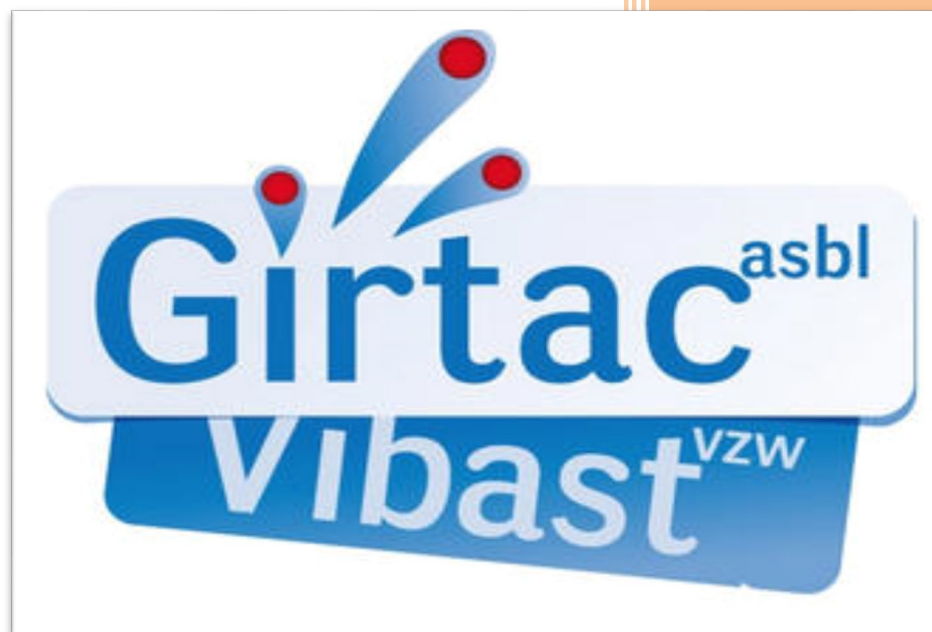


2019

Mieux connaître sa maladie et
maîtriser son traitement



GIRTAC-VIBAST

01/01/2019

Extraits du rapport du KCE (Kennis Centrum) 2016

Plus encore qu'en médecine curative, la décision de démarrer un traitement préventif chez un patient doit être étayée par le plus haut niveau de preuve issu des RCT que ce choix n'expose pas le patient à plus de tort que de bien.

David Sackett, fondateur de l'Evidence-Based Medicine

Surveillance de l'observance thérapeutique

Malgré l'apparente facilité d'usage des NOAC par rapport aux AVK, les RCT ne montrent guère de différence dans les taux d'observance. Pour les AVK, les arrêts de traitement en cours d'étude vont de 16,6% à 35,5% et pour les NOAC, de 20,7% à 34%. Les données belges de l'IMA vont dans le même sens, avec 20 à 30% de discontinuation des traitements. Dans le cas des NOAC, ceci pourrait s'expliquer par le fait que le patient qui n'est plus astreint à une visite de contrôle régulière se sent moins 'surveillé' et s'autorise plus facilement des libertés avec ce traitement préventif dont il ne perçoit physiquement aucun bénéfice.

Mieux connaître sa maladie et son traitement :

Prise en charge des patients sous anticoagulants et facteurs de risque

Introduction

Les anticoagulants constituent un traitement de référence dans les pathologies cardiovasculaires. En Belgique, 250.000 personnes sont traitées par des anticoagulants oraux (ACO). Les complications possibles de ce traitement sont les hémorragies et les thromboses. En ne considérant que les accidents hémorragiques, les ACO constituent la première cause d'hospitalisation pour iatrogénie(*). Ces accidents sont corrélés au fait que les patients passent un pourcentage de temps élevé en dehors de la zone recommandée de l'INR. Afin de réduire les complications, le patient doit rester dans la zone thérapeutique. Des études réalisées dans divers pays montrent que le pourcentage de temps passé dans la zone recommandée d'INR est aux alentours de 70% si le patient est bien informé, éduqué et suivi alors que ce temps est estimé à 50% en cas de formation et/ou suivi insuffisant. La formation du patient et son suivi réduisent de façon significative les hospitalisations pour complications et donc réduisent les coûts des soins de santé.

