



11-13
SEPT.
2024

LILLE
GRAND PALAIS

CONGRÈS FRANÇAIS
d'HÉMOSTASE



Quand prescrire et comment interpréter les tests biologiques permettant le diagnostic de thrombopénie à l'héparine ?

C Pouplard, C Vayne, E De Maistre, A Bauters, C Mouton, O Feugeas, B Tardy, Y Gruel, N Ajzenberg, Dorothée Faille.

Liens d'intérêts

- University hospital of Tours has received remuneration by Stago

- University hospital of Tours has received remuneration by Viatrix. All opinions and statements contained in this material and/or made by the speaker are opinions and statements of the speaker resulting from their knowledge, research, clinical and professional experience, and speaker bears full responsibility for them.

All content is protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights, as applicable, owned by or licensed to Viatrix or its affiliates.

The material and any statements made are intended for health care professionals; they may not be redistributed, copied or disclosed.

The information contained in this material and any statements made are provided for education purposes only.

They are of a general nature and do not constitute medical advice or recommendations, diagnostic or therapeutic statement with regard to any individual medical case.

Each patient must be examined and advised individually, and this information does not replace the need for such examination and/or advice in whole or in part.

Viatrix does not practice medicine.

Each physician should exercise his or her own independent judgment in the diagnosis and treatment of an individual patient.

En cas de suspicion de TIH, il est proposé de définir la probabilité clinique de TIH à l'aide du score des 4T (SFTH 2024; accord fort)

2

1

0

Thrombopénie

- Diminution de plus de 50% de la numération plaquettaire Et plaquettes nadir ≥ 20 G/L Sans chirurgie dans les 3 jours précédents

- Diminution de 30 à 50% ou Plaquettes entre 10 et 19 G/L ou diminution de plus de 50% de la numération plaquettaire avec chirurgie récente (3 derniers jours)

- Diminution de moins de 30% de la numération plaquettaire Ou plaquettes nadir < 10 G/L

Délai de s
de la thror
(Tim

Score : 6 - 8 = **Elevé**

4 - 5 = **Intermédiaire**

0 - 3 = **Faible**

venant
itement
apie dans
rs

Thromb
auti
complic

ment

AuTres causes de thrombopénies

Aucune autre cause possible de thrombopénie

Autre cause possible de thrombopénie :
- Sepsis sans confirmation microbiologique
- Thrombopénie associée à une ventilation mécanique
- Autres

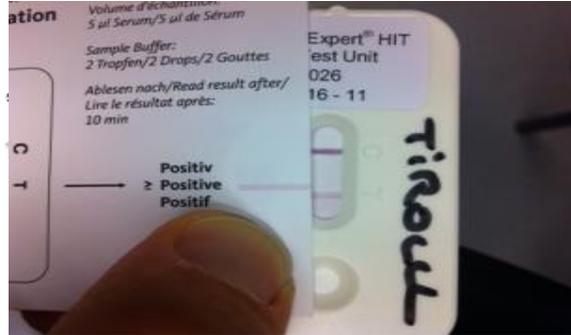
Autre cause probable :
- Chirurgie dans les 72 heures
- Infection confirmée
- Chimio ou radiothérapie dans les 20 derniers jours
- CIVD due à autre cause
- Purpura post transfusionnel
- Plaquettes < 20 G/L
probablement d'origine médicamenteuse

