

Cas clinique

Mr S. Vincent

né en 09/2000

CHIABRANDO Camille
Interne D.E.S Médecine Vasculaire

Service Pr SARLON

15/12/2020

Homme 20ans

- Antécédents personnels :
 - Fracture poignet droit
 - Ostéosynthèse du coude gauche
- Antécédents familiaux : pas d'antécédents de MTEV
- Allergie : aucune connue
- Traitement habituel : aucun
- Motif d'hospitalisation dans le service le 04/11/20 : Embolie pulmonaire

Histoire de la maladie

- 17/09/2020 : AVP moto/VL 90km/h PEC Ajaccio :
 - Hématome sous-capsulaire hépatique avec contusion lobe droit
 - Hématome sous-capsulaire splénique
 - Epanchements intra-péritonéal et pelvien
 - Luxation de hanche gauche
 - Fracture-luxation poignet et avant bras droit

Histoire de la maladie

• 17/09/2020 : AVP moto/VL 90km/h PEC Ajaccio :

- Hématome sous-capsulaire hépatique avec contusion lobe droit → Packing + résection segments VI et VII + cholécystectomie
- Hématome sous-capsulaire splénique
- Epanchements intra-péritonéal et pelvien → Drainage
- Luxation de hanche → TTT orthopédique
- Fracture-luxation poignet et avant bras droit → TTT chirurgical

Histoire de la maladie

- 17/09/2020 : AVP
- Le 01/10 : Fièvre + tachycardie s. + SIB

TDM : Collection sous-capsulaire majorée, saignement loge hépatectomie
+ **thrombus fémoro-iliaque droit étendu jusqu'à l'origine de la VCI**

Histoire de la maladie



- 17/09/2020 : AVP

- Le 01/10 : Fièvre + tachycardie s. + SIB

TDM : Collection sous-capsulaire majorée, saignement loge hépatectomie
+ **thrombus fémoro-iliaque droit étendu jusqu'à l'origine de la VCI**