Le chiffre de 250.000 patients va augmenter parallèlement au vieillissement de la population, l'âge amenant une augmentation des pathologies nécessitant l'usage d'anticoagulants oraux.

Notre association, Girtac-Vibast, forte des compétences acquises en termes d'éducation et de promotion de la santé a pris conscience de l'action à mener auprès des patients.

Le Président du GIRTAC-VIBAST,
André Krajewski

Collaboration scientifique

le Prf Valerie Mathieux
Hématologue

(*) iatrogénie : trouble ou maladie provoqués par un acte médical ou par des médicaments, même en l'absence d'erreur médicale.

Lexique

Arythmie : trouble du rythme cardiaque.

DOAC : traitement aux anticoagulants par action directe.

Endothélium : paroi des vaisseaux sanguins.

HBPM : héparine de bas poids moléculaire (Clexane®, Fragmin®, Fraxiparine®, Fraxodi®, Innohep®)

Hémoptysie : crachats sanglants.

Hémostase : processus physiologique permettant d'éviter une hémorragie.

Hypercoagulabilité : augmentation des capacités du sang à coaguler prédisposant aux thromboses récidivantes.

Iatrogénie : trouble ou maladie provoqué par un acte médical ou par des médicaments, même en l'absence d'erreur médicale.

INR : « rapport international normalisé »= résultat d'analyse dans le suivi du traitement par les AVK, tels que le Sintrom®, Marcoumar®, Marevan®, Préviscan®.

Membre inférieur : jambe et cuisse.

Paresthésie : sensations anormales (fourmillements, picotements....).

Post-partum : période immédiate après l'accouchement.

Prophylaxie : prévention.

SPP : syndrome post-phlébitique.

Tachycardie : rythme cardiaque exagérément élevé.

Thrombus : caillot de sang.

TVP : thrombose veineuse profonde.

TVS : thrombose veineuse superficielle.

Thrombophilie : propension acquise ou héréditaire, à développer des thromboses.

Varice : dilatation visible d'une veine superficielle.

Pathologies traitées par Anticoagulants : les thromboses veineuses, la fibrillation auriculaire, les valves cardiaques et leurs complications.

LES THROMBOSES VEINEUSES

a) La thrombose veineuse profonde (TVP)

- Définition

La thrombose veineuse profonde est due à la formation d'un caillot (thrombus) obturant une veine profonde. Cette TVP survient le plus souvent au niveau des veines profondes des membres inférieurs, mais peut également atteindre d'autres veines profondes du corps (bras, cerveau, tube digestif, reins...)

Le thrombus se développe dans des veines à bas débit sanguin, au niveau des valvules qui évitent au sang de faire marche arrière (au niveau du mollet). Le caillot peut se développer jusqu'à boucher la veine sur une grande longueur.

- Symptômes

Douleur, gonflement (œdème), chaleur et rougeur dans la région atteinte, au niveau des membres inférieurs. Lourdeur, douleur, paresthésies au niveau des membres supérieurs. Ces signes ne sont pas spécifiques, ils peuvent se rencontrer dans d'autres pathologies, ce qui peut compliquer et retarder le diagnostic.

- Diagnostic

Les symptômes orienteront le diagnostic fait par le médecin. Ce dernier pourra compléter son examen clinique par d'autres examens avant traitement, prise de sang pour dosage des D dimères, échographie-Doppler.

b) La thrombose veineuse superficielle (TVS)

Les TVS, communément appelées phlébites sont des thromboses superficielles des membres inférieurs ou supérieurs. Elles se manifestent par un cordon rouge et douloureux juste sous la peau. Les veines dilatées (varices) favorisent l'apparition de TVS. Le médecin pourra confirmer le diagnostic par une échographie-Doppler.