Score : 6 - 8 = **Elevé**; 4 - 5 = **Intermédiaire**; 0 - 3 = **Faible**

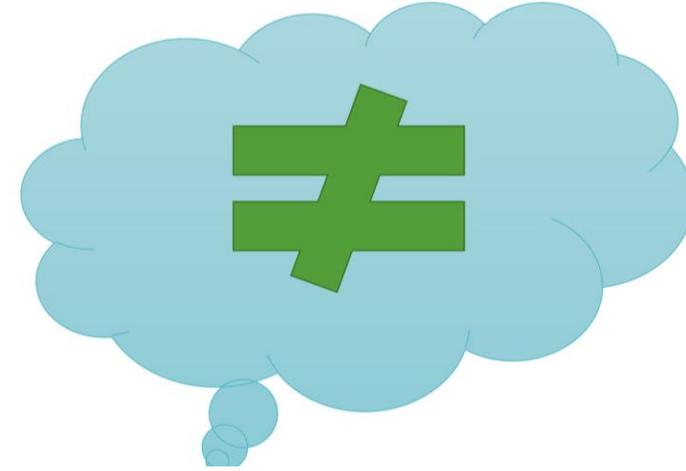
Les tests immunologiques

Tests rapides

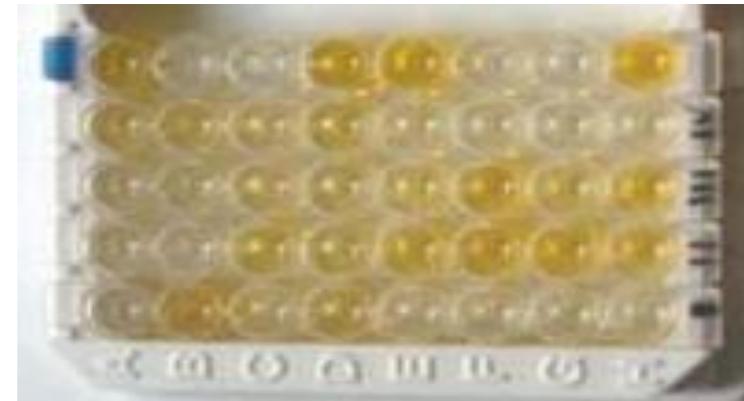
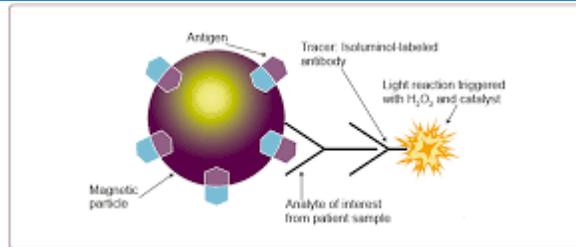
Au coup par coup
Lecture visuelle
(parfois délicate)



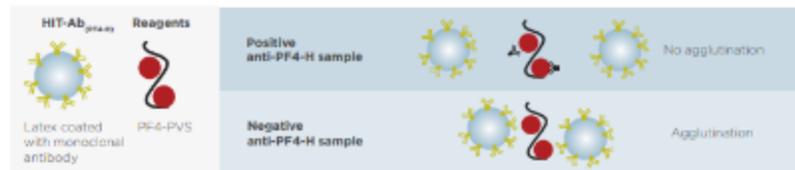
Rapide qualitatif



Acustar



Hemosil



Rapide semi quantitatif

Tests ELISA semi quantitatif

Probabilité clinique faible (4Ts = 0 to 3)

SFTH 2024 Accord Fort

Algorithme N° 1
Suspicion de TIH
hors chirurgie cardiaque / ECMO

Score de probabilité
clinique pré-test

Probabilité
faible

TIH exclue
Poursuite du
traitement par
héparine

VPN : 99,8%

Probabilité clinique faible :

Ne pas rechercher d'anticorps anti-F4P/H, sauf en cas de doute sur la fiabilité des renseignements cliniques obtenus. Le diagnostic de TIH est exclu, le traitement par héparine peut être poursuivi.

Réévaluer la probabilité clinique en cas de nouvel évènement clinique et/ou d'aggravation de la thrombopénie. Une

vigilance particulière est recommandée dans un contexte de réanimation où les performances du score 4T sont moins bonnes.

(SFTH 2024; Accord FORT)

Probabilité clinique intermédiaire (4Ts = 4 ou 5)

