

LA RECONNAISSANCE OFFICIELLE

28/11/2002 : Le CSCTA est inauguré en la présence de Mr PREVELLE, Président de l'URCAM de Haute-Normandie. C'est l'acte de naissance dans notre agglomération du concept d'une structure interdisciplinaire libérale d'aide à la prescription, respectant la liberté de prescription du praticien, et qui peut contribuer à la réduction de la iatrogénicité et à la qualité des soins en matière de traitement AVK.

2003 : A l'initiative du Pr. BONEU, pionnier dans ce domaine au niveau de l'Hôpital Rangueil de Toulouse, les modalités d'une expérimentation au niveau national sous forme d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique ont pu être réunies et le CSCTA est invité à y participer. **La participation d'une structure libérale à un PHRC** est à cet égard tout à fait remarquable.

Notre travail débouche également sur la signature d'un contrat de santé publique entre les Biologistes et les Caisses au niveau national, en ce qui concerne les comptes rendus d'INR. Les Biologistes qui souhaiteront s'impliquer dans cette démarche, ne rendront le résultat qu'en INR et mentionneront la *posologie déclarée* par le patient (quand ils en disposeront). Bien sûr, parvenir à une réelle aide à la prescription, en matière d'AVK, reposant sur l'exploitation du programme spécifique par des médecins formés à cet outil et en liaison avec des référents comme le Pr H. LEVESQUE et Mme le Dr J.Y BORG, ne peut être réalisé que par un centre comme le CSCTA.

Il s'agit là de reconnaissances officielles de l'approche que fût la nôtre, bénéficiant de vos participations de plus en plus nombreuses. Cette progression de patients inclus et de médecins adhérents, nous permet de disposer de plus en plus d'observations pour améliorer le traitement AVK. Nous vous en livrons quelques unes dans ce numéro 2 du CSCTA NEWS.

2003, à n'en pas douter, donnera lieu à une transformation de l'essai ! Nous vous invitons tout particulièrement à recourir à notre infrastructure d'éducation du patient au traitement.

Dr J.M SCHNELLER

LES SEANCES D'EDUCATION DU PATIENT : UN SERVICE SOUS EMPLOYE

Monsieur R. a été adressé au centre par son médecin traitant pour un déséquilibre brutal de son INR (5) jusque là stable dans la zone cible souhaitée (2-3).

La séance d'éducation au traitement, a débuté par un entretien au cours duquel rien de particulier ne semble expliquer un tel déséquilibre. L'alimentation n'a pas été modifiée, le médecin traitant n'a pas prescrit de nouveau traitement, Monsieur R. n'a pas fait d'automédication.

Après avoir rappelé les règles à observer en matière de traitement AVK, nous abordons le cas des soins dentaires. Monsieur R. explique alors avoir été récemment traité par amoxicilline par son dentiste pour un abcès. Son médecin traitant n'a pas été tenu au courant.

L'épisode infectieux et la mise sous antibiotique expliquent bien l'augmentation de l'INR.

L'entretien individuel, au cours de la séance d'éducation, a permis de mettre à jour certains problèmes, et de rassurer Monsieur R. qui observait correctement son traitement. Cet échange a également été l'occasion de lui rappeler, que tout nouveau traitement doit être signalé à son médecin traitant. Ce dernier a reçu le compte-rendu de cet entretien.



Mr P. CLAVEL

Infirmier chargé au CSCTA de l'éducation du patient au traitement AVK

« ...Monsieur R explique avoir été récemment traité par amoxicilline... Son médecin traitant n'a pas été tenu au courant. »

La séance d'éducation « a permis de mettre à jour certains problèmes et de rassurer Monsieur R... »

INTERACTION MEDICAMENTEUSE !

Nous rapportons le cas d'une patiente de 78 ans, sous WARFARINE pour une valve mitrale mécanique. Jusque là relativement bien équilibrée, la patiente est mise courant novembre 2002 sous DESLORATADINE. Suivant notre avis, le médecin traitant de la patiente fait prélever un TP/INR 4 jours après le début de l'instauration du nouveau traitement. L'INR revient à 7.26. Aucune autre étiologie ne pouvant expliquer cette brutale augmentation de l'INR, nous incriminons, a priori, l'association AVK/ANTIHISTAMINIQUE.

Le Centre Régional de pharmacovigilance nous confirme que deux autres cas seraient répertoriés avec cette molécule, et deux autres avec la LORATADINE, sans que pour l'instant, ne soit connu le mécanisme.

En conclusion, chez les patients sous AVK, souvent polymédicamentés (car polyopathologies), l'instauration d'un nouveau traitement doit entraîner le contrôle du TP/INR, contrôle à effectuer 2 à 3 jours après instauration (en ce qui concerne le Previscan), et plutôt à 4 jours pour la Coumadine.

En sachant toutefois que, pour l'instauration d'une même nouvelle molécule, certains patients verront leur INR modifié, alors que pour d'autres, l'INR restera stable.

Il faut donc rester vigilant en ce qui concerne toute association médicamenteuse avec les AVK.

