

Restons maîtres de nos décisions

Le CSCTA peut vous apporter :

★ Un suivi et des conseils

sur des dossiers difficiles (500 patients suivis par les médecins du centre). Pour tout INR faxé par le laboratoire, le médecin traitant reçoit un avis de posologie optimisé et une prochaine date de contrôle, après validation par les médecins du centre.

★ Une expertise scientifique

Les médecins du centre et les référents : Mr le Pr Lévesque ; Mme le Dr Borg ; Mme le Dr Le Cam-Duchez sont à votre disposition pour tout cas compliqué. Le CSCTA NEWS vous apportera des informations pratiques (cf au verso).

★ Une inclusion simplifiée

Une fiche de liaison est remise au patient par les laboratoires. Remplie avec votre concours, elle est ensuite faxée par le laboratoire au CSCTA : le patient est inclus.

Depuis l'été 2006, le CSCTA est ouvert sur toute la Haute-Normandie. Si vous avez des patients dont la gestion des INR est difficile, faites l'essai.

★ Intérêt du dosage des D-Dimères dans la décision de l'arrêt des AVK après un traitement pour thrombose

Chez les patients à risque, il n'est pas toujours facile de prendre la décision d'arrêter les AVK, c'est pourquoi le CSCTA préconise le protocole suivant :

Dosage des D. Dimères sous AVK au moment de la date prévue de fin du traitement :

Anti-agrégants plaquettaires et endoscopies digestives

Près de 5 millions de personnes en France bénéficient d'un traitement par anti-agrégants plaquettaires (AAP).

Une nouvelle méta-analyse regroupant 287 études, a confirmé la place des AAP dans la prévention secondaire, (risque relatif de mortalité ou de morbidité cardiovasculaire réduite en moyenne de 22%) après un évènement coronarien ou cérébrovasculaire, et démontre également l'importance d'une telle prévention chez les patients souffrant d'un angor instable ou d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Par ailleurs, l'angioplastie coronaire justifie très souvent une association d'AAP, tout en sachant que **l'arrêt des AAP est un facteur de risque majeur de thrombose pour tous les stents, pharmoactifs ou non.**

Si le bénéfice est connu et admis, le risque hémorragique digestif est modéré. Peu de données dans la littérature concernent le risque hémorragique des procédures endoscopiques digestives sous AAP. La société américaine d'endoscopie digestive et la société française d'endoscopie digestive ont publié récemment des recommandations.

De fait, la poursuite ou l'arrêt transitoire des AAP lors de geste d'endoscopie digestive, doit tenir compte :

★ du risque hémorragique de la procédure et de la possibilité éventuelle d'un contrôle endoscopique de l'hémorragie

- Les procédures à risque faible, celles dont le risque hémorragique est exceptionnel, et un contrôle endoscopique possible *
- Les procédures à haut risque (risque hémorragique >1%) *

★ du risque thrombotique potentiel à l'arrêt, même transitoire, du traitement anti-thrombotique,

- Les indications avec risque thrombotique faible sont la prévention primaire de l'athérombose.
- Les indications avec risque majeur de thrombose à l'arrêt du ou des AAP étant dominées par :
 - les syndromes coronariens datant de moins d'un mois,
 - les endoprothèses nues de moins de 4 à 6 semaines,
 - les endoprothèses prothèses actives et les radiothérapies coronaires datant de moins d'un an.

★ Les autres indications étant considérées comme à risque moyen.

Ces recommandations soulignent s'il en était besoin, l'importance de la discussion multidisciplinaire du rapport risque bénéfice de la poursuite ou non du traitement antithrombotique et de l'indication du geste endoscopique.

Hervé Lévesque,
Département de Médecine Interne. CHU Rouen. 76031 Rouen Cedex

* Cf tableau : les principaux gestes d'endoscopie digestive et AAP

- Si les D-Dimères sont normaux, on arrête les AVK puis on contrôle à 1 mois puis à 3 mois.
- Si les D-Dimères sont augmentés sous AVK, on continue le traitement.

les principaux gestes d'endoscopie digestive et AAP

Geste possible sous anti-agrégants plaquettaires

- Gastroskopie par voie buccale +/- biopsies
- Rectosigmoidoscopie +/- biopsies
- Coloscopie sans polypectomie +/- biopsies
- Echoendoscopie diagnostique
- Cholangiographie rétrograde endoscopique sans sphinctérotomie +/- biopsies
- Cholangiographie rétrograde endoscopique avec sphinctérotomie
- Entéroskopie +/- biopsies

Gestes contre-indiqués sous anti-agrégants plaquettaires

- Macrobiopsie gastrique
- Polypectomie gastrique
- Mucosectomie, ampullectomie
- Photodestruction et photocoagulation laser
- Traitement des varices oesophagiennes et des varices gastriques
- Procédures d'hémostase sur des lésions vasculaires
- Ponction sous échoendoscopie
- Gastrostomie percutanée
- Dilatation des sténoses

Conduites pratiques

★ En cas d'INR trop élevé et/ou de complication hémorragique

Circonstances	Conduite à tenir	Source : AFSSAPS
• INR < 5 pas de saignement, pas d'intervention chirurgicale prévue	• Supprimer la prochaine prise puis réduire les doses ultérieures	
• INR entre 5 et 9 pas de saignement ou minime	• Arrêter les prises, prescrire 1 à 2 mg de Vitamine K1 per os, INR quotidien, reprendre l'AVK à plus faible dose lorsque l'INR revient dans la zone thérapeutique	
• INR > 9 pas de saignement, bonne compréhension des consignes	• 3 à 5 mg de vitamine K1 per os (ou 1 à 1,5 mg IV en perfusion lente), INR 6 heures après (renouveler vitamine K si l'INR n'a pas suffisamment diminué), reprendre l'AVK à plus faible dose lorsque l'INR revient dans la zone thérapeutique	
• INR > 9 hémorragie même minime ou doute sur la capacité à suivre les consignes	• Idem + hospitalisation	
• Saignement majeur ou INR très élevé	• Hospitalisation, vitamine K1 10 mg en IV lent, à renouveler si nécessaire toutes les 6 heures selon le degré d'urgence, et PPSB (KaskadilÒ et (ou) si besoin, perfusions de plasma frais congelé (PFC). Après traitement par de fortes doses de vitamine K1, un délai sera observé avant le retour à l'efficacité des AVK. Dans ce cas, il faudra utiliser de l'héparine en attendant que les AVK soient efficaces, et surtout éviter de trop augmenter la posologie de ces derniers	

**Avec les AVK nous pensons "hémorragies"
Mais n'oublions pas : "les accidents thromboemboliques"
Un INR à 1,5 est parfois plus dangereux qu'un INR à 5**