

Complications thromboemboliques en post opératoire

Céline Boidin - CCA Hopitaux de Toulouse

22 Juin 2024

Liens d'intérêt

Je déclare avoir reçu des honoraires en tant que conférencier de la part de Sanofi

*Sanofi ne recommande en aucun cas l'usage des produits en dehors de leurs indications approuvées.
Merci de consulter le résumé des caractéristiques du(es) produit(s) avant de le(s) prescrire.
Les informations ci-après sont fournies pour un usage médical et scientifique uniquement,
et sont destinées exclusivement aux participants de cette manifestation scientifique.*



Recommandations Mai 2024

Prévention de la MTEV péri-opératoire



Où en sommes-nous ?

Diminution du risque thrombo-embolique grâce :

- Amélioration pratiques médico-chirurgicales
- Raccourcissement parcours de soins

3 facteurs à prendre en compte :

- Risque thrombotique de la chirurgie
- Facteurs de risque liés au patient
- Type de parcours

Quand mettre une prophylaxie ?

Oui si chirurgie à haut risque thromboembolique

Si chirurgie à faible risque, stratégie personnalisée :

- **Oui** si présence d'un facteur de risque majeur lié au patient
- **Oui** si plusieurs facteurs de risque mineurs liés au patient

Durée recommandée :

- 7 jours, recommandation européenne

Aucun score validé

Facteurs de risque du patient

Facteurs majeurs :

- ATCD de MTEV
- Cancer actif (traitement < 6 mois)
- Obésité classe III ou + (IMC > 40kg/m²)
- Thrombophilie majeur :
 - SAPL
 - Déficit protéine C ou S ou AT
 - Mutation homozygote facteur II ou V
 - Mutation hétérozygote facteur II + V

Facteurs de risque du patient

Facteurs mineurs :

- Age > 75 ans
- Insuffisance cardiaque ou rénale, BPCO
- IRC avec DFG < 30 mL/min
- Maladie inflammatoire chronique
- Traitement oestrogénique ; grossesse ou post partum
- Obésité classe I et II (IMC 30-40 kg/m²)
- Alitement prolongé
- Alitement ou immobilisation orthopédique post-opératoire
- Déficit neurologique < 1 mois
- Parcours de soins contrarié
- ~~EPO~~

PTH hors fracture et PTG

Oui

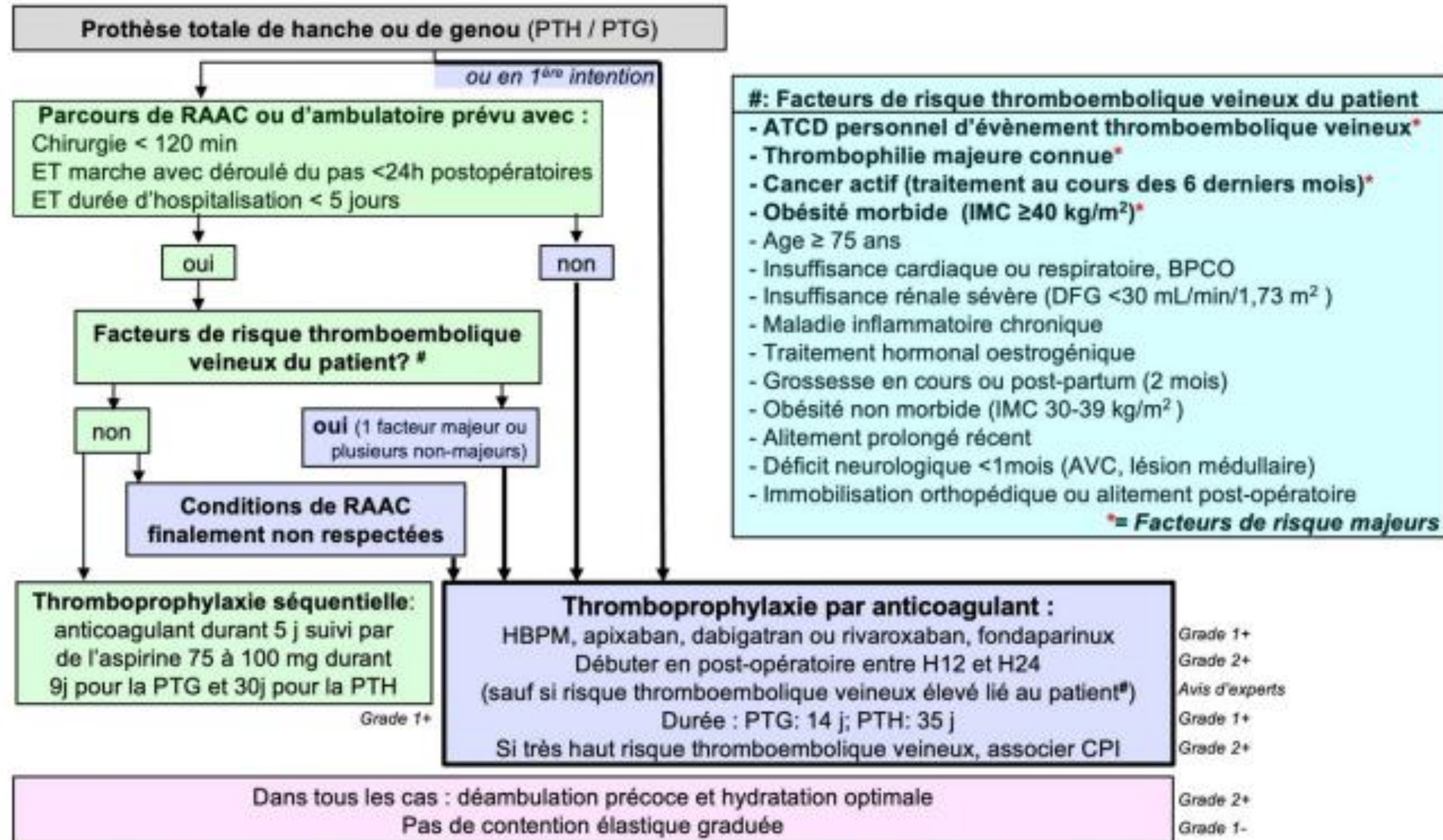
Incidence MTEV malgré prophylaxie à J90 :

