

Cas clinique Hémorragie

Journées Internes Hématologie
Clinique

Samedi 24 septembre



Hémorragie(1)

- Homme 28 ans,
- pas d'antcd chirurgical, pas d'antcd familial
- Chirurgie prévue amygdalectomie
- Tendence ecchymotique depuis l'enfance

1/Quel bilan pré-opératoire?

1 - Absence

2 - TP, TCA

3 -N

FS, TP, TCA

4 -NFS, TP, TCA, Fib

Hémorragie(1)

- Homme 28 ans,
- pas d'antcd chirurgical, pas d'antcd familial
- Chirurgie prévue amygdalectomie
- Tendence ecchymotique

1/Quel bilan pré-opératoire?

A/Absence

B/TP,TCA

C/NFS,TP,TCA

D/NFS,TP,TCA,Fib



Hémorragie (1)

Tendance ecchymotique ancienne

Amygdalectomie= risque hémorragique+++

Hémorragie (1)

- Bilan minimal : NFS, TP, TCA, Fib.

- Importance capitale de **l'interrogatoire**

- Antécédents **chirurgicaux** et complications
- Antécédents **familiaux** hémorragiques
- Antécédents **médicaux** hépatique, rénaux..
- **Signes hémorragiques?**
- **traitement +++**

V³
Durée?

Transfusion?
Reprise chir?
Avulsion
dentaire?
suture...

Auto
médication?

- Risque **hémorragique du geste.**

- Chee et al, BJH.2008.
- ANAES 1998: «Les examens préopératoires systématiques »



Hémorragie(1)

TCA=45 sec, NFS et TP normal, Fib=2.4

2/Quel est le complément biologique minimal pour évaluer le risque hémorragique?

- 1/ FVIII, FIX, FXI
- 2/ FVIII, FIX, FXI, FXII,
- 3/ FVIII, FIX, FXI, ACC,
- 4/ FVIII, FIX, FXI, FXII, ACC

Hémorragie(1)

TCA=45 sec, NFS et TP normal, Fib=2.4

2/Quel est le complément biologique minimal pour évaluer le risque hémorragique?

1/ FVIII, FIX, FXI

2/ FVIII, FIX, FXI, FXII,

3/ FVIII, FIX, FXI, ACC,

4/ FVIII, FIX, FXI, FXII, ACC

Hémorragie(1)

