



BILAN PREOPÉRATOIRE D'HÉMOSTASE

Pr A.BELMEKKI



رحم الله سي محمد نصري

1. <http://www.fishbase.org>

p. 11



Ogeeff : Répondre, aux côtés des autres sociétés savantes, aux attentes spécifiques pluridisciplinaires des biologistes en matière de formation continue. L'ANM est une association de biologie préclinique qui a pour but d'améliorer la pratique quotidienne du biologiste médical marocain et de la biologie médicale en général, vecteur essentiel dans le développement de notre système de santé. Plus 60% des diagnostics médicaux incriminent à

- **Auteurs** : Organisation de congrès, d'ateliers pratiques et de rencontres clinico-biologiques dans le but d'assurer une information sur les derniers développements en matière de diagnostic biologique.

En 2008, et pour deux années consécutives, une formation académique a été mise en place dans le domaine de la qualité, en partenariat avec la faculté de pharmacie Paris, V. Desseigne de Biologie ont ainsi obtenu un diplôme d'université en assurance qualité en biologie médicale. Une dynamique qualité a ainsi été initiée dans le royaume. Le Guide de Bonne Elaboration des Analyses (GBEA) a vu le jour par la suite en novembre 2010.

Entre 2006 et 2016, l'Association a organisé de nombreux ateliers pratiques (diagnostic, culture, mycologie médicale), animés par d'éminents conférenciers nationaux et internationaux des mycoses et des maladies clinico-biologiques, notamment avec des sociétés savantes médicales à savoir: Association québécoise de cardiologie, Société québécoise d'hématologie, l'Association québécoise des Pédiatres (AQP), l'Association des Urgistes (AQU),

- l'association est un membre fondateur du Collège manioc de biologie et a contribué à la réussite des Journées internationales de biologie organisées à Paris en 2006, selon du la biologie africaine, dans le contexte

Mise en place d'un programme de formation continue pour les biologistes sur 2 années (cours d'un mandat, du bureau) incluant des ateliers pratiques et des séminaires en collaboration étirée avec les cliniciens ainsi que des formations spécifiques pour les techniciens de laboratoire.

Une ouverture vers les collègues biologistes d'Afrique et d'établissement de partenariats avec les sociétés savantes du continent africain.

1000

AMM
Tel : +212022 22 99 73
Fax : +212022 22 99 13
Adresse : Association Marocaine de
Biologie Moleculaire (AMM)
AMM 24 Rue du Kari road 2
Bordj Bouharrouj 30000 Alger N°7
Casablanca Maroc
E-mail : amm@amm24@gmail.com
Site web : www.amm24.com

Plus d'une centaine d'exposants belges et étrangers ont participé à la 3^{ème} édition du salon international de la santé « Tunisia Health Expo », qui s'est tenue du 02 au 08 mars dernier au sein des expositions du Kram.

L'importance du programme scientifique
dans les études de terrain

Il a fait savoir que la Tunisie avait accueilli en 2012, quelque 180 mille visiteurs étrangers. De son côté, le ministre du Commerce a mis l'accent sur l'importance du salon en matière d'attirer des investisseurs et d'exposition des nouveautés dans le secteur de la santé. Elle a aussi évoqué la place qu'occupe la Tunisie en matière de tourisme de santé, sachant qu'elle compte le 2^{ème} plus de médecins affluents.

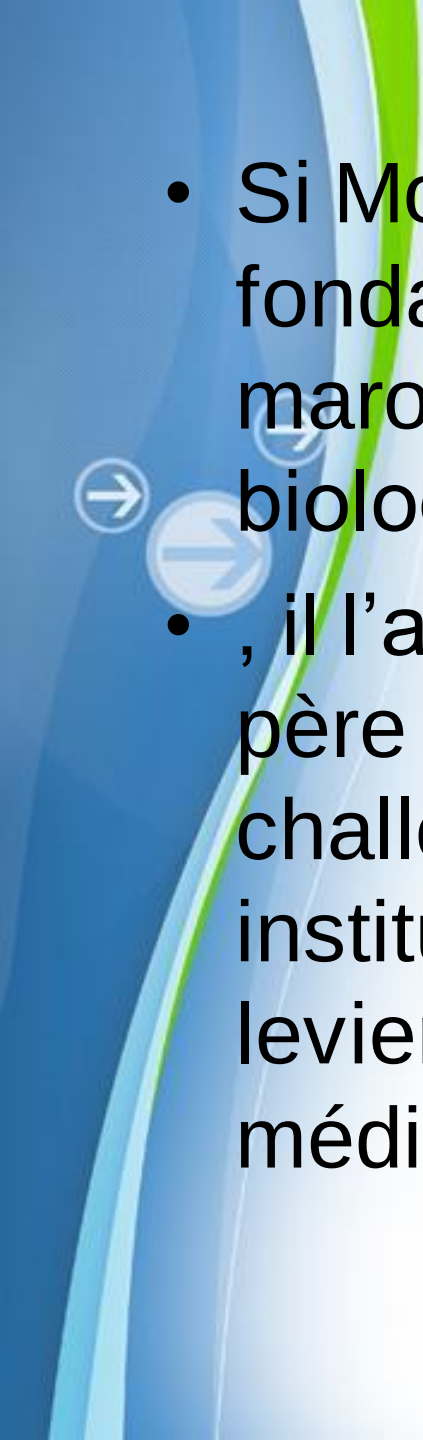
Ces professionnels français et étrangers, européens, maghrabins et asiatiques, ont comme la population d'accueil le goût de multilinguisme et pris part à cette édition. Plusieurs pays étaient représentés : en ce lieu, dont la France, l'Allemagne, la Belgique, la Chine et l'Indonésie.

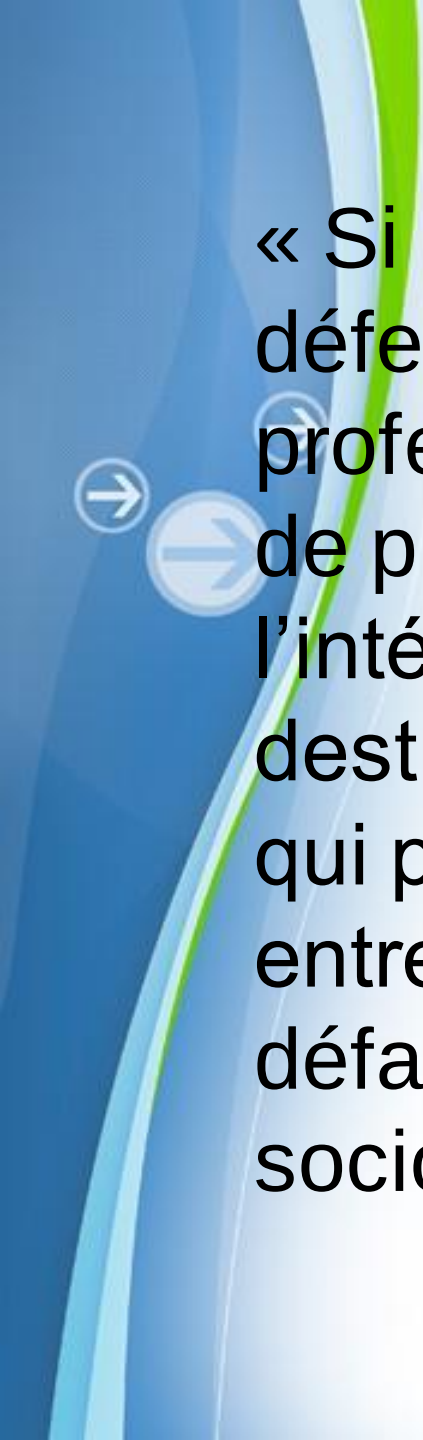
Cette édition a couvert plusieurs branches d'activités dont l'industrie pharmaceutique, les services de soins, la thérapie, les équipements médicaux, l'information médicale et l'hygiène hospitalière. A noter que les deux premières éditions tenues en 2009 et 2012 ont connu la participation de 200 exposants français et étrangers ainsi qu'à 30 mille visiteurs professionnels.

