

Edito

Prochainement, Un nouveau dilemme pour le médecin prescripteur.

D'une part, devrait s'ouvrir la prescription de nouveaux anticoagulants dont la demande d'AMM est désormais engagée quant aux indications couvertes par les AVK.

Ils devraient permettre un traitement plus aisé, non dénué de risque hémorragique à préciser, et avec des incertitudes quant à sa gestion au quotidien dans des populations variées – pouvant différer notablement de celles des premières études – populations âgées poly médicamenteuses ...

- et ceci, en l'absence d'antidote et d'un test de suivi facilement praticable qui aurait fait ses preuves.

D'autre part, le prescripteur pourra continuer à prescrire les AVK avec les difficultés de suivi bien connues mais pour lesquelles nous disposons de moyens auxquels nous aurons d'autant plus de nécessité de recourir.

Le principe de précaution (inscrit dans la Constitution) nécessite de prendre le plus d'assurances possibles et nous espérons qu'il prévaudra au niveau de ces demandes (pressantes) d'AMM.

Le CSCTA (soutenu par l'Assurance Maladie) dispose d'un outil (gracieux et simple d'utilisation) qui s'inscrit dans une démarche qualité de tous les intervenants du traitement AVK, et nous permet déjà et continuera de nous permettre d'optimiser le traitement AVK et d'en réduire la iatrogénie.

COMMENT DANS UN TEL DILEMME SE PASSER D'UNE TELLE ASSURANCE, s'agissant notamment des patients sous AVK ?

S'EN RETRANCHER DOIT DANS CE CONTEXTE ETRE ANALYSE EN TERME DE PERTE DE CHANCES POUR LE PATIENT.

Dr Jean-Marie SCHNELLER (Vice-Président du CSCTA)

Education thérapeutique des patients sous AVK

Dr Edouard LICHTBLAU (Médecin du CSCTA)

Le Centre de Suivi et de Conseil des Traitements Anticoagulants (CSCTA), à travers sa clinique d'aide à la prescription des AVK, privilégie la demande de qualité.

Entre 1999 et 2008, le traitement par AVK reste la première cause d'hospitalisation pour iatrogénicité médicamenteuse.

Il est donc normal qu'il propose aux patients sous anticoagulants une éducation thérapeutique, qui répond à la demande croissante des médecins (sociétés savantes, collègues), des patients et de leurs proches.

Celle-ci est organisée une fois toutes les six semaines environ dans les locaux de l'URML à Rouen.

Elle se réalise avec un petit groupe de patients et leurs proches sous forme de projection d'un diaporama expliquant le rôle des AVK, les affections entraînant un traitement par AVK et enfin le moyen de surveiller son INR.

Nous insistons également sur le choix de l'INR comme référence biologique en excluant le TP, trop souvent pris en compte.

Les patients sont recrutés soit par le bouche à oreille, soit par les infirmières, les pharmaciens ou les médecins.

A la suite de cette séance, les patients se disent satisfaits des informations qui leurs sont fournies.

CSCTA

20 rue Stendhal
Île Lacroix 76000 Rouen

Tél. 02 35 03 21 04 - Fax : 03 59 99 00 83

csctarouen@wanadoo.fr
www.cscta.fr

■ **920 patients 225 médecins**

Le CSCTA remercie les infirmier(e)s de leur étroite collaboration indispensable au bon suivi des patients sous anti-coagulants. Les résultats d'INR sont les plus fiables possibles à chaque fois que les règles de prélèvement sont respectées.

Règles à respecter pour les prélèvements

- Pas de matières grasses depuis 3 heures.
- Garrot peu serré et maintenu moins de 3-4 minutes.
- Ponction veineuse franche : ne pas faire de prélèvement à la seringue.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LA FICHE DE SUIVI MÉDICAL

- Noter le nom du préleveur et l'heure du prélèvement.
- Noter la posologie de l'anti-coagulant.
- Noter les traitements associés.
- Transmettre la fiche de suivi médicale correctement remplie.

3 LE TRANSPORT

- Pour l'INR, il doit être de 3 heures maximum.
- Le sang ne doit pas subir d'étape au froid.
- Le sang ne doit pas subir d'étape au chaud.
- Le préleveur doit indiquer son nom et l'heure du prélèvement.

Il est préférable de ne pas faire de prélèvement pour INR le samedi, le CSCTA étant fermé ce jour là.

2 LES TUBES

- Ils doivent absolument être remplis jusqu'au trait de jauge. Utilisation du tube citraté bleu, sous vide.
- Ils doivent être immédiatement agités par 3 retournements doux.
- Ils doivent être immédiatement identifiés au nom et prénom du patient.

Les Nouveaux Anticoagulants : l'Avenir mais... Prudence !

Dr Véronique Le Cam-Duchez (Unité d'Hémostase Vasculaire, CHU de Rouen)

Les anticoagulants actuellement utilisés ont plusieurs inconvénients :

- pour certains comme les "héparines", il s'agit de la voie d'administration parentérale.
- pour d'autres tels que les antivitamines K (AVK), il s'agit notamment de la faible marge thérapeutique imposant une surveillance souvent contraignante.

Les laboratoires pharmaceutiques se sont engagés sur la voie du développement de nouvelles molécules avec comme objectifs principaux une marge thérapeutique large, un délai d'action rapide, une dose fixe, l'absence d'interaction alimentaire et peu d'interactions médicamenteuses et enfin une voie d'administration orale. Ainsi ces nouveaux médicaments ne nécessitent pas de surveillance biologique.

Deux médicaments viennent d'arriver sur le marché le **Dabigatran Etxilate (Pradaxa®)** et le **Rivaroxaban (Xarelto®)**.

Ils ont un mécanisme d'action différent

- le Pradaxa® est un anti-IIa direct actif sur la thrombine circulante et fixée au caillot.
- le Xarelto® est un anti-Xa direct actif lui aussi sur les deux formes de Xa.

Ils sont tous deux administrés par voie orale, à dose fixe

pour le Xarelto® et avec deux doses différentes en fonction de l'âge pour le Pradaxa®.

A ce jour ils n'ont d'AMM que dans la prévention des événements thromboemboliques après chirurgie prothétique de la hanche ou du genou programmée.

Néanmoins les études sont en cours pour ces deux molécules dans de nombreuses indications : la prévention des événements emboliques dans la fibrillation auriculaire, le traitement curatif de la maladie thromboembolique veineuse, avec des premiers résultats positifs.

Ainsi dans les mois et les années à venir, ces médicaments vont être très utilisés dans l'espoir de réduire le nombre de patients sous AVK et donc le nombre d'accidents hémorragiques.

Il faut cependant rester prudent.

l'absence de test de surveillance biologique est un argument à double tranchant : quand les patients en traitement curatif auront un accident hémorragique, comment saurons-nous s'ils sont surdosés ou non ? Comment pourrons-nous agir ?

En effet à ce jour, nous ne possédons pas d'antidote ni pour l'un, ni pour l'autre !