

Prise en charge d'une hémorragie sous
AOD : place d'un antidote spécifique

Cas cliniques en pratique d'urgence

Pr. Jacques LEVRAUT
Dpt de Médecine d'Urgence
CHU de Nice – Pasteur 2

Conflits d'intérêt

Boehringer - Ingelheim

Cas N° 1

Monsieur Roland G., âgé de 72 ans, admis au SAU pour melaena avec altération sévère de l'EG

ATCDs : ACFA, HTA, BPCO, carcinome urothélial, SAS appareillé, pneumonectomie G, ulcère gastrique opéré en 2015, angiomes du jéjunum embolisés

Traitements : Cordarone, Temerit, Permixon, Pradaxa 150 x 2, Spiriva
A l'arrivée, sueurs, pâleur, PA 124/59, mmHg, FC 82 bts/min, FR 16 c/min
Bilan fait en ville la veille : Hb 6,2 g/dL, notion de selles noires depuis 1 semaine.

Biologie au bout de 75 minutes :

TP 49%, Tps de Quick 19,4 (témoin 11,7), TCA 69, 3 (ratio 2,17)

Lactate 2,7 mmol/L, créatinine 110 mcmol/L, Hb 6,3 g/L, urée 11,7 mmol/L

Dosage du dabigatran : 339 ng/mL

Cas N° 1

Décision de transfert en gastroentérologie pour bilan endoscopique.

Nouvel épisode de méléna de grande abondance aux urgences sans retentissement hémodynamique

Décision d'antagonisation par 5 g de Praxbind avant le transfert
Transfusion de deux culots globulaires + deux autres en GE

Pas de récurrence hémorragique, bilan endoscopique et angiographique réalisés en gastroentérologie négatifs (polype du grêle isolé)
Sorti sous HBPM à réévaluer par son cardiologue en ville

Cas N° 2

Admission au SAU de Monsieur Léon D. âgé de 70 ans adressé pour AEG, Syndrome confusionnel et chutes à répétition.

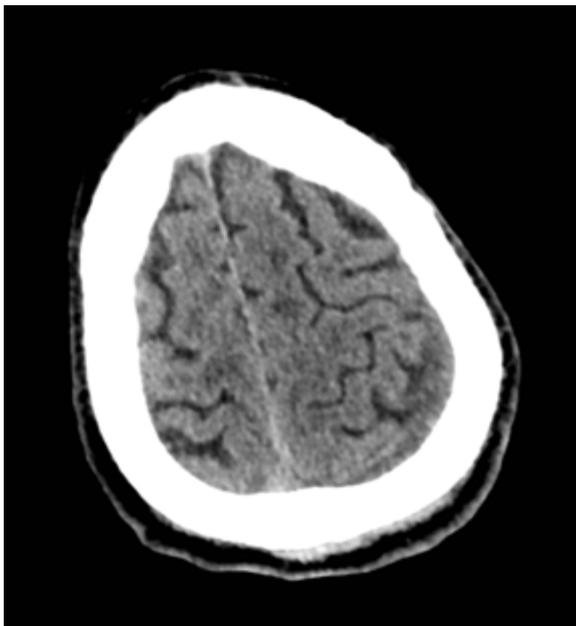
Constantes vitales à l'IOA : PA 150/91 mmHg, FC, 94 bts/min, SpO2 97%

ATCDs : ACFA, alcoolisme chronique sévéré, syndrome frontal ancien

Ttt habituel : Amiodarone, Pradaxa 110 x 1, Zopiclone, Loxapac, Seresta
Heure de dernière prise non indiquée sur le dossier

A l'examen, agité, confus, pas de signes de localisation, RAS par ailleurs

Notion de TC il y a 15 jours à l'occasion d'une chute d'après son épouse



Biologie :

TP 78%, TQ 13,8 (témoin 11,1), TCA 45,5 (ratio 1,42)

Pas de dosage de dabigatran

Hb 14,6 g/dL, plaquettes 379000

Créatinine 106 $\mu\text{mol/L}$, urée 8,4 mmol/L

CPK 3852 U/L



Décision d'antagonisation par 5 g de Praxbind aux vues du scanner

Transfert en UHCD où le patient restera 5 jours puis transfert en gériatrie-psi

Cas N° 3

Admission au SAU de Monsieur Bernard H. âgé de 57 ans, adressé par le SMUR de Grasse pour suspicion d'AVC thrombolysable.

Pris en charge par l'équipe urgentiste + neurovasculaire en SAUV.

Glasgow 9, PA 151/81 mmHg, FC 65 bpm, SpO2 97%, FR 11 c/min, gly 0,95 g/L
Hémiplégie proportionnelle droite totale. Aphasique, mutique.