Received 11 December 2004; accepted 15 February 2005



LECO
1910 Weaver Drive • Lincoln, NE 68502 • 402-426-7100 • Fax: 402-426-7101 • Email: info@leco.com
www.leco.com

- 
- Si Mohamed Nasri, le biologiste, est le fondateur de la première Association marocaine de formation continue en biologie médicale, à savoir l'AMBM.....
 - , il l'a présidée, imposée, protégée en bon père de famille, défendue, dirigée, challengée pour finalement en faire une institution respectée qui constituera un vrai levier de développement de la biologie médicale marocaine



« Si Mohamed Nasri était un fervent défenseur de la profession, un professionnel chevronné, un homme imbu de principes, mû par le seul souci de l'intérêt général. Il a créé et présidé aux destinées de bon nombre d'associations qui prônent l'amitié et le rapprochement entre les peuples, l'aide aux plus défavorisés, ainsi que le développement socio-culturel et humain en général. »



رحم الله سي محمد نصري



BILAN PREOPÉRATOIRE D'HÉMOSTASE

Pr A.BELMEKKI

- 
- Le bilan préopératoire d'hémostase # bilan **pré- interventionnelle** systématique;
 - Tests du bilan préopératoire d'hémostase et phase pré analytique
 - Analyse et CAT devant les perturbations du bilan d'hémostase préopératoire

Examens pré interventionnelles systématiques



Examens réalisés en « routine » en dehors de signes d'appels anamnestiques ou cliniques avant une intervention chirurgicale ou une **procédure non chirurgicale** diagnostique ou thérapeutique réalisé sous anesthésie

Le bilan biologique

Le Monde SCIENCES ET MEDECINE

... Le Monde • Mercredi 13 mai 1987

Le luxe des examens de routine

La plupart des examens pré-opératoires systématiques ne sont pas justifiés, et leur coût grève le budget de la Sécurité sociale.

spécialistes français ne sont pas véritablement surprenantes. Depuis le début des années 80, plusieurs pays, puis l'Organisation mondiale de la santé, ont en effet cherché à évaluer puis à rationaliser la pratique des examens radiologiques systématiques. En 1984,

sur prescription médicale. » Actuellement, la radiographie de dépistage de la tuberculose, pratiquée de manière routinière par les services de l'Action sanitaire et sociale et par la médecine du travail, représente près de neuf millions d'examen annuels. Une surveillance, particulièrement

que l'examen clinique du malade. Ces examens sont demandés de manière quasi systématique avant chaque intervention chirurgicale. Il s'agit en règle générale d'un électrocardiogramme et d'une batterie d'analyses biologiques portant sur le sang (groupe sanguin, taux d'hémoglobine) sur les

lement. Ils pourraient faire véritablement l'objet de recommandations officielles émanant d'autorités françaises l'anesthésie-réanimation.

* Au début des années 80, explique le docteur Bléry, seul groupe à San-Francisco et q

Le bilan biologique

December 2, 1987

A Prospective Evaluation of the Efficacy of Preoperative Coagulation Testing

MICHAEL J. ROHRER, M.D., MICHAEL C. MICHELOTTI, M.D., and DAVID L. NAHRWOLD, M.D.

*From the Department of Surgery, Northwestern University
Medical School, Chicago, Illinois*

Le bilan biologique

Le Monde

Samedi 26 mai 2012

Anesthésie : des bilans préopératoires allégés

Dans la majorité des cas, des examens complémentaires systématiques ne sont pas utiles



Trois étapes fondamentales sont à considérer

- l'interrogatoire
- l'examen clinique
- le bilan biologique

Bilan pré interventionnel d'hémostase

- Fait suite à l'un examen clinique
 - examen physique
 - anamnèse
- Le bilan permet:
 - affirmer l'intégrité de la fonction hémostatique
 - Détecter une pathologie de l'hémostase



Prévenir les complication hémorragiques et/ ou thrombotiques .

- Objet de nombreuses discussion ayant pour objectif de répondre aux questions suivantes
 - Les Indications ?
 - la nature des tests?

L'interrogatoire

L'interrogatoire orienté vers:

- la recherche d'antécédents personnels et familiaux de symptômes hémorragiques et/ou thrombotique
- la recherche de pathologies ou de traitements pouvant interférer avec l'hémostase « banale prise d'aspirine »



moyen simple et facile pour identifier les patients à risque hémorragique nécessitant une exploration de l'hémostase

L'examen clinique



Complète l'anamnèse et permet la mise en évidence et la caractérisation des signes hémorragiques :

- cutanéomuqueux: gingivorragies
- viscéraux

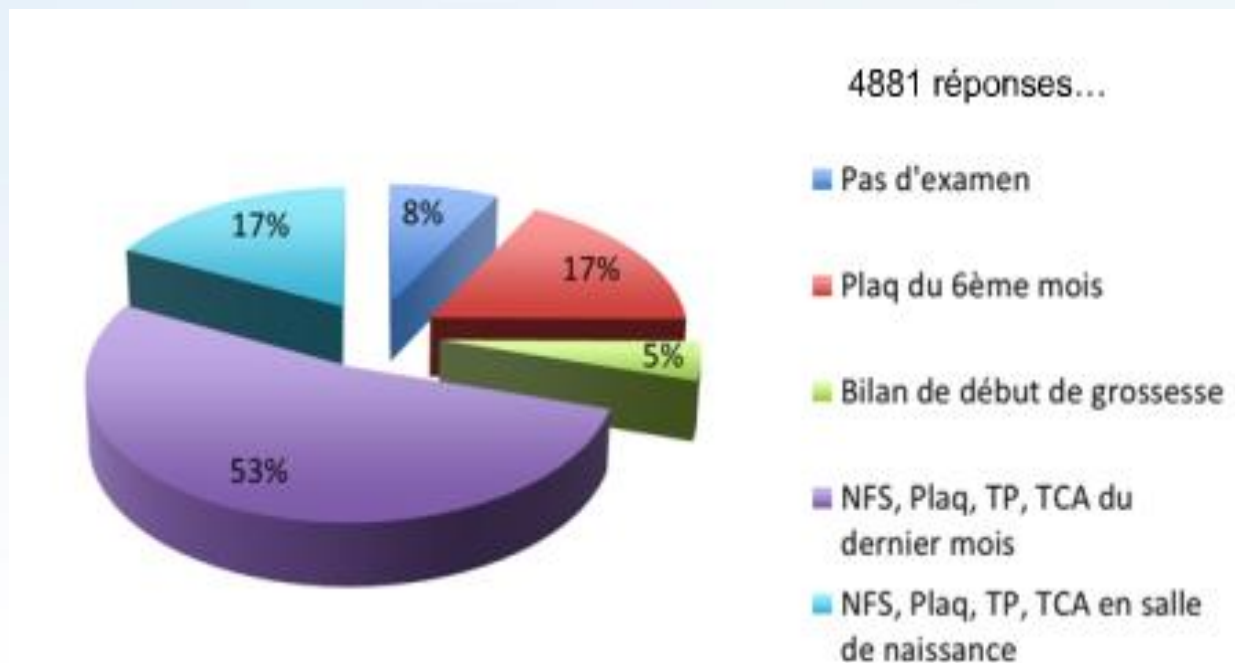
Principales différences entre les manifestations cliniques des anomalies de l'hémostase primaire et secondaire

