

TIH et chirurgie cardiaque

Victor-Emmanuel BRETT
victor.brett@chu-bordeaux.fr
Laboratoire d'hématologie

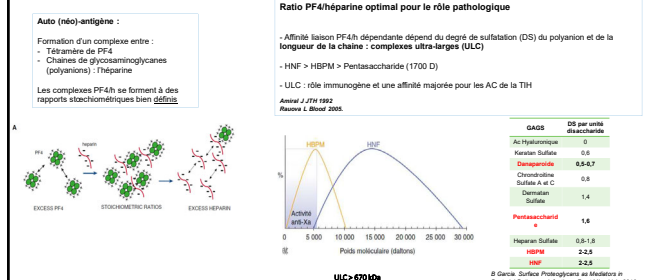
Physiopathologie de la Thrombopénie Induite par l'héparine (TIH)

La **TIH** :

Thrombopénie médicamenteuse atypique

1. Survient dans la plupart des cas après 5 à 10 jours de traitement par l'héparine
2. Réaction immune : anticorps dirigés contre une protéine du soi, le facteur plaquettaire 4 (PF4)
3. Saignements rares et complications thrombotiques paradoxales fréquentes

La réaction immune en présence d'héparine

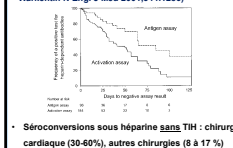


La TIH, une réaction immune atypique

Qu'observe-t-on ?

- IgG précoces J4 sans IgM, sans switch isotypique
- IgG transitoires < 3-4 mois

Warkentin N Engl J Med 2001;344:1286



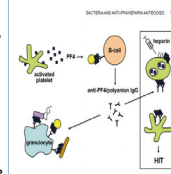
- Séroconversions sous héparine sans TIH : chirurgie cardiaque (30-60%), autres chirurgies (8 à 17 %)

Profil atypiques

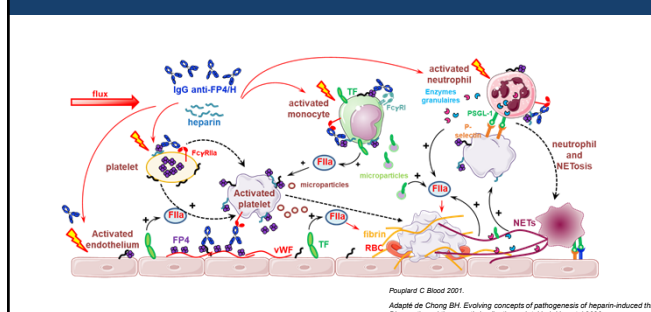
- Delayed-onset HIT : TIH retardée J30 après arrêt héparine
- Spontaneous HIT : AC sans exposition à héparine

Comment l'expliquer ?

- Un changement conformationnel du PF4
- Fréquence AC anti-PF4/h dans la parodontite (Lipopolysaccharides lipides et acides teichoïques => Complexe lipoteichoïques) Griesmacher A Blood 2011
- Pré Immunisation : sepsis (Krauel K Blood 2011-Krauel K Blood 2012)
- Chondroïtine hypersulfatée (héparine contaminée)
- ADN : le PF4 peut se lier aux acides nucléiques Jaax ME Blood 2013
- AC anti PF4/GAGS
- Auto Immune HIT (aHIT) : AC anti PF4, PF4/P ou H, forces de liaisons conditionnant la pathogénicité avec ou sans héparine Nguyen, TH et al. Nat Commun 2017

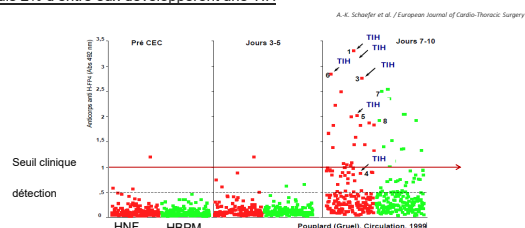


Un état d'hyper-coagulation cellulaire multifactoriel



Développement des anticorps anti PF4-héparine après une CEC

27-50% des patients après une CEC développent des anticorps anti PF4-h détectables
→ seuls 2% d'entre eux développeront une TIH



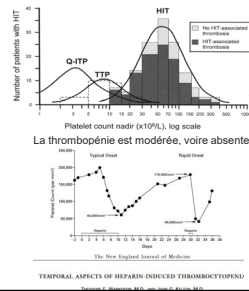
Score de probabilité prétest clinique « 4T »