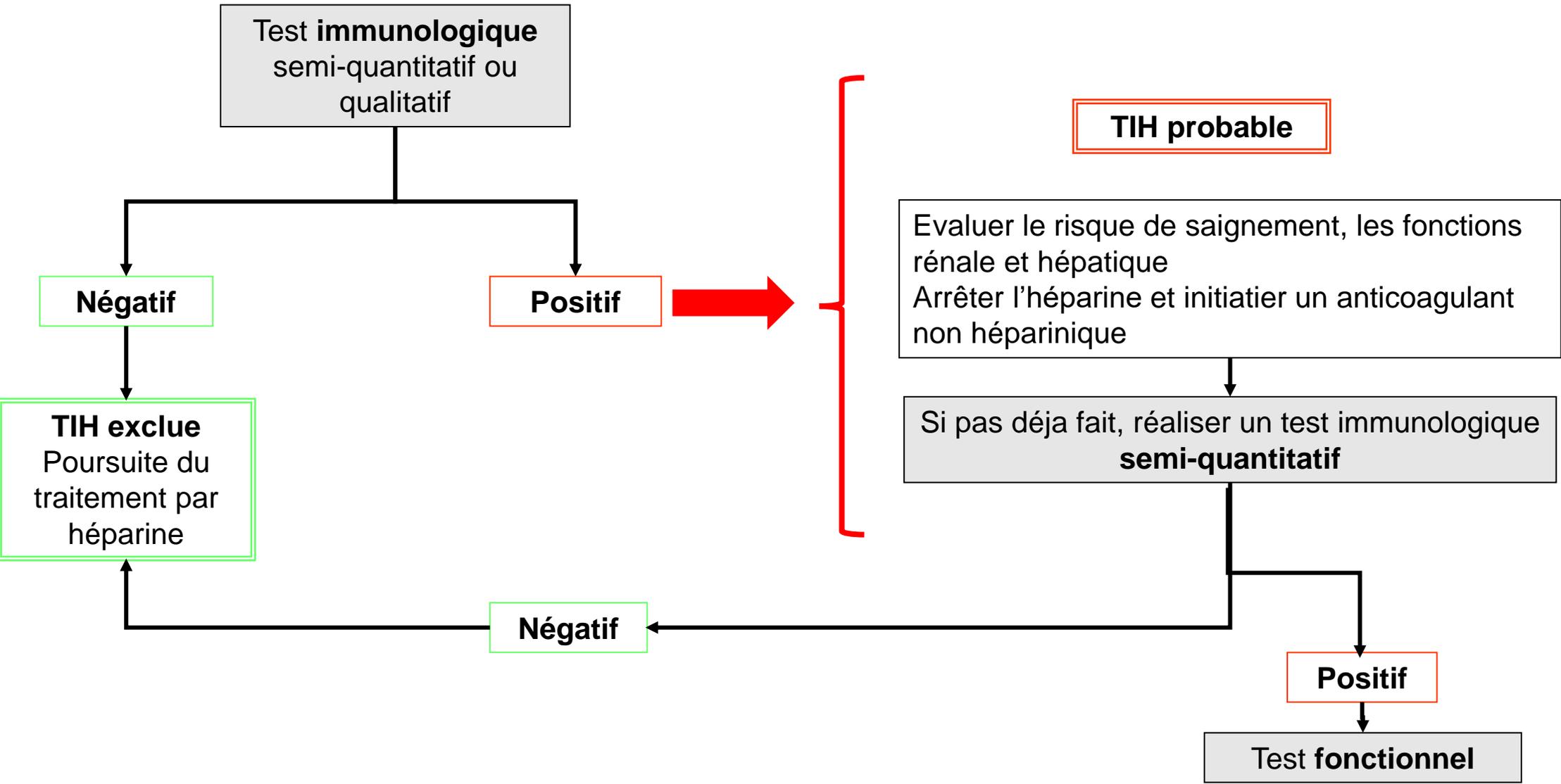
Test immunologique
semi-quantitatif ou
qualitatif

Négatif

TIH exclue
Poursuite du
traitement par
héparine

Les tests rapides immunologiques (TRI) (Stic, HemosIL, Accustar) peuvent être utilisés pour exclure une TIH uniquement chez les patients dont la probabilité clinique de TIH est intermédiaire.
(SFTH 2024; Accord FORT)

Probabilité clinique intermédiaire (4Ts = 4 ou 5)



Probabilité clinique élevée (4Ts = 6-8)

TIH probable

Sans attendre, arrêter l'héparine et prescrire un anticoagulant non héparinique après avoir évalué le risque de saignement, et les fonctions rénale et hépatique

Si pas déjà fait, réaliser un test immunologique **semi-quantitatif**

Négatif

DO < 2
 CLIA 1 - 10

DO > 2
 CLIA > 10

TIH Confirmée

Positif

Test fonctionnel

Negatif

TIH exclue ou incertaine

La TIH ne peut être exclue !!!