Manifestations cliniques	Anomalies primaires de l'hémostase	Anomalies secondaires de l'hémostase
Apparition de l'hémorragie après le traumatisme	Immédiate	Retardée (heures ou jours)
Localisation anatomique du saignement	Saignements superficiels : téguments, muqueuses, tractus urinaire, gastrointestinal	Saignements profonds : articulations, muscles
Signes cliniques	Pétéchies, ecchymoses	Hématomes, hémarthroses
Antécédents familiaux, Transmission	Autosomale dominante	Autosomale ou liée à l'X
Réponse aux mesures thérapeutiques	Immédiate (compression locale)	Nécessite un traitement administré par voie systémique

Handin RI Bleeding and thrombosis Harrison's principles of internal medicine 1998.

➤ Sondage de la SFAR

Grossesse normale, sans ATCD, vu pour la première fois en consultation au cours du dernier mois de grossesse et exprimant le désir d'ALR pour le travail :



Le bilan biologique

- 
- Qu'est qu'on espère en d'un bilan d'hémostase en préopératoire ?
 - Diagnostiquer une pathologie ou un état non suspecté à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique
 - Servir de référence pour apprécier l'évolution postopératoire, ou de prérequis pour traiter une éventuelle complication
 - Participer à une évaluation du risque hémorragique et/ou thrombotique



Les performances diagnostiques d'un bilan justifient sa prescription

- A. Est-ce que le bilan standard d'hémostase permet de prédire le risque hémorragique péri-interventionnel (RHPI) ?
- B. Est-ce que ce bilan entraîne une modification de la stratégie interventionnelle (impact thérapeutique et pronostique) ?

Le bilan biologique

Prévalence des anomalies congénitales de l'hémostase

Maladie	Prévalence
Maladie de von Willebrand	0.5 – 1 %
Hémophilie A	1/5 000 garçons
Hémophilie B	1/20 000 garçons
Thrombopathies ou thrombopénies congénitales	1/30 000
Déficit isolé en facteur VII	1/500 000
Autres déficits rares en facteurs de la coagulation	1/1 000 000 à 1/2 000 000

Chez les patients asymptomatiques : 1/40 000

Troubles acquis sont les plus fréquents (en France)

- 5% de la population : antiplaquettaire
- 1% de la population : AVK

Le bilan biologique

Le contenu du bilan d'hémostase systématique, a fait l'objet de nombreuses divergences et diffère selon les auteurs(2 à 6 tests)

Le bilan d' standard comporte:

- Numération plaquettaire(hémogramme)
- temps de Quick (ou TP)
- temps de céphaline + activateur (TCA)

Le bilan biologique

Le bilan d'hémostase standard :

- Des résultats normaux permettent ils d'écarter le risque hémorragique ?
 - **Non** : maladie de Willebrand ,
thrombopathie , déficit XIII
- Des résultats anormaux correspondent ils à une anomalie de l'hémostase à risque hémorragique ?
 - **Non** : problèmes préanalytiques, LAC,
Facteurs sys contact

questions ?



- A. TP-TCA-Plaquettes permettent t'ils de prédire le risque hémorragique péri-interventionnel ?
- B. Entraînent t'ils une modification de la prise en charge péri-interventionnel ?

Bilan d'hémostase préopératoire?

SFAR / groupe d'experts

- 48 études : 28 prospectives et 20 rétrospectives
- Tous âges, tous grades ASA, tous types de chirurgies et actes invasifs
- 2 méta-analyses
- 6 revues de la littérature
- 4 recommandations internationales (ASA, BCSH, SISSET, NICE)
- 1 conférence d'experts
- Spécifiquement pédiatrique : 13 études
- 1 seule étude randomisée et 47 études observationnelles mais toute concordante d'où l'émission de **recommandation de grade fort**

Le bilan biologique

Examens	n sujets	% de résultats anormaux	Modifications de prise en charge
TP	18 688	0 – 29 %	0 – 0.5 %
TCA	29204	0 – 16.3 %	0 – 0.9 %
Plaq	13 103	0 – 17 %	0 – 0.3 %

Résultats anormaux

0.5-15.8% :screening systématique

VS

41.% si tests indiqués

50% des anomalies identifiées sur un 1er bilan

Ne sont pas confirmées par un 2^{ème} bilan

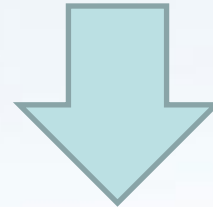
Le bilan biologique

Réponse question A

20 études, 36950 patients :

Sensibilité : 0 - 33% **VPP** : 0 - 29%

Spécificité : 83.9 – 99% **VPN** : 74 – 99.7%



**Les examens standards d'hémostase
systématiques ne permettent pas de prédire
le risque hémorragique péri-interventionnel**

Le bilan biologique

Réponse question B

En cas de Résultats anormaux

- 0 – 15 % toute type de modification (répétition d'examens, report de la chirurgie ...)
- mais seulement 0-0.6% interventions correctrices

Recommandation de la SFAR

2012

Groupe de travail:

N Ajzenberg, hématologie-immunologie, Paris

F Bonhomme, anesthésie-réanimation, Genève

M Samama, anesthésie-réanimation, Paris

JF Schved, hématologie biologique, Montpellier

Recommandations: 1 à 6

GRADE : 1 ou 2

GRADE

(Grade of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)

Retenue par le Comité des Référentiels de la SFAR.

GRADE 1 est une recommandation forte (ex : *il faut faire, ne pas faire ou il est fortement recommandé de réaliser ou de ne pas réaliser*)

GRADE 2 est une recommandation optionnelle ou faible (ex : *il faut éventuellement faire, ne pas faire ou il est peut être recommandé de réaliser ou de ne pas réaliser*).