-> Laparotomie : décaillotage + lavage



FILTRE CAVE

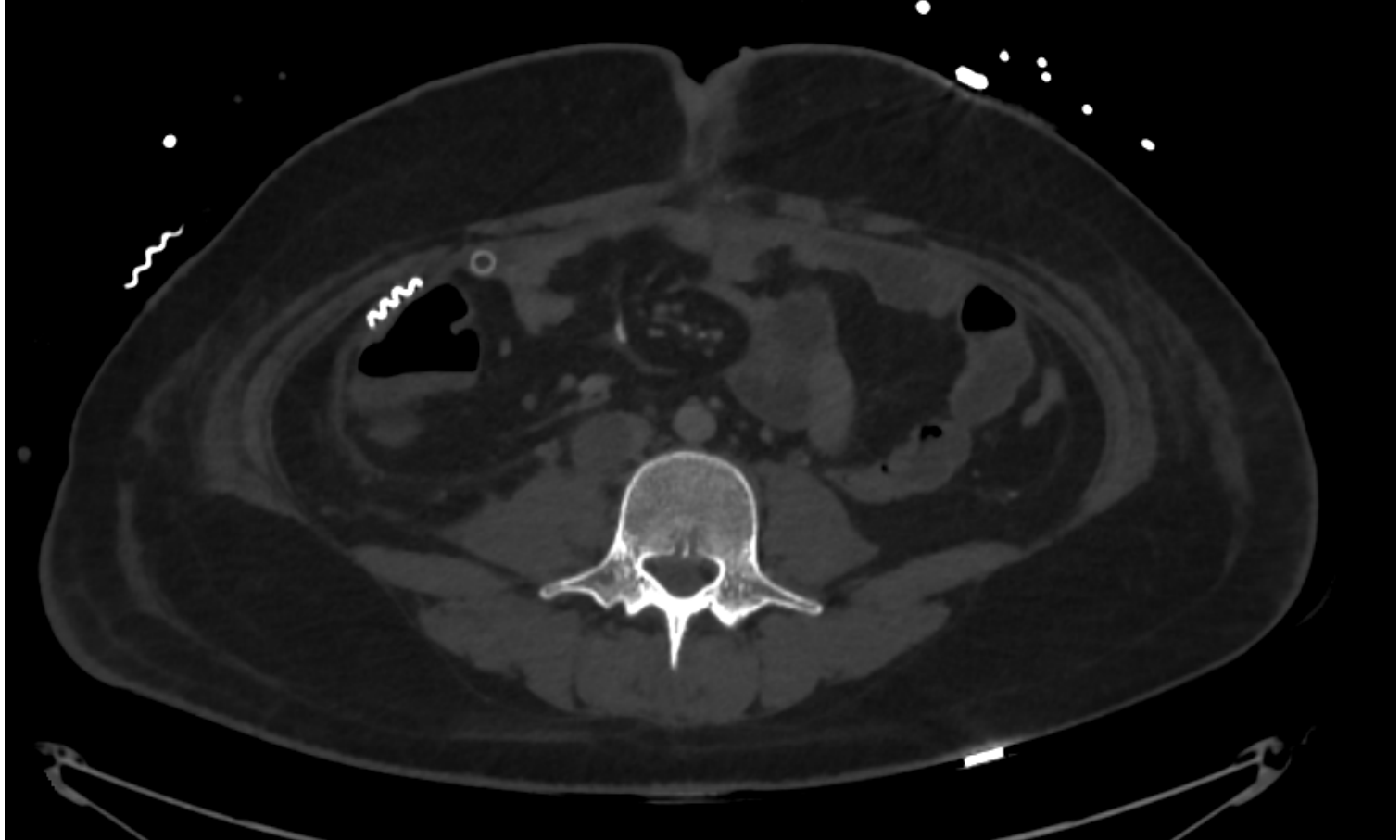
Histoire de la maladie

- 03/10 : Transfert réanimation polyvalente CHU Timone
- 03/10 : Embolisation du faux aneurisme artériel de 22mm sur la tranche d'hépatectomie
- 04/10 : **HNF préventive**
- 05/10 : **HNF curative**
- 06/10 : **Thrombopénie isolée 63G/L vs 260G/L à l'entrée**
 - Arrêt de l'HSE, introduction **ORGARAN** (Danaparoiide sodique), AC antiPF4+
- 12/10 : **ARGANOVA** (Argatroban) avec relais **ARIXTRA** (Fondaparinux)
- 19/10 : Dyspnée -> AngioTDM pulmonaire ->


Embolie pulmonaire (risque inter. haut) + extension thrombose droite + doute thrombose extrémité sup. filtre cave







Histoire de la maladie

- 
- 19/10 : réintroduction **ARGANOVA** (Argatroban)
 - 24/10 : début relais **PREVISCAN**
 - 03/11 : arrêt de l'ARGANOVA (Argatroban)
 - 04/11 : transfert en médecine vasculaire
 - 16/11 : contrôle TDM TAP : diminution thrombus filtre cave

