



EDITO

Pr Khalid SERRAJ

Doyen de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie, Oujda

Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse : l'inertie dangereuse

La thrombose est fréquente, la thrombose est grave, la thrombose est souvent mortelle. Des phrases courtes mais lourdes de conséquences surtout quand le mal est déjà là et on aurait pu l'éviter. Le bénéfice de la thromboprophylaxie en milieu médical est actuellement indiscutable et il est clair qu'en 2022, soit plus de 15 années après MEDENOX, PREVENT et ARTEMIS, continuer à être frileux sur un réflexe aussi vital et dans des indications évidentes est un non-sens absolu. Dans ce spécial Edito, nous essaierons d'apporter des éléments d'explication à cette peur le plus souvent subjective et injustifiée des cliniciens quant à la thromboprophylaxie en milieu médical ainsi que quelques pistes de solutions de fond et de forme afin que la prophylaxie de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) puisse une fois pour toutes rentrer dans les mœurs des praticiens.

Le pourquoi de l'inertie : L'inertie vient de la peur et des idées reçues. En matière de thrombose, ce ne sont pas les perceptions subjectives et les stéréotypes qui manquent. Un bon nombre de cliniciens dont des spécialistes, continuent en effet à penser sans aucun rationnel sous-jacent que la thrombose est moins fréquente et moins grave que l'hémorragie, que la thrombopénie s'aggrave systématiquement sous anticoagulants, notamment sous héparine, et qu'une thrombopénie même lorsque modérée est à risque élevé de saignement. La réalité, c'est qu'un taux de plaquettes supérieur ou égal à $50.000/mm^3$ ne fait presque jamais saigner à fortiori sur un mode pronostique, que la thrombopénie induite par l'héparine est un effet secondaire grave certes, mais rarissime surtout avec les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) et enfin, que la mortalité liée à la thrombose veineuse profonde et à l'embolie pulmonaire dépasse de bien loin celle de l'hémorragie dont le caractère "spectaculaire" est une source de réticence majeure dans l'imaginaire tant des patients que des médecins.

En pratique, que faut-il faire ? : A un taux de plaquettes supérieur ou égal à $50.000/mm^3$ sans saignement ni de facteur de risque de saignement clinique, ne pas prescrire une anticoagulation quand elle est indiquée relèverait de la faute scientifique et médicale. A l'opposé, un malade présentant un chiffre inférieur à $20.000/mm^3$ ne doit pas recevoir d'anticoagulants sauf cas exceptionnels. Enfin, entre 20.000 et $50.000/mm^3$, la décision de donner ou non une thromboprophylaxie relève le plus souvent d'une approche collégiale basée sur la mise en balance des risques et bénéfices du traitement anticoagulant. L'outil le plus pratique et le plus simple est le score de Genève qui, à 3 points et plus, rend nécessaire une prévention pharmacologique dès la 1^{ère} heure d'une admission hospitalière ou d'un alitement à domicile.

Quelle place pour les anticoagulants oraux directs (AOD) ? : Les AOD actuellement reconnus comme des chefs de file en milieu chirurgical, sont loin de l'être autant dans la thromboprophylaxie en pathologie médicale. Les principales études consacrées à l'évaluation des AOD dans la thromboprophylaxie médicale sont les études APEX, MAGELLAN et MARINER et qui montrent une efficacité équivalente voire supérieure sur l'incidence des événements thrombo-emboliques mais au prix d'une toxicité hémorragique bien plus élevée que celle des HBPM. De ce fait, ces dernières demeurent indétrônables pour le moment. Il est à noter que ce concept ne s'applique pas à l'infection au SARS cov-2 où l'apixaban et le rivaroxaban ont une place prépondérante.

Que retenir au final ? : Il est important de se rappeler qu'au même titre qu'une "prescription", une "non prescription" d'un médicament est une décision qui peut être tout aussi lourde avec un impact et une responsabilité médicale et légale que le clinicien est amené à assumer. En matière de thromboprophylaxie, l'abstention est souvent une option dangereuse quand on sait que le cadre pathologique à prévenir, en l'occurrence la MTEV, est une source majeure de complications graves et de décès. Dans un prochain numéro, nous nous étalerons plus en détail à travers une revue de synthèse à la fois exhaustive et pratique sur les différentes facettes de la prévention de la MTEV.