

Transfusion Camp 2021-2022

Atelier 3A : Hémostase péri opératoire

Version originale réalisée par D^e Elianna Saidenberg et modifiée par D^r Zachary Liederman

Cas 1

Une femme de 52 ans vous consulte pour un remplacement électif de la hanche. Ses antécédents médicaux sont pertinents pour de l'hypertension. Lorsqu'on l'interroge à savoir si elle a d'autres comorbidités, la patiente vous dit qu'elle a eu des saignements dans le passé, mais elle ne pense pas que ceux-ci étaient vraiment inhabituels ou sérieux. Ses médicaments actuels sont de l'hydrochlorothiazide et une multivitamine quotidienne. Elle a deux enfants.

1. Quelle est la prochaine étape indiquée pour évaluer le risque de saignement péri opératoire?
 - A. Se renseigner sur les antécédents familiaux de troubles de la coagulation
 - B. Vérifiez les analyses : INR, aPTT, FSC
 - C. Aucune autre évaluation n'est requise, la patiente peut être transférée au bloc opératoire.
 - D. Procéder à une anamnèse plus approfondie des symptômes de saignement

*** Alerte au divulgâcheur (la lecture anticipée peut fournir des réponses aux questions précédentes) ***



Les antécédents hémorragiques complets sont les suivants : 1) amygdalectomie à l'âge de 7 ans : retour au bloc opératoire nécessaire à 24 heures pour hémostase chirurgicale et transfusion d'un culot globulaire; 2) G3A1P2 : saignement prolongé à la suite d'une fausse couche (avortement spontané) à 13 semaines nécessitant une dilatation/curetage et du fer IV; et 2 césariennes sans complication. Elle est maintenant en post-ménopause. Les cycles menstruels étaient réguliers et d'une durée de 7 jours, dont 3 jours de saignements abondants où elle changeait de serviette hygiénique toutes les 2 heures. Elle estime que ses antécédents ne sont pas inhabituels puisque sa mère et ses sœurs ont vécu des situations similaires. Bien que sa mère et ses sœurs aient eu des symptômes hémorragiques similaires, aucun membre de sa famille n'a été évalué pour une anomalie de l'hémostase.

2a) Selon le questionnaire condensé sur les saignements MCMDM-1, quel est le score de saignement de la patiente?

2b) Lequel des énoncés ci-dessous représente la prochaine étape appropriée dans la prise en charge de la patiente?

- A. Réservez la salle d'opération, notez la nécessité d'une hémostase chirurgicale méticuleuse
- B. Vérifiez les analyses : FVIII, FIX
- C. Vérifiez les analyses : multimère du facteur von Willebrand
- D. Demandez une consultation en hématologie

*** [Alerte au divulgâcheur \(la lecture anticipée peut fournir des réponses aux questions précédentes\)](#) ***

La patiente est évaluée par un hémатologue. Les résultats des premières analyses de laboratoire révèlent les éléments suivants :

- FSC à l'intérieur des limites normales
- INR, aPTT à l'intérieur des valeurs normales
- Antigène du facteur von Willebrand 0,28 u/mL (N=0,45-1,80)
- Activité du facteur von Willebrand 0,30 u/mL (N=0,45-1,80)
- FVIII 0,45 u/mL (N=0,5-1,49)

3. L'anamnèse de la patiente et les résultats des analyses de laboratoire concordent avec la maladie de von Willebrand de type 1. Pourquoi n'a-t-elle pas eu de saignements lors de ses deux césariennes?
- A. Les césariennes présentent un faible risque de saignement. Une hémorragie significative n'est donc pas attendue chez une femme enceinte atteinte d'un trouble de saignement non sévère.
 - B. Pendant la grossesse, il y a une augmentation compensatoire des facteurs IX et XI qui aident à atténuer les saignements lors de l'accouchement
 - C. Les taux de facteur von Willebrand sont hormonaux-sensibles et augmentent avec la grossesse et l'utilisation de médicaments contenant des hormones
 - D. Administration de l'ocytocine, une substance connue pour augmenter les taux de facteur de von Willebrand

Questions pour approfondir le sujet :

Question 1 : Quelles sont les patientes atteintes de la maladie de von Willebrand dont la maladie ne devrait pas se corriger pendant la grossesse?

