

Séminaire - Jour 3B (le 20 janvier 2023, 15h00-16h30)

Transfusion Camp

: Hémostase avancée et investigations, Dr Éric Tseng

Cas 1	
	<p>Un homme de 65 ans se rend à la clinique préopératoire en vue d'une prostatectomie radicale. Il a eu une TVP (thrombose veineuse profonde) non provoquée il y a un an et une anticoagulothérapie de longue durée est nécessaire. Il prend 20 mg de Rivaroxaban quotidiennement. Il souffre d'hypertension, d'une légère insuffisance rénale (créatinine de base de 115 umol/L) secondaire à l'hypertension et d'un dysfonctionnement hépatique secondaire à une NASH (stéatose hépatique non alcoolique). Son poids est de 75 kg.</p>
1.	<p>Parmi les stratégies ci-dessous, laquelle est préconisée pour la gestion préopératoire de son anticoagulation?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A. Cesser le Rivaroxaban : dernière dose administrée 5 jours avant l'opération et procéder à une thérapie de relais avec de l'héparine B. Cesser le Rivaroxaban : dernière dose 4 jours avant l'intervention, thérapie de relais non nécessaire C. Cesser le Rivaroxaban : dernière dose 3 jours avant l'intervention, thérapie de relais non nécessaire D. Arrêt du Rivaroxaban : dernière dose 2 jours avant l'opération, thérapie de relais non nécessaire
2.	<p>L'opération du patient se déroule sans incident, avec une perte de sang peropératoire minimale. L'hémostase du patient a été adéquate. Laquelle des stratégies suivantes est recommandée pour l'anticoagulation postopératoire chez ce patient ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A. Ne pas administrer d'anticoagulation le premier jour postopératoire, puis reprendre le rivaroxaban à la dose thérapeutique habituelle (20 mg) le deuxième jour postopératoire s'il n'y a pas de signe de saignement B. Administrer une dose prophylactique de rivaroxaban (10 mg) le jour 1 postopératoire, puis reprendre le rivaroxaban à la dose thérapeutique habituelle (20 mg) le jour 2 postopératoire.



		<p>C. Rivaroxaban 10 mg par jour pendant 14 jours postopératoires, puis reprendre la dose thérapeutique habituelle (20 mg) par la suite.</p> <p>D. Administrer de l'héparine par voie IV pendant 24 à 48 heures après l'opération, puis reprendre le rivaroxaban à la dose thérapeutique après la disparition du risque de saignements</p>
3.		<p>72 heures après l'opération, on vous appelle car on a découvert qu'une erreur médicale s'est produite. Votre patient a reçu du rivaroxaban 20 mg BID pendant deux jours, au lieu de la dose habituelle de 20 mg die. Le PT est de 20 secondes (9,7-11,8 s) et l'APTT est de 45 secondes (20-32).</p> <p>Quel énoncé représente une gestion adéquate de cette situation ?</p>
		<p>A. Évaluez le patient et demandez une FSC, créatinine, déterminez la clairance de la créatinine et si aucun signe de saignement n'est présent, aucun changement de prise en charge n'est nécessaire</p> <p>B. Évaluez le patient et demandez une FSC, créatinine, déterminez la clairance de créatinine et si aucun signe de saignement, arrêtez le rivaroxaban pour une période de 24 heures, puis reprendre l'administration du médicament</p> <p>C. Évaluez le patient et demandez un niveau d'anti-Xa; si le niveau d'anti-Xa est supra-thérapeutique, interrompre le rivaroxaban pendant 24 heures</p> <p>D. Administrez un concentré de complexe prothrombique</p>
4.		<p><u>Dénouement alternatif</u> : 72 heures après l'opération, vous êtes appelé, car on a constaté qu'au lieu de 20 mg de rivaroxaban die, on lui a administré 20 mg bid pendant 2 jours. Le PT est de 20 secondes (9,7-11,8 s) et l'APTT est de 45 secondes (20-32). Il a un début d'hématémèse et est hypotendu (60/30 mm Hg). Vous cherchez à maintenir un taux d'hémoglobine > 70 g/L pendant l'hémorragie et vous demandez une consultation pour une prise en charge endoscopique. La dernière dose de rivaroxaban a été administrée il y a une heure.</p> <p>Lequel des éléments suivants constitue une prise en charge appropriée de ce cas ?</p> <p>A. Administrer un concentré de complexe prothrombique (PCC) 2000 unités IV ou selon la politique de l'hôpital.</p> <p>B. Andexanet alfa</p> <p>C. Plasma frais congelé</p> <p>D. Hémodialyse pour éliminer le rivaroxaban.</p>