Thrombopénie : NP = numération plaquettaire	Distribution NP > 50% ET nadir > 20 G/L ET pas de chirurgie dans les 3 j précédents	2
	Distribution NP > 50% MAIS chirurgie dans les 3 j précédents	1
	ou Distribution de la NP de 30 à 50% au Nadir entre 0 et 10 G/L	1
	Distribution de la NP < 30% au nadir < 10 G/L	0
Délai de survenue de la thrombopénie (Ttemp)	Entre 5 à 10 j après début héparine ou 4 à 10 j héparine récente < 30 j	2
	Distribution NP > 50% MAIS chirurgie dans les 3 j précédents	1
	ou Distribution de la NP de 30 à 50% au Nadir entre 0 et 10 G/L	1
	ou Distribution de la NP < 30% sans exposition à l'héparine plus ancienne (plus de 100 j)	0
Thrombose	Nouvelle thrombose veineuse ou artérielle confirmée	2
	ou rétrograde cutanée ou réaction systémique après héparine IV	1
	L'existence d'une thrombose préexistante ou récurrente sans traitement anticoagulant	1
	ou suspicion de thrombose non confirmée	1
	ou thrombose cutanée non rétrograde après héparine IVHC (ou thrombose sans traitement)	0
	Aucun événement	0
Autre cause possible de thrombopénie	Aucune autre cause de thrombopénie	2
	Autre cause possible	1
	Autre cause certaine de thrombopénie	0

* 1 ou 2 points par exposition à l'héparine.
Global du thrombopénie : la note est la plus grande des notes de 0 à 2, mais en général il faut 1 à 3 points de plus pour attribuer la note.

Probabilité de TIH :
 • Forte 6-8 points
 • Modérée 4-5 points
 • Faible 0-3 points

ACCP guidelines: Chest 2012
 Cukier A. et al. Blood 2012; 120(25):4160-67



TIH et Thromboses Veineuses

Maladie thromboembolique et TIH : jusqu'à 50% des événements sont veineux

Évènement de novo ou récidive ± extension d'une thrombose préexistante
 Embolie pulmonaire fréquente

Quelques particularités ...

- Parfois, la thrombose précède la thrombopénie
- Thromboses veineuses cérébrales possibles
- Thromboses veineuses des membres supérieurs (sur cathéter +++)
- Gangrène veineuse des membres inférieurs

TIH et Thromboses artérielles

Plus rares que les thromboses veineuses

Peuvent concerner tous les troncs artériels :

- Aorte et branches → ischémie aiguë des membres inférieurs
- Artères cérébrales → accident vasculaire cérébral
- Coronaires → infarctus du myocarde

Particularités des thromboses :

- Angiographiques : atteinte des gros vaisseaux (aorte ++)
- Anatomopathologiques : « caillot blanc » (leucocytes, plaquettes++)

TIH : les thromboses sont parfois « retardées »

Delayed-Onset Heparin-Induced Thrombocytopenia and Thrombosis 2001

Theodore E. Warkentin, MD, and John G. Kelton, MD

12 cas de TIH « retardées » dont 6 survenues après la sortie du malade de l'hôpital.
 Titres élevés d'anticorps et activation plaquettaire héparine-indépendante

Delayed-Onset Heparin-Induced Thrombocytopenia 2002

Lawrence H. Ware, MD; Walid K. Attalla, MD; Albert Ortel, MD, PhD; and John L. Francis, PhD

14 cas de TIH « retardées » et sévères (thromboses ++), avec une diminution modérée des plaquettes, mais aggravée ++ sous héparine

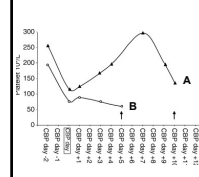
En pratique: toujours y penser si thromboses chez un malade récemment hospitalisé et traité par héparine, a fortiori si plaquettes < 150 G/L

TIH et manifestations cliniques atypiques

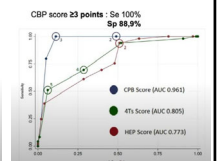
- Lésions cutanées
 Plaques érythémateuses
 Nécroses cutanées
- Amnésie transitoire
- Douleurs abdominales et des membres inférieurs
- Frissons, dyspnée après bolus d' héparine
- Insuffisance surrénale aiguë : infarctus hémorragique de surrénales

