

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 :
1 mars 2019

Auteurs :

Valérie Bilodeau, R3 Formation complémentaire en médecine d'urgence

Lania Lelaidier-Hould, R4 Médecine d'urgence spécialisée
Médecin superviseur : Dr Maude St-Onge

Date du club de lecture : 8 janvier 2019

Titre :

Inhaled Tranexamic Acid for Hemoptysis Treatment

Référence :

CHEST Journal. 2018; 154(6): 1379-1384.
doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.026

Pubmedid : 30321510

Question PICO :

Population :

Chez les patients adultes admis sur le département de pneumologie pour des hémoptysies de moins de 200 ml par 24h,

Intervention :

est-ce que l'administration de nébulisation de 500 mg d'acide tranexamique trois fois par jour

Comparaison :

en comparaison avec l'administration de nébulisation de salin

Outcome (issue) :

influence la vitesse de résolution et le volume total des hémoptysies, les interventions supplémentaires nécessaires, la durée de séjour hospitalière, la mortalité et la récurrence d'hémoptysie à 30 jours et à 1 an?



UNIVERSITÉ
LAVAL

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

Conclusion des auteurs de l'article

Il serait sécuritaire et efficace d'utiliser des nébulisations d'acide tranexamique (TXA) chez les patients avec hémoptysies non-massives. L'utilisation de nébulisation d'acide tranexamique diminuerait la mortalité, la nécessité d'interventions invasives et la durée de séjour chez les patients avec hémoptysies non-massives.

Grille d'analyse critique

1. Les résultats sont-ils valides?

C'est une étude randomisée contrôlée à double insu. Les patients ont été randomisés lors de leur admission sur le département de pneumologie s'ils présentaient des hémoptysies non-massives depuis moins de 24 h. Par contre la méthode de randomisation n'est pas décrite. Les fioles de salin ou d'acide tranexamique (TXA) étaient préparées par la pharmacie et administrées, à l'aveugle, aux patients selon leurs groupes respectifs. Les patients des 2 groupes étaient différents sur certains points, ce qui est entre autres explicable par la petite taille d'échantillon. Les patients du groupe TXA souffraient de tuberculose et de bronchectasies en plus grande proportion que ceux dans le groupe contrôle, où la MPOC prédominait. De plus, le groupe TXA comptait plus de patients sous anticoagulants par rapport aux patients du groupe contrôle qui prenaient davantage d'anti-plaquettaires. À noter que les patients sous warfarine ne devaient pas avoir d'INR augmenté, ce qui implique que ceux-ci n'étaient pas anticoagulés de façon thérapeutique. Dans l'ensemble, on remarque que les patients du groupe TXA présentaient de moins bons facteurs pronostiques que ceux du groupe contrôle, mais en ayant des pathologies causales plus réversibles. Finalement, les auteurs ne font aucune mention de patients perdus au suivi.

2. Quels sont les résultats?

En ce qui concerne la résolution à 5 jours des hémoptysies, elle est de 96% dans le groupe TXA et de 50 % dans le groupe contrôle ($P < .0005$), avec un NNT calculé à 2,2. En ce qui concerne la réduction du volume des hémoptysies, elle est statistiquement significative dans le groupe TXA, soit 15 ml par 24 h en comparaison à 50 ml par 24 h dans le groupe contrôle. La durée de séjour à l'hôpital pour le groupe TXA est de 5,7 jours et de 7,8 jours pour le groupe contrôle ($P = .046$). La bronchoscopie avec intervention n'a été nécessaire chez aucun patient du groupe TXA alors qu'elle a été requise pour 2 patients (9,1 %) dans le groupe contrôle. L'angio-embolisation a été requise chez 2 patients dans le groupe contrôle alors qu'aucune n'a été faite dans le groupe TXA. Donc au total, 18.2 % des patients dans le groupe contrôle a eu besoin de procédures invasives alors qu'aucun patient du groupe TXA n'a eu à en bénéficier ($P = .041$).