- ACC
- Déficit en facteur XII
- Pas de risque hémorragique

Coagulation

Phase contact

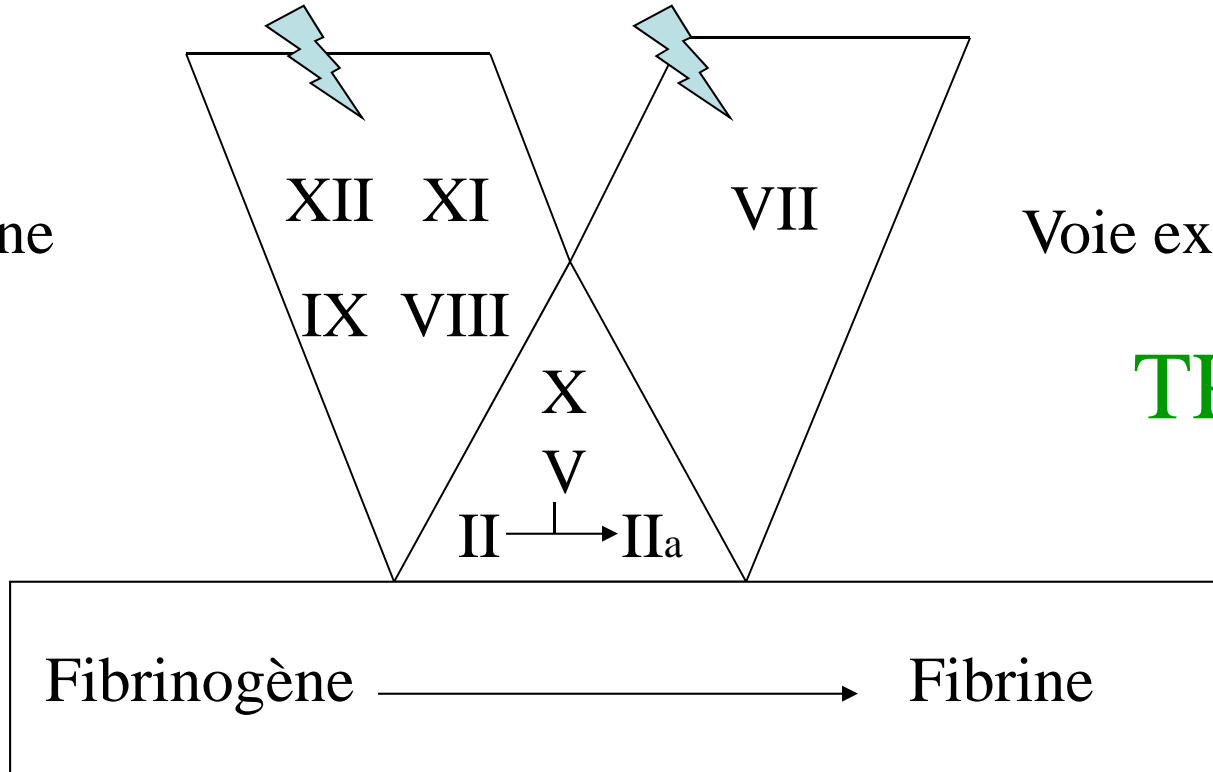
Facteur tissulaire

Voie endogène

Voie exogène

TCA

TP



Voie finale commune

TCA

et

TP

TCA allongé seul

- Déficit en VIII =hémophilie A ?
- Déficit en IX =hémophilie B?
- Maladie de Willebrand?
- Inhibiteur de facteur de la voie intrinsèque
- Anticoagulant lupique
- Déficit en facteur de la phase contact.

Hémorragie(1)



1

- FVIII=23%, reste normal.

3/Quel(s) diagnostic(s) évoquer?

A/Hémophilie A modérée

B/Hémophilie A mineure

C/Hémophilie acquise

D/Déficit qualitatif et ou quantitatif en FVW

Réponse 1: A

Réponse 2: B

Réponse 3: A+C+D

Réponse 4: B+C+D

Réponse 5: A+D

Réponse 6: B+D

Hémorragie(1)

- FVIII=23%, reste normal.

3/Quel(s) diagnostic(s) évoquer?

A/Hémophilie A modérée

B/Hémophilie A mineure

C/Hémophilie acquise

D/Déficit qualitatif et ou quantitatif en FVW

Réponse 1: A

Réponse 2: B

Réponse 3: A+C+D

Réponse 4: B+C+D

Réponse 5: A+D

Réponse 6: B+D

Hémorragie(1)

Constitutionnel:

- Homme jeune
- Pas de manifestation hémorragique récente
- Tendence ecchymotique ancienne

Hémorragie(1)

Type:

- **Hémophilie mineure >5%**
- Hémophilie modérée 1-5%
- Hémophilie sévère <1%

CAT déficit FVIII

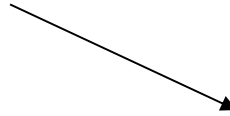
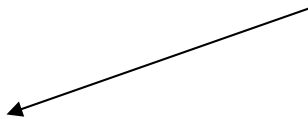
FVIII (1-50%)



FVWb



FVIII/ FVWb



< 0.5



Hémophile

> 0.5



Willebrand



0

Hémorragie(1)

- FVWAG=67% (50-150%),
FVW:RCO= 56%(50-150%),
PFA normal

Le diagnostic d'hémophilie mineure est évoqué,

5/ Existe-t-il un diagnostic différentiel?

- 1/ OUI
- 2/NON

Hémorragie(1)