Histoire de la maladie

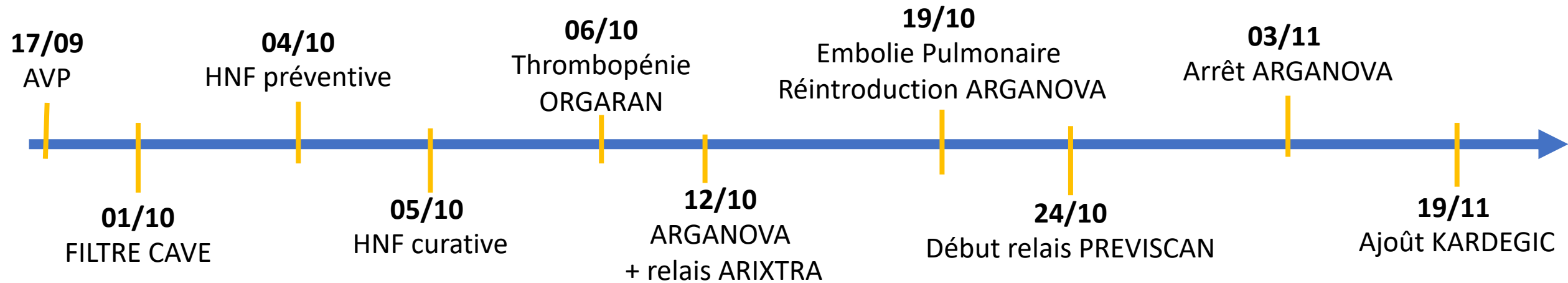
- 19/10 : réintroduction **ARGANOVA** (Argatroban)
- 24/10 : début relais PREVISCAN
- 03/11 : arrêt de l'ARGANOVA (Argatroban)
- 04/11 : transfert en médecine vasculaire
- 16/11 : contrôle TDM TAP : diminution thrombus filtre cave
- 19/11 : Décision collégiale d'ajouter **KARDEGIC + IPP**
- 24/11 : Sortie, retour à domicile + SSR ambulatoire

