

e-Club

En médecine d'urgence

À chaque mois, la section de médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'Université Laval présente un club de lecture.

Une critique de l'article présenté est distribuée à l'ensemble des membres du DMFMU.

Date de parution :
18 novembre 2016

Auteurs :

Julien Blais, R2 Médecine d'urgence spécialisée
Pierre-Luc Nadeau, R3 Formation complémentaire de médecine d'urgence
Marianne Gauthier, R5 Médecine d'urgence spécialisée
Patron superviseur : Natalie Le Sage, MD, PhD, CSPQ

Date du club de lecture : 11 octobre 2016

Titre :

Platelet transfusion versus standard care after acute stroke due to spontaneous cerebral haemorrhage associated with antiplatelet therapy (PATCH): a randomised, open-label, phase 3 trial

Référence :

Baharoglu MI, Cordonnier C, Al-Shahi Salman R, de Gans K, Koopman MM, Brand A, et al. Lancet. 2016 Jun 25; 387(10038):2605–13.

Pubmedid :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27178479>

Question PICO :

Population :

Chez les patients adultes avec une hémorragie intracérébrale spontanée ayant un GCS entre 8-15 sous antiplaquettaires depuis plus de 7 jours,

Intervention :

est-ce que le fait d'initier une transfusion de plaquettes dans les 6 premières heures des symptômes et dans les 90 minutes suivant l'imagerie cérébrale,

Comparaison :

comparé au traitement standard,

Outcome (issue) :

offre une amélioration du score fonctionnel et de la survie à 3 mois?



Faculté de médecine
Département de médecine familiale
et de médecine d'urgence

Conclusion des auteurs de l'article

La transfusion plaquettaire semble augmenter le risque de mort ou de dépendance à 3 mois.

Les auteurs de l'article concluent que la transfusion de plaquettes ne peut être recommandée chez les patients sous antiplaquettaires se présentant avec hémorragie cérébrale.

Grille d'analyse critique

Cet article m'aidera-t-il à mieux soigner mes patients?

1. Est-ce que le groupe recevant le traitement et le groupe contrôle avait un pronostic semblable avant l'étude?

Il s'agit d'une étude randomisée multicentrique "open-label" (41 hôpitaux européens), où les patients ont été assignés dans les différents groupes via un logiciel informatique respectant un ratio 1:1. On note plusieurs différences dans les caractéristiques de base des deux groupes qui en général favorisent le groupe contrôle; dont plus de patients avec seulement aspirine, meilleur GCS et saignement intra-crânien moins volumineux. Notons que la majorité des patients dans l'étude étaient traités uniquement avec de l'aspirine, et ce, dans les deux groupes. Trente-six patients (19 %) ont été randomisés malgré qu'ils rencontraient un critère d'exclusion.

L'analyse a été faite selon le principe « intention-to-treat » et également en fonction du traitement réellement reçu. Quatre patients dans le groupe intervention n'ont pas reçu de plaquettes, alors que deux patients dans le groupe contrôle ont reçu des plaquettes.

2. Est-ce que le groupe recevant le traitement et le groupe contrôle avait un pronostic semblable après le début de l'étude?

Au total, 190 patients ont été randomisés, tous recevaient les soins standardisés selon les guides cliniques européens. Les patients et les cliniciens étaient au courant de leur assignation, toutefois, les chercheurs, radiologistes et investigateurs procédaient au traitement des données à l'aveugle. Le suivi à 3 mois était assuré par un neurologue ou une infirmière de recherche et aucun participant n'a été perdu au suivi.

3. Comment puis-je intégrer ces résultats à ma pratique?

La majorité des patients dans cette étude prennent de l'ASA comme traitement antiplaquettaire ce qui représente notre réalité à l'urgence. De plus les caractéristiques populationnelles des patients dans cette étude multicentrique réalisée dans 3 pays industrialisés correspondent également à notre pratique avec une influence gériatrique significative. L'étude ne permet pas de tirer de conclusions chez les patients avec un glasgow inférieur à 8.

Quelques études observationnelles antérieures démontraient un léger bénéfice à transfuser des plaquettes chez les patients prenant des antiplaquettaires et ayant une hémorragie cérébrale. L'étude PATCH nous montre que cette intervention est nuisible d'un point vu fonctionnel et qu'un nombre accru de complications sérieuses a été observé. La transfusion plaquettaire entraîne des coûts élevés et la rareté de la ressource en font deux enjeux non négligeables.

Résultats importants

Concernant l'issue primaire, on note une augmentation de la mortalité ou de la dépendance fonctionnelle à 3 mois dans le groupe transfusé, OR 2.05 95 % (CI 1.18 – 3.56). Il y a eu des analyses ajustées pour la grosseur de l'hématome afin de compenser la différence de la grosseur de l'hémorragie entre les 2 groupes, ce qui était toujours dans la même tendance OR 1,90 (CI 1,08 à 3,36). Le score de Rankin modifié (mRS) a été utilisé pour évaluer le résultat fonctionnel neurologique, allant de 0 (aucun symptôme) à 6 (mort).

Concernant les issues secondaires, une différence statistiquement significative a été notée concernant une détérioration du score fonctionnel (mSR 4-6) à 3 mois chez les patients ayant reçus des plaquettes 2.04 (IC 1.12 - 3.74, p : 0.0195), mais non significative lorsque comparée avec mSR 3-6. Notons une tendance quant à l'augmentation des complications sévères chez les patients transfusés (42% vs 29% OR 1.79 (0.98-3.27)).

Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

Commentaires :

Ce premier essai randomisé vient contredire quelques études observationnelles antérieures sur lesquelles était basé l'usage des plaquettes. Les critères d'exclusion étaient clairement formulés. La population étudiée représente bien notre réalité : des patients gériatriques, sous aspirine et provenant d'hôpitaux de pays industrialisés. Les auteurs ont accordé une importance significative à l'analyse du score fonctionnel et de la survie à 3 mois, ce qui représente une issue importante dans le devenir du patient.

Conclusions :

L'analyse de cette étude nous montre qu'il n'y a aucun avantage à transfuser des plaquettes, voire même un effet néfaste chez cette population. Comme la majorité des patients étaient sous aspirine, il est difficile de tirer une conclusion par rapport aux autres antiplaquettaires.

Application clinique et mes patients

Comment appliquer ces connaissances?

Cette étude montre que la transfusion de plaquettes chez les patients sous antiplaquettaires avec hémorragie cérébrale spontanée est délétère au niveau du pronostic neurologique fonctionnel comparé au traitement standard. Malgré le fait qu'il s'agisse d'un premier essai clinique randomisé, nous retenons qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas d'indication à transfuser des plaquettes chez ces patients.

Que dois-je dire à mon patient?

Si vous souffrez d'un saignement intracrânien et que vous prenez une médication antiplaquettaire, bien qu'il peut sembler logique de vous transfuser des plaquettes pour contrer l'effet du médicament, les évidences actuelles nous démontrent qu'il n'y a aucune indication à transfuser et que cette intervention est potentiellement nuisible pour vous.