Début des signes 1 heure auparavant.

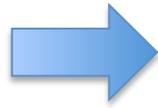
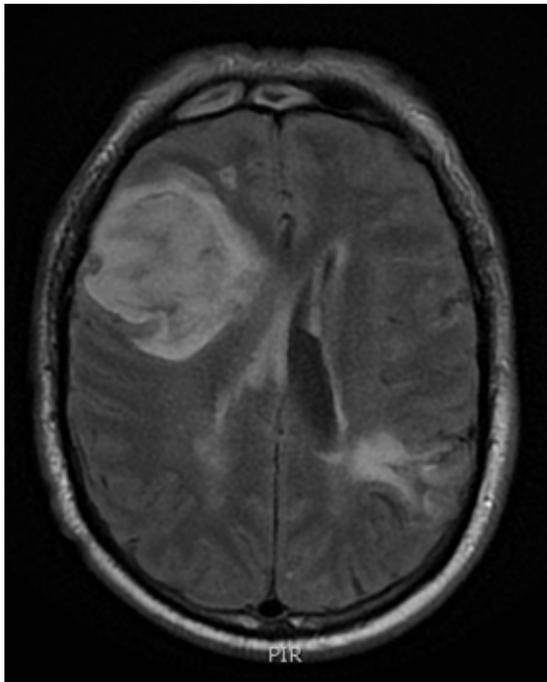
Allo médecin traitant pour ATCDs :

ACFA, diabète insulino-dépendant suite à pancréatectomie pour ampulome,
Cardiopathie infantile opérée dans l'enfance.

Traitements : Pradaxa 150 x 2, Glucophage et Diamicron.

Heure de dernière prise non indiquée sur le dossier.

Bilan bio puis départ IRM en urgence.



Antagonisation par 5 g de Praxbind aux vues de l'IRM

Biologie initiale reçue secondairement :
TP 71%, TQ 14,7 (témoin 11,7), TCA 87,4 (ratio 2,73)
Pas de dosage initial de dabigatran
Hb 15,2 g/dL, plaquettes 216000
Créatinine 68 $\mu\text{mol/L}$, urée 8,4 mmol/L

Indication neurochirurgicale en urgence : demande nouveau bilan biologique 1 heure après :

TP 96%, TQ 12,1 (témoin 11,7), TCA 34 (ratio 1,06)
Dosage de dabigatran : < 35 ng/mL

Mise en condition en SAUV puis départ au bloc opératoire

Evolution défavorable à 5 jours.

Cas N° 4

Admission au SAU de Madame Simone D., âgée de 87 ans pour troubles de la vision, céphalées et majoration récente de ses troubles cognitifs.

Fils médecin qui explique : ACFA traitée par Pradaxa, Kc du sein, troubles cognitifs modérés mais d'aggravation récente. Se plaint de céphalées depuis deux jours. Fils a constaté une hémianopsie latérale homonyme droite.

Ttt habituel : Pradaxa, Exelon, Levothyrox

Heure de dernière prise non indiquée sur le dossier

Constantes vitales : PA 153/64 mmHg, FC 75 bpm, SpO2 98%, gly 1,13 g/L

Examen clinique RAS hormis l' HLH retrouvée.

Bilan biologique puis départ au TDM au bout de deux heures. Biologie déjà disponible.

Biologie initiale :

TP >100%, TQ 11,5 (témoin 11,1), TCA 29,7 (ratio 0,93)

Pas de dosage de dabigatran

Hb 12,2 g/dL, plaquettes 348000

Créatinine 61 $\mu\text{mol/L}$, urée 3,0 mmol/L



Décision d'antagonisation par 5 g de Praxbind aux vues du scanner

Biologie à H6 après le Praxbind :

TP >100%, TQ 10,8 (témoin 11,1), TCA 26 (ratio 0,81)

Transfert en UNV où la patiente restera 6 jours puis retour à domicile

Cas N° 5

Admission au SAU de Monsieur Claude V., âgé de 85 ans, pour syndrome occlusif accompagné d'un ictère cutanéomuqueux.

Patient vivant en Lorraine, en congés depuis 1 semaine à Nice. A consulté un médecin à Nice deux fois dans la semaine pour douleurs abdominales...

A l'arrivée, patient en choc septique, présentant des vomissements fécaloïdes.

PA 102/40 mmHg, FC 132 bpm, FR 30 cpm, SpO2 82%, T° 36°C

Marbrures généralisées. Ictère cutanéomuqueux. Légèrement confus.

Défense abdominale très nette en HCD droit.

ATCDs : HTA, ACFA, hypercholestérolémie.