PREVISCAN 1,5cp le soir

KARDEGIC 75mg le midi

PANTOPRAZOLE 20mg le soir

Histoire de la maladie



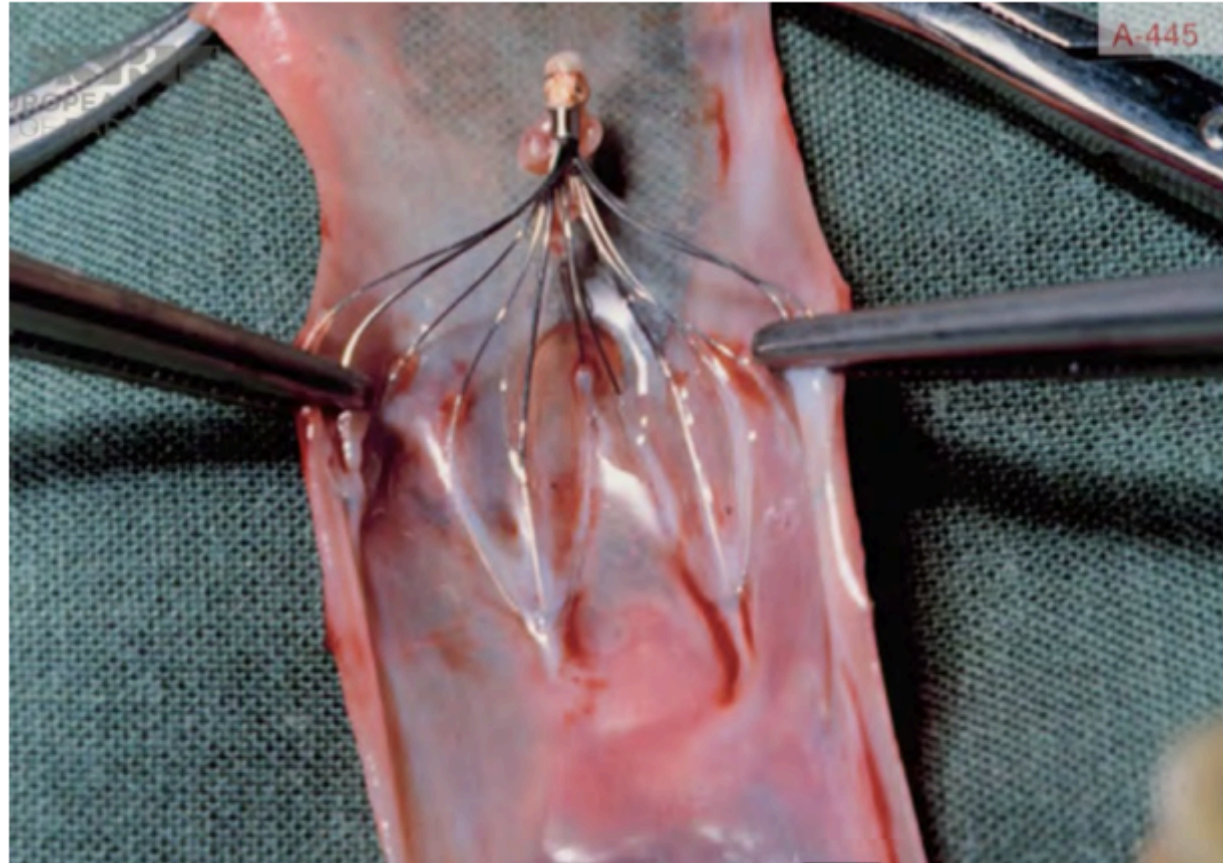
FILTRE CAVE



FILTRE CAVE : Recommandations

R7.1 (ou R.106)	Il est recommandé de ne pas poser de filtre cave chez les patients ayant une TVP et/ou EP qui peuvent recevoir un traitement anticoagulant à dose curative.	1-
R7.2 (ou R.107)	Il est suggéré de poser un filtre cave chez les patients ayant une TVP proximale diagnostiquée dans le mois précédent avec ou sans EP et une contre-indication formelle à une anticoagulation curative.	2+
R7.3 (ou R.108)	Dans les autres situations cliniques avec contre-indication formelle aux anticoagulants, par exemple une EP sans TVP, il est suggéré de discuter l'indication d'un filtre cave au cas par cas.	2+
R7.4 (ou R.109)	Il est suggéré de discuter la pose d'un filtre cave en cas de récurrence d'EP prouvée formellement pendant un traitement anticoagulant optimal en termes de molécule et de posologie.	2+
R7.5 (ou R.110)	Lorsque l'indication du filtre est temporaire, il est recommandé de retirer les filtres caves optionnels dès que le traitement anticoagulant curatif a pu être repris sans complication.	1+

FILTRE CAVE : Evolution



Filtre cave après 6mois

THROMBOPENIE INDUITE A L'HEPARINE

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

2019

Propositions du Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire (GIHP) et du Groupe
Français d'études sur l'Hémostase et la Thrombose (GFHT)



Groupe d'intérêt
en hémostase
péri-opératoire



En collaboration avec la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Yves Gruel, Emmanuel De Maistre, Claire Pouplard, François Mullier, Sophie Susen,
Stéphanie Rouillet, Normand Blais, Grégoire Le Gal, A Vincentelli, Dominique Lasne, Thomas
Lecompte, Pierre Albaladejo, Anne Godier.

TIH : Introduction

- Pathologie rare, iatrogène
- Chute des plaquettes sous héparine (HNF ou HBPM)
 - Thrombopénie bénigne type I
 - **Thrombopénie type II = TIH**

TIH : Prévention

Surveillance PLAQUETTAIRE

- AVANT traitement
- 2fois/sem J4-J14 puis 1fois/sem M1
- 3fois/sem J4-J14 puis 1fois/sem M1

	Contexte	Schéma	Faible ●	Intermédiaire ● ●	Elevé ● ●
HNF	Chirurgie y compris Césarienne	Prophylactique ou Curatif			+
	Médical/ Obstétrical	Curatif			+
	CEC, EER, ECMO, CPIA				+
	Médical/ Obstétrical	Prophylactique		+	
HBPM	Chirurgie y compris Césarienne	Prophylactique ou Curatif		+	
	Cancer			+	
	Médical/ Obstétrical	Prophylactique ou Curatif	+		