- 1,1-1,8% ETV symptomatique
- 0,35-0,8% EP

Durée :

- 35 jours si PTH
- 14 jours si PTG

PTH hors fracture et PTG



CPI : compression pneumatique intermittente ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; IMC : indice de masse corporelle ;
 RAAC : réhabilitation accélérée après chirurgie

Fracture extrémité supérieure du fémur

Oui car MTEV malgré prophylaxie : 2,5-4,5%

Durée :

- 4 semaines post-opératoire

Si chirurgie retardée :

- débuter en pré-opératoire
- Avec délai entre injection-chirurgie de 12 h

Autres fractures du membre inférieur

Oui et risque thrombotique augmente si :

- Immobilisation
- Traumatisme
- Si le traumatisme engendre des chirurgies

ETEV majeur > 1% ET

risque ETV > risque hémorragie majeure

Durée :

- Jusqu'à l'appui plantaire et déroulé du pied
- Minimum 7 jours

Si chirurgie retardée :

- Débuter en pré-opératoire
- Avec délai entre injection-chirurgie de 12 h

Autres chirurgies du membre inférieur

Sont considérés à faible risque thrombotique :

- Ligamentoplastie du genou
- Arthroscopie simple
- Menisectomie
- Chirurgie avant pied
- Ablation matériel ostéosynthèse

ETEV majeur < 1% OU
risque ETV < risque hémorragie majeure

Oui si :

- FDR majeur lié au patient
- Plusieurs FDR mineurs

Durée :

- Minimum 7 jours (même si haut risque ?)
- Jusqu'à ablation du plâtre

Chirurgie abdomino-pelvienne

Si chirurgie à haut risque (carcinologique ou non) :

- Oui, durée 4 semaines
- Même si RAAC ou mini-invasive

Si chirurgie à risque intermédiaire :

- Oui, durée 7 jours

Si chirurgie à risque faible :

- En fonction des FDR du patient
- Ou si complication post-opératoire
- Ou si chirurgie prolongée

Chirurgie abdomino-pelvienne

Chirurgie à risque élevé :

- Pas de consensus
- Si > 2 h
- Si résection étendue
- Si cancérologie ou maladie inflammatoire

ETEV entre 1-16%

Il s'agit donc :

- Hépatectomie majeur, pancréas, colectomie, gastrectomie
- Hystérectomie par voie haute
- Chirurgie cancer utérus/ovaire
- Prostatectomie, néphrectomie, cystectomie
- Curage abdominal ou pelvien

Chirurgie abdomino-pelvienne

Critères d'une chirurgie à risque intermédiaire :

- Même chirurgies
- Hors cancer ou inflammation

Durée :

- 7-10 j
- Réduire durée ?