Symptômes de thrombose veineuse profonde (TVP)

ANATOMIE NORMALE



VEINE FÉMORALE

VEINE POPLITÉE

VEINES TIBIALES POSTÉRIEURES

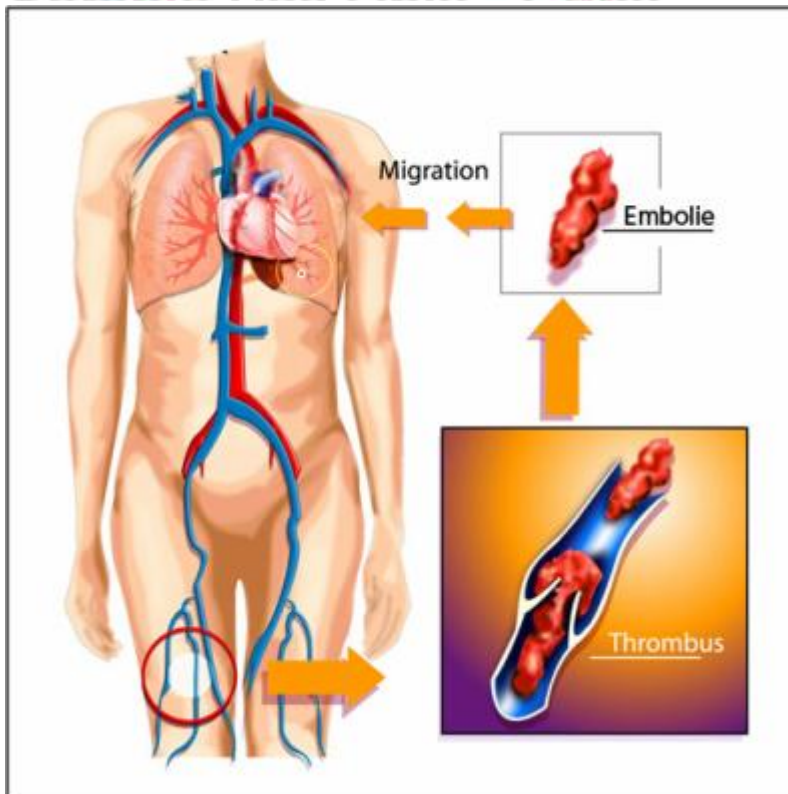
VEINES TIBIALES ANTÉRIEURES

TUMÉFACTION, ERYTHÈME (GONFLEMENT) ET JAMBE CHAUDE SONT DES INDICATIONS DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE CHEZ UN PATIENT.

GRANDE VEINE SAPHÈNE

VUES ANTÉRIEURES DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE



Traitement des thromboses par anticoagulant

Le traitement doit être rapide pour être efficace. Il commence par des injections d'héparine (HBPM) qui sont relayées par un traitement anticoagulant oral par AVK ou, traitée d'emblée par les DOAC (Xarelto® par ex) quand ceux-ci ne sont pas contre-indiqués.

Facteurs favorisant les thromboses

Triade de Virchow : stase, lésions de l'endothélium vasculaire (paroi des vaisseaux) et altération de l'équilibre hémostatique responsable de l'hypercoagulabilité.

-**Stase** : immobilisation comme période post-opératoire, longs voyages, obésité, grossesse et post-partum.

-**Lésions endothéliales** : chirurgie, traumatismes, âge, surfaces artificielles (catheters, stents etc), varices, obésité.

-**Altérations de l'équilibre hémostatique** : âge, cancer, contraception orale, traitement hormonal de la ménopause, grossesse, obésité, anomalies héréditaires : déficit en antithrombine, en Protéine C, en Protéine S, mutation du Facteur V Leiden, mutation du facteur IIG20210A.