Le cas particulier du post-op de chirurgie cardiaque

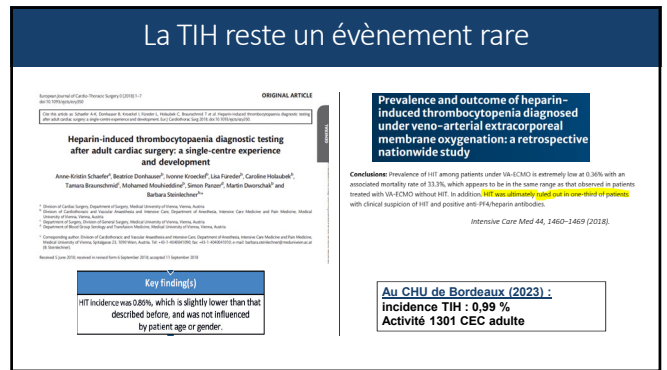
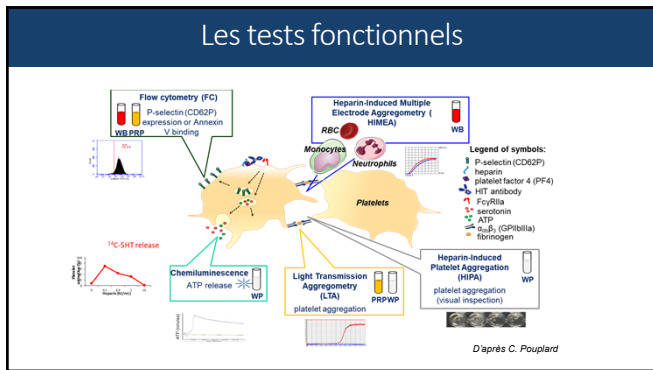
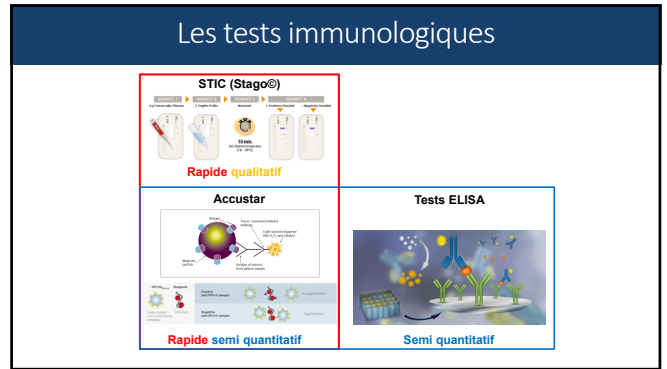
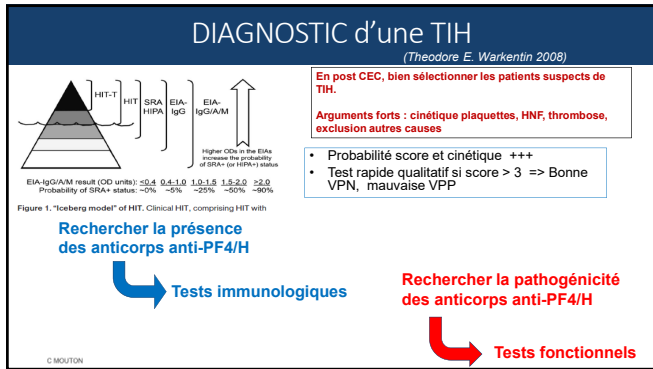
Score 4T moins fiable : profil de la cinétique plaquettaire **primordial** +++
 Profil A : courbe biphasique
 Profil B : monophasique, non remontée des plaquettes



Variables	Score
Platelet count time course	2
Pattern A	1
Time from CPB to index date	2
> 5 days	2
< 5 days	0
CPB duration	1
≤ 118 min	1
> 118 min	0
Total score	
Classification	
High probability of HIT	≥ 2
Low probability of HIT	< 2
VPN 97% (28/29)	
VPP 62% (34/55)	

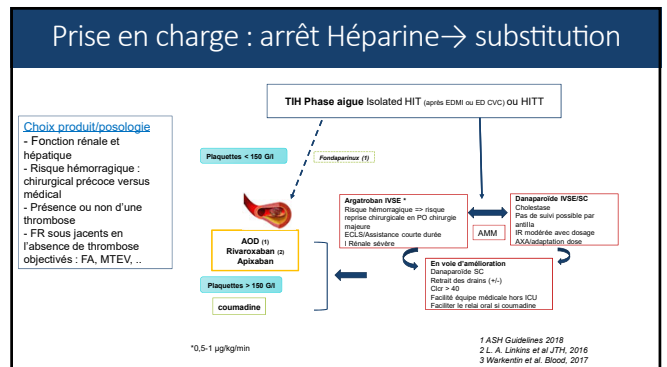


Score de Lillo-Le Louët JTH 2012



2 molécules ont l'AMM en France pour le traitement de la TIH

	Danaparouïle sodique (ORGANON)	Argatroban (ARGANOVAC)
Origine	Mélange de GAG (dermatane, héparane et chondroïtine sulfate)	Produit de synthèse à partir de la L-Arginine
Action	Indirecte, dépendant de l'antithrombine : anti-Xa et anti-thrombine	Anti-thrombine direct. Se lie à la thrombine libre et liée
Élimination	révèle	hépatique
% vie	25 h = activité anti-Xa 7 h = activité anti-IIa	40-50 mn
Surveillance biologique	cible CHU Bdx Activité anti-Xa Preventil® < 0.40 Curatif 0.5-0.7 UI/ml	Activité anti-IIa (cible CHU Bdx) 0.5 à 1.2 préventif 1.2 à 2 µg/ml curatif (rTCA 2.5 < 3)
Inconvénients	% vie longue (majorée si IR)	Rapidement réversible Durée de vie courte sauf hépatocytolyse IV strict Allonge TQ +++, interfère avec l'INR (relais AVK délicat), F2 F3 non interprétables
Avantages	Surveillance biologique simple	



