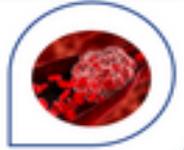




Lettre #6 BOARD URGENCES THROMBOSES HÉMORRAGIES

Dr Agathe Beauvais, Pr Yann-Erick Claessens, Dr Delphine Douillet, Pr Olivier Hugli, Pr Frédéric Lapostolle, Dr Thomas Moumneh, Pr Farès Moustafa, Pr Andrea Penaloza, Dr Mélanie Roussel, Pr Pierre-Marie Roy, Pr Jeannot Schmidt.



Mars 2024

Formation

La masterclass est désormais accessible en replay !

CONGRES VIRTUEL
MASTERCLASS
THROMBOSES ANTICOAGULANTS


Société Française de
Médecine d'Urgence

www.urgences-lecongres.org

MARDI 19 MARS

2 0 2 4

Recherche

▪ Quand les AOD ne sont pas la réponse.

Bejjani et al. Study Group, Sidhu VS, Kelly TL, et al. When Direct Oral Anticoagulants Should Not Be Standard Treatment. J Am Coll Cardiol 2024; 83:444-465

Pour la plupart des patients, les anticoagulants oraux directs (AOD) sont préférés aux antagonistes de la vitamine K (AVK) pour la prévention des AVC lors d'une fibrillation atriale (FA) et pour le traitement de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV). Cependant, des essais contrôlés randomisés suggèrent que les AOD ne seraient pas aussi efficaces ou aussi sûrs ou encore n'ont pas été suffisamment évalués dans des indications telles que les valves cardiaques mécaniques, certaines formes de

syndrome des anti-phospholipides, les FA associées à une cardiopathie rhumatismale, les AVC de source indéterminée, les thrombus ventriculaires gauches, les thromboses veineuses profondes associées à un cathéter, les thromboses d'un sinus veineux cérébral ou pour les patients atteints de FA ou de TVP et ayant une insuffisance rénale terminale. A partir d'une revue de la littérature, cet article fait le point sur ces situations où les AOD ne devraient pas constituer la norme de soins, lorsque leur sécurité et leur efficacité sont incertaines et les indications dans certaines populations ont été peu étudiées et nécessitent de plus amples recherches.

▪ Faut-il anticoaguler les patients avec une immobilisation d'un membre inférieur ?

Douillet D, Penalosa A, Viglino D, Banihachemi JJ, Abboodi A, Helderlé M, Montassier E, Balen F, Brice C, Laribi S, Duchenois T, Vives P, Soulat L, Marjanovic N, Moumneh T, Savary D, Riou J, Roy PM. Targeted prophylactic anticoagulation based on the TRiP(cast) score in patients with lower limb immobilisation: a multicentre, stepped wedge, randomised implementation trial. Lancet. 2024 Mar 16;403(10431):1051-1060. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02369-3. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38368901.

L'anticoagulation préventive pour tous en cas d'immobilisation post-traumatique pourrait devenir de l'histoire ancienne avec cette étude franco-belge de haut niveau publiée récemment dans le *Lancet*. Son but était une évaluation prospective de la sécurité de l'abstention d'anticoagulation chez des patients présentant un traumatisme du membre inférieur avec un risque thromboembolique faible défini comme un score TRiP(cast) < 7. Il s'agit d'une étude randomisée en grappe de type stepped-wedge, chaque centre permutant entre une phase observationnelle (pratiques habituelles, n=603 patients inclus) puis une phase interventionnelle (n=1505 patients inclus) à un moment déterminé par randomisation. Dans le groupe intervention, le taux d'accidents thromboemboliques chez les patients ayant un TRiP(cast) score < 7 s'est révélé très faible (0.7%) avec une borne supérieure de l'intervalle de confiance à 1,4%, inférieure au taux de sécurité défini à 2%. Vis-à-vis des pratiques habituelles, le taux de prescription d'anticoagulation préventive a pu être divisé par deux avec une réduction de 26% en valeur absolue, sans majoration des accidents thromboemboliques. Ces résultats montrent, que chez les patients présentant un traumatisme du membre inférieur nécessitant une immobilisation et un score TRiP(cast) inférieur à 7, l'anticoagulation prophylactique peut ne pas être prescrite en toute sécurité. La prochaine étape sera de rechercher le meilleur traitement préventif chez les patients à haut risque (score ≥ 7), leurs taux de thromboses symptomatiques étant de 2,7% malgré un traitement par HBPM ou fondaparinux.



Le score TRiP(cast) est accessible sur smartphone en recherchant l'application « TRiP Thrombosis Risk Prediction ».

▪ Hémorragie Intracérébrale sous AOD

Ip B, Pan S, Yuan Z, Hung T, Ko H, Leng X, Liu Y, Li S, Lee SY, Cheng C, Chan H, Mok V, Soo Y, Wu X, Lui LT, Chan R, Abrigo J, Dou Q, Seiffge D, Leung T. Prothrombin Complex Concentrate vs Conservative Management in ICH Associated With Direct Oral Anticoagulants. JAMA Netw Open. 2024 Feb 5;7(2):e2354916. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.54916. Erratum in: JAMA Netw Open. 2024 Feb 5;7(2):e245106. PMID: 38319661; PMCID: PMC10848059.