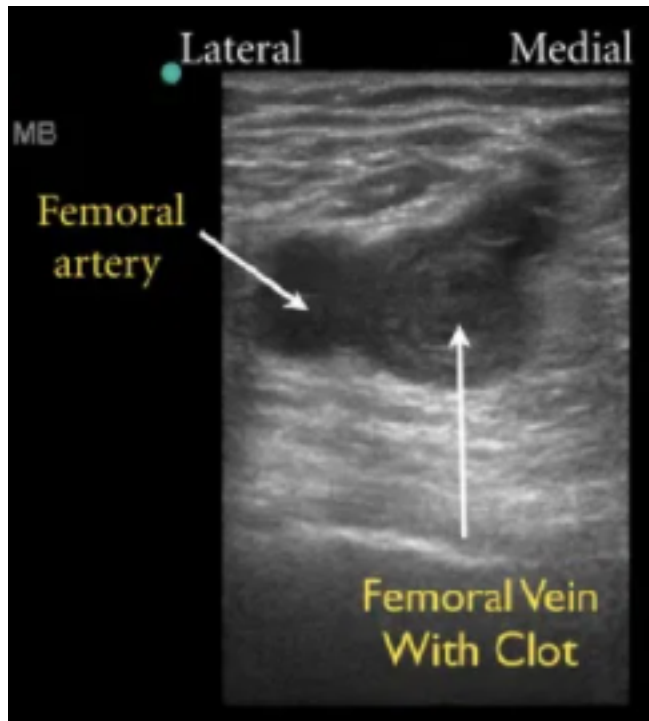
HNF : héparine non fractionnée ; HBPM : Héparine de bas poids moléculaire ; EER : Epuration extra-rénale ; CEC : Circulation extra-corporelle ; ECMO : extracorporeal membrane oxygenation ; CPIA : contre pulsion intra aortique.

Tableau I : Niveaux de risque de TIH selon le contexte et le type d'héparine administré

TIH : Clinique

Quand évoquer le diagnostic de TIH ?

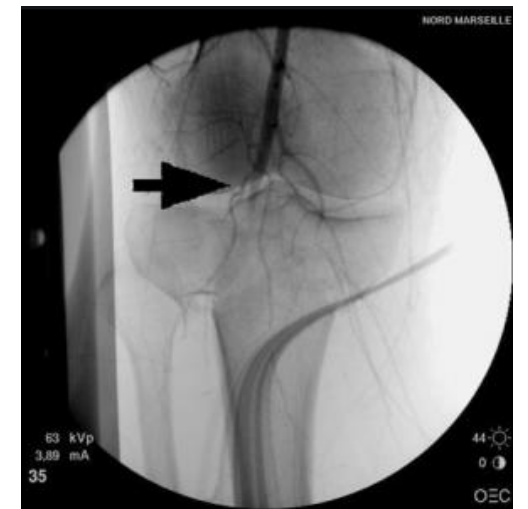
TVP 50%



EP 10-25%



Thrombose artérielle



TIH : Probabilité clinique

Score 4T	2	1	0	Score
Thrombopénie (taux le plus bas) survenue sous héparine	Chute > 50% et Plq > 20G/l	Chute 30-50% ou Plq 10-19 G/l	Chute < 30% ou Plq < 10 G/l	
« Timing » chute Plaq après début héparine	J 5-10 ou ≤ J1 si heparine ≤ 30j précédent	> J10 Ou ≤ J1 si exposition 31 - 100 j ou Indéterminée (pas de NFS)	≤ J4 (sans héparine récente)	
Thrombose (nouvelle survenue sous héparine)	Thrombose prouvée, nécrose cutanée	Récidive ou extension de thrombose ; suspicion non documentée	Aucune	
Autres causes de thrombopénie	Aucune évidente	possible	définie	

