



Centre de Suivi et de  
Conseil des Traitements  
Anticoagulants

# CSCTA NEWS

NUMERO 4 - MAI 2004

**LE PATIENT , LE MÉDECIN , LE  
FINANCEUR : EXERCICE DE  
RESPONSABILITÉ**

## INSTAURATION D'UN TRAITEMENT PAR PREVISCAN

Le recours aux anti-vitamines K (AVK) est une éventualité fréquente notamment chez le sujet âgé, car certaines affections y sont particulièrement fréquentes telles les maladies thromboemboliques et l'arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Si les objectifs thérapeutiques sont en règle bien définis (INR entre 2 et 3 le plus souvent), les modalités d'introduction méritent d'être bien connues afin de limiter au maximum le risque de surdosage. En effet, il existe une sensibilité individuelle aux anti-vitamines K fonction entre autres de l'âge, de facteurs génétiques, des affections ou des traitements associés.

Des algorithmes d'adaptations posologiques ont de fait été proposés. Nous vous en proposons un avec la fluindione : Previscan®.

Le traitement, administré en une prise par jour, est débuté à 16 heures à J0, puis lors du repas du soir les jours suivants.

| JOURS     | INR                            | Posologie Fluindione par 24 heures        |                           |
|-----------|--------------------------------|---|---------------------------|
| <b>J0</b> |                                | 20 mg                                     | 1 cp                      |
| <b>J1</b> |                                | 20 mg                                     | 1 cp                      |
|           | <b>40h après la prise</b>      | <b>Posologie Fluindione par 24 heures</b> |                           |
|           | INR ≤ 1,2                      | 30 mg                                     | 1 + 1/2 cp                |
|           | 1,2 ≤ INR < 1,5                | 25 mg                                     | 1 + 1/4 cp                |
| <b>J2</b> | 1,5 ≤ INR < 2                  | 20 mg                                     | 1 cp                      |
|           | 2 ≤ INR < 2,2                  | 15 mg                                     | 3/4 cp                    |
|           | 2,2 ≤ INR < 3                  | 10 mg                                     | 1/2 cp                    |
|           | INR ≥ 3                        | 5 mg                                      | 1/4 cp                    |
| <b>J3</b> |                                | <b>Même posologie que J2</b>              |                           |
|           | <b>88h après la 1ère prise</b> | <b>Posologie Fluindione par 24 heures</b> |                           |
|           | INR < 1,6                      | + 10 mg                                   | + 1/2 cp                  |
|           | 1,6 ≤ INR < 2                  | + 5 mg                                    | + 1/4 cp                  |
| <b>J4</b> | 2 ≤ INR < 2,5                  | Idem                                      | Idem                      |
|           | 2,5 ≤ INR < 3                  | si dose > 20 mg: - 5 mg                   | si dose > 20 mg: - 1/4 cp |
|           | INR ≥ 3                        | si dose > 15 mg: - 10 mg                  | si dose > 15 mg: - 1/2 cp |

Faire un INR à J5 uniquement si la posologie de Préviscan à J4 n'a pas été modifiée. Dans le cas contraire, contrôler l'INR à J6.

En cas de relais d'une héparinothérapie, l'héparine doit être arrêtée lorsque 2 INR à 24 heures d'intervalle sont en zone thérapeutique. Ce protocole n'est qu'une aide à la prescription. Cette dernière doit toujours être adaptée en fonction du contexte clinique, notamment chez le sujet âgé.

### DATE A RETENIR

**Mercredi 9 juin 2004**

**SOIREE DE**

**FORMATION/INFORMATION  
POUR LES MEDECINS GENERA-  
LISTES ET SPECIALISTES**

**AU CSCTA : 3 rue du Four**

**Imm. Le Challenger**

**76000 ROUEN**

**A PARTIR DE 20 H 30**

**MERCI DE CONFIRMER VOTRE**

**PRESENCE AU 02 35 03 21 04 OU  
PAR FAX AU 02 35 03 30 27**

Pr LEVESQUE

## A PROPOS DE...

Etant donné sa demi-vie courte, il semble peu judicieux de prescrire le Sintrom sur trois jours : l'INR ne reflétera que la dose des 48 H précédant le prélèvement et ne tiendra donc pas compte de la posologie donnée sur trois jours.