Dr V. MENARD

Médecin du Centre

RISQUE HEMORRAGIQUE DES AVK

Plus que tout autre thérapeutique, la mise sous AVK doit faire l'objet d'une réflexion au cas par cas, tenant compte du bénéfice attendu (indication), du risque potentiel (complications hémorragiques avant tout), lui-même lié au terrain (comorbidité), aux affections intercurrentes et aux patients (co-médication, compliance). Une bonne évaluation des terrains à risque hémorragique, une optimisation de la surveillance et une éducation du patient sont autant d'éléments permettant une réduction du nombre de complications hémorragiques.

Une équipe (Beyth R, Ann Intern Med 2000; 133: 687-95) a ainsi montré dans une étude prospective une réduction significative du nombre de complications hémorragiques grâce à une telle approche avec un pourcentage de complications hémorragiques passant au sixième mois de 12 à 4,8 % et un pourcentage de TP INR en zone thérapeutique significativement accru (56% versus 32%). Pour certains, l'importance du risque hémorragique justifie d'une professionnalisation du traitement.

Des initiatives européennes ont montré l'intérêt de "structures sanitaires publiques ou privées spécialisées dans la gestion des traitements par les AVK" en Italie, aux Pays Bas et à degré moindre en Espagne, en Grande Bretagne et aux Etats Unis ; ces structures ayant pour vocation un conseil au prescripteur et une mission d'éducation du patient.

Une des premières "cliniques" de ce genre a été créée en 1949 aux Pays Bas, avec actuellement plus de 70 "cliniques" de ce type qui suivent environ 80% des patients hollandais sous AVK.

L'évaluation de la prise en charge des patients sous AVK dans ces structures a été faite dans de nombreux pays en prenant comme critères d'évaluation le temps passé dans la zone thérapeutique

d'INR prédéfini, le taux de complications thrombotiques ou au contraire hémorragiques, et par des indices de satisfaction des patients.

Le Travail de Poller (Lancet 1998; 352: 1505-9) mené dans cinq centres européens montre que quelle que soit l'indication du traitement AVK, l'adaptation centralisée des posologies d'AVK par un système informatique améliore significativement le temps passé dans la zone thérapeutique d'INR prédéfini (63.3% versus 53.2 %). Une approche médico-économique réalisée aux Etats-Unis comparant une prise en charge ambulatoire classique et une prise en charge dans une structure sanitaire spécialisée dans la gestion des traitements par les AVK objective

1. Un pourcentage significativement accru de patients en zone thérapeutique, avec pour corollaire, moins de patients dont l'INR est supérieur à 5 (7% versus 14.7%),
2. Une réduction du nombre de complications hémorragiques majeures ou mineures (8,1% versus 35%) et du nombre de décès par complications hémorragiques (1,6% versus 3.9%),
3. Une réduction de complications thrombotiques par sous dosages thérapeutiques (3,3% versus 11,8%),
4. Une réduction du nombre d'hospitalisations liées aux AVK (5% versus 19%) et du nombre de consultations en service d'urgence (6% versus 22%), et enfin
5. Une économie par patient-année de 1600 dollars américains. Une extrapolation au nombre de patients traités par AVK en France, arriverait à une somme de près de 1 milliard d'Euros au niveau national (Chiquette E Arch Intern Med 1998; 158: 1641-7).

Pr H. LEVESQUE, département de Médecine Interne, CHU Rouen 76031 Rouen cedex



LES PHARMACIENS IMPLIQUES



Sollicités par le CSCTA, les pharmaciens ont très largement répondu « présent » (plus de 90 %) et ont remis aux malades sous anticoagulant qui arrivaient chez eux, la brochure mise au point par le CSCTA. Cette brochure a permis aux pharmaciens de faire connaître à leurs malades, l'existence du CSCTA et de leur expliquer son utilité.

Par contre, l'utilisation de ce centre étant de la responsabilité du malade et de son médecin, les pharmaciens interrogés n'ont pas pu nous dire si ce message a été ou non inducteur d'un suivi par le centre.

Cependant, le fait de remettre personnellement cette brochure aux malades, a permis aux pharmaciens de reprendre avec eux les conseils médicamenteux et alimentaires. De plus pour le patient, le fait de recevoir son médicament en même temps que la brochure, le marque davantage grâce à la visualisation du produit incriminé.

Les pharmaciens contactés, ont massivement demandé des exemplaires supplémentaires de la brochure pour pouvoir continuer la démarche ainsi initialisée.

Mr R. PARENTY

Président du syndicat
des pharmaciens de Seine-
Maritime

FLASH INFO

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

*** 160 patients inclus**

*** 48 médecins adhérents**

DATES A RETENIR

DEUX NOUVELLES

**REUNIONS DE FORMATION
DES MEDECINS SERONT
PREVUES EN MAI ET JUIN.**

**CES DATES VOUS
SERONT COMMUNIQUEES
ULTERIEUREMENT**

**Lettre d'information du Centre de Suivi et de Conseil des Traitements Anticoagulants -
3 rue du Four - Immeuble 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 ; Mr P. CLAVEL ; 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. ARMENTIO