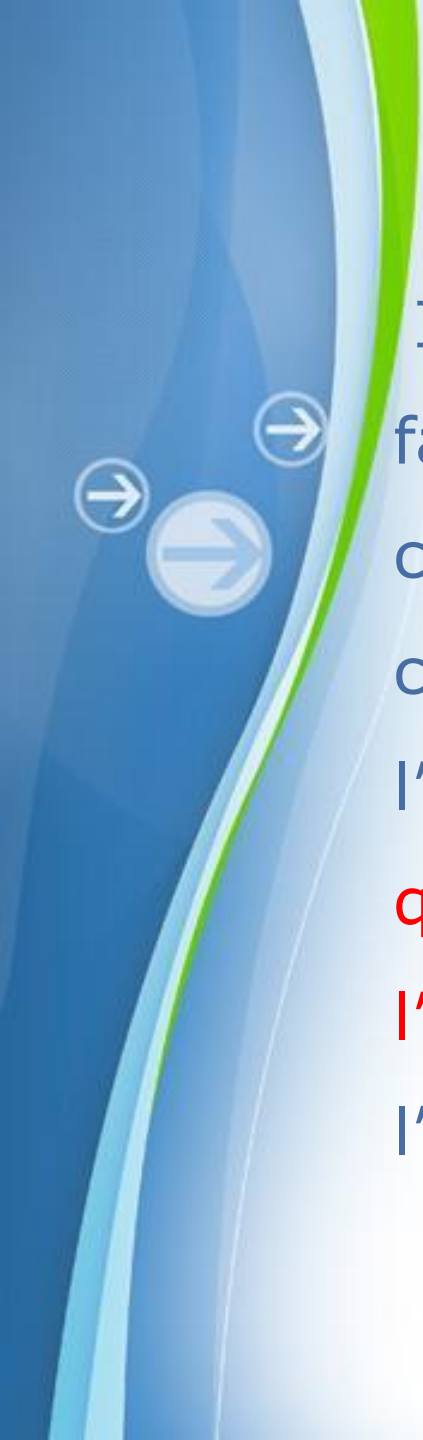
En plus, une deuxième information est apportée si la recommandation est positive (Il faut faire GRADE 1+) ou négative (il ne faut pas faire GRADE 1-).

Recommandation 1

Il est recommandé d'évaluer le risque hémorragique peropératoire d'après l'**anamnèse** personnelle et familiale de diathèse hémorragique et d'après l'**examen physique**. Grade 1+

- *ATCD personnels et familiaux*
- *Pathologies pouvant interférer avec l'hémostase*
- *Traitements (AINS ,AVK,NACO)*

Recommandation 2



Il est recommandé de ne pas réaliser de façon systématique un bilan d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, **quel que soit le grade ASA, quel que soit le type de chirurgie, et quel que soit l'âge de ces patients** (adultes et enfants après l'acquisition de la marche). Grade 1-

Recommandation 3



Il est recommandé de ne pas réaliser de façon systématique un bilan d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, **quel que soit le type d'anesthésie** choisi (Anesthésie générale, neuraxiale, blocs périphériques ou techniques combinées), y compris en obstétrique. Grade 1-

Recommandation 4



En cas d'anamnèse de diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase, il est recommandé de demander un **avis spécialisé**. Grade 1+

Recommandation 5



Il est suggéré d'utiliser un **questionnaire standardisé** à la recherche de manifestations hémorragiques pour évaluer l'anamnèse personnelle et familiale. Grade 2+

Ces questionnaires trouvent bien évidemment leur limite chez les patients pour lesquels l'anamnèse personnelle et familiale est impossible ou chez les jeunes enfants (classiquement avant l'âge de la marche) qui ont été peu exposés à des « challenges hémostatiques »

Exemple de questionnaire d'après ANAES 1998

. Questions de type A:

- Saignement de + de 24 heures ou nécessité d'une transfusion sanguine à la suite d'un acte chirurgical?
- Hémorragie prolongée ou récurrence hémorragique après 24 h?
- Atcds d'hématurie inexpliquée?
- Consommation au cours de deux semaines précédentes de médicaments contenant des salicylés ou d'AINS?
- Ecchymoses anormales, pétéchies, signes de malnutrition ou de malabsorption, signes de maladie hépatique ou hématologique à l'examen clinique?

. Questions de type B

- Les incidents précédents se sont-ils produits chez des parents ou des hommes côté maternel?
- Ecchymoses faciles sans cause apparente?
- Epistaxis ayant nécessité un tamponnement chirurgical pour assurer l'hémostase?
- Saignement de plus de 15 minutes aux sites de ponction veineuse après l'application du pansement?
- Tendance anormale au saignement déjà signalée au patient?

**1 réponse à une question A ou 2 réponses à une question B
= histoire clinique positive de trouble de l'hémostase**

Un questionnaire ?

1/ Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement

2/ Tendance aux ecchymoses/hématomes importants (de plus de 2 cm sans choc) ou très importants pour un choc mineur

3/ Saignement prolongé après une extraction dentaire

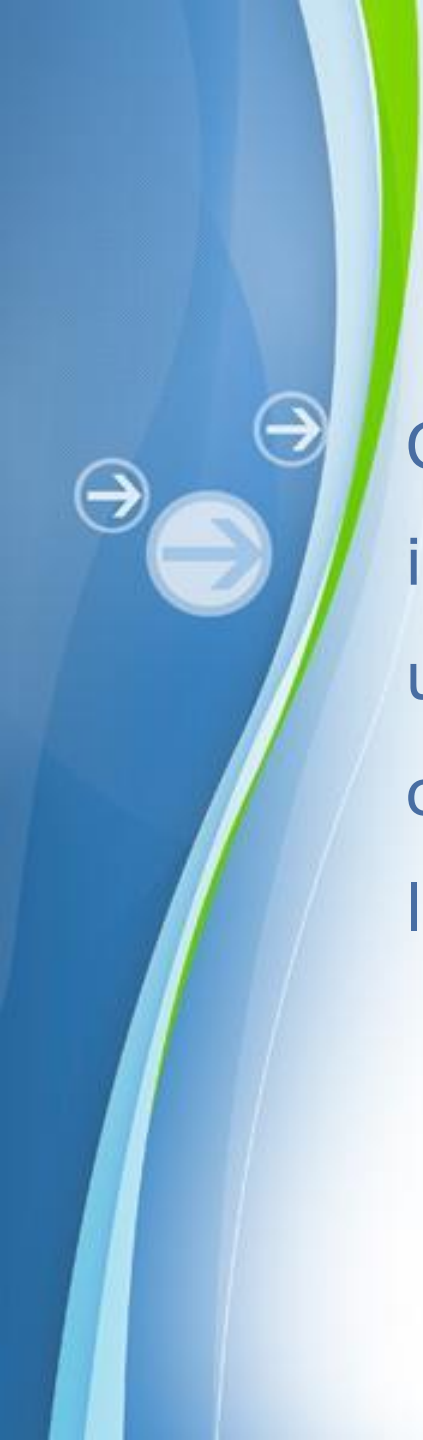
4/ Saignement important après une chirurgie (notamment saignement après circoncision ou amygdalectomies)

5/ Pour les femmes :

- Ménorragies ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement (contraception orale, antifibrinolytiques, fer, etc...) ?
- Hémorragie du post-partum ?

6/ Antécédents dans la famille proche de maladie hémorragique (Willebrand, hémophilie, autre...) ?