ORGARAN : quel protocole et quel suivi ?

Préventif

750 UI/SC x 2 (ou x 3 si poids > 70 kg)

CI Cockcroft > 50 mL/min
30 < CI < 50 : réduire la posologie
Contre indiqué <30 mL/min

Curatif

Bolus IV/D → pas systématique
poids ≤ 55 kg : 1250 UI
55 kg < poids ≤ 90 kg : 2500 UI
poids > 90 kg : 3750 UI

Schéma SC :

- poids < 50 kg : 1500 UI x 2
- 50 kg < poids ≤ 90 kg : 2000 UI x 2
- poids > 90 kg : 1750 UI x 3

Schéma IV continue : perf de 400 unités/h pendant 4 heures, puis 300 unités/h pendant 4 heures suivantes, entretien de 150 à 200 UI/h

Suivi de la couverture anticoagulante sur l'activité anti-Xa Orgaran

Cibles locales :

- Danaparotide SC ou IV :
- Curatif : 0,5-0,7 UI/mL. Ne pas dépasser 0,8 : risque hémorragique
- Préventif : 0,2-0,4 UI/mL

ARGATROBAN : quelles cibles pour le suivi ?

Préventif

0,5 µg/kg/min IVSE

Cible locale : Activité anti-IIa : 0,5-1,2 µg/mL

- rTCA 1,5-3 (sans dépasser 100s)

- Activité anti IIa ARG : 0,5-1,5 µg/ml

Curatif

1 µg/kg/min IVSE

Cible locale : Activité anti-IIa = 1,2-2 µg/mL / rTCA = 1,5-2,5

- Pas d'essais cliniques sur l'Argatroban déterminant précisément des zones thérapeutiques de l'activité anti-IIa.
- La plupart des publications rapportent des surveillances avec le ratio du TCA ou le temps : ratio 1,5-3 ou TCA < 90s ou TCA entre 50-80 sec.

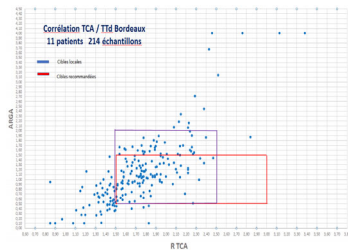
Recommandations GIHP/GFHT :

Attention fonction hépatique
Surtout cholestase

Exemple de surveillance et de cibles selon l'indication thérapeutique	Moyenne Activité anti-IIa	ET	Situation clinique
Patient 1	0,64	0,34	Post opératoire de CC, pas de thrombose
Patient 2	0,8	0,22	Post op de CEC, pas de thrombose
Patient 3	0,99	0,33	Polystéromatose - thrombose
Patient 4	1,3	0,43	Néa-maladie - EP - thrombose de filtre
Patient 5	1,84	1,38	Néa COVID - EP
Patient 6	2,32	0,61	Médical Thrombose multiples - EP thrombotique artérielle et veineuse

Corrélation entre l'activité anti-IIa Arganova et le TCA

- Suivi avec l'activité anti-IIa Arganova préférable
- Si suivi sur le TCA : tenir compte de la sensibilité du réactif.



Durée de l'anticoagulation post TIH

TIH isolée avec ou sans thrombose

ET indication d'anticoagulation au long cours

Long cours

TIH avec thrombose

caractère provoqué, à bien documenter l'exclusion cancer...

3 mois

TIH isolée sans thrombose

(après exclusion EDAM/ED CVC...)

Et pas d'indication à être anticoagulé

??

*chercher la thrombose
Après écho-doppler entre 12 et 44 % de thromboses

Recommandation 3.8
In patients with acute isolated HIT and no asymptomatic DVT identified by screening compression ultrasonography, the ASH guideline panel suggests that anticoagulation be continued, at a minimum, until platelet count recovery (usually a platelet count of 150,000/mm³). The ASH guideline panel suggests **against continuing treatment of HIT beyond 3 months** unless the patient has persisting HIT without platelet count recovery. Conditional recommendations, very low certainty in the evidence (SOCC).