- FVWAG=67% (50-150%),
FVW:RCO= 56%(50-150%),
PFA normal

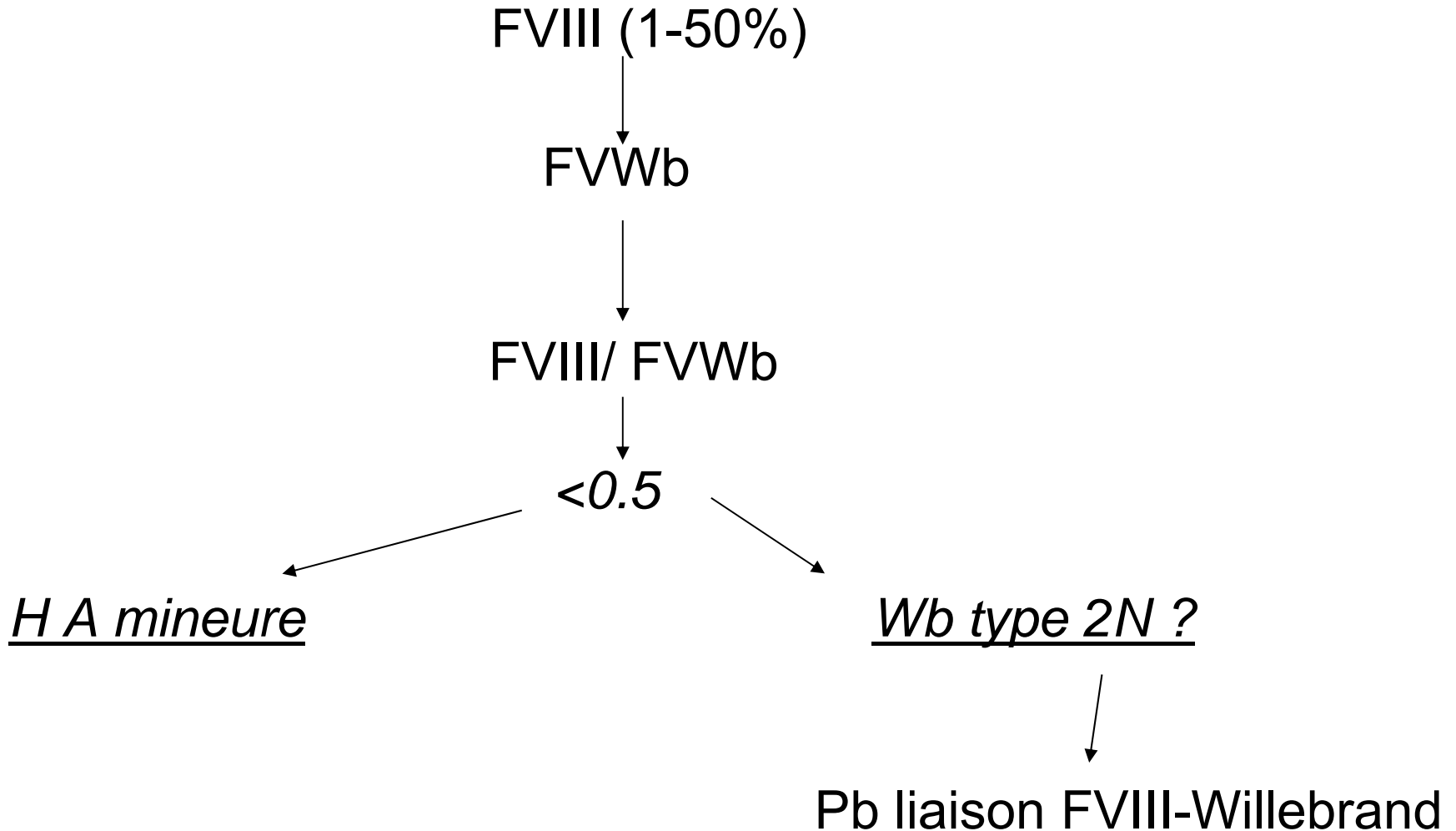
Le diagnostic d'hémophilie mineure est évoqué,

5/ Existe-t-il un diagnostic différentiel?

1/ OUI

2/NON

CAT déficit FVIII(suite)



Wb type 2N

- Rare,
- Découverte en 1989 (famille en Normandie)
- Autosomique récessif
- Anomalie liaison FVIII FVWB
- FVIII bas , F Willebrand normal
- Diagnostic: étude de la liaison FVIII-Wb
- **Traitement: desmopressine ou concentré FVWB**

Hémorragie(1)



0

6/Parmi ces CAT à mettre en place, laquelle est fausse?

- 1/ Test thérapeutique au Minirin en l'absence de complication
- 2/ Contre indication aux AINS et à l'aspirine
- 3/ Etude familiale
- 4/ Attribuer une carte d'hémophilie et de groupe sanguin
- 5/ Prophylaxie par concentré de FVIII avant toute chirurgie.

Hémorragie(1)

6/Parmi ces CAT à mettre en place, laquelle est fausse?

- 1/ Test thérapeutique au Minirin en l'absence de complication
- 2/ Contre indication aux AINS et à l'aspirine
- 3/ Etude familiale
- 4/ Attribuer une carte d'hémophilie et de groupe sanguin
- 5/ Prophylaxie par concentré de FVIII avant toute chirurgie.**



Hémorragie (1)

- Mr K. 74 ans,
- Volumineux hématome cuisse G + hémarthrose après chute de sa hauteur.
- Antécédent: -ACFA TTée par AVK et HTA
- Antcd chir : Amygdalectomie, Appendicectomie (RAS).
- Bio : INR=4; NFS= Hb 11,2; VGM $93\mu^3$; plaquettes 294 000
- Imagerie: Pas de fracture de hanche.

1/ Quelle est votre CAT thérapeutique?

