

Gestion préopératoire du risque hémorragique

P.-Y. Lovey, G. Stalder, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion

Introduction

L'hémorragie péri interventionnelle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité opératoire, dont la gravité est fonction d'une localisation critique du saignement, de l'instabilité hémodynamique et de la transfusion sanguine.

Le risque hémorragique est lié à la procédure chirurgicale et au patient chez lequel les facteurs de risque peuvent être constitutionnels ou acquis et affecter l'hémostase primaire ou la coagulation.

Prévalence des anomalies de l'hémostase à risque hémorragique

Les **troubles acquis** de l'hémostase sont les plus fréquents et en lien avec la prise d'antiagrégant plaquettaire et d'anticoagulant oral (environ 5 et 2% de la population, respectivement) ou avec certaines pathologies (hépatopathies, malabsorption ou malnutrition, leucémie, etc.).

Les **troubles congénitaux** concernent 1% de la population générale. La majeure partie est représentée par la maladie de Willebrand, l'hémophilie et les thrombopathies constitutionnelles.

Maladie	Prévalence
Maladie de von Willebrand	0.1-1 %
Hémophilie A	1/5 000 garçons
Hémophilie B	1/25 000 garçons
Thrombopathies ou thrombopénies congénitales	1/30 000
Déficit isolé en facteur VII	1/500 000
Autres déficits rares en facteurs de coagulation	1/1 000 000 à 1/2 000 000
Anomalies constitutionnelles = 1.3 %	
Patient asymptomatique avec anomalie constitutionnelle: 1/40 000	

Limites du bilan d'hémostase préopératoire systématique

Les tests de routine (numération plaquettaire, TP et PTT) n'éliminent pas un risque hémorragique. Ils ne permettent pas d'évaluer la fonctionnalité des plaquettes et n'excluent pas une hémophilie légère (PTT allongé que pour des concentrations de facteur inférieures à 30 UI/dl), certaines maladies de Willebrand et des affections plus rares telles qu'un déficit en facteur XIII stabilisant du caillot ou une hyperfibrinolyse.

A l'inverse, un allongement du PTT peut ne pas exposer à un risque hémorragique accru, en présence d'un anticoagulant lupique, d'un déficit en facteur XII ou d'un autre facteur de la phase de contact.

De plus, des résultats sont fréquemment anormaux (5 % pour le TP et 16 % pour le PTT) en raison de problèmes pré-analytiques (prélèvement avec garrot trop serré, contamination par héparine, mauvais remplissage du tube, prélèvement difficile ou coagulé/hémolysé, délai d'analyse, etc.). Cela nécessite des modifications de prise en charge (investigations supplémentaires, délais de chirurgie, traitements particuliers entrepris (substitution en facteurs ou autre), etc.), alors qu'une intervention correctrice (substitution en facteur ou traitement spécifique) n'est entreprise que dans <0,6 % des cas.

Les recommandations et les évidences actuelles parlent contre l'utilité d'un bilan d'hémostase préopératoire systématique.

Valeur d'un interrogatoire structuré (HEMOSTOP)

Les recommandations sont d'évaluer le risque hémorragique par un interrogatoire recherchant des antécédents personnels et familiaux de diathèse hémorragique. Des questionnaires, notamment celui de l'ISTH BAT, ont été développés pour standardiser le dépistage d'un trouble hémorragique constitutionnel. Ils sont cependant trop complexes pour être appliqués de manière systématique et n'ont pas été validés pour prédire le risque périopératoire.

Plus récemment, une équipe des HUG a proposé un questionnaire HEMOSTOP (Hematoma, hEmorragie, Menorrhagia, Surgery, Tooth extraction, Obstetrics, Parents) en 7 points, binaire. L'évaluation sur une cohorte rétrospective de 113 patients a montré qu'un score ≥ 2 rendait hautement probable la présence d'un sur-risque hémorragique péri-opératoire avec une sensibilité de 89,5% et une spécificité de 98,6% [1].

Cependant, l'étude prospective HEMORISQ, qui avait pour but d'évaluer les performances du questionnaire et qui a inclus 1484 patients, montre une sensibilité de seulement 50% pour une spécificité de 87%, alors qu'elles sont respectivement de 44 et 93% pour les tests biologiques. La sensibilité est meilleure, de 82%, pour les femmes mais de 0% pour les hommes. La faible incidence (1,2%) des anomalies de l'hémostase à risque hémorragique est une importante limitation de l'étude.

Score HEMOSTOP

1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou anormal (par exemple: saignement du nez ou d'une plaie mineure) ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
2. Avez-vous présenté des bleus/hématomes plus grands que 2 cm sans traumatisme ou des bleus/hématomes sévères après un traumatisme mineur ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
3. Avez-vous déjà présenté un saignement prolongé nécessitant une consultation auprès d'un médecin/dentiste après une extraction dentaire ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
4. Avez-vous déjà présenté un saignement excessif pendant ou après une chirurgie ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
5. Un membre de votre famille est-il connu pour une maladie de la coagulation (par exemple: hémophilie, maladie de Willebrand, etc.) ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
Pour les femmes	
6. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles excessives ou prolongées (par exemple: pilule contraceptive, fer, etc.) ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non
7. Avez-vous déjà présenté un saignement excessif ou prolongé après un accouchement ?	<input type="radio"/> 1: oui <input type="radio"/> 0: non

Score HEMOSTOP: score ≥ 2 : possible risque de saignement périopératoire élevé
(Can J. Anesth 2016;63:1007-15)

Recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [2]

- Évaluer le risque hémorragique d'après l'anamnèse personnelle et familiale de diathèse hémorragique et d'après l'examen physique (GRADE 1+)
- Il faut probablement utiliser un questionnaire standardisé à la recherche de manifestations hémorragiques pour évaluer l'anamnèse personnelle et familiale (GRADE 2+)
- Ne pas prescrire de façon systématique un bilan d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, quel que soit le grade ASA, le type d'anesthésie choisi y compris en obstétrique, le type d'intervention et l'âge (GRADE 1-)
- Chez l'enfant qui n'a pas acquis la marche, il faut probablement prescrire un PTT et une numération des plaquettes afin d'éliminer certaines pathologies constitutionnelles de l'hémostase (par exemple, hémophilie) (GRADE 2+)
- Demander un avis spécialisé en cas d'anamnèse de diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase (GRADE 1+)
- Chez l'adulte non interrogeable, prescrire un TP, un PTT et une numération des plaquettes afin d'éliminer certaines pathologies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase (GRADE 2+).

Par ailleurs, un bilan d'hémostase devra être réalisé en cas d'hépatopathie, de malabsorption/malnutrition, de maladie hématologique, ou de toute autre pathologie pouvant entraîner des troubles de l'hémostase, même en l'absence de symptômes hémorragiques. La mesure du PTT ou du TP avant une intervention pourra également être utile pour servir de valeur de référence dans la période post interventionnelle (TP avant chirurgie hépatique lourde, PTT et numération plaquettaire en cas de traitement par héparine après l'intervention).

Littérature

- [1] Bonhomme F, et al. Preoperative hemostatic assessment: a new and simple bleeding questionnaire. Can J Anaesth 2016.
- [2] Bonhomme F, et al. Pre-interventional haemostatic assessment: Guidelines from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2013.

Personnes de contact

Dr Pierre-Yves Lovey
Dr Grégoire Stalder

pyves.lovey@hopitalvs.ch
gregoire.stalder@hopitalvs.ch

Les investigations d'hémostase préopératoires doivent être guidées par l'anamnèse.