-Cinétique de remontée des Plaquettes et > 150 G/L
- Traitement probablement au moins 1 mois (risque résiduel/durée surveillance études)

ASH Guidelines 2018

Modalités de relais Arganova-AVK



Modèle de relais Arganova-AVK

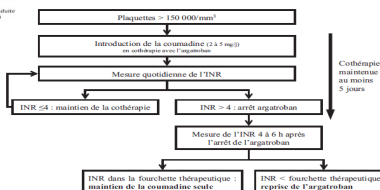
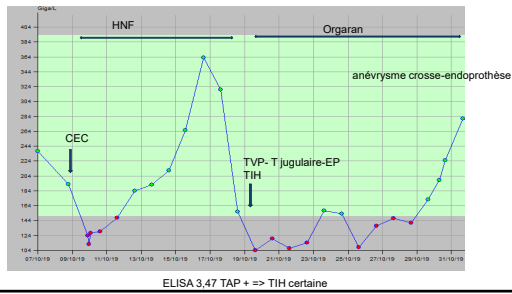


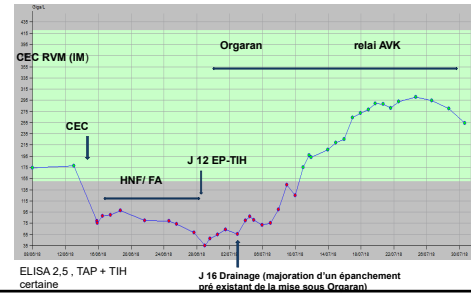
Fig. 2. Modalités de réalisation du relais argatroban-antagoniste de la vitamine K (AVK). Adapté d'après Rice et al. [1].

Quelques exemples

Profil A : normalisation-cassure : courbe biphasique



Profil B : pas de remontée des plaquettes en post op



TIH aigue, subaiguë, ATCD de TIH et chirurgie cardiaque avec CEC

Propositions du GFHT et GIHP

Proposition N°31

Avant toute chirurgie cardiaque chez un patient ayant un antécédent documenté de TIH, il est proposé de rechercher systématiquement en ELISA des anticorps anti-FP4. (Accord fort)

Proposition N°32

Avant toute chirurgie cardiaque avec CEC chez un patient ayant une TIH aiguë ou subaiguë (<3 mois), il est proposé de définir le protocole d'anticoagulation péri-opératoire dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. (Accord fort)

Diagnostic et prise en charge d'une thrombose induite par l'héparine

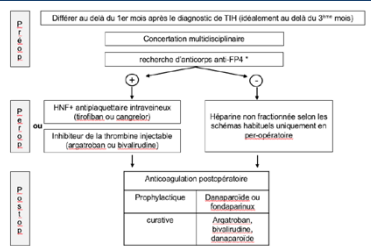
2019

Proposition de l'Association Française d'Immunologie et de Rhumatisme (AFIR) et de la Société Française de Rhumatologie (SFR)



En collaboration avec le Société Française d'Immunologie et de Rhumatisme (SFR) et la Société Française de Rhumatologie (SFR)

Chirurgie cardiaque sous CEC et TIH



* La stratégie thérapeutique choisie, notamment la décision d'utiliser l'héparine pour la CEC, devra tenir compte du titre d'anticorps anti-FP4/biomarqueurs chez le patient avec un test immunologique standardisé sérologique et sensible.

Figure 4 : Stratégies thérapeutiques pour une chirurgie cardiaque en cas de TIH

Stratégie de substitution de l'héparine

L'Argatroban est déconseillé lors de la CEC

Classique, Evident Review

Jendryk L. Long, MD, FAHA, FCCM, RACP

Intraoperative Use

Argatroban

There are scarce data with regard to the use of argatroban during cardiac surgery, particularly when CPB is employed. While several articles described the successful use of argatroban in patients undergoing OPCAB surgery, several publications also report catastrophic bleeding when argatroban was used for anticoagulation during CPB.¹⁰⁻¹² In the largest case series published, argatroban was used in seven HIT patients undergoing left ventricular assist device (LVAD) implantation with aortic cross-clamp (ACC) support. Major complications ranged from one intraoperative device thrombosis to uncontrollable bleeding in four patients; in one patient it was lethal.¹²

Because of the high rate of reported perioperative bleeding, we advocate against the use of argatroban for anticoagulation during cardiovascular surgery. In nonsurgical and postoperative settings, the use of argatroban appears to be reasonable.

Argatroban and Bivalirudin for Perioperative Anticoagulation in Cardiac Surgery

Andreas Koster, MD, David Farnon, MD, PhD, FAHA, Jendryk L. Long, MD, FAHA, FCCM

- Peu de données
- Protocoles multiples
- Evénements mixtes thrombo-embolique (caillottes dans réservoir et l'oxygénateur) et hémorragiques *Revue de Ronce et coll (AFAR 2014, 33-514)*
- Non cité dans recos internationales

Revelly E. J Clin Med. 2023 Jan 18;12(3):786.