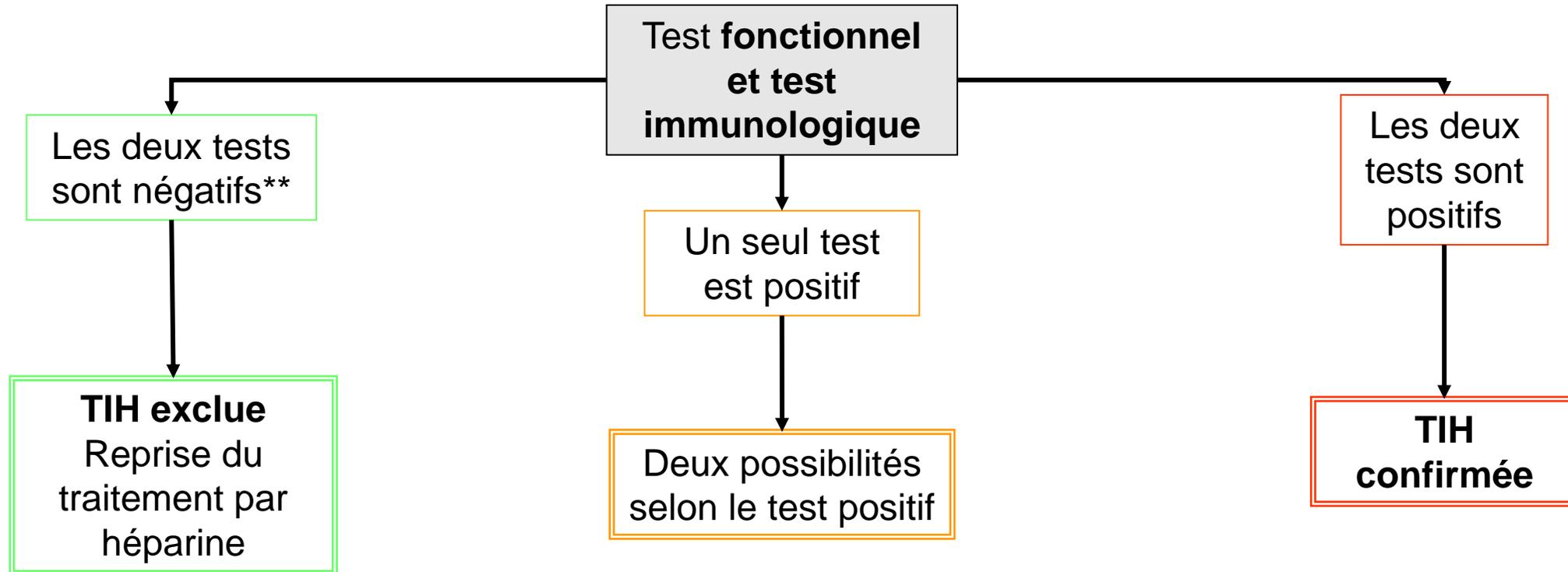
En cas de **probabilité clinique forte**, il est recommandé de :

- Evaluer les fonctions rénale et hépatique afin de décider de la thérapeutique substitutive la plus adaptée.
- Congeler les prélèvements destinés au diagnostic biologique de la TIH avant d'initier un anticoagulant autre que l'héparine.
- Rechercher des anticorps anti-F4P/H par un test immunologique semi-quantitatif **ET en cas de doute*** par un test fonctionnel.
- Ne pas attendre les résultats de la recherche d'anticorps anti-F4P/H pour remplacer l'héparine par un autre anticoagulant.

(SFTH 2024; Accord FORT)

**Si test immuno négatif ou faiblement positif;
 Si la DO est >2, le test fonctionnel n'est pas indispensable car la PC est élevée*

Comment interpréter les tests biologiques



** Si probabilité Clinique élevée : réévaluer la probabilité clinique et/ou refaire le test immunologique semi-quantitatif sur un prélèvement ultérieur

Seul le test immunologique est positif

Test immunologique semi
quantitatif positif

Test fonctionnel négatif

Si test immunologique qualitatif
Réaliser un test immunologique semi
quantitatif
ELISA de préférence

