

Figure 3. Exemple de schéma possible pour l'utilisation péri-opératoire de l'acide tranexamique

**10 à 20 mg/kg IV (souvent 1 g) sur 10 min environ à l'incision
(ou avant lâcher garrot)**

Jusqu'à 100 mg/kg (maximum !) en chirurgie cardiaque
(par exemple bolus de 50 mg/kg sur 1 h à l'incision)

**± Entretien
jusqu'à la fin de la chirurgie,
ou pendant 8 à 18 h**

- Bolus itératifs : ex : 10-15 mg/kg (souvent 1 g) toutes les 4 h (espacer si insuffisance rénale, par exemple toutes les 6-8 h).
- Ou IVSE : 1-5 mg/kg/h pendant la chirurgie.
- Ou IVSE : 1 g sur 8 h.

**± Administration topique
par le chirurgien**

- Par exemple : 3 g dans 120 mL : 1,5 g pendant puis 1,5 g à la fin.
- Ou par exemple : 1 g dans le cotyle, 1 g dans le fût fémoral avant implant, 1 g espace sous-cut lors fermeture.

Ce schéma peut être utilisé en préventif pour toutes les chirurgies où un risque hémorragique particulier est identifié et pour les interventions de chirurgie osseuse majeure. Il est proposé de l'utiliser dès qu'une hémorragie non prévue est identifiée quelle que soit la chirurgie.

Un entretien ou une ou plusieurs réinjections est à privilégier en cas de chirurgie hémorragique, ou si saignement post-opératoire.

Une utilisation topique seule est possible pour certaines chirurgies à risque hémorragique moins important dans certain cas particuliers, comme pour les extractions dentaires en pédiatrie ou dans certaines maladies de l'hémostase.

Les contre-indications doivent être respectées, en particulier la présence d'un événement thrombo-embolique récent. Cependant, les experts retiennent qu'une discussion bénéfices/risques doit avoir lieu systématiquement en cas de risque hémorragique majeur en vu de son utilisation malgré la présence de contre-indications (notamment antécédents de convulsion, insuffisance rénale ou événement thromboembolique ancien ou récent).