- 1- Arrêt AVK, surveillance clinique
- 2- Arrêt AVK, Vitamine K
- 3- Arrêt AVK, PPSB+vitK
- 4- Arrêt AVK, PPSB-VitK, exploration complète de l'hémostase.

Hémorragie (1)

- Mr K. 74 ans,
- Volumineux hématome cuisse G + hémarthrose après chute de sa hauteur.
- Antécédent: -ACFA TTée par AVK et HTA
- Antcd chir : Amygdalectomie, Appendicectomie (RAS).
- Bio : INR=4; NFS= Hb 11,2; VGM $93\mu^3$; plaquettes 294 000
- Imagerie: Pas de fracture de hanche.

1/ Quelle est votre CAT thérapeutique?

- 1- Arrêt AVK, surveillance clinique
- 2- Arrêt AVK, Vitamine K
- 3- Arrêt AVK, PPSB+vitK

4- Arrêt AVK, PPSB-VitK, exploration complète de l'hémostase.

Hémorragie(2)

- **Bilan d'hémostase incluant un TCA**
- Car
- Syndrome hémorragique disproportionné pour un INR à 4.

Hémorragie grave sous AVK

Prise en charge hospitalière d'une hémorragie grave (objectif : INR < 1,5)

Arrêt des AVK et mesure de l'INR en urgence

Si INR disponible :
administration de CCP* à dose adaptée à l'INR, selon le RCP

Si INR non disponible :
administration de CCP* 25 U/kg (soit 1 ml/kg)

+ Vitamine K 10 mg (1 ampoule adulte ; privilégier la voie orale)

Contrôle de l'INR à 30 min

Si INR > 1,5 : nouvelle dose de CCP selon le RCP
Contrôle INR à 6 - 8 h

Hémorragie (2)



0

- 24h après l'arrêt INR=1.4; TCA=68(T=32)
- Déglobulisation à 7,6g/L extension de l'hématome de cuisse.

3/ L'allongement du TCA est-il expliqué par l'imprégnation des AVK?

1/ OUI

B/ NON

Hémorragie (2)

- 24h après l'arrêt INR=1.4; TCA=68(T=32)
- Déglobulisation à 7,6g/L extension de l'hématome de cuisse.

3/ L'allongement du TCA est-il expliqué par l'imprégnation des AVK?

1-OUI

2- NON

Hémorragie (2)

- Sous AVK
- INR entre 2 et 3
- TCA ne doit pas dépasser 60sec
- Sinon explorer
- De plus manifestations hémorragiques disproportionnées

Hémorragie (2)



8

4/ Comment compléter celui-ci?

1/ FII,FV

2/ FII,FV,Fib

3/ FII,FV,Fib,FVII,FX

4/ FII,FV,Fib,FVII,FX, FVIII,FIX,FXI

5/ FVIII,FIX,FXI

Hémorragie (2)

4/ Comment compléter celui-ci?