Négatif

TIH exclue

Positif

Résultat proche du seuil de
positivité

TIH peu probable
Reprise possible du
traitement par héparine

DO entre 1 et 2
ou CLIA entre 1 et 10 UA

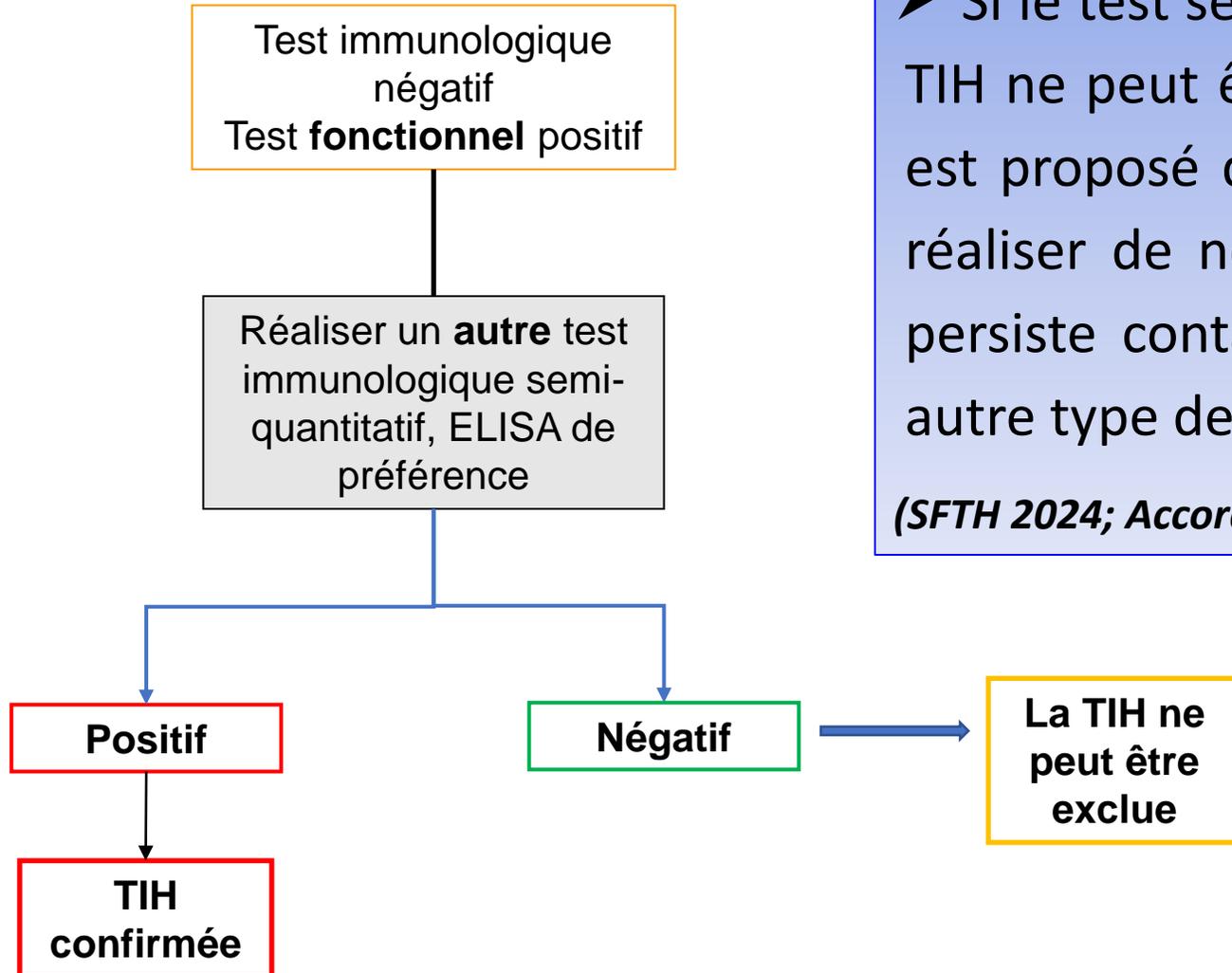
La TIH ne peut être
confirmée

DO > 2
ou CLIA > 10 UA

La TIH est très
probable

- Il est proposé de ré-évaluer la probabilité clinique, de réaliser de nouveau le test fonctionnel en faisant varier les conditions analytiques
- Si un doute persiste, il est recommandé de contacter un centre expert, pour réaliser un autre type de test fonctionnel ou un test fonctionnel sensibilisé avec du F4P. (*SFTH 2024; Accord FORT*)

Seul le test fonctionnel est positif



➤ Si le test semi quantitatif est négatif, le diagnostic de TTH ne peut être exclu. Pour confirmer le diagnostic, il est proposé de réévaluer la probabilité clinique et de réaliser de nouveau un test fonctionnel. Si un doute persiste contacter un centre expert, pour réaliser un autre type de test fonctionnel.

(SFTH 2024; Accord FORT)

Diagnostic d'une TIH = Discussion pluridisciplinaire

SFTH 2024 Accord Fort



Souvent, une discussion entre cliniciens et biologistes est nécessaire, particulièrement quand les tests biologiques sont discordants, afin de définir le niveau de probabilité du diagnostic de TIH et la prise en charge thérapeutique la plus adaptée.

Merci pour votre attention

Des question?

