

# Thromboprophylaxie péri-opératoire chez l'obèse : toujours plus ? / Perioperative thromboprophylaxis in obese patient

Daniel EYRAUD

## Résumé

Le risque d'événement thromboembolique (EVT) post-opératoire est majoré d'un facteur d'environ 2 en cas d'obésité. Ce risque augmente de 37% avec chaque augmentation de 10 unités de l'IMC (indice de masse corporelle). Le patient obèse morbide est donc particulièrement à risque, sans doute parce qu'il cumule d'autres risques que l'obésité : moindre mobilité, hypercoagulabilité, antécédent d'EVT, comorbidité cardio-vasculaire, chirurgie plus longue ou qui se complique plus souvent. La chirurgie bariatrique doit probablement être différenciée d'autres chirurgies plus à risque, carcinologique, orthopédique du membre inférieur. Il est crucial d'estimer correctement ce risque individuel en pré-opératoire : une sous-estimation peut entraîner un EVT grave, une surestimation une hémorragie aux conséquences également dramatique. Par ailleurs, en chirurgie bariatrique, plus de deux tiers des EVT surviennent après la sortie de l'hôpital. La compression mécanique intermittente, mise en place dès l'entrée au bloc opératoire jusqu'à la sortie de la salle de réveil, doit être complétée par une héparine de bas poids moléculaire en une à deux prises (peut-être préférentiellement pour le risque hémorragique) par jour ou le Fondaparinux. L'absence de corrélation entre l'activité anti-Xa et l'IMC d'une part et l'activité anti-Xa et le saignement d'autre part ne permet pas une adaptation des doses sur ce paramètre. L'étude de la littérature recommande de ne pas dépasser 6000 UI d'HBPM toutes les 12h même en cas d'IMC>50, mais aucune étude randomisée n'existe en chirurgie non bariatrique dans ce groupe de patient. Ce groupe, par ailleurs, est à risque hémorragique post-opératoire élevé pour la chirurgie abdominale carcinologique.

Mots clés : obésité, risque thrombo-embolique post-opératoire, prévention

Daniel Eyraud, MD, Ph.D, DAR Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université

Obesity has been estimated to increase the relative risk of post-operative venous thromboembolism (VTE) by around two fold. Literature demonstrates a 37% increase in VTE risk for every 10 unit increment in body mass index (BMI). The patient with morbid obesity, is particularly at risk for VTE, probably because he cumulates other risk factors like: restricted mobility, hypercoagulability, history of VTE, cardiovascular comorbidity, greater operative time or surgical complication. Bariatric surgery should probably be differentiated from surgery more at risk, carcinology or orthopedic lower limb. The preoperative identification of the individual risk is crucial: underestimation could provide dramatic VTE, overestimation hemorrhagic event with also dramatic consequences. Moreover, in bariatric surgery, the two third of VTE occur after the hospital discharge. Intermittent pneumatic compression, applied at the entrance in the operative room until the exit of the recovery room, should be completed by subcutaneous injection of low molecular weight heparine (HBPM) one or twice daily or fondaparinux once daily. The lack of correlation between anti-Xa activity and the BMI in the one hand, and the anti-Xa activity and the bleeding in the other hand, does not make possible to adapt the doses to this biologic parameter. Literature recommends not to exceed 6000 UI twice daily, even in case of BMI >50, but no study exists in non bariatric surgery. Moreover this group of patients is at high hemorrhagic risk for abdominal carcinologic surgery.

Key words: obesity, thromboembolic risk, postoperative, thromboprophylaxis

Daniel Eyraud, MD, Ph.D, DAR Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université