C. MOUTON

La BIVALIRUDINE

Petit peptide **inhibiteur direct de la thrombine** par liaison sur le site actif et exosite I (site pour AT) le binding entraine un changement de la protéine et un clivage protéolytique

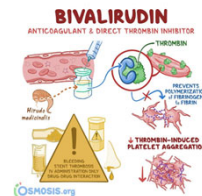
- Demi-vie courte 20 à 30 minutes.

Sauf si IR sévère => 3,5 h

-Catabolisée en ses acides aminés par des protéases, notamment la thrombine (80%).

Pas de métabolites actifs.

-20% de la bivalirudine sont excrétés sous forme inchangée dans les urines.

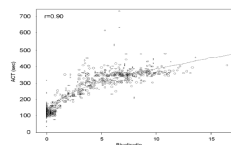


Protocole CEC/bivalirudine

	Bolus patient (mg/kg)	Perfusion continue (mg/kg/h)	Bolus circuit (mg/kg)	ACT
Avant la CPB	1	2,5	50	>400 s ou au min > 2,5 fois ACT de base.
Pendant la CPB		arrêt 15 min avant le sevrage		Toutes les 15 min Ne pas dépasser 450 s Si < 400 s refaire un bolus de 0,1 à 0,5

Relation entre le temps de coagulation de l'ACT et la concentration de bivalirudine à forte concentration non linéaire

Ivan P. Casserly Thrombosis Research (2004)



Koster A. Ann Thorac Surg. 2007
Koster A Anesthesiology. 2018

C. MOUTON

Précautions sont à prendre lors de la procédure de CEC

Pas de stase au niveau des réservoirs notamment en limitant le volume de sang et en le mobilisant (si pas de pompe centrifuge).

→ Aspiration régulière du sang dans le thorax
(Sharma G. J Cardiac Critical Care 2022)

Circuit sans coating par héparine, pas HNF ni dans la poche de purge du cathéter artériel, ni celle du cell saver

Pas d'hémofiltration pendant le bypass

Normothermie

Cas particulier de l'angioplastie coronaire



Proposition # 34
In the case of acute HIT, it is proposed to treat patients requiring transluminal angioplasty for acute coronary syndrome, preferably with bivalirudin or an analogue, or failing that with argatroban.
(STRONG AGREEMENT)

Protocoles disponibles:

-bivalirudine: bolus 0,75 mg/kg

puis perfusion IV 1,75 mg/kg/heure

Lewis Catheter Cardiovasc Interv 2002, 57: 177

-argatroban: bolus 350 µg/kg

puis perfusion IV 25 µg/kg/minute

Mahaffey J Intensive Cardiol 2003, 15: 611

Recommandation 5.2

In patients with subacute HIT B or remote HIT who require PCI, the ASH guideline panel suggests treatment with bivalirudin rather than UFH (conditional recommendation, very low certainty in the evidence ⊕○○○).

Remarks: Heparin is an acceptable alternative for patients with subacute HIT B or remote HIT if a suitable non-heparin anticoagulant is not available or clinician experience is lacking. If heparin is used, exposure should be limited to the intra-procedural setting and should be avoided before and after the procedure.

If bivalirudin is not available or if there is a lack of institutional experience, argatroban might be a suitable substitute. Choice of drug may be influenced by drug availability, cost, ability to monitor the anticoagulant effect, and clinician experience.

Stratégie d'administration simultanée d'héparine et d'antiagrégant plaquettaire par voie parentérale

Le Tirofiban (Agrastat®)

T_{1/2} : 1,5 à 2 h
 Elimination rénale +++
 Empêche la liaison du fibrinogène au récepteur GpIIb/IIIa.
 Le degré de cette inhibition évolue en parallèle à la concentration plasmatique du tirofiban.
 La fonction plaquettaire revient à son niveau initial dans les 6 à 8 h après l'arrêt. En cas de surdosage, la **transfusion plaquettaire est inefficace**.

	Bolus patient (µg/kg)	Perfusion continue mg/kg/min	ACT
CPB 5 à 10 min avant héparine	10	0,15	Héparine protocole habituel

Pas de suivi biologique.
 Timing de l'arrêt ?

Limitations : complications hémorragiques, **produit dangereux en cas d'IR sévère**.
 Très peu de littérature et ancienne ++

Koster A. One-year experience with the platelet glycoprotein IIb/IIIa antagonist tirofiban and heparin during cardiopulmonary bypass in patients with heparin-induced thrombocytopenia type II. J Thorac Cardiovasc Surg 2003

Cangrelor (Kengrexal®)

Analogue synthétique de l'ATP. Inhibiteur parentéral (voie IV) du récepteur P2Y12
 Effet ON (2 min)/OFF (4 à 6 min).