		E.
		<p>Questions supplémentaires pour les résidents en hématologie/hémato-pathologie :</p> <p>A) Que donneriez-vous à ce patient s'il avait des antécédents de thrombocytopénie induite par l'héparine ?</p> <p>B) 5 jours après la chirurgie, le patient est réadmis à l'hôpital avec un niveau de conscience réduit et un délire d'étiologie incertaine. Il développe ensuite une fièvre, des maux de tête et une raideur de la nuque. L'équipe d'admission craint une méningite et souhaite effectuer une ponction lombaire. L'équipe demande un taux d'anti-Xa au rivaroxaban et celui-ci est de 115 ng/ml. Est-il sécuritaire d'effectuer la procédure ?</p>
Cas 2		
		<p>Un homme de 87 ans atteint de fibrillations auriculaires se présente aux urgences avec une dyspnée modérée et pré-syncope qui a entraîné une chute. Le rythme cardiaque est de 110 bpm et la pression artérielle est de 100/70. On lui a récemment prescrit du dabigatran à 150 mg BID (transition de sa prophylaxie à la warfarine il y a deux semaines par son cardiologue). Sa clairance de la créatinine est de 40 mL/min. Le scan cérébral révèle une petite hémorragie intracrânienne.</p>
	5.	<p>L'INR du patient est de 1,1 (0,9-1,1), l'aPTT est de 60 (20-32) secondes, le TT est >60 (14-21) secondes. Lequel des éléments suivants est probablement vrai en ce qui concerne son traitement anticoagulant ?</p>
		<p>A. Il y a des indications de la présence de l'effet du dabigatran</p> <p>B. Il y a des indications de la présence d'un effet de la warfarine</p> <p>C. Les résultats suggèrent que le patient n'a pas pris de warfarine ni de dabigatran</p> <p>D. Les résultats suggèrent que le patient prend à la fois de la warfarine et du dabigatran</p>



6.	Lequel des éléments suivants représente une stratégie de prise en charge appropriée pour ce patient ?
	<p>A. Suspendre le dabigatran</p> <p>B. Suspendre le dabigatran, donner du PCC activé (FEIBA) 50 U/kg.</p> <p>C. Suspendre le dabigatran, donner idarucizumab 5 grammes IV</p> <p>D. Suspendre le dabigatran, transfusions de plasma et de cryoprécipités / concentré de fibrinogène.</p>

Cas 3

	<p>Une jeune femme de 17 ans est référée à un hématologue pour un APTT légèrement élevé. Ceci a été confirmé à plus d'une occasion. Ses antécédents hémorragiques révèlent des épistaxis récurrentes durant l'enfance, ce qui a nécessité plusieurs visites aux urgences. Elle n'a subi aucune procédure ou opération. Elle a des antécédents de ménorragie. Sa mère et sa sœur unique ont toutes deux des ménorragies. Son frère cadet a eu des épistaxis récurrentes dans son enfance.</p> <table border="1" data-bbox="277 1087 1370 1388"> <thead> <tr> <th>TESTS DE LABORATOIRE</th> <th>RÉSULTATS INITIAUX</th> <th>VALEURS DE RÉFÉRENCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hémoglobine</td> <td>122 g/L</td> <td>115-165g/L</td> </tr> <tr> <td>Décompte plaquettaire</td> <td>256</td> <td>150-400 X 10⁹/L</td> </tr> <tr> <td>PT/INR</td> <td>1,0</td> <td>0,8 – 1,2 INR</td> </tr> <tr> <td>aPTT</td> <td>45 s</td> <td>22 – 35 s</td> </tr> <tr> <td>Mélange plasma 1:1 (APTT)</td> <td>29 s</td> <td>22 – 35 s</td> </tr> <tr> <td>aPTT de contrôle</td> <td>28 s</td> <td>22 -35 s</td> </tr> <tr> <td>Temps de thrombine (TT)</td> <td>22 s</td> <td>20 – 30 s</td> </tr> <tr> <td>Fibrinogène (Clauss)</td> <td>3,1 g/L</td> <td>1,6 – 4,2 g/L</td> </tr> </tbody> </table>	TESTS DE LABORATOIRE	RÉSULTATS INITIAUX	VALEURS DE RÉFÉRENCE	Hémoglobine	122 g/L	115-165g/L	Décompte plaquettaire	256	150-400 X 10 ⁹ /L	PT/INR	1,0	0,8 – 1,2 INR	aPTT	45 s	22 – 35 s	Mélange plasma 1:1 (APTT)	29 s	22 – 35 s	aPTT de contrôle	28 s	22 -35 s	Temps de thrombine (TT)	22 s	20 – 30 s	Fibrinogène (Clauss)	3,1 g/L	1,6 – 4,2 g/L
TESTS DE LABORATOIRE	RÉSULTATS INITIAUX	VALEURS DE RÉFÉRENCE																										
Hémoglobine	122 g/L	115-165g/L																										
Décompte plaquettaire	256	150-400 X 10 ⁹ /L																										
PT/INR	1,0	0,8 – 1,2 INR																										
aPTT	45 s	22 – 35 s																										
Mélange plasma 1:1 (APTT)	29 s	22 – 35 s																										
aPTT de contrôle	28 s	22 -35 s																										
Temps de thrombine (TT)	22 s	20 – 30 s																										
Fibrinogène (Clauss)	3,1 g/L	1,6 – 4,2 g/L																										