Complications des thromboses

1) Embolie pulmonaire

La principale complication de la TVP, l'embolie pulmonaire est provoquée par la migration d'un caillot ou de fragments de caillots d'une veine vers le cœur, puis l'artère pulmonaire et le poumon. Parfois, la thrombose responsable de l'embolie pulmonaire passe totalement inaperçue.

Symptômes

Les symptômes sont surtout respiratoires : douleur thoracique (point de côté), essoufflement à l'effort voire au repos, parfois des crachats sanglants (hémoptysie). Il peut s'y associer aussi un peu de fièvre, de la toux, de la tachycardie (cœur qui bat plus vite au repos).

Diagnostic

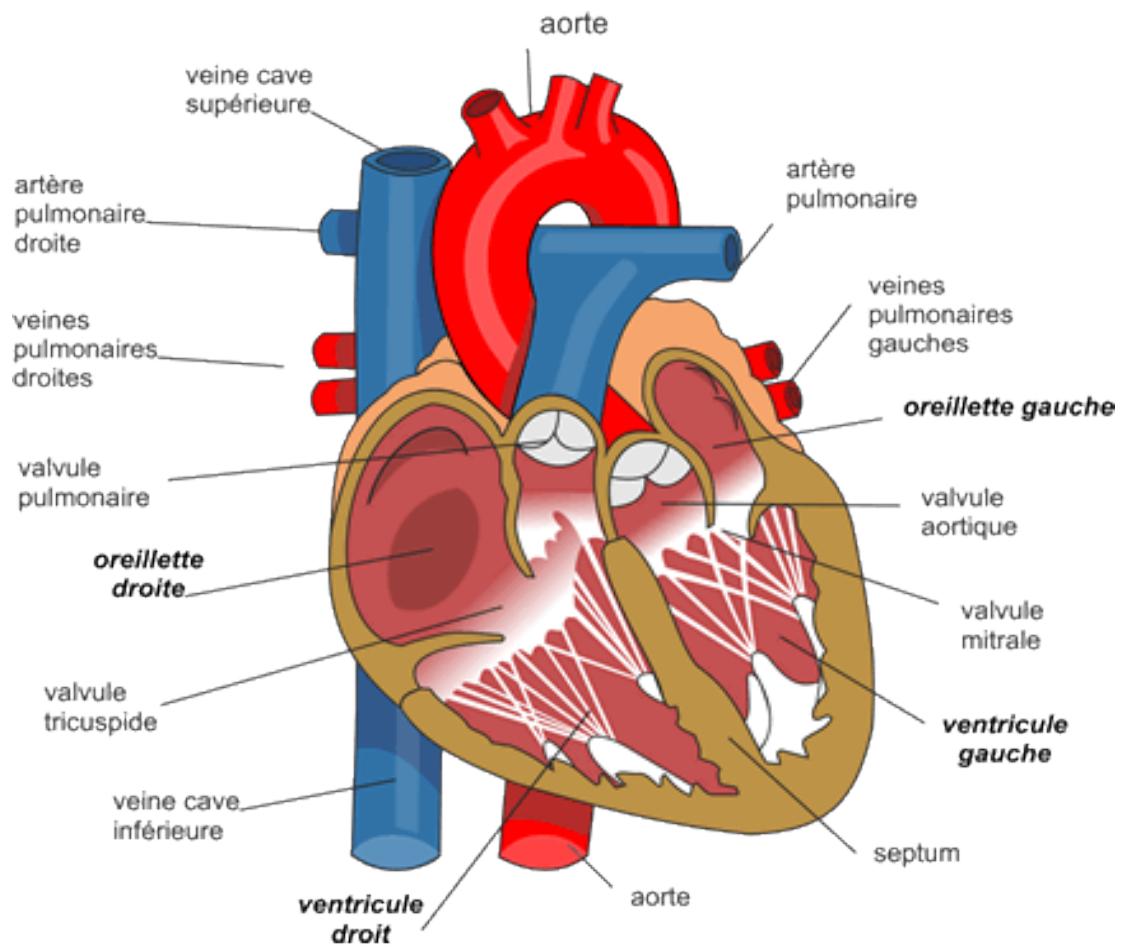
Après son interrogatoire et son examen clinique, le médecin pourra prescrire des examens complémentaires, prise de sang (D-dimères), scanner thoracique ou même scintigraphie.