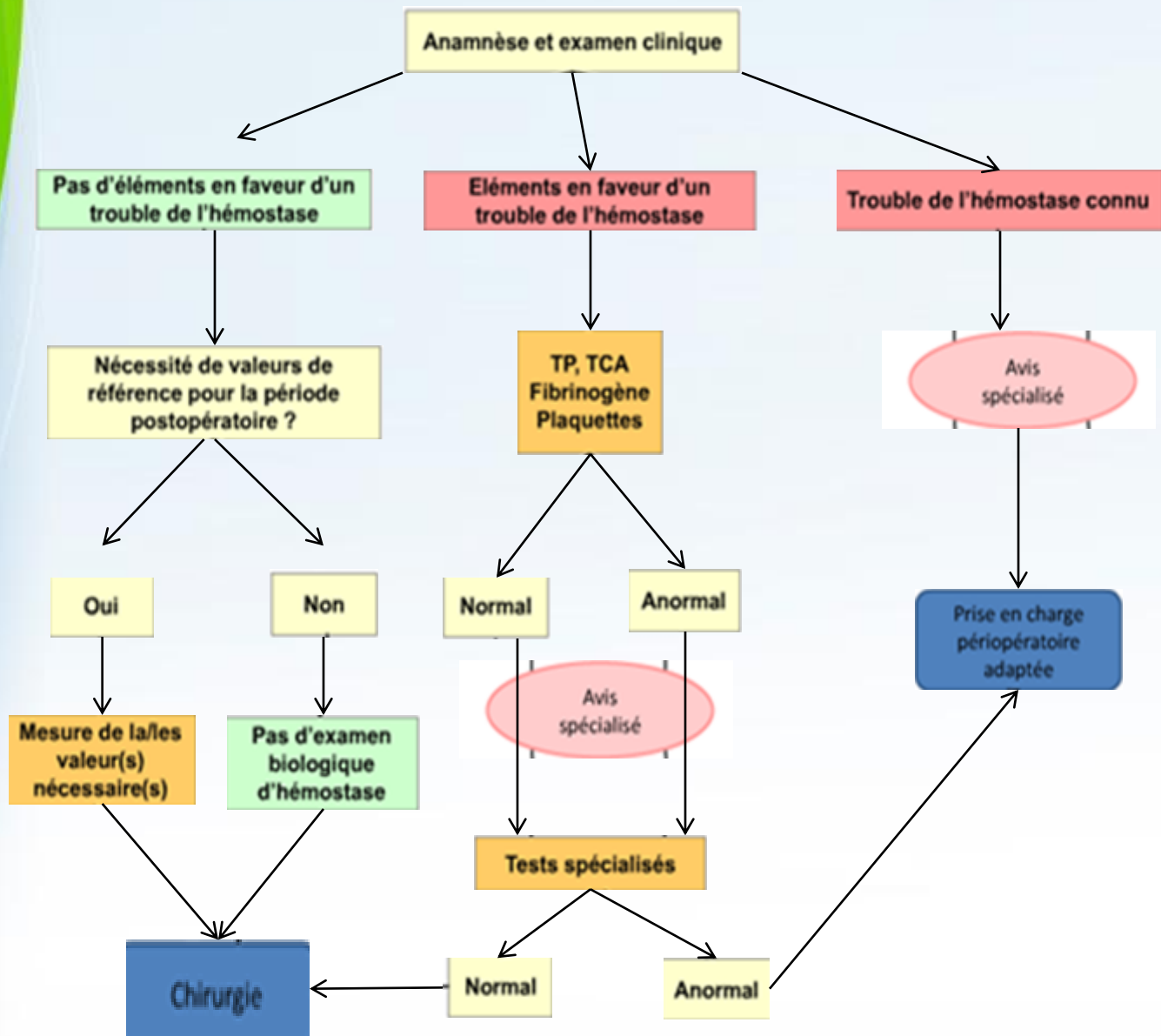
Recommandation 6



Chez l'enfant avant l'acquisition de la marche, il est suggéré de pratiquer un TP, un TCA et une numération des plaquettes afin d'éliminer certaines pathologies constitutionnelles de l'hémostase (ex. hémophilie). Grade 2+

Recommandations internationales

Réf/année	Type de publication	Objectif	Conclusions/Recommandations
ASA Task Force. Anesthesiology 2002	Recommandations américaines à partir de la littérature : 18 études citées de bas/très bas niveaux.	Recommandations de pratiques	Tests à considérer si : anamnèse de diathèse hémorragique, insuffisance rénale ou hépatique, type de procédure, traitement anticoagulant
Chee. Br J Haematol 2008	Recommandations anglaises d'après revue systématique : articles en anglais, de 1966 à sept 2005, avec données permettant le calcul des valeurs prédictives et rapports de vraisemblance. 9 études observationnelles (3 prospectives) + 1 revue	Recommandations de pratiques. Evaluer l'utilité d'un bilan de coagulation systématique pour évaluer le risque hémorragique.	Bilan de coagulation systématique pour prédire le risque de saignement chez des patients non sélectionnés non recommandé (grade B, niveau III). Histoire clinique de saignement à faire chez tout patient (grade C, niveau IV).
Cosmi. Thromb Res 2009	Guidelines Siset (Italie)	Guidelines sur l'évaluation préopératoire du risque hémorragique	Questionnaire standardisé d'hémostase et examen clinique systématique. TCA, TP et PlaQ systématiques avant acte invasif



RISQUE DE THROMBOSES PER ET POST OPERATOIRE

Thrombophilie,(constitutionnelle et /ou acquise) = désordre de l'hémostase associé à un état d'hypercoagulabilité à l'origine de la survenue de TVP/EP

Bilan préopératoire de thrombose

- EP: 1ère cause de décès hospitalier évitable
- Dc difficile (EP/TVP souvent asymptomatique)
- Screening inefficace
(thromboélastographie pré-perop)
- avant chirurgie (risque hémorragique ou thrombotique péri -opératoire (chirurgie cardiaque ou neurochirurgie)).

Physiopathologie TVP/EP

- Lésion endothélium vasculaire

(Acte chirurgical)

- Stase veineuse (immobilisation)
- Hypercoagulabilité

(Anomalie de la coagulation)



Risque Thromboembolique

Risque global

=

Acte chirurgical + Profil patient



Bilan préinterventionnelle d'hémostase et phase préanalytique

Prélèvement sanguin:

à Jeun +/-

Pli coude

Garrot peu serré, peu de temps

Ponction veineuse franche

Éliminer premières gouttes sang → 2^{ème} tube

Tube s/s vide: **verre siliconé** ou **plastique**.

Anticoagulant:

- **Citrate de sodium** 0,109 M (chélateur **réversible** du Ca) +++
- CTAD (citrate, théophylline, adénosine, dipyridamole): suivi héparinothérapie.
- Citrate de sodium d'aprotinine: suivi traitement thrombolytique.

Respect : 9 volumes sang / 1 volume citrate.

Tube 2ml, tube capillaire → Pédiatrie.

➤ Agiter immédiatement et lentement.



