



**TOOLS FOR  
PRACTICE**

 **PEER** PATIENTS  
EXPERIENCE  
EXCELLENCE  
RESEARCH

## Acide tranexamique – Un traitement urgent pour les urgences traumatiques?

### QUESTION CLINIQUE

**L'acide tranexamique (ATX) améliore-t-elle la mortalité ou les capacités fonctionnelles sans augmenter le risque d'effets indésirables chez l'adulte à la suite d'un traumatisme général ou à la tête ?**

### CONCLUSION

**L'administration d'ATX aux adultes victimes d'un traumatisme dans les 3 heures suivant la blessure diminue la mortalité à 28 jours de 16 % à 14,5 %. En traumatisme craniocérébral isolé, l'administration d'ATX dans les 3 heures diminue la mortalité de 14 % à 12,5 % chez les individus présentant un score de Glasgow >3, une différence particulièrement observée chez les individus ayant un score Glasgow de 9 à 15. L'ATX n'a pas causé davantage d'effets indésirables graves que le placebo.**

### DONNÉES PROBANTES

- Deux grands essais randomisés contrôlés contre placebo d'ATX intraveineuse (1g en 10 minutes puis 1g en 8 heures) en traumatisme chez l'adulte (>80 % des hommes, âge médian 35-42 ans). Résultats à 28 jours.

- Traumatismes généraux: 20 211 patients (dont 31 % avaient aussi une atteinte à la tête) se présentant ≤8 heures suivant la blessure avec des signes de choc ou un risque significatif d'hémorragie.<sup>1,2</sup>
  - Mortalité toute cause : 14,5 % versus 16 % placebo; nombre nécessaire pour traiter (NNT)=67.
    - Seul le traitement administré dans les 3 premières heures améliorait la mortalité (traitement > 3 heures : aucune différence).
  - Effets indésirables : événements vasculaires thrombotiques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire) 1,7 % versus 2,0 % placebo (pas de différence statistiquement significative).
- Traumatismes craniocérébraux : 12 737 patients avec un score de Glasgow (SG) ≤12 ou un saignement intracrânien au scan, sans saignement extracrânien majeur.<sup>3,4</sup> Délai admissible entre le traumatisme et le traitement est passé de 8 à ≤3 heures au cours de l'étude. Résultats pour les patients se présentant ≤3 heures (n=9202) :
  - Mortalité toute cause : aucune différence.
  - Mortalité liée au traumatisme à la tête : aucune différence.
    - Analyses selon la gravité du traumatisme (certaines analyses pré-spécifiées) :
      - En excluant SG de 3 : 12,5 % versus 14 % placebo ; NNT=67.
      - SG 3-8 : aucune différence.
      - SG 9-15 : 5,8 % versus 7,5 % placebo ; NNT=59.
  - Score de capacité fonctionnelle similaire dans les deux groupes.
  - Effets indésirables : aucune différence.
  - Limites : Pas de correction statistique pour les analyses de sous-groupes.
- D'autres revues systématiques dominées par les études ci-haut rapportent des résultats similaires.<sup>5,6</sup>

## CONTEXTE

- Les saignements causent de 20 à 45 % des décès par traumatisme.<sup>7,8,9</sup>
- Les guides de pratiques recommandent d'administrer de l'ATX dans les 3 heures si :
  - « Patients avec traumatisme grave et un saignement ».<sup>10</sup>
  - « Patients avec traumatisme grave et un saignement actif ou suspecté ».<sup>11</sup>
- L'administration préhospitalière d'ATX n'a pas amélioré :
  - La mortalité en traumatisme généraux.<sup>12</sup>
  - Les complications neurologiques en traumatismes craniocérébraux.<sup>13</sup>

## RÉFÉRENCES

1. CRASH-2 trial Collaborators. Lancet. 2010; 376: 23-32.
2. Roberts I, Shakur H, Coats T, et all. Health Technol Assess. 2013; 17 (10): ISSN 1366-5278.
3. CRASH-3 trial Collaborators. Lancet. 2019; 394:1713-23.
4. Roberts I, Shakur-still H, Aeron-Thomas A, et all. Health Technology Assess. 2021: 25(26): ISSN 1366-5278.
5. Ker K, Roberts I, Coats T. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (5):CD004896.
6. Lawati K, Sharif S, Al Maqbali A, et all. Intensive Care Med. 2021; 47(1): 14-27.

## AUTEURS

**Jennifer Young, MD CCMF(MU), Elfriede Cross, MD FRCPC, Michael R Kolber, MD CCMF MSc.**

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

7. Ackery A, Rizoli S. CMAJ. 2014; 186:15.
8. Wong J, George R, Hanley C, et all. Can J Anesth. 2021 ;68:894-917.
9. Callcut R, Kornblith L, Conroy A, et all. J Trauma Acute Care Surg 2019; 86(5):864-870.
10. Cannon, JW, Khan, MA, Raja, AS, et all. J Trauma Acute Care Surg 2017; 82(3):605-617.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2016 (Guideline, No. 39) Assessment and management of hemorrhage. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368100/> Accessed April 2, 2022.
12. Guyette F, Brown B, Zenati M, et all. JAMA Surgery. 2020; 156(1): 11-20.
13. Rowell S, Meier E, McKnight B, et all. JAMA. 2020; 324(10):961-974.

---

**TOOLS FOR PRACTICE**  
**FOURNIS PAR**



---

**EN COLLABORATION AVEC**



**Tools for Practice** are peer reviewed and summarize practice-changing medical evidence for primary care. Coordinated by **Dr. G. Michael Allan** and **Dr Adrienne Lindblad**, they are developed by the Patients, Experience, Evidence, Research (PEER) team, and supported by the College of Family Physicians of Canada, and the Alberta, Ontario, and Saskatchewan Colleges of Family Physicians. Feedback is welcome and can be sent to [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Archived articles can be found at [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca)

*This communication reflects the opinion of the authors and does not necessarily mirror the perspective and policy of the College of Family Physicians of Canada.*