pas modifier le délai d'initiation, la durée et la posologie de la prophylaxie par rapport à la population non âgée (Grade 2C).

En cas d'insuffisance rénale il est suggéré d'utiliser les HBPM posologie adaptée ou l'héparine non fractionnée (HNF) (Grade 2C).

La prescription prudente de la thromboprophylaxie et la mobilisation précoce sont recommandées (Grade 1C).

Chirurgie ambulatoire et réhabilitation rapide

Pour les patients bénéficiant d'une intervention à faible risque thromboembolique et sans facteur de risque personnel associé, les mesures générales de thromboprophylaxie sont recommandées (hydratation optimale, déambulation précoce), plutôt que des mesures spécifiques mécaniques ou médicamenteuses (Grade 1B).

Pour les patients bénéficiant d'une procédure à bas risque et qui ont des facteurs de risque personnels ou pour les patients bénéficiant d'une procédure à haut risque sans facteur de risque personnel associé, les mesures générales de thromboprophylaxie sont recommandées (Grade 1B). Il est suggéré d'utiliser les HBPM (Grade 2B). Chez les patients à risque hémorragique majoré il est recommandé d'utiliser la CPI (Grade 2C).

Pour les patients bénéficiant d'une chirurgie à haut risque et ayant des facteurs de risque personnel, il est recommandé d'associer les mesures générales et une prophylaxie médicamenteuse (Grade 1B) ou la CPI si le risque hémorragique est important (Grade 2C).

En cas de prophylaxie pharmacologique, une durée de 7 jours est recommandée (Grade 1B), bien que dans certaines procédures de réhabilitation rapide la durée pourrait être limitée à la durée d'hospitalisation (Grade 2C). La durée de la prophylaxie pourrait être augmentée à 4 semaines pour les procédures à haut risque (chirurgie carcinologique abdominale par exemple) (Grade 2B).

Chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Chirurgie cardiaque et vasculaire

En l'absence de facteurs de risque liés au patient, il est suggéré de considérer le risque thromboembolique comme modéré pour les patients bénéficiant d'un pontage aorto-coronarien ou d'un remplacement valvulaire par prothèse biologique (Grade 2C). Si le risque hémorragique est considéré comme majeur, il est suggéré d'utiliser la CPI (Grade 2C).

La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque (âge >70 ans, transfusion de plus de 4 produits sanguins labiles, ventilation mécanique >24h, complication postopératoire) doit faire considérer le risque thromboembolique comme élevé. Dans ce contexte, il est suggéré d'associer une prophylaxie médicamenteuse à la CPI, dès que l'hémostase est considérée satisfaisante (Grade 2C).

La chirurgie vasculaire périphérique est considérée à bas risque thromboembolique et bas risque hémorragique. La prophylaxie médicamenteuse est suggérée (Grade 2C).

La chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale est à haut risque thromboembolique et haut risque hémorragique. Une prophylaxie médicamenteuse est suggérée dès que l'hémostase est satisfaisante (Grade 2C).

Afin de diminuer le risque de thrombopénie induite par l'héparine (TIH), il est suggéré que l'administration d'HNF soit la plus brève possible et rapidement relayée par les HBPM (Grade 2C).

Chirurgie thoracique

Les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique non carcinologique pourraient être considérés à bas risque thromboembolique.

En cas de cancer, le risque thromboembolique et le risque hémorragique sont élevés, sans distinction selon le caractère invasif ou non de la procédure.

Chez les patients à bas risque il est suggéré d'utiliser la CPI (Grade 2C). Chez les patients à haut risque il est suggéré d'associer la prophylaxie médicamenteuse à la CPI (Grade 2B).

Neurochirurgie

Craniotomie

Si la CPI est utilisée, il est recommandé de la mettre en place dès le préopératoire, utilisée de manière continue et régulièrement vérifiée de manière à améliorer la compliance du patient (Grade 1C).

Si une prophylaxie médicamenteuse est utilisée, il est suggéré de retarder la première administration au moins 24h après la chirurgie (Grade 2C).

Chez les patients à haut risque de MTEV il est suggéré d'associer la CPI mise en place en préopératoire et la prophylaxie médicamenteuse initiée quand le risque hémorragique est considéré bas (Grade 2C).

Il est suggéré de maintenir la thromboprophylaxie jusqu'à la sortie du patient (Grade 2C).

Patients traités au long cours par anti-agrégants plaquettaires (AAP)

Chez les patients traités par AAP au long cours, une thromboprophylaxie est recommandée en cas de risque de MTEV modéré à élevé, tout en prenant en compte le risque hémorragique périopératoire (Grade 1B).