Après le prélèvement

- transport position verticale
- température ambiante maîtrisée.
- Un délai Max 6 h pour TQ.
- Au-delà les tubes centrifugés, les plasmas décantés et congelés

Avant le dosage

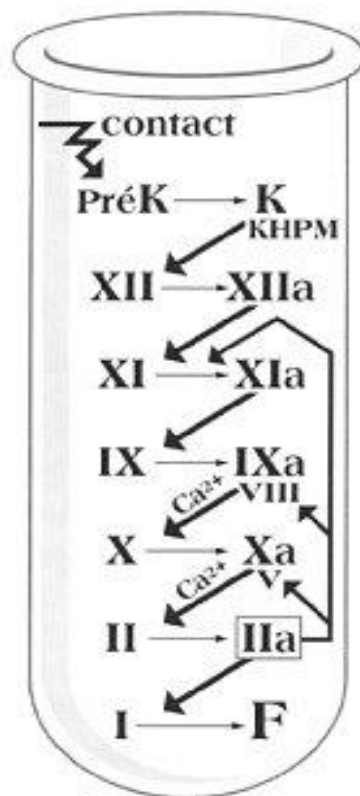
- centrifugation (2 000 à 2 500 g, 15 min, 18-22 °C)
- Une double centrifugation est recommandée, avec décantation en cas de recherche d'anticoagulant lupique, test de résistance à la protéine C activée

Tableau: récapitulatif des différentes étapes de la phase preanalytique en hémostase

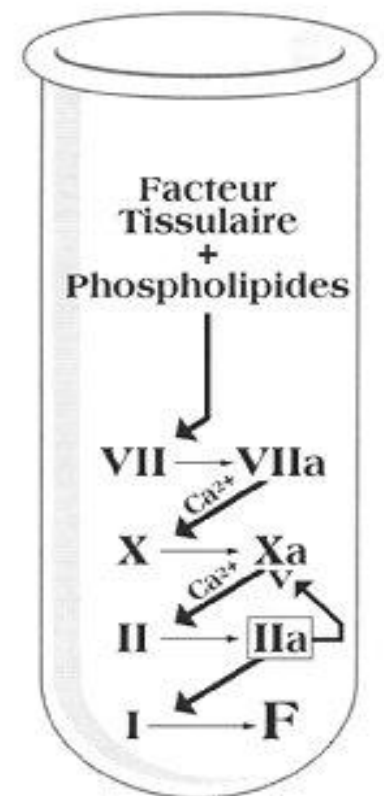
Tableau I. Protocole standard pour les tests courants d'hémostase

	Recommandé	Acceptable	Non conforme
Tube	Sous vide stérile Verre siliconé ou PET étanche Bouchon inerté Volume résiduel d'air < 20 %		Autres
Anticoagulant	Citrate 0,109 M (3,2 %) CTAD 0,105 M	Citrate 0,129 M (3,8 %)	Autres
pH plasma anticoagulé	7,3 à 7,45		< 7,3 et > 7,45
Hématocrite	0,30 à 0,55	Résultats sous réserve si > 0,55 ou < 0,30	
Taille de l'aiguille	19 à 22 gauge	23 gauge en pédiatrie Tubulure avec volume mort < 150 mcl	Autres
Garrot	< 1 min	> 3 min	
Site de ponction	Veineux éloigné de toute perfusion	Artériel Prélèvement sur cathéter après rejet de 5 à 10 mL	Autres
Place du tube	2 ^e tube après tube de purge ou après tube sec sans activateur	1 ^{er} tube	Après tube sec avec activateur ou anticoagulant autre que citrate
Remplissage	> 90 %		< 80 %
Transport	18 à 22 °C Position verticale si possible		< 4 et > 30 °C
Délai	< 2 h < 4 h si CTAD	< 4 h < 6 h pour TP	> 4 h > 6 h pour TP
Centrifugation	2 000 à 2 500 g, 15 min	4 500 à 11 000 g, 2 min	< 1 500 g
Double centrifugation	Pour ACC-LA, RPCa et avant congélation		
Température de centrifugation	Thermostatée 18 à 22 °C		Non thermostatée
Congélation	Rapide à -70 °C	Rapide à -20 °C	
Conservation	-70°C tube non mouillable avec bouchon à vis Capacité adaptée au volume	-20 °C, < 15 j	> -20 °C
Transport congelé	Carboglace		
Décongélation	Rapide à 37 °C	Température ambiante ou > 37 °C	

Source : www.geht.org



Voie intrinsèque
(TCA = 30 s)



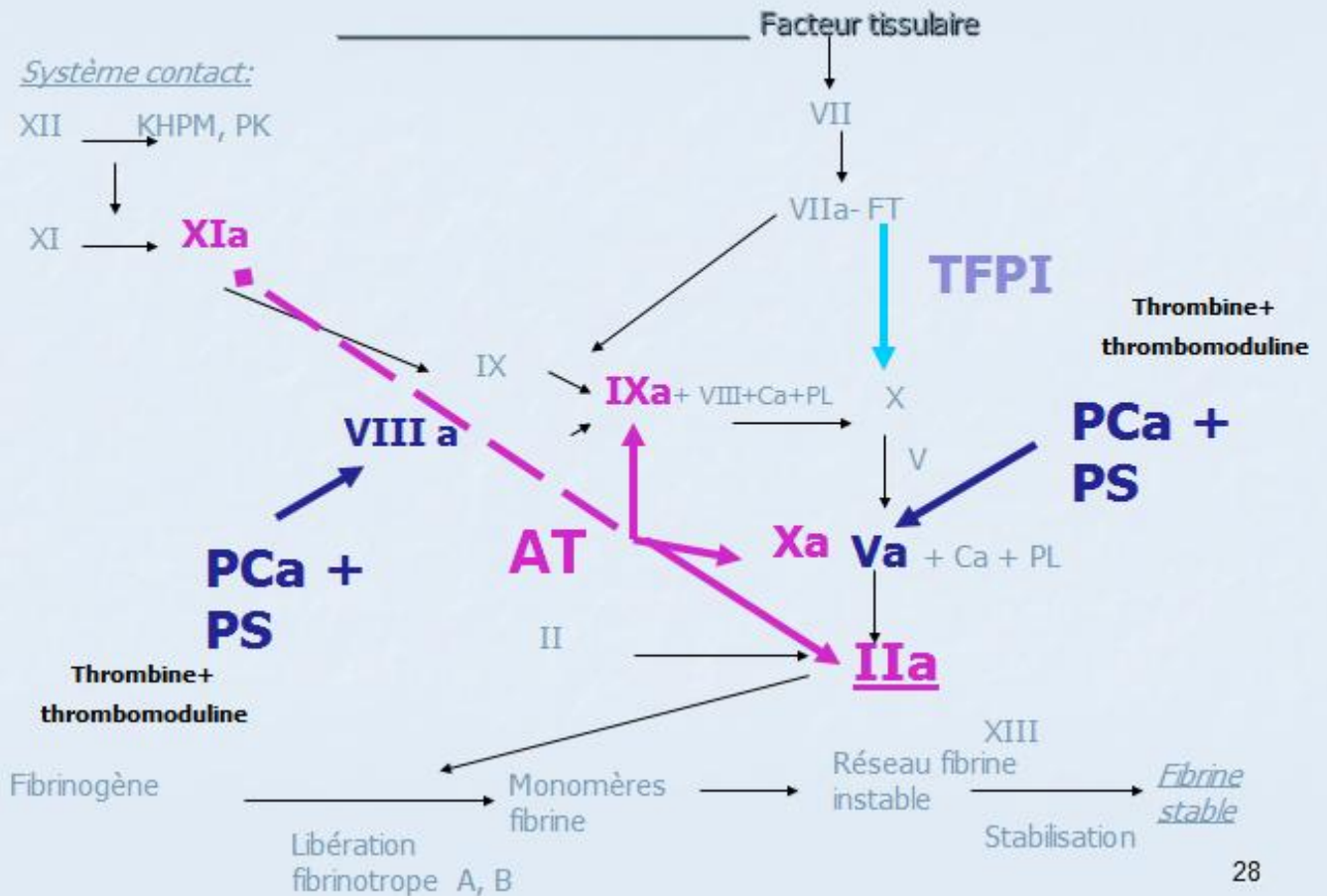
Voie extrinsèque
(T. Quick = 12 s)

Concept actuel de la coagulation plasmatique



1. Initiation
2. Amplification
3. Propagation

Rôle des inhibiteurs:





Expression des résultats

A- TQ (temps de Quick),TP (taux de prothrombine):

◆ **Valeur normale :** 10 – 14 s.