1/ FII,FV

2/ FII,FV,Fib

3/ FII,FVII,FIX,FX

4/ FII,FV,Fib,FVII,FX, FVIII,FIX,FXI

5/ FVIII,FIX,FXI

Coagulation

Phase contact

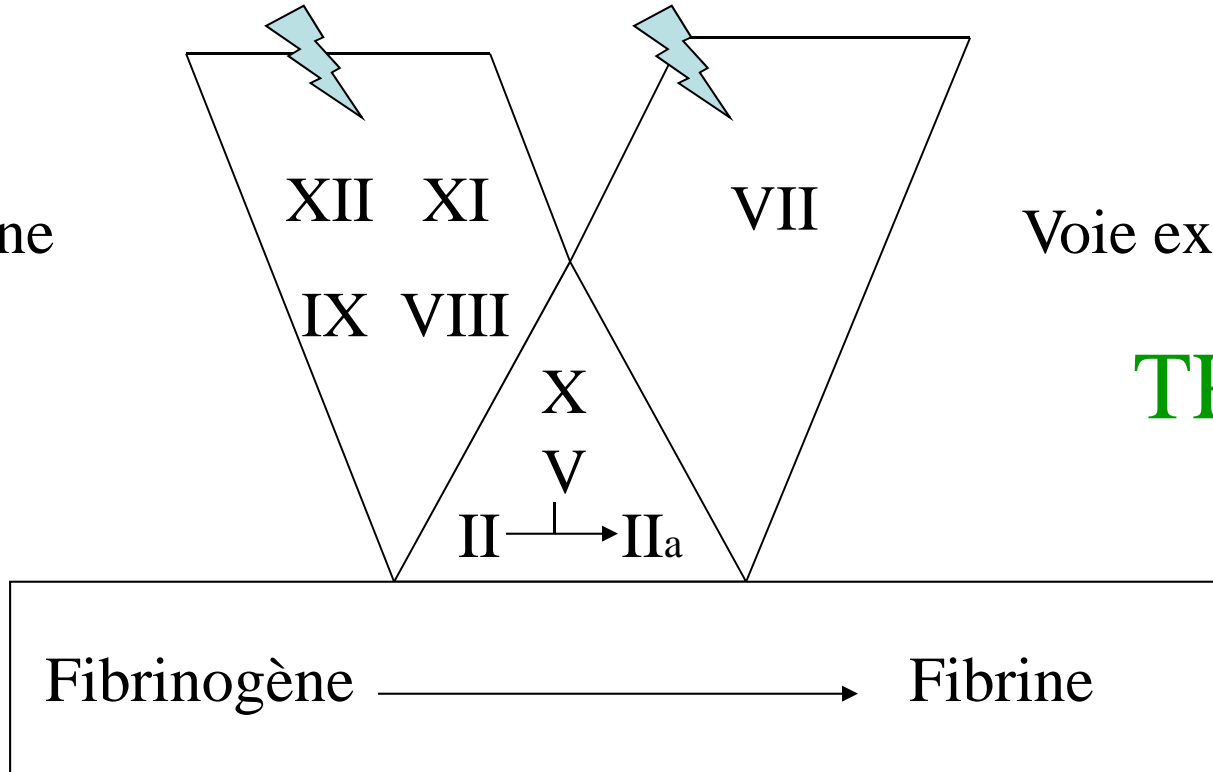
Facteur tissulaire

Voie endogène

Voie exogène

TCA

TP



Voie finale commune

TCA

et

TP



0

Hémorragie (2)

- FVIII < 1% (50-150) FII 43% Fib 4.1
- FIX 60% (50-150) FX 47% FV 98%
- FXI 115% (50-150) FVII 90%

4/ Quel diagnostic évoquer?

- 1/ Hémophile modérée + stigmates d'imprégnation par AVK
- 2/ Hémophilie sévère + stigmates d'imprégnation par AVK
- 3/ Hémophilie acquise + stigmates d'imprégnation par AVK
- 4/ Surdosage en AV (déficit majeur en FVIII)

Hémorragie (2)

- FVIII < 1% (50-150) FII 43% Fib 4.1
- FIX 60% (50-150) FX 47% FV 98%
- FXI 115% (50-150) FVII 90%

4/ Quel diagnostic évoquer?

1/ Hémophilie modérée + stigmates d'imprégnation par AVK

2/ Hémophilie sévère + stigmates d'imprégnation par AVK

3/ Hémophilie acquise + stigmates d'imprégnation par AVK

4/ Surdosage en AVK (déficit majeur en FVIII)

Hémorragie (2)

Imprégnation AVK:

FII et FX $\frac{1}{2}$ **vie la plus longue** limite bas

FVII et FIX $\frac{1}{2}$ **vie la plus courte** normaux

Hémorragie (2)

- Hémophilie acquise:

Déficit complet en FVIII

Histoire hémorragique récente sévère

Antécédents chirurgicaux RAS

Personne âgée

FAIRE RECHERCHE D'ANTI FVIII

Hémophilie acquise

- HAA
- 1 à 4 cas par millions d'habitants
- Personnes âgées et post partum
- Grave mortalité= 15-20%
- Hémorragies brutales et sévères (cutanées, musculaires)
- FVIII effondré et auto AC anti FVIII



Hémorragie (2)

- 6/Quel est le principe du traitement?

- 1/ Concentré de facteur VIII forte dose (saturation de l'inhibiteur) si hémorragie et corticothérapie
- 2/ Concentré de facteur VIII forte dose si hémorragie et immunosupresseur
- 3/ Agent by-passant (FEIBA ou NV7) si hémorragie et corticothérapie
- 4/ Agent by-passant (FEIBA ou NV7) si hémorragie et immunosuppresseur.

Hémorragie (2)

- 6/Quel est le principe du traitement?

1/Concentré de facteur VIII forte dose (saturation de l'inhibiteur) si hémorragie et corticothérapie

2/ Concentré de facteur VIII forte dose si hémorragie et immunosupresseur

3/ Agent by-passant (FEIBA ou NV7)si hémorragie et corticothérapie

4/ Agent by-passant (FEIBA ou NV7) si hémorragie et immunosuppresseur.

FIN