Question 2 : Pourquoi l'aPTT de la patiente est-il normal tandis que son taux de FVIII est bas?

4. Après la consultation en hémатologie, la patiente souhaite toujours procéder à une arthroplastie de la hanche. Laquelle des affirmations suivantes est **fausse** concernant la prise en charge péri opératoire de celle-ci?
- A. Selon les directives internationales, sa chirurgie devrait être effectuée tôt dans la journée et au début de la semaine dans un centre de traitement de l'hémophilie
 - B. Comme ses taux de facteur de von Willebrand et de FVIII sont tous deux diminués, elle devra recevoir deux concentrés de facteur de coagulation différents
 - C. Elle devra recevoir une perfusion de concentré de facteur de coagulation avant l'opération ainsi qu'en période postopératoire
 - D. Elle devra recevoir une thromboprophylaxie (*DVT prophylaxis*)



Cas 2

Une chirurgie de remplacement de la valve aortique est prévue pour un homme de 24 ans. Ses antécédents médicaux sont pertinents pour une valve aortique bicuspide. Le seul médicament est de l'Enoxaparine 40 mg par jour pour la thromboprophylaxie (médicament débuté à l'admission). Les tests en pré opératoire démontrent que l'aPTT est de 45 secondes (N=26 à 35 secondes). Une deuxième analyse confirme ce résultat.

Le résident de garde, se souvenant du « Transfusion Camp », procède à une évaluation complète des saignements. Le score au questionnaire MCMDM-1 sur les saignements est de 0 (y compris l'absence de saignement à la suite de l'extraction des dents de sagesse). Il consulte l'hématologie pour obtenir des recommandations supplémentaires.

5. Vous êtes en stage d'hématologie générale. Pour ce qui est de la prochaine étape, lequel des énoncés suivants représente le meilleur choix possible?
 - A. Arrêter l'énoxaparine et répéter le test sanguin 24 heures plus tard
 - B. Administrer 10 mg de vitamine K et répéter le test sanguin 24 heures plus tard
 - C. Demander une étude de mélange 50:50 (mixing study)
 - D. Vu que le score de saignement est 0, aucun autre test n'est nécessaire

*** [Alerte au divulgâcheur \(la lecture anticipée peut fournir des réponses aux questions précédentes\)](#) ***

Une étude de mélange 50:50 est faite et ne se corrige pas.

6. Lequel des éléments suivants est le plus susceptible de confirmer un diagnostic?
- A. Le taux de fibrinogène
 - B. Facteurs VIII et IX
 - C. Test de l'anticoagulant lupique (inhibiteur non spécifique)
 - D. Test d'inhibiteur du facteur VIII

Question pour approfondir le sujet :

Question: Un PTT normal exclut-il un anticoagulant lupique?

Cas 3

Une femme G1A0P0 de 28 ans est suivie pour une grossesse non compliquée. Les résultats de la FSC faite à 20 semaines d'AG (âge gestationnel) révèlent un décompte plaquettaire de $109 \times 10^9/L$. Il n'y a qu'un seul résultat antérieur, obtenu 4 ans plus tôt lors d'une investigation d'une possible mononucléose infectieuse. À l'époque, son décompte plaquettaire était de $297 \times 10^9/L$. Basé sur sa prédisposition aux ecchymoses, son score au MCMDM-1 est établi à 1.

7. Lequel des énoncés ci-dessous est le plus indiqué pour l'investigation de l'anomalie de laboratoire de cette patiente?
- A. Recherche d'anticorps plaquettaires pour diagnostiquer une éventuelle thrombopénie immune
 - B. Répéter la FSC dans deux semaines afin de déterminer la tendance de la numération plaquettaire
 - C. Tester les membres de la famille pour déterminer si la patiente est atteinte d'un trouble plaquettaire héréditaire
 - D. Évaluer pour la maladie de von Willebrand de type 2b comme cause de la thrombocytopénie

*** Alerte au divulgâcheur (la lecture anticipée peut fournir des réponses aux questions précédentes) ***

La patiente a une FSC toutes les 2 semaines. Lorsqu'elle est à 24 semaines (AG), on constate que son décompte plaquettaire a baissé et est maintenant $79 \times 10^9/L$. Elle ne présente aucun symptôme de saignement et l'échographie ne révèle aucune anomalie fœtale ou placentaire. La patiente est orientée vers un hématologue. Des examens sérologiques pour les maladies infectieuses et auto-immunes associées à la thrombocytopénie sont effectués et tous sont négatifs.

