

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

Quoi de neuf dans la gestion du risque hémorragique ?

RÉSUMÉ : Les complications hémorragiques sont les plus fréquentes des complications en chirurgie dermatologique. Elles restent une source d'anxiété per- et postopératoire tant elles conditionnent le résultat final. Elles sont, en effet, associées à un risque de survenue d'une complication infectieuse, de désunion ou de nécrose.

Actuellement, de plus en plus de sujets opérés absorbent une médication antithrombotique. Ces molécules ne doivent pas être interrompues pour réaliser une intervention de chirurgie cutanée. Le risque hémorragique à les poursuivre est sans commune mesure avec le risque thrombotique, parfois dramatique, à les arrêter. En réalité, ces recommandations ne sont pas suffisamment intégrées et suivies en pratique quotidienne, et doivent donc être diffusées et relayées.

La prévention et la gestion du risque hémorragique passent par l'identification et la quantification du risque lors de la consultation préopératoire, le choix de la réparation avec le moindre décollement, une technique d'hémostase minutieuse, un pansement compressif, et un suivi adapté et personnalisé.



→ J.-M. AMICI

CHU de Bordeaux.
Groupe chirurgical de la Société
Française de Dermatologie, PARIS.

Les complications hémorragiques sont identifiées comme étant les plus fréquentes des complications en chirurgie dermatologique. Une étude prospective récente, portant sur 2418 patients recevant un ou plusieurs anticoagulants au moment de la chirurgie cutanée, a évalué le taux de complications hémorragiques [1]. Plus de la moitié des cas (54 %) étaient des exérèses inférieures à 2 cm, réalisées en chirurgie micrographique de Mohs. Le taux global de complications hémorragiques était de 0,6 %, avec une incidence plus élevée chez les patients sous warfarine.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), plus de 3,12 millions de sujets ont absorbé un ou plusieurs anticoagulants en 2014. Un tiers des patients bénéficiant d'une procédure de chirurgie cutanée d'exérèse-suture simple ou suivie d'une réparation prend au long

cours un médicament antithrombotique. La poursuite de ce traitement lors d'une chirurgie cutanée augmente le risque hémorragique. Aujourd'hui cependant, toutes les recommandations internationales de bonne pratique invitent clairement à poursuivre les traitements anticoagulants. En effet, le risque hémorragique à opérer la peau sous ces médicaments est sans commune mesure avec le risque thrombotique parfois dramatique à les interrompre [2].

Ainsi, des cas d'accidents vasculaires cérébraux, de cécité par thrombose de l'artère centrale de la rétine, d'infarctus du myocarde et de décès ont été rapportés après l'interruption d'un anticoagulant en vue d'une chirurgie cutanée [3]. Les substitutions par une héparine de bas poids moléculaire inopérantes et parfois dangereuses sont encore trop nombreuses [2, 4]. En réalité, ces recommandations ne sont pas suffisamment

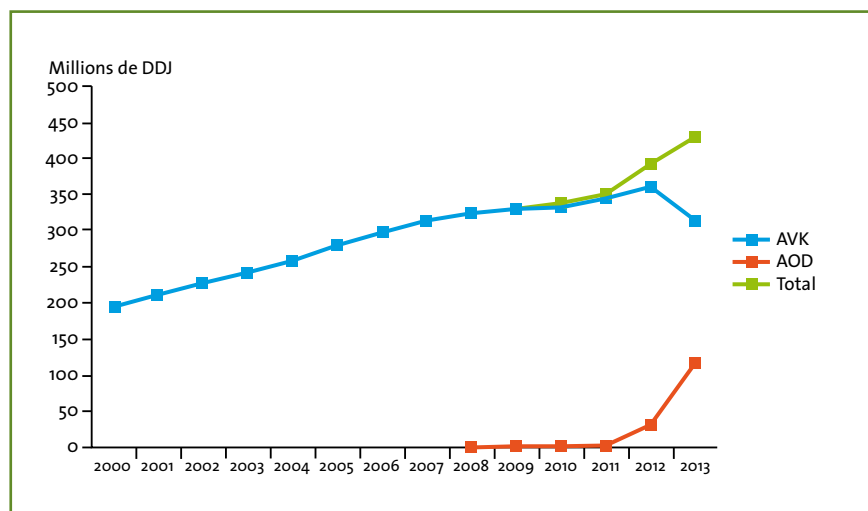


Fig. 1 : Évolution annuelle des ventes des AOD et des AVK en nombre de doses définies journalières (DDJ) (données ANSM).

intégrées et suivies en pratique quotidienne : plus de 40 % des chirurgiens dermatologiques interrompent la warfarine pour une chirurgie dermatologique, alors qu'il convient de poursuivre ce traitement en vérifiant, la veille de l'intervention, que l'INR est inférieur à 3 [4].

Concernant les antivitamines K (AVK), les difficultés à stabiliser l'INR ont conduit à l'émergence de nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) largement prescrits dans la prévention du risque thrombotique (**fig. 1**). L'antithrombine (facteur II) – le dabigatran – est le premier nouvel anticoagulant oral depuis la mise sur le marché de la warfarine il y a 50 ans. Il est indiqué dans le traitement de la fibrillation auriculaire et la prévention des accidents vasculaires cérébraux [5].