(**variables fonction réactifs, techniques**).

Conversion secondes → taux de prothrombine

– Valeur normale TP : **70 - 100%**

- INR (AVK)

B- TCA (temps de céphaline avec activateur):

◆ **Valeur normale:** Témoin +/- 8 (30-40 s)

(**variables fonction réactifs, techniques**).

Rapport temps malade normal < 1,2.

/ temps témoin

INTERET CHOIX DU MEILLEUR COUPLE REACTIFS/MACHINE



Le groupe de travail a estimé que les résultats des examens d'hémostase, lorsqu'ils sont demandés, doivent être fournis à distance de l'intervention de façon à permettre des ajustements diagnostiques et thérapeutiques



PRINCIPALES CAUSES DES ANOMALIES DE L'HÉMOSTASE

Allongement du TS

Numération plaquettaire

Thrombopénie
(<100 giga/l)

Vérifier sa réalité par :
- frottis (absence d'agrégats)
- numération plaquettaire sur citrate

Rechercher l'étiologie

Plaquettes normales
(150 à 400 giga/l)

- Etude des fonctions plaquettaires
- Dosage du F. Willebrand

Allongement isolé
et inexpliqué du TS

Maladie de Willebrand

Thrombopathies

Acquises (fréquentes)

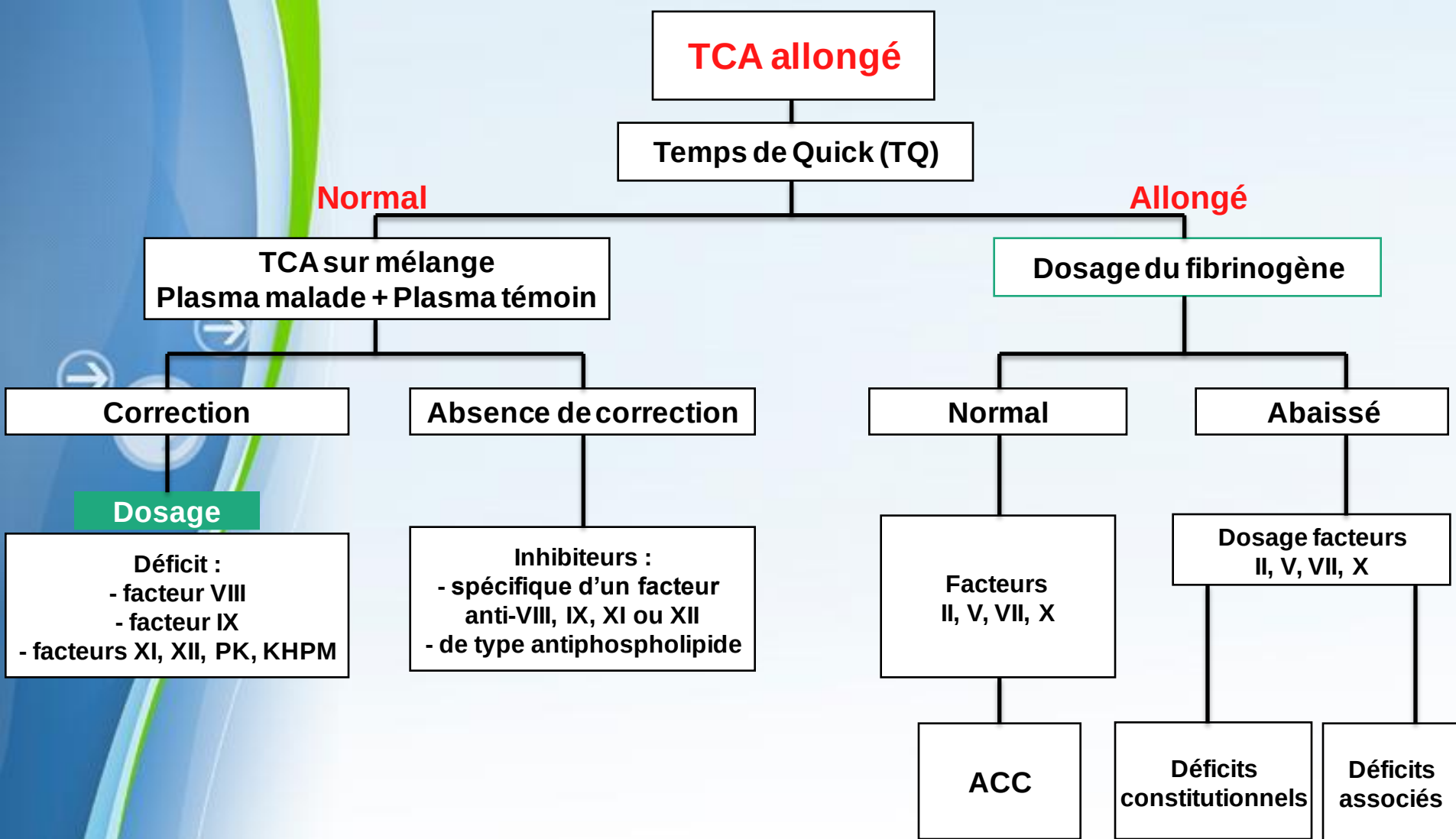
Constitutionnelles (rares)

