

5) GESTION PÉRIOPÉRAIRE (interventions programmées)

Quelle que soit la situation envisagée, il s'agit de faire la balance entre le risque thrombotique et le risque hémorragique de l'acte invasif ou de la chirurgie.

Recommandations de la HAS et du groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT), 2008 : « prise en charge des surdosages en AVK, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques, chez les patients traités par AVK, en ville ou en milieu hospitalier ».

SYNTHÈSE DU GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL

> Un petit nombre d'actes, responsables de saignements de faible intensité et aisément contrôlés*, peuvent être réalisés en ville sans interrompre les AVK (INR compris entre 2 et 3, à contrôler avant le geste), s'il n'existe pas de risque médical associé (prise d'un autre médicament ou comorbidité interférant avec l'hémostase ou avec l'équilibre du traitement anticoagulant, ex : anti-inflammatoires, antibiothérapie) et sous réserve d'assurer la surveillance postopératoire pendant le temps nécessaire.

> En cas d'acte chirurgical à risque hémorragique modéré ou élevé

- Prendre un avis spécialisé (cardiologue) pour décider de la conduite à tenir
- Les décisions de l'équipe médico-chirurgicale doivent être prises en concertation avec le médecin traitant et le cardiologue.

> Si l'arrêt des AVK s'impose, il importe de reprendre ensuite le traitement AVK conformément au point 2 : « Initiation et stabilisation du traitement AVK », comme si c'était la première fois (présence ou absence de relai par héparine).

> Dans tous les cas, privilégier la communication entre les professionnels pour une décision concertée dans l'intérêt du patient.

SYNTHÈSE DU GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL

> Exemple de la conduite à tenir dans le cas d'une extraction dentaire

- Le dentiste doit se mettre en relation avec le médecin traitant, qui l'informe que l'arrêt temporaire des AVK puis sa reprise sont plus préjudiciables pour le patient ≥ 75 ans en FA qu'un saignement pouvant être rapidement contrôlé
- Recommandations de la Société Francophone de médecine et chirurgie buccales : www.societechirbuc.com
- **Dans tous les cas INR dans les 24 h précédant l'intervention**

• Si le dentiste estime que l'arrêt des AVK reste nécessaire

- Prendre un avis spécialisé (cardiologue) pour décider de la conduite à tenir
- Changer éventuellement le contexte du soin (prise en charge hospitalière ...)

* chirurgie cutanée, chirurgie de la cataracte, actes de rhumatologie de faible risque hémorragique, certains actes de chirurgie bucco-dentaire, certains actes d'endoscopie digestive, www.rumatologie.asso.fr, www.societechirbuc.com, www.sfed.org

POUR OBTENIR DES CARNETS DE SUIVI DES AVK À DISTRIBUER À VOS PATIENTS

ADRESSEZ-VOUS AU :

Médecin	La Fédération Française de Cardiologie (FFC) 50, rue des Colonnes du Trône - 75012 PARIS Fax : 01 43 87 98 12 e-mail : infos@fedecardio.com
Pharmacien ou Biologiste	Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) E-mail : cespharm@ordre.pharmacien.fr Commande en ligne sur le site : www.cespharm.fr

Projet Régional de Réduction du risque Thromboembolique chez les patients âgés de 75 ans et plus en fibrillation auriculaire



FAREMBOL

OCTOBRE 2012

LA PRESCRIPTION ET LA GESTION DES AVK CHEZ LES PERSONNES AGÉES ≥75 ANS EN FIBRILLATION AURICULAIRE

1) RÉFLEXION BÉNÉFICES-RISQUES DE LA PRESCRIPTION D'AVK*

* recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (août 2010)

> Évaluation du rapport de risque thromboembolique : Utilisation du score CHA2DS2-VASc*

- Score > 2 : anticoagulation orale.
- Score = 1 : anticoagulation orale ou aspirine avec une préférence pour les anticoagulants oraux.
- Aucun facteur de risque : pas de traitement antithrombotique, ou aspirine avec une préférence pour l'absence de traitement antithrombotique.

Caractéristiques du patient	Points
Insuffisance cardiaque / dysfonction VG	1
Hypertension	1
Age > 75 ans	2
Diabète	1
AVC / AIT ou embolie périphérique	2
Pathologie vasculaire (IDM, vasc. périph. ou plaque athéromateuse aortique)	1
Âge 65-74 ans	1
Sexe féminin	1
Score maximum	9

*Acronyme CHA₂DS₂-VASc : Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 years, Diabetes mellitus and prior Stroke or transient ischaemic attack, Vascular disease, Age 65-74 years, Sex female (Les "2" en indice traduisent que la caractéristique du patient, si elle est présente lors de l'évaluation du risque, vaut 2 points.)