Le rivaroxaban est un inhibiteur direct du facteur Xa, indiqué dans la prévention du risque thromboembolique lors de la chirurgie prothétique du genou ou de la hanche, en prévention des accidents vasculaires cérébraux et de fibrillation auriculaire.

Plus récemment, l'apixaban a été mis sur le marché avec des indications et des

performances très proches du rivaroxaban. Même si le risque hémorragique sous cette molécule semble plus élevé, il n'est actuellement pas recommandé d'interrompre les AOD pour un acte de chirurgie cutanée [6]. Un travail récent rétrospectif portant sur 27 patients a étudié les complications périopératoires associées à la prise de dabigatran et de rivaroxaban au cours de 47 procédures de chirurgie cutanée sur une période de 3 ans, de 2010 à 2013. Aucune complication hémorragique sérieuse n'a été relevée, un seul saignement modéré contrôlé par pansement compressif ayant été noté [6].

Il est important de noter que, très récemment, le premier antidote du dabigatran a reçu une autorisation de mise sur le marché : il s'agit de l'idarucizumab – un anticorps monoclonal humanisé se liant spécifiquement au dabigatran, dont l'usage est réservé aux situations d'urgence, en cas de saignement incontrôlé – qui permet l'annulation rapide de l'effet anticoagulant. Son utilisation est restreinte au milieu hospitalier à la dose de 5 g en solution injectable, soit par 2 injections de 2,5 g/50 mL en bolus à la seringue ou en perfusion [7]. Son utilisation en chirurgie réparatrice

maxillo-faciale devrait rester exceptionnelle, mais il est important d'avoir connaissance de son existence.

Les antiagrégants plaquettaires en mono- ou bithérapie doivent également être poursuivis, en particulier le clopidogrel chez les coronariens porteurs de *stent* [2]. Une étude récente rétrospective, portant sur 650 résections de tumeurs cutanées suivies de reconstruction par lambeaux locaux ou greffes de peau totale, sous anesthésie locale en soins externes, a comparé le taux de saignements postopératoires entre 123 patients sous clopidogrel et ceux n'en absorbant pas. Même si aucune différence significative n'a pu être mise en évidence, un nombre nettement accru de saignements était noté dans le groupe sous clopidogrel [8]. Chez ces patients – même chez ceux ayant bénéficié très récemment d'une angioplastie coronaire et alors que le risque de thrombose est majeur le premier mois suivant l'angioplastie – un arrêt de 5 jours du clopidogrel avec poursuite de l'acide acétylsalicylique est envisageable de façon exceptionnelle, en cas de plastie majeure de la face et de décollement cutané très important, en concertation avec le cardiologue [9].

Les recommandations de poursuite des anticoagulants et des antiagrégants en cas de chirurgie cutanée sont encore trop peu ancrées dans les pratiques, et doivent être diffusées et relayées [10]. Elles exposent à un risque majoré de saignement, dont la prévention repose sur une organisation des soins adéquate. Celle-ci débute par l'identification du risque hémorragique et sa quantification lors de la consultation préopératoire, prenant en compte le terrain du patient, ses comorbidités et traitements, la localisation anatomique et la taille de l'exérèse. Il convient alors d'intégrer le risque hémorragique dans le choix de la reconstruction en s'orientant vers celle nécessitant le moindre décollement [2]. Il est également déterminant d'avoir

une bonne connaissance de l'anatomie vasculaire de la face ainsi que des zones dangereuses, couplée à une technique d'hémostase parfaite et minutieuse (**fig. 2**). Il convient, si besoin, de drainer les réparations comportant un décollement cutané étendu et de réaliser des pansements compressifs. Le patient doit être informé du risque de saignement et un suivi postopératoire rapproché particulier doit être organisé. En cas de réparation, le pansement sera contrôlé au 2^e jour par l'opérateur, voire dans les 2 heures qui suivent l'intervention, à la levée du spasme vasculaire dû au vasoconstricteur contenu dans l'anesthésique local [10].

Dans ces conditions, la chirurgie cutanée oncologique et reconstructrice sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est sûre, comme le confirme une cohorte prospective récente portant sur 271 patients opérés de cancers cutanés. En effet, la comparaison du risque postopératoire de saignement chez les 47 patients sous anticoagulant *versus* 224 dans le groupe contrôle ne montre pas de différence significative entre les deux groupes [11].