Si le risque thromboembolique est supérieur au risque hémorragique, une prophylaxie médicamenteuse est suggérée (Grade 2C).

Chez les patients sous bi-AAP bénéficiant d'une procédure à haut risque thromboembolique, il est suggéré de reprendre en priorité le traitement AAP, le plus tôt possible après la procédure (Grade 2C).

Si le risque hémorragique d'une association AAP plus anticoagulant est supérieur au risque thromboembolique, il est suggéré d'utiliser la CPI sans interrompre les AAP (Grade 2C).

Après une chirurgie, la reprise de l'aspirine peut avoir lieu dès que l'hémostase est considérée correcte (en général à J1 postopératoire) (Grade 2B). Concernant le clopidogrel, il est suggéré de le reprendre sans dose de charge entre H24 et H48 (Grade 2C).

Patients avec troubles préexistants de la coagulation ou après hémorragie importante per opératoire

Ces situations nécessitent une concertation avec le biologiste en préopératoire pour établir une stratégie individualisée, de même qu'un dialogue avec le chirurgien pour estimer le risque hémorragique postopératoire. Ces situations font l'objet d'un article dédié [5].

Prophylaxie mécanique

Il est recommandé de mettre en place des protocoles institutionnels pour la prévention de la MTEV, intégrant la déambulation précoce, la prophylaxie pharmacologique et la prophylaxie mécanique (CPI) (Grade 1B).

Chez les patients à risque intermédiaire et élevé, il n'est pas recommandé d'utiliser seuls les bas de contention pour la prévention thromboembolique (Grade 1B).

Chez les patients ayant une contre-indication à la prophylaxie pharmacologique, il est recommandé d'utiliser les moyens de prévention mécanique (Grade 1B), et il est suggéré de préférer la CPI aux bas de contention (Grade 2B).

Chez les patients à très haut risque il est suggéré d'associer prophylaxie médicamenteuse et prophylaxie mécanique par CPI (Grade 2B).

Aspirine

L'aspirine peut être considérée comme une option thérapeutique dans la prévention de la MTEV après chirurgie de prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou et fracture du col du fémur (Grade 1B).

Des protocoles de service sont particulièrement recommandés dans ce cas, avec une individualisation de la stratégie selon les facteurs de risque des patients.

Filtre de la veine cave inférieure

La décision de la mise en place d'un filtre de la veine cave inférieure en prévention du risque thromboembolique chez les patients ayant une contre-indication formelle à la prophylaxie médicamenteuse et mécanique doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire. Il est suggéré d'utiliser les filtres temporaires (Grade 2C).

De même, il est suggéré de mettre en place un filtre temporaire chez les patients avec antécédent récent d'évènement thromboembolique, ayant une contre-indication à une anticoagulation curative et devant bénéficier d'une chirurgie majeure non différable (Grade 2C).

3. Conclusion

Les recommandations européennes sur la prophylaxie de la MTEV périopératoire permettent une mise à jour des pratiques. Elles suscitent encore des questions et ouvrent la voie à de nouvelles études.

Elles sont l'occasion de discuter au sein de chaque service des protocoles en vigueur et de les actualiser, en concertation avec les chirurgiens et les spécialistes de l'hémostase. L'évaluation individuelle des facteurs de risque, dès les consultations chirurgicale et anesthésique, est un point fondamental à développer.

4. Références

- 1 SFAR. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Recommandations pour la pratique clinique. Texte court 2005. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2005; **24**: 952–76.
- 2 Samama C-M, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E, Albaladejo P, Mismetti P, Rosencher N. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Texte court. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2011; **30**: 947–51.
- 3 Samama CM, Afshari A, ESA VTE Guidelines Task Force. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis. *Eur J Anaesthesiol* 2018; **35**: 73–6.
- 4 Afshari A, Ageno W, Ahmed A, Duranteau J, Faraoni D, Kozek-Langenecker S, Llau J, Nizard J, Solca M, Stensballe J, Thienpont E, Tsiridis E, Venclauskas L, Samama CM, ESA VTE Guidelines Task Force. European Guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Executive summary. *Eur J Anaesthesiol* 2018; **35**: 77–83.
- 5 Ahmed A, Kozek-Langenecker S, Mullier F, Pavord S, Hermans C, ESA VTE Guidelines Task Force. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Patients with preexisting coagulation disorders and after severe perioperative bleeding. *Eur J Anaesthesiol* 2018; **35**: 95–107.