Ttts habituels : Lorazepam, Aprovel, Crestor, Oméprazole, Pradaxa, Ténordate
Heure de dernière prise non indiquée sur le dossier.

Cas N° 5

PEC initiale : expansion volémique par 2000 mL de sérum physiologique et 1000 mL de Gélofusine. ATBttt débutée par Tazocilline et Amikacine.

Biologie initiale : Lactate 14,5 mmol/L, créatinine 151 micromol/L, urée 19,2 mmol/L, TP 48%, TQ 19,7 (témoin 11,7), TCA 44,1 (ratio 1,38), plaquettes 217 000, Hb 15 g/dL, GB 8500, CRP 211 mg/L.

Pas d'amélioration clinique au bout de 30 min. Démarrage NA 0,5 gamma/kg/min. ISR par kétamine et célocurine, ITO et VC.

TDM adominal est demandé en urgence.

Cas N° 5



Probable cholécystite
gangréneuse avec
péritonite biliaire



Indication opératoire
en urgence

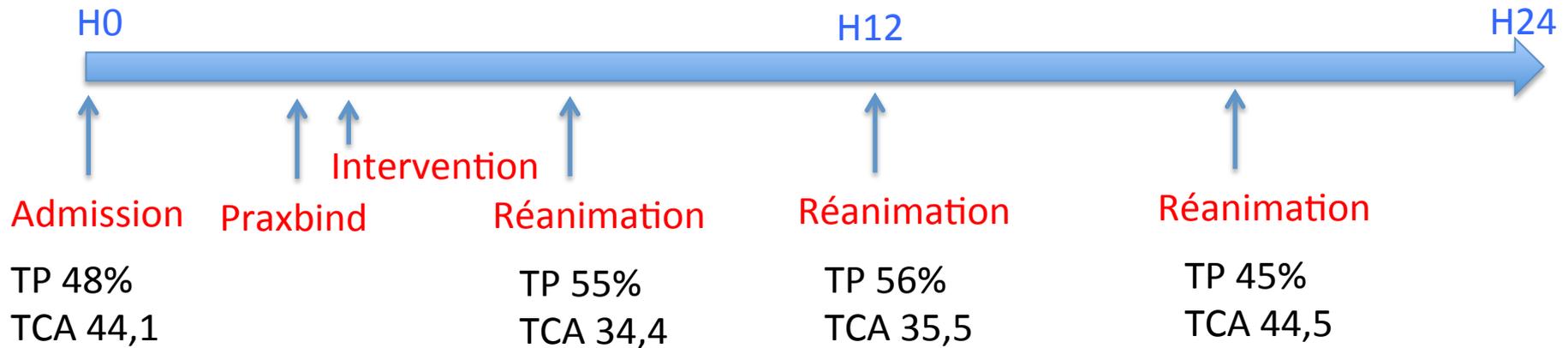


Réversion du Pradaxa
par Praxbind 5 g puis bloc

Intervention chirurgicale dans des conditions d'hémostase correcte. Confirmation du diagnostic radiologique → cholécystectomie et drainage péritonéal

Cas N° 5

Evolution du bilan d'hémostase



Evolution : sevrage des catécholamines en 48 heures. Extubation à J4.
Rapatrié à Nancy à J15 depuis le service de chirurgie.

Cas N° 6

Admission au SAU de Monsieur Jacques A., âgé de 84 ans, adressé par le CH d'Antibes pour compression médullaire.

Patient admis la veille à Antibes pour douleurs lombaires et parésie des MI. TDM retrouvant une fracture tassement de T11 avec recul du mur postérieur.

A l'arrivée au SAU de Nice, paraplégie complète → indication opératoire urgente

ATCDs : HTA, ACFA, DNID, Lithiase jonction pyélo-urétérale avec double J

Ttts habituels : Pradaxa, Glucophage, Coveram 5/10

Heure de dernière prise non indiquée sur le dossier

Biologie préopératoire : TP 83% TCA 40,6 (ratio 1,27), pas de dosage de dabigatran. Réversion par Praxbind en préop immédiat. Intervention dans de bonnes conditions. Laminectomie et arthrodèse de T9-T12. Bonne évolution clinique

Conclusion

L'idarucizumab a été utilisé à six reprises aux urgences adultes du CHU de Nice.

Une hémorragie digestive grave (indication à discuter ?)

Trois hémorragies aiguës intracérébrales

Deux réversions pour permettre une intervention chirurgicale urgente (choc septique et compression médullaire).

Aucun problème signalé lors de son utilisation. Interventions chirurgicales réalisées dans de bonnes conditions.

Un seul dosage de dabigatran avant l'administration, un seul après.

Aucune indication sur l'heure de la dernière prise de dabigatran