Un saignement per- ou postopératoire n'est cependant pas toujours lié à la prise

POINTS FORTS

- ➞ Les complications hémorragiques : ce sont les plus fréquentes en chirurgie cutanée (0,6 à 2 %).
- ➞ Un opéré sur 3 absorbe un anticoagulant ou un antiagrégant.
- ➞ Gestion des AVK, des AOD et des antiagrégants :
 - poursuivre et ne pas interrompre ces molécules pour une chirurgie cutanée ;
 - la morbidité thrombotique supplante le risque hémorragique.
- ➞ Prévention et gestion du risque hémorragique :
 - identifier et quantifier le risque lors de la consultation préopératoire ;
 - choisir la réparation avec le moindre décollement ;
 - technique d'hémostase minutieuse ;
 - pansement adapté et suivi personnalisé.

d'un traitement antithrombotique. Ainsi, le pseudo-anévrisme de l'artère temporale superficielle, évoqué devant une masse sous-cutanée sensible survenant 2 à 4 semaines après une intervention de chirurgie cutanée ou à la suite d'un traumatisme, est classique. Trois cas de pseudo-anévrismes sont rapportés dans une publication récente [12]. L'un concerne l'artère temporale superficielle,

mais les deux autres sont caractérisés par des localisations anatomiques rares et inhabituelles : il s'agit de deux branches de l'artère faciale, l'artère angulaire et l'artère sus-alaire [12]. Le traitement est chirurgical, consistant à aborder la cicatrice et à procéder à une double ligature vasculaire avec un point en X de l'artère lésée, de part et d'autre de la lésion pseudo-anévrismale (**fig. 3**) [13].



FIG. 2 : Hémostase bipolaire.

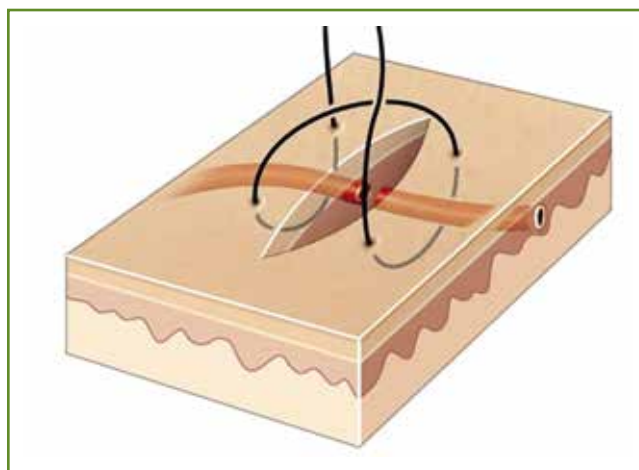


FIG. 3 : Ligature artérielle par un point en X (d'après Amici JM. Chirurgie dermatologique. Elsevier/Masson, 2012).

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

Bibliographie

1. O'NEILL JL, TAHERI A, SOLOMON JA *et al.* Postoperative hemorrhage risk after outpatient dermatologic surgery procedures. *Dermatol Surg*, 2014;40:74-76.
2. PALAMARAS I, SEMKOVA K. Peri-operative management of and recommendations for antithrombotic medications in dermatological surgery. *Br J Dermatol*, 2015;172:597-605.
3. KOVICH O, OTLEY CC. Thrombotic complications related to discontinuation of warfarin and aspirin therapy perioperatively for cutaneous operation. *J Am Acad Dermatol*, 2003;48:233-237.
4. CALLAHAN S, GOLDSBERRY A, KIM G *et al.* The management of antithrombotic medication in skin surgery. *Dermatol Surg*, 2012;38:1417-1426.
5. BROWN DG, WILKERSON EC, LOVE WE. A review of traditional and novel oral anti-coagulant and antiplatelet therapy for dermatologists and dermatologic surgeons. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:524-534.
6. CHANG TW, ARPEY CJ, BAUM CL *et al.* Complications With New Oral Anticoagulants Dabigatran and Rivaroxaban in Cutaneous Surgery. *Dermatol Surg*, 2015;41:784-793.
7. BURNES CB. Idarucizumab: First Global Approval. *Drugs*, 2015;75:2155-2161.
8. EICHHORN W, HAASE M, KLUWE L *et al.* Increased Postoperative Bleeding Risk among Patients with Local Flap Surgery under Continued Clopidogrel Therapy. *Biomed Res Int*, 2015;2015:120903. doi: 10.1155/2015/120903. Epub 2015 Aug 6.
9. Antiagrégants plaquettaires: prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien. Novembre 2013. <http://www.has-sante.fr>.
10. AMICI JM. Don't stop antithrombotics for cutaneous surgery: just do it now! *Br J Dermatol*, 2015;172:555-556.
11. SHIPKOV H, IRTUM C, SEGUIN P *et al.* Evaluation of the risk of post-operative bleeding complications in skin cancer surgery without interruption of anticoagulant/antithrombotic medication: A prospective cohort study. *J Plast Surg Hand Surg*, 2015;49:242-246.
12. DUNBAR SW, HURST EA. Pseudoaneurysm formation and repair after Mohs micrographic surgery: a report of 3 cases. *JAMA Dermatol*, 2014;150:546-549.
13. STAPLETON CJ, FUSCO MR, THOMAS AJ *et al.* Traumatic pseudoaneurysms of the superficial temporal artery: case series, anatomy, and multidisciplinary treatment considerations. *J Clin Neurosci*, 2014;21:1529-1532.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.