➔ Sauf contre-indication, tout patient ≥75 ans en FA est supposé recevoir un traitement anticoagulant

> Évaluation du score de risque hémorragique : Utilisation du score HAS-BLED

Caractéristiques	Points
Hypertension	1
Anomalie de la fonction rénale ou hépatique	1 pour chacun
AVC	1
Hémorragie	1
INR instable	1
Âge > 65 ans	1
Médicaments ou alcool	1 pour chacun
Score maximum	9

- ≥ 4 : risque élevé
- 2 - 3 : risque modéré
- 0 - 1 : risque faible

LA PRESCRIPTION ET LA GESTION DES AVK CHEZ LES PERSONNES AGEES ≥75 ANS EN FIBRILLATION AURICULAIRE

2) INITIATION ET OPTIMISATION DU TRAITEMENT AVK

Dans la fibrillation auriculaire, l'INR doit se situer à l'intérieur de la zone thérapeutique [2,0-3,0]

L'initiation du traitement par AVK est une période à haut risque de surdosage chez la personne âgée, et ce risque persiste au moins pendant les 3 premiers mois du traitement. Afin de prévenir au maximum ce risque, il est impératif de mener une initiation en douceur, sans dose de charge.

Dose initiale et paliers d'ajustement des posologies par spécialité (ANSM)* avec adaptation pour le patient âgé**

Bilan avant traitement : NFS (Hb, plaquettes), hémostase (TP, TCA, Fg).

COUMADINE® <u>2 mg</u> (Warfarine)	Dose initiale : 4 mg (2 comprimés à 2 mg) Ajustement : palier de 1 mg (½ comprimé à 2 mg).
PREVISCAN® <u>20 mg</u> (Fluindione)	Dose initiale : 10 mg (1/2 comprimé) Ajustement : palier de 5 mg (soit ¼ de comprimé).
MINISINTROM® <u>1 mg</u> (Acénocoumarol)	Dose initiale : 2 mg (2 comprimés à 1 mg) Ajustement : palier de 1 mg (soit 1 comprimé à 1mg)

> Rythme des contrôles biologiques

- Le premier contrôle doit s'effectuer dans les 48+/-12 heures après la première prise d'AVK, pour dépister une hypersensibilité individuelle : un INR supérieur à 2 annonce un surdosage à l'équilibre et doit faire réduire la posologie.
- Le deuxième contrôle s'effectue en fonction des résultats du premier INR, pour apprécier l'efficacité anticoagulante (selon les cas entre 3 à 6 jours après la première prise).
- L'ajustement de la posologie des AVK s'effectue par paliers, en contrôlant l'INR tous les 2 à 4 jours jusqu'à stabilisation de sa valeur sur deux contrôles successifs
 - > Si l'INR cible n'est pas atteint, la posologie d'AVK doit être ajustée. Le contrôle de l'INR doit être à nouveau réalisé, tous les 2 à 4 jours, jusqu'à obtention de l'INR cible.
 - > Quand l'INR cible est atteint et stabilisé, la posologie d'AVK doit être maintenue. Les contrôles de l'INR sont progressivement espacés en quelques semaines jusqu'à un intervalle maximal d'un mois.

> Relai de l'héparinothérapie

- En raison du temps de latence de l'action anticoagulante des AVK, l'héparine doit être maintenue à dose inchangée pendant toute la durée nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'INR soit dans l'intervalle thérapeutique [2-3] 2 jours consécutifs.

> Remise du carnet AVK

3) SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

En cas de :

- Saignement extériorisé ou signe clinique évoquant une hémorragie interne (hématome ...)
- Pathologie intercurrente aiguë : infection, hyperthermie, décompensation cardiaque ...
- Modification du traitement : ajout **mais aussi retrait ou modification de posologie d'un médicament.**

> Rapprocher les dosages de l'INR
Gestion du surdosage
(cf point 4 surdosage)

> Adapter la posologie
(cf point 2 paliers d'ajustement des posologies)

Autres examens biologiques

Il est nécessaire de réaliser les explorations suivantes en cas de phénomène aigu intercurrent susceptible d'induire d'importantes variations de l'INR en dehors de la zone thérapeutique (2-3) : épisode infectieux, chute, confusion mentale, perte de poids récente...

- Clairance de la créatinine
- Albuminémie
- CRP

4) GESTION D'UN SURDOSAGE ASYMPTOMATIQUE (zone thérapeutique [2-3])

Recommandations HAS et GEHT (2008)

> Privilégier la prise en charge en ambulatoire si le contexte le permet

> Préférer l'hospitalisation s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque hémorragique individuel (âge, antécédents hémorragiques, comorbidités).

Résultat INR	Mesures correctrices recommandées en fonction du résultat de l'INR et de l'INR cible (zone thérapeutique [2-3])	Hospitalisation - selon l'environnement médico-social du patient - selon la réponse aux mesures hémostatiques si hémorragie
INR < 4	> Pas de saut de prise > Pas d'apport de vitamine K	
4 ≤ INR < 6	> Saut d'une prise > Pas d'apport de vitamine K	
6 ≤ INR < 10	> Arrêt du traitement > 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable FORME PEDIATRIQUE)	
INR ≥ 10	> Arrêt du traitement > 5mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable FORME ADULTE)	

> Contrôler l'INR le lendemain : si l'INR reste supra thérapeutique, les mesures correctrices proposées restent valables et peuvent être reconduites.

> Chercher à identifier la cause du surdosage

* ANSM. Mise au point sur le bon usage des médicaments AVK. Actualisations Avril 2009. Principales informations concernant les indications et la surveillance du traitement pour les professionnels de santé.

** Les dosages les plus faibles doivent être préconisés chez les patients gériatriques afin d'éviter tout risque de confusion avec les comprimés de dosages supérieurs.