

Patient blood management, seuil transfusionnel

ID: 509

Prévention du saignement en chirurgie prothétique en orthopédie : Apport de l'acide tranexamique par voie combinée.

E. Langar*(1), F.Haddad(2), H.Arfaoui(1), A.Ben souissi(1), M.Sboui(1), M.Mebazaa(1)

(1) Service d'anesthésie réanimation, CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisia , (2) Service d'anesthésie réanimation SMUR, CHU Mongi slim La Marsa, Tunis, Tunisie

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

La chirurgie prothétique de la hanche et du genou est fréquente en orthopédie et reste à haut risque hémorragique. L'acide tranexamique (ATX) a révolutionné les mesures d'épargne transfusionnelle. Cependant, le schéma optimal de son utilisation reste encore mal élucidé. L'objectif était d'évaluer l'apport de l'ATX administré par voie combinée (voie intraveineuse (IV) associée à la voie intra-articulaire) sur la prévention du saignement en chirurgie prothétique par rapport à la voie IV seule.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'un essai randomisé en double aveugle, mené sur une période de 9 mois. Nous avons inclus des patients âgés de 18 ans ou plus, programmés pour une prothèse totale de hanche (PTH) ou de genou (PTG) dans un contexte traumatique, dégénératif ou malformatif. Les critères de non inclusion étaient les reprises chirurgicales, les procédures bilatérales, les polytraumatismes, les patientes enceintes, les contre-indications à l'utilisation de l'ATX, les troubles de la coagulation ou une hémoglobine (Hb) ≤ 9 g/dl en préopératoire. Après leurs consentements, les patients ont été randomisés en 2 groupes : le groupe A recevant 2 doses de 1 g chacune d'ATX par voie IV à 3 heures d'intervalle et le groupe B : recevant la première dose de 1 g par voie IV et la seconde dose de 1,5 g en intra articulaire après la réduction du fascia. Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse des données et une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée significative.

Résultats & Discussion:

Cinquante patients proposés pour PTH et 51 pour PTG ont été inclus. La chute de l'Hb à 24 heures et à 6 heures postopératoires était comparable en cas de PTH ($p=0,92$ et $0,78$ respectivement) et de PTG ($p=0,19$ et $0,41$ respectivement). La transfusion per et postopératoire était similaire entre les groupes en cas de PTH ($p=0,6$ et 1 respectivement) et de PTG ($p=1$). Les douleurs à h6 et h24 postopératoires étaient également comparables en cas de PTH ($p=0,45$ et $p=0,14$ respectivement). Elles étaient plus élevées dans le groupe voie combinée pour les PTG ($p=0.001$ et 0.007 respectivement). En cas de PTH, les complications thromboemboliques et les infections du site opératoire précoces et à 3 mois étaient similaires. Aucune complication n'a été observée pour les PTG. La durée de séjour hospitalier était similaire an cas de PTH ($p=0.8$) et plus courte pour le groupe voie combinée en cas de PTG ($p=0,03$).

Conclusion:

Comparée à la voie IV, la voie combinée paraît avoir une efficacité comparable concernant la réduction de la chute de l'hémoglobine, de la transfusion et de la perte sanguine totale sans augmentation de complications, en fournissant une concentration maximale au niveau du site d'action avec un passage systémique faible, d'où son intérêt chez les patients à haut risque. D'autres études multicentriques et à plus grande échelle permettront de confirmer ces résultats.

Remerciements:

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.