

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Éviter la perfusion d'IgG en traitement de première intention chez les patients présentant une thrombocytopénie auto-immune (TAI).

Il est recommandé de traiter une TAI lorsque le nombre de plaquettes est inférieur à $30 \times 10^9/L$. On considère que le traitement de première intention est la prise d'un corticostéroïde avec l'ajout d'une perfusion d'IgG en cas de TAI sévère et de saignements abondants si une augmentation rapide du nombre de plaquettes s'impose ou qu'un traitement par un corticostéroïde est contre-indiqué. Il n'existe aucune preuve du bienfait d'une perfusion d'IgG associée à un corticostéroïde en intervention de première intention pour une TAI asymptomatique. Les perfusions intraveineuses d'IgG peuvent avoir de multiples effets défavorables, entre autres des réactions hémolytiques ou anaphylactiques aiguës, des infections, des événements thrombo-emboliques et une méningite aseptique.

2 Durant l'interruption d'un traitement par la warfarine, avant une intervention, éviter l'administration d'un traitement de rechange comme la prise d'une dose complète d'héparine de faible poids moléculaire (HFPM) ou d'une héparine non fractionnée (HNF) à moins d'un risque élevé de thrombose.

Le patient qui prend de la warfarine est peu exposé à des risques d'événements thrombotiques et n'a donc pas besoin d'un traitement anticoagulant de rechange. Lorsque le traitement par la warfarine doit être interrompu, le patient peut cesser de prendre l'anticoagulant 5 jours avant la date prévue de l'intervention et recommencer le traitement lorsqu'on le jugera sans danger par la suite. Il est prouvé que la prise d'une HFPM ou d'une HNF comme traitement de rechange provoque des saignements excessifs par rapport à l'absence de traitement de rechange et risque en bout de ligne de retarder la reprise du traitement par la warfarine. Les patients très vulnérables (comme les porteurs d'un valve mitrale mécanique, ceux qui ont subi une thrombo-embolie veineuse au cours des 3 derniers mois, ou qui ont eu de la fibrillation auriculaire et subi un accident vasculaire cérébral ou un événement ischémique transitoire récemment) sont ceux chez qui un traitement de rechange devrait être envisagé si le risque de thrombose est plus élevé que le risque de saignement péri-opératoire.

3 Éviter d'ordonner un dépistage de la thrombophilie chez la femme ayant eu une fausse couche précoce.

La fausse couche est fréquente chez la femme en bonne santé. Selon les lignes directrices actuellement en vigueur, le dépistage de routine de la thrombophilie héréditaire n'est pas recommandé chez la femme ayant eu une fausse couche. De plus, il existe des recommandations qui déconseillent l'amorce d'une thromboprophylaxie chez la femme atteinte de thrombophilie héréditaire et qui souhaite mener à terme sa grossesse. Le dépistage de la thrombophilie héréditaire expose inutilement la patiente aux effets indésirables d'une thromboprophylaxie, sans compter qu'on risque de lui attribuer faussement une maladie, ce qui pourrait résulter en changements inutiles d'un projet de voyage, de grossesse ou d'intervention chirurgicale si une thrombophilie « asymptomatique » est décelée. De plus, la patiente serait réconfortée à tort si les résultats des tests de dépistage étaient négatifs.

4 Éviter d'ordonner une biopsie à l'aiguille fine (BAF) si l'on soupçonne un lymphome.

Pour diagnostiquer un lymphome, il est impératif de prélever des échantillons de ganglions dans une architecture cellulaire saine pour permettre une classification histopathologique et l'immunophénotypage des cellules tumorales. La BAF est un test peu sensible dont les résultats risquent de retarder le diagnostic d'un lymphome. La biopsie excisionnelle constitue le meilleur test diagnostique du lymphome. Cependant, selon l'emplacement du ganglion lymphatique, la biopsie excisionnelle peut être associée à certaines complications et nécessiter une anesthésie générale. Il faudrait au moins envisager une biopsie guidée par imagerie pour accélérer le diagnostic et en accroître la précision.

5 Éviter l'administration de transfusions en ne s'appuyant que sur un seuil d'hémoglobine établi de façon arbitraire.