TIH : Diagnostic

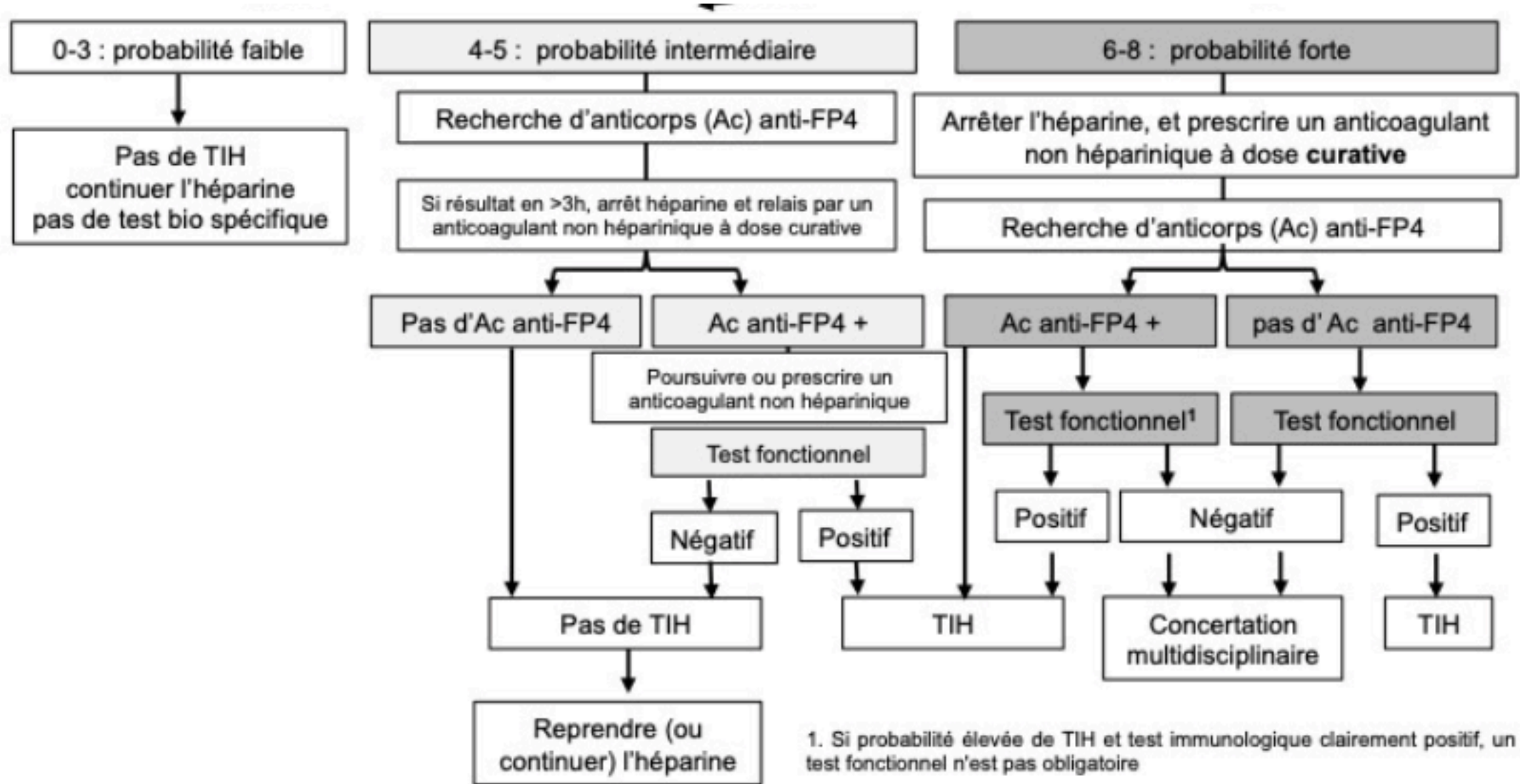


Figure 1. Algorithme du diagnostic clinique et biologique d'une TIH

TIH : Traitement à la phase aiguë

- **Argatroban ARGANOVA** : CI si IH sévère, surveillance TCA, TT, Test à l'écarine
- Bivalirudine ANGIOX
- **Danaparoïde ORGARAN** : CI si IR sévère, surveillance activité anti-Xa
- Fondaparinux ARIXTRA : CI si IR sévère, pas d'AMM
- AOD : *Rivaroxaban*

TIH : Traitement à distance

- **AVK** : Coumadine à débiter PLQ > 150 G/L

Particularité relais Argatroban/AVK :

Co-thérapie au moins 5j

INR quotidiens

Arrêt Argatroban lorsque INR > 4

MERCI

CHIABRANDO Camille
Interne D.E.S Médecine Vasculaire
Service Pr SARLON
15/12/2020