Médicamenteuses

Pathologiques



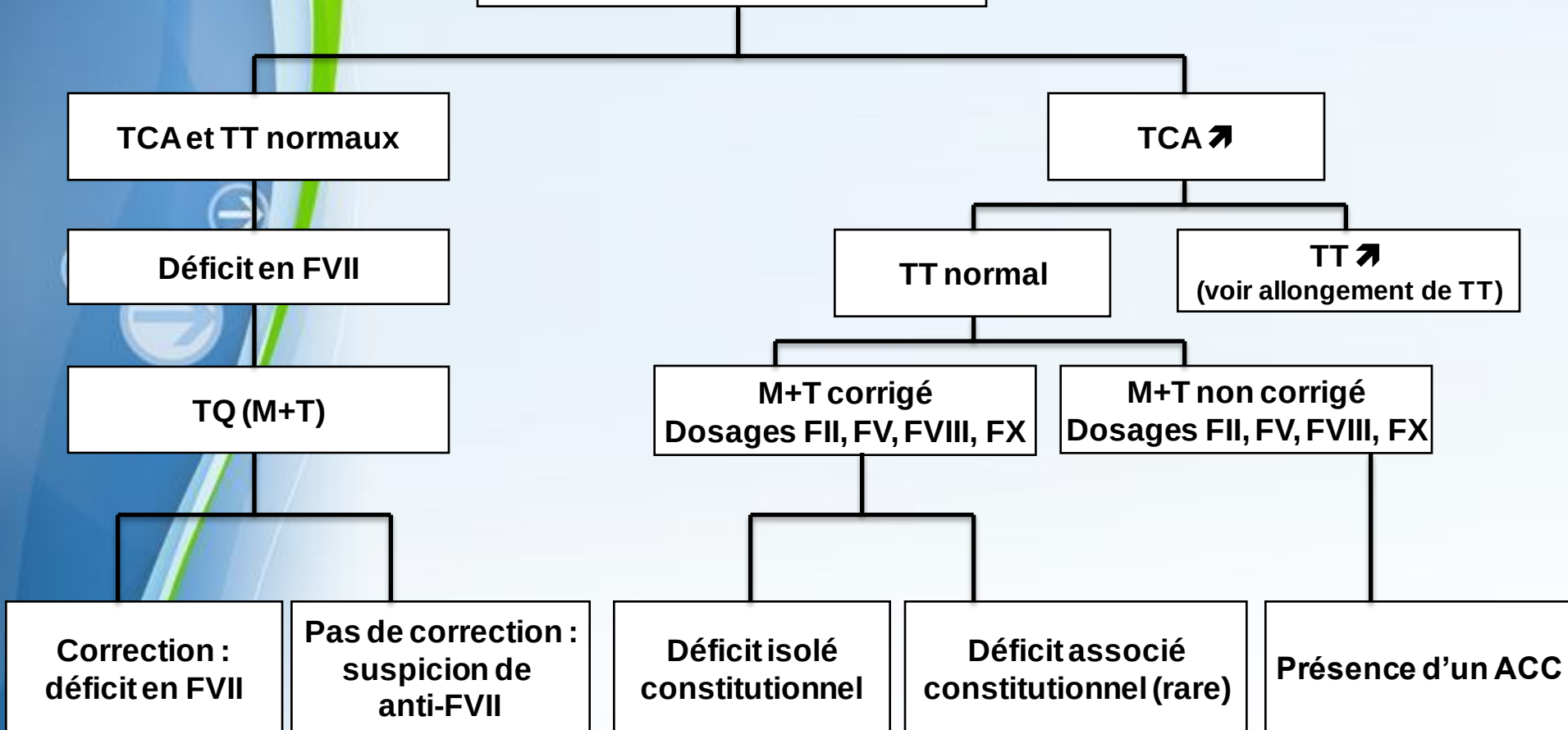
DÉMARCHE DEVANT UN ALLONGEMENT ISOLE DU TEMPS DE CÉPHALINE AVEC ACTIVATEUR (TCA)





DÉMARCHE DEVANT UN ALLONGEMENT ISOLE DU TEMPS DE QUICK (TQ)

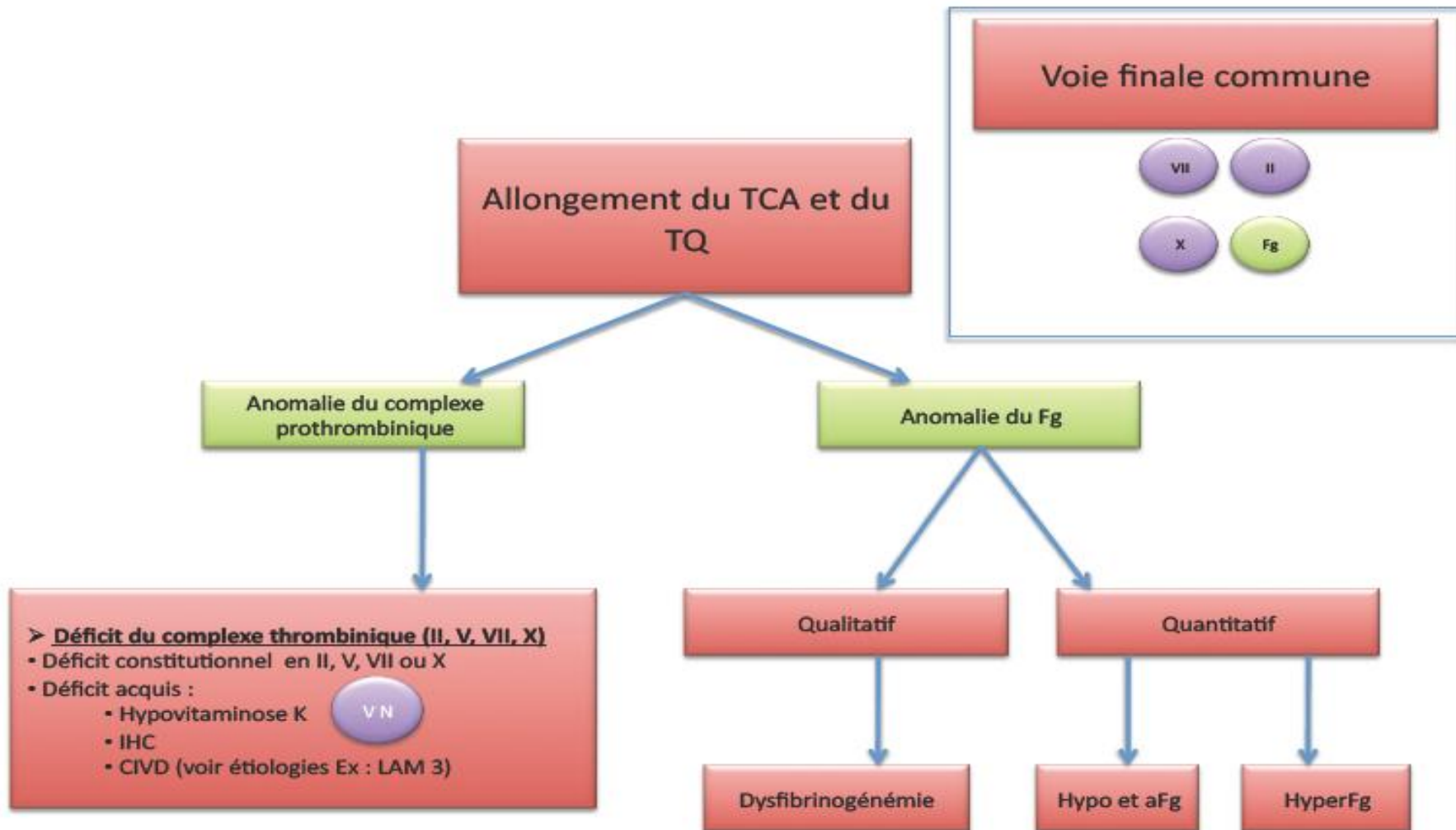
TQ allongé = TP diminué*



* Exprimé en pourcentage, le TQ est appelé taux de prothrombine (TP)



DÉMARCHE DEVANT UN ALLONGEMENT ASSOCIE DU TCA ET DU TQ



Conclusion

- Des résultats normaux de TP TCA Plaq n'excluent pas une pathologie de l'hémostase à risque hémorragique
- Les examens standards d'hémostase systématiques ont peu/pas d'impact thérapeutique
- Seuls les patients dont l'histoire clinique et/ou l'examen physique font suspecter un trouble de l'hémostase doivent bénéficier d'un bilan biologique d'hémostase à la recherche d'un trouble de la coagulation
- Examen orienté en cas de maladie interférant avec l'hémostase, ou de situations chirurgicales particulières



**Merci pour votre
attention**