Elimination indépendante du rein et du foie.
 Pas de prodrogue, pas de transformation hépatique
 Pharmacocinétique non affectée par sexe, âge, rein, foie

Protocole Cangrelor

	Bolus IV patient (µg/kg)	Perfusion continue µg/kg/min	ACT
Avant la CPB et l'héparine dose standard	30	4	Monitoring de l'héparine habituel Arrêt 10 minutes avant la protamine

Monitoring possible par VASP (seuil efficace compris entre 20-50% d'activité plaquettaire) ou VeriNow carouche PZY12 (PRU avant et après cangrelor, seuil PRU < 180 ?)
 Girgis et al.

Après arrêt, les fonctions plaquettaires se normalisent dans l'heure.
 Critiques sur l'utilisation du cangrelor Revellly E J Clin Med. 2023

Koster A. Res Pract Thromb Haemost 2020. Girgis AM. A A Pract 2019

Seul médicament étudié en essais cliniques prospectifs multicentriques

- EVOLUTION ON (plus de 150 revascularisations myocardiques ou chirurgie valvulaire isolée) sous CEC en dehors de la TIH
- CHOOSE ON (Prothèses de valves et/ou revascularisation myocardiques avec TIH) (*Koster 2018 anesthesiology DTI in cardiac surgery*).

Les résultats de ces 2 essais et notamment de CHOOSE ON avec des patients à plus haut risque péri-opératoire, montrent un profil de sécurité et d'efficacité même si dans ce dernier essai **l'exposition transfusionnelle est significativement augmentée**.

Data	All (n = 49)	Renally Impaired (CrCl 30-60 mL/min) (n = 10)
Intraoperative blood loss in mL (mean ± SD [range])	575 ± 524 (50-1,900)	325 ± 150 (200-500)
24-hour blood loss in mL (mean ± SD [range])	998 ± 595 (100-3,200)	1012 ± 630 (370-2,160)
Any transfusion at day 7	41 (83.7%)	10 (100.0%)
Red blood cells	38 (77.6%)	9 (90.0%)
Platelets	17 (34.7%)	4 (40.0%)
Fresh frozen plasma	24 (49.0%)	6 (60.0%)
Red blood cells (mean ± SD [range])	5.6 ± 3.8 (1-14)	5.9 ± 4.6 (1-14)
Platelets (mean ± SD [range])	8.6 ± 7.2 (1-23)	14.2 ± 8.1 (5-23)
Fresh frozen plasma (mean ± SD [range])	6.0 ± 4.7 (1-20)	7.7 ± 6.8 (1-20)

Koster A Anesthesiology, 2018

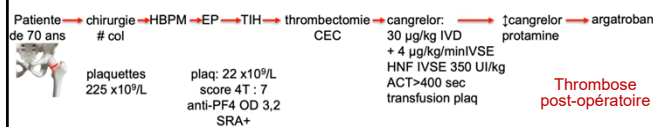
	Guidelines ACCP 2012 (4) 1 st choice	ACCP 2012 (4) 2 nd choice	Guidelines ASH 2018 (1)	Expert opinion GHF/GPHT 2019 (5)
Acute HIT (thrombocytopenia, anti-PF4/h antibodies with aggregative capacity)	Bivalirudin	DISGRADE Bivalirudin or PLEX antiplatelet agent	Bivalirudin or PLEX or HEPARIN with antiplatelet agent	Bivalirudin or argatroban or heparin with antiplatelet agent (tirofiban or cangrelor)
Subacute HIT type A (no thrombocytopenia, anti-PF4/h antibodies with aggregative capacity)	Bivalirudin	DISGRADE Bivalirudin or PLEX antiplatelet agent	Bivalirudin or PLEX or HEPARIN with antiplatelet agent	Bivalirudin or argatroban or heparin with antiplatelet agent (tirofiban or cangrelor)
Subacute HIT type B (no thrombocytopenia, anti-PF4/h antibodies without aggregative capacity)	Bivalirudin	DISGRADE Bivalirudin or PLEX antiplatelet agent	DISGRADE	The choice will consider the anti-PF4/h antibody level
Previous HIT (no thrombocytopenia, no anti-PF4/h antibodies)	DISGRADE	DISGRADE	DISGRADE	DISGRADE

Table 2: Antithrombotic propositions for bypass in cardiac surgery with HIT, adapted from Koster et al. [8]

ACCP: American College of Chest Physicians, ASH: American Society of Hematology, GHF/GPHT: Group of Interest in Perioperative Haemostasis/ and French Study Group on Haemostasis and Thrombosis

Cangrelor for cardiopulmonary bypass in patients with heparin-induced thrombocytopenia: it is not so easy

Godier, Anneq; Boucebo, Karim-John; Delhay, Nathalie; Gendron, Nicolas; Achouh, Paul; Hamada, Sophie Rym



- Dose de cangrelor ? Adaptée des recommandations de cardiologie interventionnelle mais appropriées à l'activation plaquettaire des TIH ?
- Demi-vie courte : quid de la stase dans le Cell saver ?
- Citrate dans le Cell Saver ?
- Rebond héparinique post CEC ?
- Pertinence et risque thrombotique des transfusions plaquettaires ?