À 30 jours, la mortalité est de 10 % dans le groupe contrôle alors qu'aucun décès n'a été constaté dans le groupe TXA. Pour la récurrence des hémoptysies, elle est de 8 % pour le groupe TXA versus 27,3 % pour le groupe contrôle. Par contre, à un an, il n'y a pas de différence statistiquement significative sur la mortalité dans les 2 groupes (16 % et 18 %) et la récurrence des hémoptysies est de 4 % versus 22,7 % dans le groupe TXA et dans le groupe contrôle respectivement. Il est important de mentionner qu'il n'y a pas eu d'effet secondaire rapporté dans le groupe TXA. Par contre aucune description des effets potentiels n'est fournie.

3. Comment puis-je intégrer ces résultats à ma façon de traiter les patients?

Cette étude n'a pas été faite à l'urgence, donc il est difficile d'en généraliser les conclusions à nos patients. De plus, les patients avec hémoptysies massives ont été exclus ce qui nous empêche d'appliquer ces résultats à ce groupe précis de patients.

Résultats importants

La résolution à 5 jours des hémoptysies est de 96% dans le groupe TXA et 50 % dans le groupe contrôle ($P < .0005$). Pour la réduction du volume des hémoptysies, elle est statistiquement significative dans le groupe TXA, soit 15 ml par 24 h, par rapport à 50 ml par 24 h dans le groupe contrôle. La durée de séjour à l'hôpital pour le groupe TXA est de 5,7 jours et de 7,8 jours pour le groupe contrôle ($P = .046$). Il y a eu 18,2 % d'intervention (bronchoscopie ou angio-embolisation) afin de contrôler les saignements dans le groupe contrôle. Finalement, la mortalité à 30 jours est statistiquement significative, mais celle à 1 an ne l'est pas.

Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

Cette étude possède une très petite taille de l'échantillon. Les auteurs ont arrêté prématurément le recrutement suite à une analyse intérimaire démontrant une nette supériorité de l'acide tranexamique car selon eux, ils avaient atteint la puissance désirée. L'impact possible de cet arrêt précoce est une surestimation de l'effet du traitement avec l'acide tranexamique, soit une erreur de type 1.

Les patients avec hémoptysies massives ont été exclus et il n'y avait aucun patient avec hémoptysies secondaires à l'embolie pulmonaire. Les caractéristiques sur l'état hémodynamique et les critères d'instabilité des patients n'ont pas été divulgués. La méthode de randomisation n'est pas non plus décrite. La comparaison avec la nébulisation de salin, qui n'est pas un traitement standard, a peut-être influencé l'issue des patients puisque l'effet de ce traitement en contexte d'hémoptysies n'est pas connu. Il aurait aussi été pertinent de connaître les autres traitements reçus par les patients (renversement d'anticoagulation, produits sanguins) afin d'évaluer la possibilité de biais.

Par contre, étant donné qu'il n'y a pas d'effet secondaire rapporté avec l'utilisation d'acide tranexamique, le faible coût, l'accessibilité au traitement et l'utilisation de plus en plus fréquente de ce traitement en contexte de saignement, il semble adéquat de considérer ce traitement chez un patient avec MPOC ou bronchectasies se présentant avec des hémoptysies non-massives.

C'est la première étude évaluant l'acide tranexamique en nébulisation dans ce contexte clinique et il serait intéressant de faire une étude de meilleure qualité méthodologique au département d'urgence afin de pouvoir tirer des conclusions applicables à nos patients.

Application clinique et mes patients

Comment appliquer ces connaissances? Que dois-je dire à mon patient?

Si vous avez des hémoptysies de moins de 200 ml dans les dernières 24 h qui sont de cause autre que thrombo-embolique, il semble sécuritaire de considérer un traitement par nébulisation d'acide tranexamique. Par contre, aucune étude de qualité méthodologique suffisante n'a démontré l'efficacité de ce traitement.