7.	Parmi les choix ci-dessous, quelle est une stratégie d'analyse de laboratoire appropriée pour votre patiente ?
	<p>A. Vérifier les facteurs VIII, IX, XI, XII et le FvW</p> <p>B. Vérifier les facteurs X, IX, VII et II</p> <p>C. Vérifier les facteurs von Willebrand : Ag FvW, activité FvW, niveaux de FVIII</p> <p>D. Vérifier les facteurs VIII et XIII</p>



8.	Que conseillerez-vous à cette patiente ?
	<p>A. Évitez les traumatismes tels que les injections IM, les ponctions artérielles, les sports de contact ainsi que la prise régulière d'agents antiplaquettaire (par exemple : aspirine, clopidogrel)</p> <p>B. Évaluer la réponse au DDAVP de façon élective</p> <p>C. Utiliser l'acide tranexamique pour la ménorragie</p> <p>D. Tout ce qui précède</p>
9.	La patiente est maintenant âgée de 25 ans et est à 30 semaines de gestation. Elle devrait avoir une FSC et un bilan martial pour vérifier qu'elle n'a pas de déficience en fer. Laquelle des affirmations suivantes s'applique à ses taux de FvW : Ag FvW, Activité FvW, FVIII ?
	<p>A. Si les niveaux sont supérieurs à 0,50-80 UI/mL, vous lui conseillez de procéder à une anesthésie locale et à un accouchement par voie vaginale ou par césarienne.</p> <p>B. Si les niveaux sont de 1,00 UI/mL ou plus, vous lui dites qu'elle peut avoir une anesthésie locale et un accouchement par voie vaginale ou une césarienne</p> <p>C. Si les niveaux sont de 0,5-0,8 UI/mL, vous lui conseillez d'éviter l'anesthésie locale (épidurale). Cependant, elle peut avoir un accouchement par voie vaginale ou une césarienne</p> <p>D. Si les niveaux sont de 0,50-80 UI/mL, vous lui conseillez d'éviter l'anesthésie locale (épidurale) et l'accouchement par voie vaginale</p>
Questions supplémentaires pour les résidents en hématologie/hémathopathologie	
	<p>Supposons que cette patiente de 17 ans se présente plutôt dans un hôpital régional 4 semaines après l'accouchement, avec 3 semaines de saignements vaginaux abondants et d'ecchymoses importantes ?</p> <p>Elle présente les résultats de laboratoire suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb 68, PLT 256 - INR 1,0, aPTT 75 sec (22-35 sec) - 1:1 mélange immédiat de l'aPTT de 48 sec (22-35 sec) [control aPTT: 28 sec].
	<p>A) Quel est le diagnostic différentiel et quelles investigations supplémentaires demanderiez-vous ?</p> <p>B) Quelle est la prise en charge immédiate et à long terme de cette patiente ?</p>



Cas 4	
	Un homme de 75 ans souffrant de diabète, de dyslipidémie et d'hypertension a été vu aux urgences pour un AVC hémorragique gauche sans extension intraventriculaire. Il est sous insuline, une statine, du métoprolol et de l'AAS 81 mg die. L'HIC (l'hémorragie intracérébrale) n'a pas été précédée d'un événement traumatique. Le patient est éveillé, alerte dans les trois sphères (personne, lieu et temps) et présente des force de 2+ dans son bras et sa jambe droite.
10.	Parmi les énoncés suivants, lequel devriez-vous faire ensuite ?
	<ul style="list-style-type: none"> A. Administrer 30 mg/kg d'acide tranexamique par voie intraveineuse B. Vérifier la FSC et les paramètres de coagulation C. Vérifier la FSC et les paramètres de coagulation et en attendant les résultats, administrer 4 unités de plasma D. Renverser l'effet anti-plaquettaire de l'AAS par une transfusion de plaquettes

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.

Toute ressource du Camp de transfusion est développée par les responsables du Camp et ce à des fins éducatives uniquement. **Les ressources ne doivent pas être utilisées ou distribuées en dehors du Camp de transfusion** sans le consentement préalable des organisateurs.

Les ressources ne sont pas destinées à remplacer l'avis d'un médecin et doivent être évaluées dans le contexte des exigences médicales, légales et éthiques applicables dans chaque cas individuel.

Donnez votre avis sur les ressources du Camp de transfusion ou renseignez-vous sur le Camp de transfusion à transfusioncamp@blood.ca.