Un diagnostic de Purpura thrombopénique immun (PTI) est posé. La FSC est répétée toutes les 2 semaines et à compter de 34 semaines d'AG, une FSC sera faite sur une base hebdomadaire.

À 32 semaines d'AG, la numération plaquettaire de la patiente a chuté et est maintenant $48 \times 10^9/L$.

8. Que doit-on conseiller à la patiente au sujet de l'accouchement à ce moment-ci?
 - A. L'accouchement vaginal n'est pas sécuritaire pour la mère lorsque le décompte plaquettaire est inférieur à $50 \times 10^9/L$
 - B. L'accouchement vaginal n'est pas sécuritaire pour le fœtus en raison du risque de PTI néonatal
 - C. Vu le risque d'une nouvelle détérioration du décompte plaquettaire, il est recommandé d'induire le travail au cours des 2 prochaines semaines
 - D. L'anesthésie neuraxiale est relativement contre-indiquée lorsque le décompte plaquettaire est inférieur à $50 \times 10^9/L$

9. La patiente vous informe qu'elle souhaite avoir le choix entre une anesthésie péridurale ou spinale. Lequel des énoncés suivants représente le meilleur plan de prise en charge?
 - A. Informer la patiente qu'une anesthésie épidurale ou spinale ne sera pas possible
 - B. Rituximab $375 \text{ mg}/\text{m}^2$ IV x 4 doses
 - C. Prednisone $1 \text{ mg}/\text{kg}$ po par jour x 14-21 jours
 - D. IgIV $0,4 \text{ g}/\text{kg}$ x 1

Question pour approfondir le sujet :

Question : Décrivez les avantages et les inconvénients de la prednisone par rapport à la dexaméthasone pour cette patiente?

La patiente est mise sous prednisone avec un bon résultat. À 36 semaines d'AG, elle se présente à l'hôpital en début de travail. Sa numération plaquettaire est $88 \times 10^9/L$.

10. Laquelle des options suivantes est la meilleure option en ce qui concerne l'anesthésie épidurale/spinale?
- A. Administrer des IgIV pour augmenter sa numération plaquettaire $\geq 100 \times 10^9/L$ de sorte qu'elle puisse recevoir une anesthésie épidurale dans les 2 à 4 heures
 - B. Effectuer une transfusion de plaquettes avant l'insertion et avant le retrait du cathéter épidural/l'anesthésie spinale
 - C. Déconseiller fortement une anesthésie épidurale ou spinale puisque sa numération plaquettaire est inférieure à $150 \times 10^9/L$
 - D. Procéder à l'anesthésie épidurale/spinale

Questions pour approfondir le sujet:

Question 1:

Quel est l'impact du diagnostic de PTI sur les décisions relatives à la prophylaxie de la TVP (*DVT prophylaxis*)?

Question 2 :

Comment la prise en charge changerait-elle si la patiente présentait un décollement placentaire avec détresse fœtale nécessitant un accouchement urgent et que le décompte plaquettaire était de $15 \times 10^9/L$?

TRANSFUSION CAMP RESOURCES ARE DEVELOPED BY TRANSFUSION CAMP FACULTY FOR EDUCATIONAL PURPOSES ONLY. THE RESOURCES **MUST NOT BE USED OR DISTRIBUTED OUTSIDE OF TRANSFUSION CAMP** WITHOUT THE CONSENT OF THE TRANSFUSION CAMP ORGANIZERS. THE MATERIALS ARE NOT INTENDED TO BE A SUBSTITUTE FOR THE ADVICE OF A PHYSICIAN AND SHOULD BE ASSESSED IN THE CONTEXT OF THE APPLICABLE MEDICAL, LEGAL AND ETHICAL REQUIREMENTS IN ANY INDIVIDUAL CASE. PROVIDE FEEDBACK ON TRANSFUSION CAMP RESOURCES OR ENQUIRE ABOUT TRANSFUSION CAMP BY CONTACTING TRANSFUSIONCAMP@BLOOD.CA.