Chirurgie abdomino-pelvienne

Chirurgie à risque faible :

- Cholécystectomie
- Chirurgie paroi non complexe
- Proctologie et appendicectomie
- Adénomectomie prostatique par voie haute, RTUP, RTUV
- Chirurgie testiculaire, pénienne ou urétrale
- Conisation, bartholinite
- Myomectomie, hystéroscopie opératoire

Même si chirurgie en urgence

ETEV < 1%

Si FDR :

- Prophylaxie 7 jours minimum

Chirurgie carcinologique

Si chirurgie à haut risque :

- Oui, durée 7 jours

Représente 50 % décès post-op

Plusieurs facteurs modifient le risque de thrombose :

- Cancer avancé
- Chimiothérapie néoadjuvante
- Durée chirurgie

ETV chez 2 % opérés pour cancer

Chirurgie vasculaire

Non systématique si :

- Carotide
- Endovasculaire des MI
- Varices endovasculaire (sauf si FDR patients)

**Si indication RIVAROXABAN 2,5 mg x 2
débuter après prophylaxie**

Oui si :

- Chirurgie aortique abdominale
- Chirurgie ouverte des MI
- Jusqu'à reprise de la marche

Pour le stripping :

- **Oui** durée < 7 jours

Quand débiter la prophylaxie ?

Quand la prophylaxie est indiquée :

- Débiter entre 12-24h post-opératoire
- Si haut risque MTEV lié au patient, 6-12 h
- Si chirurgie urgente différée > 12h, commencer en pré-op

Deux facteurs à retenir :

- Evènement hémorragique plus grave pour pronostic vital et fonctionnel que MTEV
- Risque hémorragique plus précoce

La compression pneumatique intermittente

Ce que l'on sait :

- Les CPI sont efficaces
- Mais pas plus efficace qu'une HBPM préventive
- Association CPI à prophylaxie + efficace que si utilisé seule



Quand les utiliser ?

- Indication à une prophylaxie et contre-indication aux anticoagulants
- Associée à prophylaxie si très haut risque thrombotique.

Pas d'indications pour contention élastique

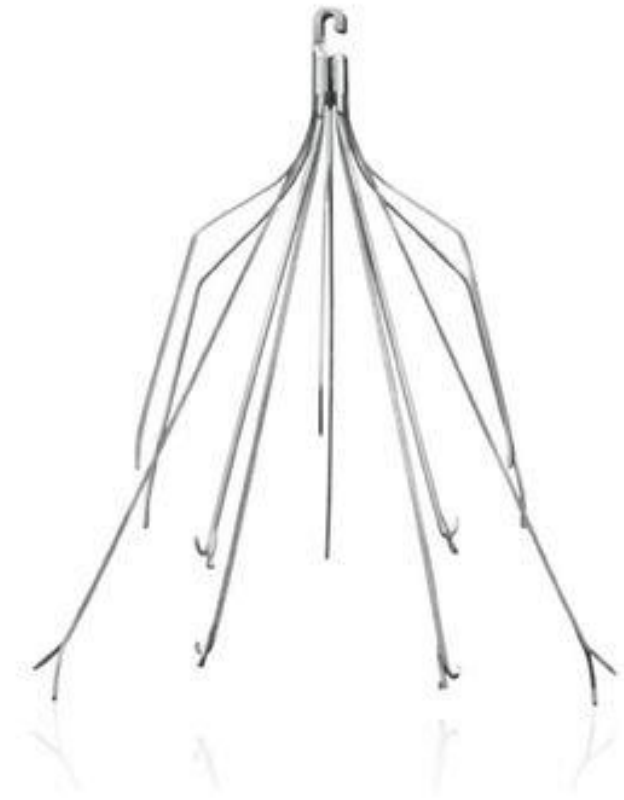
Le filtre cave

En prophylaxie primaire :

- Aucune indication

En prophylaxie secondaire :

- Si chirurgie à risque hémorragique +
- TVP proximale et/ou EP < 1 mois
- Dès que possible retrait du filtre



**Moins décès par EP mais
Plus de récurrence ETV**

HBPM et HNF

Posologie HBPM préventive :

- TINZAPARINE 4500 Ui x 1/jr si DFG > 20 mL/min
- ENOXAPARINE 4000 Ui x 1/jr si DFG > 30 mL/min
- ENOXAPARINE 2000 Ui x 1/jr si DFG 15-30 mL/min

FONDAPARINUX : si DFG > 50ml/min, 2,5 mg x 1/jr

Si DFG < 15 mL/min :

- CALCIPARINE 5000 Ui x 2/jr avec surveillance aXa

Posologie obésité III et +

Posologie en préventif :

- TINZAPARINE 75 Ui/kg x1/jr
- DALTEPARINE 5000 Ui x2/jr
- ENOXAPARINE 4000 Ui x 2/jr ou 6000 Ui x1/jr
- ENOXAPARINE 6000 Ui x 2/jr si > 150 kg
- FONDAPARINUX 5 mg x1/jr

Ne pas monitorer l'aXa

Si chirurgie à risque élevé :

- Associer CPI

**IMC >
poids**

Après chirurgie bariatrique :