La décision d'ordonner une transfusion devrait s'appuyer sur l'évaluation de l'état du patient et l'examen des causes profondes de l'anémie. On dispose de données très probantes montrant que la transfusion ne présente aucun avantage et que dans certains cas, elle risque d'avoir des effets nocifs lorsqu'on vise l'atteinte d'une cible transfusionnelle établie de façon arbitraire. Si une transfusion se révèle nécessaire, il ne faut administrer que le nombre d'unités requises, plutôt qu'une quantité généreuse d'unités. Parmi les risques associés à la transfusion de globules rouges, mentionnons des réactions allergiques, la fièvre, des infections, une surcharge volumique et une hémolyse.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*, on a demandé à tous les membres de la Société canadienne d'hématologie (SCH) de soumettre des suggestions pour qu'on puisse établir une liste de recommandations. On a créé un comité directeur composé de 8 membres de la SCH ayant eux-mêmes soumis leur candidature. En s'appuyant sur les principes de la campagne Choosing Wisely de l'American Society of Hematology et ceux de *Choisir avec soin*, les membres de ce comité ont cerné des points pouvant faire partie de liste finale de recommandations. Selon ces principes, les recommandations devaient viser la réduction des effets nuisibles, être appuyées par des données, être axées sur une atténuation de la pression sur le système des soins de santé, viser surtout les tests, interventions et traitements courants relevant du domaine d'expertise clinique des membres de la SCH. Les points jugés importants par au moins 5 des 7 membres du comité (le dernier étant le président qui devait rester impartial) ont été revus à la lumière de preuves. On a donné aux membres la possibilité de s'abstenir de voter sur un point en particulier lorsqu'ils estimaient qu'il ne faisait pas partie de leur champ d'exercice. Trente-huit recommandations ont été proposées par l'ensemble des membres et 12 ont été retenues pour la revue des preuves. Qualité des services de santé Ontario et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé ont effectué les recherches documentaires. On a décidé que les recommandations des experts devaient être soutenues par un ensemble de preuves suffisantes si d'autres principes étaient retenus. Chaque fois qu'une ligne directrice de pratique clinique pertinente a été retenue, on l'a revue pour en assurer la compatibilité avec les recommandations finales. En cas de désaccord, on a sollicité l'opinion d'experts canadiens du domaine. Les agences qui se sont occupées de l'étude documentaire ont présenté des résumés de preuves pour chaque suggestion proposée pour la liste. À la lumière des résumés et des lignes directrices et principes de la SCH, on a réduit la liste des 12 points à une liste finale de 5 en tenant compte des cotes attribuées par le comité.

Sources

1

Qualité des services de santé Ontario. Intravenous immune globulin for primary immune thrombocytopenia. Examen rapide [en ligne]. 2014 [consulté le 21 août 2014]. Disponible ici : <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/rapid-reviews>.

Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, Solberg L, Jr., Crowther MA. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*, le 21 avril 2011; 117(16):4190-4207.

Neunert CE. Current management of immune thrombocytopenia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2013;2013:276-282.

Provan D, Stasi R, Newland AC, et coll. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*, le 14 janvier 2010; 115(2):168-186.

2

Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et coll. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, février 2012; 141(2 Suppl):e326S-350S.

Siegal D, Yudin J, Kaatz S, Douketis JD, Lim W, Spyropoulos AC. Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists: systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates. *Circulation*, le 25 septembre 2012; 126(13):1630-1639.

Spyropoulos AC, Douketis JD. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood*, le 11 octobre 2012; 120(15):2954-2962.

Qualité des services de santé Ontario. Heparin bridging therapy during warfarin interruption for surgical and invasive interventional procedures: a rapid review of primary studies [en ligne]. 2014 [consulté le 21 août 2014]. Disponible ici : <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/rapid-reviews>.

3

Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, février 2012; 141(2 Suppl):e691S-736S.

Chan WS, Rey E, Kent NE, et coll. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, juin 2014; 36(6):527-553.

4

de Kerviler E, de Bazelaire C, Mounier N, et coll. Image-guided core-needle biopsy of peripheral lymph nodes allows the diagnosis of lymphomas. *Eur Radiol*, mars 2007; 17(3):843-849.

Demharter J, Muller P, Wagner T, Schlimok G, Haude K, Bohndorf K. Percutaneous core-needle biopsy of enlarged lymph nodes in the diagnosis and subclassification of malignant lymphomas. *Eur Radiol*, 2001; 11(2):276-283.

Swerdlow SH. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4e éd. Organisation mondiale de la santé; 2008.

Qualité des services de santé Ontario. The Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology in the Diagnosis of Lymphoma: A Rapid Review [en ligne]. 2014 [consulté le 21 juillet 2014]. Disponible ici : <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations>.

5

Callum J, Lin Y, Pinkerton P, et coll. Bloody easy 3, blood transfusions, blood alternatives and transfusion reactions, a guide to transfusion medicine. 3e éd. Toronto (Ont.) : Centre des sciences de la santé Sunnybrook and Women's College; 2011.

La Société canadienne de médecine interne : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. *Choisir avec soin* [en ligne]. 2014 [consulté le 26 août 2014]. Disponible ici : <http://www.choisiravecsoin.org/?s=m%C3%A9decine+interne>.

Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. *Ann Intern Med*, le 3 juillet 2012; 157(1):49-58.

Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med*, le 11 février 1999; 340(6):409-417.

Hicks LK, Bering H, Carson KR, et coll. The ASH Choosing Wisely(R) campaign: five hematologic tests and treatments to question. *Blood*, le 5 décembre 2013; 122(24):3879-3883.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne Choisir avec soin reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de La Société canadienne d'hématologie

La Société canadienne d'hématologie (SCH) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCH est une association professionnelle qui a été fondée en 1971 et qui regroupe la plupart des hématologues du Canada. Les objectifs principaux de la SCH sont de maintenir l'intégrité et la vitalité de la spécialité de l'hématologie en participant, avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, à la conception de programmes de formation de notre relève, en encourageant et en récompensant la recherche scientifique et en fournissant un forum de communication et de soutien mutuel pour tous nos collègues, tant du milieu communautaire qu'universitaire.