



VOS TROIS MINUTES MENSUELLES

N° 34 JANVIER 2021

Est-il possible de faire une injection intramusculaire de psychotropes (antipsychotiques, benzodiazépines) chez un patient sous traitement anticoagulant ? Comment faire ? Quelles précautions prendre ?

Proposées par Amélie Rousseau (Erstein), Jean-Marc Tosi (Erstein)

Il est d'usage de contre-indiquer le recours à une injection intra-musculaire (IM) chez un patient anticoagulé en raison du risque théorique d'hémorragies graves (hématomes profonds) (Fox et al, 2020). Toutefois le recours à une IM peut, dans certaines situations cliniques, devenir une option incontournable dans la prise en charge du patient. L'évaluation de la balance bénéfique/risque doit alors être soigneusement réalisée afin de faire la part des choses entre le bénéfice attendu sur la symptomatologie et le risque hémorragique associé.

L'évaluation du risque hémorragique intègre plusieurs dimensions :

- 1- L'aspect théorique : l'IM peut provoquer des saignements locaux secondaires à l'effraction des capillaires présents au niveau musculaire (tissus richement vascularisés). Ces saignements sont potentiellement d'autant plus importants/graves dans un contexte d'hypocoagulabilité.
- 2- Les données des différents RCP :
 - Pour les AVK (fluindione, warfarine, acénocoumarol) et certaines héparines (tinzaparine par exemple), le RCP mentionne la phrase « *il faut éviter les injections intramusculaires qui peuvent provoquer des hématomes* » ;
 - Pour les autres anti-thrombotiques (autres héparines, héparinoïdes et les anticoagulants oraux directs [AOD] [dabigatran, apixaban, rivaroxaban]) : aucune mention particulière.
- 3- Les données issues de la pharmacovigilance : Le CRPV de Strasbourg interrogé à ce sujet informe ne recevoir quasiment aucune notification de ce type (hématomes secondaires à une IM chez un patient anticoagulé). Ce défaut de déclaration pourrait être le fait de l'existence d'une mention de ce risque dans le RCP de certaines molécules, que la majorité des cas soient « non graves » et que ce risque soit connu des professionnels de santé.
- 4- Les données de la littérature scientifique : il n'a pas été démontré de sur-risque hémorragique lors de l'utilisation IM par rapport à la voie sous-cutanée chez le patient anticoagulé (généralement études rétrospectives, petits groupes de patients, peu de médicaments testés : généralement vaccin contre la grippe – Raj et al, 1995 ; Delafuente, 1998, Casajuana, 2008 ; Lago-Diebe, 2014).
- 5- Les recommandations de groupes de travail : il n'existe, à notre connaissance, pas de recommandations abordant spécifiquement ce sujet. Les recommandations de la société française de chirurgie orale (en collaboration avec la société française de cardiologie et le groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire) sur la gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale sont des éléments potentiellement informatifs sur la conduite à tenir lors de la prescription d'une IM chez un patient anticoagulé.



En effet, une IM étant un geste considéré à risque hémorragique faible, la conduite à tenir selon le type d'anticoagulant prescrit pourrait s'envisager de la manière suivante :

Anticoagulant	Conditions idéales pour la réalisation d'une IM
AVK	INR < 3.5 Aiguille la plus petite possible (compatible avec les modalités d'administration du médicament IM) Injection dans le muscle deltoïde
AOD	Geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine administration
Héparine à dose préventive	Geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine administration
Héparine à dose curative – deux administrations quotidiennes	Il est recommandé de sursoir la prochaine injection d'anticoagulant – sur avis d'un médecin somaticien
Héparine à dose curative – une administration quotidienne	Geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine administration

Dans tous les cas, certains éléments/précautions peuvent être recommandés au décours de l'IM :

- Préférer une autre voie que la voie IM lorsque cela est possible (en intégrant une hiérarchisation entre les formes orales – cp, gtt – , les autres voies parentérales – intraveineuses, sous-cutanées – et la voie IM) ;
- Maintien d'un point de compression pendant 5 minutes au décours de l'IM ;
- Surveillance locorégionale immédiate (env. 15min) à la recherche d'un saignement, gonflement ou hématome local ;
- Surveillance locorégionale à distance (env. 7 jours).

Finalement, se pose la question de l'extrapolation directe de ces éléments en regard de la place de l'IM en psychiatrie. Alors que l'anticipation d'une IM d'un neuroleptique à action prolongé peut se concevoir afin de répondre aux précautions précitées (injection décalée par rapport à l'administration d'un anticoagulant, INR, patient compliant, compression et surveillance aisée), le recours en urgence aux traitements IM dans les situations d'agitation, d'hétéro- auto-agressivité interroge. Ces situations rendent difficile voire impossible la réalisation anticipée d'un INR, d'un point de compression local efficace et compliquent potentiellement la surveillance locorégionale. De plus, l'agitation au moment de l'acte peut également aggraver le risque de lésion musculaire et de saignement (notamment chez le sujet âgé avec l'installation d'une sarcopénie). Ces situations très spécifiques incitent à une validation médicale avant chaque injection, une surveillance accrue au décours et si nécessaire le décalage, en lien avec le médecin somaticien, de la prochaine administration de l'anticoagulant.



Bibliographie :

- Casajuana, J., Iglesias, B., Fàbregas, M. et al. Safety of intramuscular influenza vaccine in patients receiving oral anticoagulation therapy: a single blinded multi-centre randomized controlled clinical trial. BMC Hematol 8, 1 (2008).
- Delafuente JC, Davis JA, Meuleman JR, Jones RA: Influenza vaccination and warfarin anticoagulation: a comparison of subcutaneous and intramuscular routes of administration in elderly men. Pharmacotherapy. 1998, 18: 631-636.
- Lago-Deibe, F.I., Martín-Miguel, MV., Velicia-Peñas, C. et al. The safety and efficacy of the tetanus vaccine intramuscularly versus subcutaneously in anticoagulated patients: a randomized clinical trial. BMC Fam Pract 15, 147 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-147>
- Raj G, Kumar R, McKinney WP: Safety of intramuscular influenza immunization among patients receiving long-term warfarin anticoagulation therapy. Arch Intern Med. 1995, 155: 1529-1531. 10.1001/archinte.155.14.1529.
- SFCO, SFC, GIHP. Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Recommandations. Med Buccale Chir Buccale 2015;21: S5 - S14. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2015036>
- SFCO, SFC, GIHP. Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Argumentaire. Med Buccale Chir Buccale 2015;21:S15-S81. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2015037>