

Prévention thrombo-embolique en chirurgie du rachis

Sinistralité en chirurgie du rachis — complications thrombo-emboliques et hémorragiques SFCR 2024 · Dr J. Delambre · Dr T. Senbel

L'ESSENTIEL EN 5 MESSAGES

- 1

Évaluer le risque avec **4 acteurs** : type de chirurgie, facteurs de risque du patient, suites opératoires et risque hémorragique. Les RFE SFAR 2024 n'incluent pas le rachis.
- 2

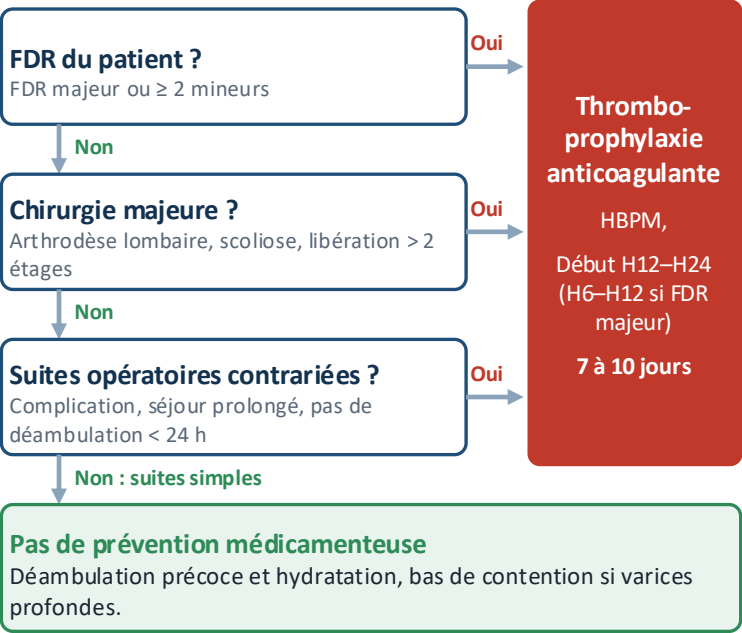
Prévention anticoagulante si chirurgie majeure, FDR majeur, ≥ 2 FDR mineurs ou suites opératoires contrariées. Sinon, pas de prévention médicamenteuse.
- 3

Pour tous : **déambulation avant 24 h** et hydratation. **Bas de contention** en cas de varices profondes.
- 4

Respecter la **balance bénéfice/risque** : 1^{re} dose entre **H12 et H24**, ou **H6–H12 si FDR majeur** après discussion du risque hémorragique.
- 5

HBPM pendant 7 à 10 jours minimum, avec une durée au cas par cas si les suites sont contrariées.

ARBRE DÉCISIONNEL



LES FACTEURS DE RISQUE

CHIRURGIE MAJEURE
MTEV 0,3–2,2 %
Arthrodèse lombaire, scoliose, libération > 2 étages

CHIRURGIE MINEURE
MTEV < 1 %
Hernie discale, laminectomie 1–2 niveaux, AMO

FDR PATIENT MAJEURS

- Cancer actif (traitement < 6 mois)
- Antécédent personnel d'ETEV
- Thrombophilie majeure (ex. facteur V homozygote)
- Obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²)

FDR PATIENT MINEURS

- Âge ≥ 75 ans
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire
- Insuffisance rénale
- MICI
- Traitement œstrogénique
- Grossesse, post-partum
- IMC 30–39 kg/m²
- Immobilisation orthopédique

Signes d'alerte : varices profondes, déficit moteur des membres inférieurs pré- ou post-opératoire.

LE TRAITEMENT EN PRATIQUE

MOLÉCULES AU CHOIX

- HBPM** : énoxaparine 4000 UI (0,4 mL) 1 $\times$ /j

QUAND DÉBUTER ?

24–48 h
pic du risque hémorragique

> 48 h
pic du risque thrombo-embolique

D'où un début **H12–H24**, ou H6–H12 si FDR majeur.

COMBIEN DE TEMPS ?
7 à 10 jours
au minimum. Au cas par cas si les suites sont contrariées ou le FDR permanent.