Immunoglobulines

Mécanisme proposé: inhibition compétitive des anticorps anti PF4/héparine par les IgIV sur les récepteurs Fc plaquettaires et leucocytaires

Persistance de la positivité des tests immunologiques et fonctionnels

Dose : 1g/kg/ 2 jours consécutifs
 +/- associations avec échanges plasmatiques et/ou cangrelor

! Risque thrombotique des IgIV

Warkentin. EXPERT REVIEW OF HEMATOLOGY 2019
 Onuona C. Transfusion 2020

Echanges plasmatiques

Les EP ont montré leur capacité à séro-négativer partiellement ou complètement les anticorps anti-PF4/h.

Les protocoles d'échanges décrits dans la littérature sont différents en termes de délai par rapport à la chirurgie et de volume échangé

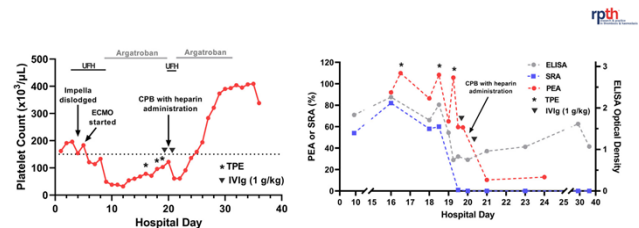
- **Pré opératoire** : 11 patients avec TIH aigue ou antécédents de TIH et anti-PF4/h positif a montré que la réalisation d'un seul EP pré opératoire permet de réduire le taux d'anti-PF4/h de 50 à 84 %. Six patients ont même éliminé complètement leur taux d'anticorps après l'échange. Aucune complication reliée aux EP ou à la TIH n'a été observé.

Welsby UJ. Anesth Analg 2010.

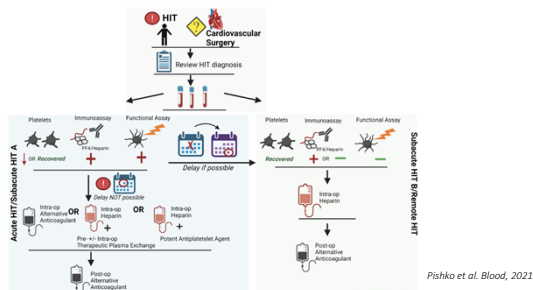
- **Péri-opératoire** : 24 patients, diminution de 35 à 85 % du taux d'anticorps avec disparition totale de l'anticorps chez 7 patients. Les suites opératoires ont été marquées dans cette seconde étude par 3 décès mais aucun n'a été relié à la TIH. 3 événements thromboemboliques post op, 2 de ses événements pourraient être reliés à la TIH.

Moreno-Duarte I. Vox Sang. Rév 2021
Koster A. Cardiothorac Vasc Anesth. juin 2021.

Cardiac surgery in acute heparin-induced thrombocytopenia managed with therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin
Alkan G, Zaidi, Noah P, Splinter, Michael E, Plazek, Bartley P, Griffith, Samak, Dahi, Allison H, Bathula, Nora H, Cheung, Anand, Padmanabhan



CAT pour la CEC Suspicion de TIH aigue, TIH subaiguë ou ATCD de TIH



Pishko et al. Blood, 2021

ALTHE-PRO (ALternatives HEparine seule – procédures)

Alternatives au traitement anticoagulant conventionnel en situation de contre-indication à l'Héparine seule lors d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire, d'une implantation percutanée de valve cardiaque, d'une procédure endovasculaire ou neuro-vasculaire ou d'une ablation de FA. (Promoteur CHU de Lille)

L'objectif principal de l'étude est de **colliger les dossiers cliniques** de recours à une alternative au traitement anticoagulant **par héparine seule** suite à une TIH

Lors d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire, d'une implantation percutanée de valve cardiaque, d'une procédure endovasculaire ou neuro-vasculaire ou d'une ablation de FA.

Tous les événements hémorragiques et thrombotiques en lien avec la chirurgie sont recueillis.

Merci de votre attention