L'hémorragie intracérébrale (HIC) est la complication la plus sévère et redoutée chez les patients sous AOD en raison de la morbi-mortalité qui lui est associée. Dans cette étude rétrospective menée à Hong Kong, les auteurs ont comparé le devenir radiologique et fonctionnel des patients avec HIC réversés par concentré de complexe prothrombinique (CCP) versus ceux avec prise en charge conservatrice. Deux cent trente-deux patients ont été inclus, 116 (50%) dans le bras traitement conservateur et 102 (44%) dans le bras CCP (dose médiane de 2000 UI). Il n'y avait pas de différence significative sur la récupération neurologique (adjusted odds ratio [aOR], 0,62; IC à 95%, 0,33-1,16; P = 0,14), la mortalité à 90 jours (aOR, 1,03; IC à 95%, 0,70-1,53; P = 0,88) ou la mortalité intrahospitalière (aOR, 1,11; IC à 95%, 0,69-1,79; P = 0,66). Les auteurs concluent à la nécessité de poursuivre les investigations notamment avec les nouveaux (nouveaux?) antidotes.

▪ Après la Fibrillation Atriale, la cardiopathie atriale

Kamel H, Longstreth WT Jr, Tirschwell DL, Kronmal RA, Marshall RS, Broderick JP, Aragón García R, Plummer P, Sabagha N, Pauls Q, Cassarly C, Dillon CR, Di Tullio MR, Hod EA, Soliman EZ, Gladstone DJ, Healey JS, Sharma M, Chaturvedi S, Janis LS, Krishnaiah B, Nahab F, Kasner SE, Stanton RJ, Kleindorfer DO, Starr M, Winder TR, Clark WM, Miller BR, Elkind MSV; ARCADIA Investigators. Apixaban to Prevent Recurrence After Cryptogenic Stroke in Patients With Atrial Cardiopathy: The ARCADIA Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024 Feb 20;331(7):573-581. doi: 10.1001/jama.2023.27188. PMID: 38324415; PMCID: PMC10851142.

La cardiopathie atriale est définie comme un ensemble d'anomalies structurelles ou fonctionnelles de l'oreillette. Elle est associée à un risque élevé d'accident vasculaire cérébral y compris en l'absence de fibrillation auriculaire. Cependant, l'intérêt d'une anticoagulation pour prévenir la survenue d'accidents vasculaires cérébraux chez ces patients est incertain.

Afin de comparer l'anticoagulation versus antiagrégant plaquettaire, les auteurs ont réalisé une étude multicentrique de phase 3 en double aveugle sur 1015 patients (507 sous apixaban 5mg ou 2,5 mg X2 /j vs 508 sous aspirine 81 mg). Le nombre de récurrence d'AVC était identique avec 40 patients (4,4%) dans les deux groupes (HR 1,00 [IC à 95%, 0,64-1,55]), avec toutefois aucune hémorragie intracérébrale dans le bras apixaban et 7 dans le bras aspirine. L'interprétation de ces résultats est donc difficile pour la pratique, l'étude ayant été négative.

▪ Retour Maison

Chaibi S, Roy PM, Guénéguou AA, Tran Y, Hugli O, Penalzoza A, Couturaud F, Tromeur C, Szwebel TA, Pernod G, Elias A, Ghuysen A, Benhamou Y, Falvo N, Juchet H, Nijkeuter M, Mairuhu R, Faber LM, Mahé I, Montclair K, Planquette B, Jimenez D, Huisman MV, Klok FA, Sanchez O; HOME-PE study

group. Outpatient management of cancer-associated pulmonary embolism: A post-hoc analysis from the HOME-PE trial. Thromb Res. 2024 Mar;235:79-87. doi: 10.1016/j.thromres.2024.01.014. Epub 2024 Jan 26. PMID: 38308882.

L'embolie pulmonaire associée au cancer est de mauvais pronostic. Dans l'essai HOME-PE, des patients hémodynamiquement stables présentant une EP symptomatique ont été randomisés pour être triés selon les critères Hestia ou le score sPESI. Dans cette analyse post-hoc, les auteurs ont comparé 3 groupes de patients avec EP à faible risque : 47 avec un cancer actif traité à domicile (groupe 1), 691 sans cancer actif traité à domicile (groupe 2) et 33 avec un cancer actif comme seul critère sPESI les qualifiant pour une hospitalisation (groupe 3). Le critère de jugement principal était composite : survenue d'une récurrence thromboembolique veineuse, d'une hémorragie majeure ou d'un décès toutes causes confondues dans les 30 jours suivant la randomisation. En analyse multivariée, le cancer actif était associé à un risque accru de complications pour les patients traités à domicile (OR 7,95 ; IC à 95 % 1,48-42,82) mais chez les patients ayant un cancer actif, le traitement à la maison n'était pas associé à un risque plus élevé de complications que l'hospitalisation (OR 1,19 ; IC à 95 % 0,15-9,74). En conclusion, l'intérêt d'une hospitalisation systématique des patients ayant une EP lors d'un cancer actif est incertain.