C'est pourquoi, pour ce qui concerne cette molécule, nous préconisons : soit une dose quotidienne identique, soit une alternance sur deux jours (avec évidemment des doses très proches).

La Coumadine (2 ou 5 mg) ou le Previscan, molécules à demi-vie longue, peuvent être prescrits sur trois jours.

En ce qui concerne les patients suivis au CSCTA, la difficulté de les maintenir dans la cible désirée peut-être liée à plusieurs facteurs, mais il apparaît que les patients sous molécule à demi-vie courte semblent plus difficiles que les autres à maintenir, au long cours, en zone thérapeutique.

L'inconvénient des molécules à demi-vie longue est la lenteur

du retour en zone thérapeutique de l'INR en cas d'INR très élevé, contrairement au Sintrom.

L'intérêt est de maintenir plus longtemps le patient en zone cible, avec des molécules considérées comme « plus stables » et avec lesquelles on sera moins amené à modifier les posologies et donc à limiter les risques thrombotiques et surtout hémorragiques liés à l'effet « yoyo ».

Dr V. MENARD

Médecin Coordinateur du CSCTA



## INFORMATIONS PRATIQUES

| 1/2 VIE DES AVK |                  |                  |
|-----------------|------------------|------------------|
| <u>SINTROM</u>  | <u>PREVISCAN</u> | <u>COUMADINE</u> |
| 8 H             | 31 H             | 35 à 45 H        |

\* APEGMONE ET PINDIONE sont retirés du marché depuis fin février 2004

## POURQUOI ?

Alors que 93 % des patients que nous suivons ont un INR entre 2 et 4.5, soit en zone peu dangereuse, le temps passé en zone thérapeutique, le plus souvent entre 2 et 3, est à 70 % « seulement » ; il est vrai que le suivi classique ne donne que 53 %.

En pourcentage absolu cela représente 17 points de mieux, mais en amélioration relative cela représente 33 % de gain. Pourtant, il faut encore améliorer ces chiffres et l'une des façons d'y parvenir est l'éducation du patient. C'est le 2ème volet du CSCTA.

Nous pouvons aider les patients et améliorer leur compliance au traitement. L'un d'entre nous : Mr Pierre CLAVEL (IDE), est là pour recevoir pendant 1 heure (combien de médecins disposent de ce temps ?), sur rendez-vous, gratuitement, tous les patients et les informer sur les AVK : prise, oublis et surdosages accidentels, vacances en France ou à l'étranger, associations médicamenteuses par l'automédication (allopathie, phytothérapie, vitaminothérapie...etc). Combien savent par exemple que le millepertuis est dangereux associé aux AVK ?

Nous avons l'outil et « le Répétiteur », nous sommes à votre disposition et à celle de vos patients, et pourtant la demande est faible... POURQUOI ?

Dr BLANCHARD

Médecin Coordinateur au CSCTA

Selon la lettre d'information de l'AFSSAPS en janvier 2004 la iatrogénie des AVK est toujours un problème de santé publique

### CHIFFRES EN

#### HAUTE NORMANDIE

- ➔ 15 000 personnes sous AVK
- ➔ 735 hospitalisations/an pour accidents hémorragiques graves
- ➔ 120 décès/an

Souhaitez-vous collaborer avec nous et inclure des patients ?

Contactez le secrétariat :

Séverine ARMENIO

de 9 H 30/12 H 00 et 13 H 00/ 17 H 30

au **02 35 03 21 04 (sauf le samedi)**

Des explications vous seront fournies et un dossier complet vous sera envoyé.

## FLASH INFO

Depuis le 15 avril 2002, date d'ouverture officielle du CSCTA :

\* 263 patients

\* 57 médecins

## INFORMATION SUR LE CSCTA

Lettre d'information du Centre de Suivi et de Conseil des Traitements Anticoagulants - 3 rue du Four - Imm. Le Challenger - 76100 ROUEN

Tél : 02 35 03 21 04 - Fax : 02 35 03 30 27

Directeur de la publication : Dr J.C SOUBRANE

Comité de rédaction: Dr G. BLANCHARD ; Dr J.Y BORG ; Dr C. GRAY ; Mme J. LEFEBVRE ; Pr H. LEVESQUE ; Dr J.C MAGNE ; Dr V. MENARD ; Mr R. PARENTY ; Dr L. PARRAD ; Dr J.M SCHNELLER

Maquette et contact : S. ARMENIO