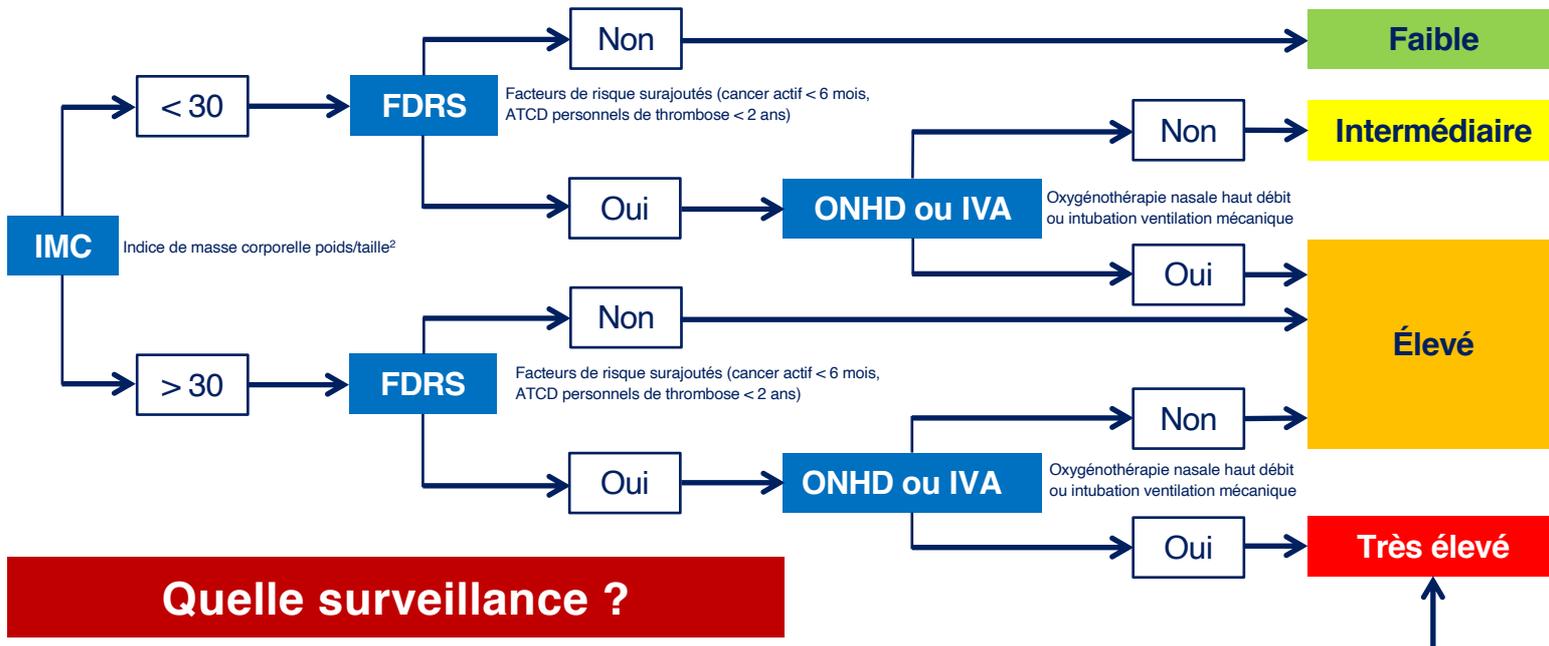


## Quel risque ?



## Quelle surveillance ?

Toutes les 24 à 48 H

- Numération plaquettaire sur NFS
- Temps de Quick TQ ou taux de prothrombine TP
- Temps de céphaline activé TCA
- Fibrinogène
- D-dimères

- ECMO (veino-veineuse ou veino-artérielle)
- Thromboses de cathéter itératives ou inhabituelles
- Thromboses de filtre d'épuration extra-rénale
- Syndrome inflammatoire marqué (Fibrinogène > 8 g/L, D-Dimères > 3000 ng/mL) et/ou hypercoagulabilité

## Quel Traitement ?

### Risque intermédiaire

- Enoxaparine 4000 UI/24H ou
- Tinzaparine 3500 UI/24H ou
- Fondaparinux 2,5 mg/24H (ClCr > 50 ml/min)
- Insuffisance rénale
  - Enoxaparine 2000 UI/24H (ClCr 15-30 ml/min)
  - Tinzaparine 3500 UI/24H (ClCr 20-30 ml/min)
- Pas de surveillance de l'activité anti-Xa

### Risque très élevé

- Enoxaparine 100 UI/Kg/12H sans dépasser 10 000 UI/12H
- Insuffisance rénale
  - HNF 500 UI/Kg/24H

#### Monitoring Activité anti-Xa

- Risque élevé : 0,3 à 0,5 UI/mL
- Risque très élevé : 0,5 à 0,7 UI/mL

#### Thrombopénie induite par l'héparine

- Fondaparinux 2,5 mg/24H

**IMPORTANT**

- ### Risque élevé
- Enoxaparine 4000 UI/12H ou 6000 UI/12H si poids > 120 Kg
  - Insuffisance rénale (ClCr < 30 ml/min)
    - HNF 200 UI/Kg/24H
  - Surveillance de l'activité anti-Xa
    - 4 heures après la 3<sup>ème</sup> injection
    - Puis à intervalles réguliers

- Relayer les anticoagulants oraux (AVK ou AOD) par l'héparinothérapie,
- Évaluer la durée et l'intensité de la thrombophylaxie selon la sévérité de l'infection et les facteurs de risque,
- Interrompre tout traitement hormonal ou apparenté,
- Suspecter une embolie pulmonaire chez tout patient présentant brutalement une aggravation respiratoire et/ou hémodynamique,
- Considérer un écho-doppler veineux des membres inférieurs devant toute aggravation clinique inexpliquée et/ou élévation brutale des D-Dimères,
- Discuter la compression pneumatique intermittente.

\*HNF Héparine non fractionnée  
\*ClCr Clearance de la créatinine