- HBPM ou FONDAPARINUX
- Pendant 10 jours au moins

En pédiatrie

A partir de 14 ans :

- Même modalité que l'adulte

Moins MTEV que chez l'adulte

Avant ou puberté ou 14 ans :

- SI plusieurs FDR, discuter cas par cas

Aucun score validé

Quand faire un doppler

Chez un patient asymptomatique :

- Pas d'indication

EP symptomatique < 1 %

Si découverte d'une TVP distale :

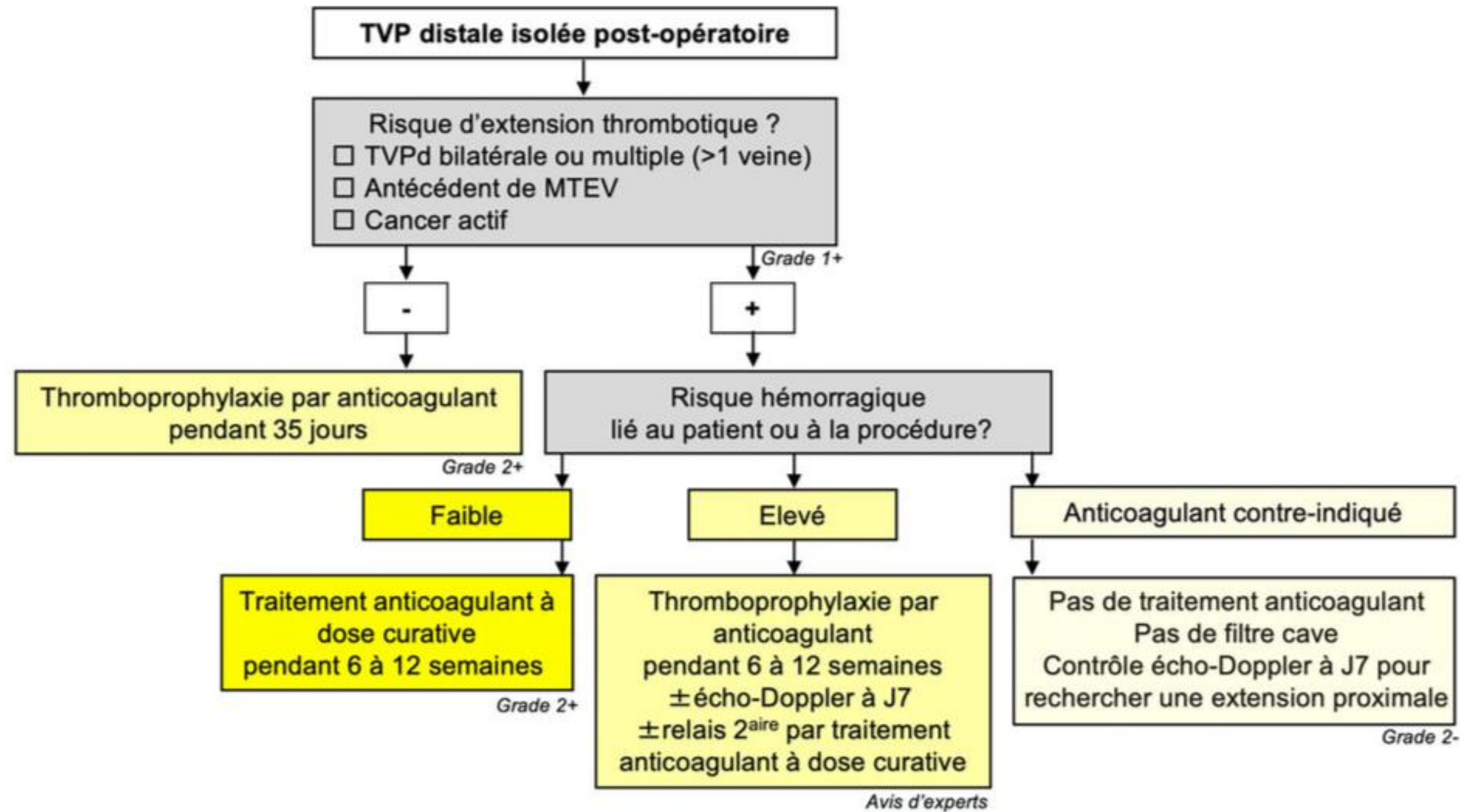
- Pas de traitement systématique
- **Oui** si bilatérale ; >1 veine ; ATCD MTEV ; néoplasie

Si FDR :

- Curatif 6-12 semaines
- Si risque hémorragique, contrôle J7

Si pas FDR extension : 35 jours préventif

Quand faire un doppler



**Merci de votre
attention**