Traitement

Le traitement est initié par des injections d'héparine (HBPM) et poursuivi par des anticoagulants oraux.

2) Syndrome post-phlébitique

Après une TVP, le patient peut garder des séquelles appelées syndrome post-phlébitique (SPP) : œdème plus ou moins marqué de la jambe, troubles cutanés et ulcères. La prévention du SPP est réalisée par le port de bas de contention durant tout le traitement.



LA FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire (FA) est le type d'arythmie cardiaque le plus fréquent à l'âge adulte. En règle générale, la fibrillation auriculaire découle d'une maladie cardiaque préexistante, mais elle peut être causée par d'autres affections comme l'hyperthyroïdie, l'abus d'alcool. Dans certains cas, aucune cause ne peut être mise en évidence (FA idiopathique).

La contraction du muscle cardiaque est déclenchée par des impulsions électriques transmises par des tissus spécialisés. Grâce à cette stimulation, le cœur se contracte et se détend continuellement en alternance, c'est une pompe. Le cœur envoie le sang « utilisé », riche en CO₂, se ré-oxygène dans les poumons par l'artère pulmonaire. Le sang ré-oxygéné revient au cœur par les veines pulmonaires et est propulsé dans l'aorte pour être distribué dans tout le corps. Le sang « utilisé » revient alors au cœur par les veines caves et le sinus coronaire et recommence le circuit.

En cas de fibrillation auriculaire, la stimulation électrique est perturbée, de nombreuses impulsions rapides sont transmises de façon irrégulière. Le cœur ne peut plus se contracter correctement, le flux sanguin se ralentit et le sang a tendance à se coaguler. La plupart des caillots formés sont emportés dans d'autres organes, surtout le cerveau, provoquant ainsi un accident vasculaire cérébral (AVC) plus ou moins important.

La fibrillation auriculaire est le principal facteur de risque d'AVC, 15 à 20% de personnes victimes d'AVC souffrent de fibrillation auriculaire.

Chaque année, 20.000 personnes sont victimes d'un AVC en Belgique. Parmi elles, 6.500 personnes décèdent et près de 5.000 personnes gardent de lourdes séquelles.

Traitement

Afin d'éviter les caillots sanguins et les AVC, en cas de fibrillation auriculaire chronique, les patients doivent suivre un traitement préventif par anticoagulants oraux.

LES PROTHESES VALVULAIRES

Après chirurgie cardiaque mettant en place des prothèses valvulaires mécaniques, il est nécessaire d'instaurer un traitement anticoagulant par les AVK.

En cas de prothèses biologiques, il n'est pas encore formellement établi que l'anticoagulation soit nécessaire au-delà des 6 à 12 semaines qui suivent l'intervention.

Traitements par Anticoagulants oraux

Préliminaire : les anticoagulants doivent être prescrits par un médecin.

Le risque de faire une thrombose est évalué par le spécialiste et est fonction des nombreux facteurs comme l'insuffisance cardiaque ou fraction d'éjection diminuée, l'hypertension, l'âge, le diabète, les antécédents d'AVC, AIT de maladie vasculaire et du sexe

Ce risque est augmenté de 3 à 20x et nécessite souvent la prise d'un anticoagulant

1. Les AVK (anti-vitamines K) utilisés de longue date :

Sintrom[®], Marcoumar[®], Marevan[®].

Le traitement aux AVK est initié par une période d'injections d'héparine (HBPM) d'au moins 5 jours ce qui facilite l'équilibration du traitement par les AVK.

La surveillance biologique du traitement par AVK repose sur l'INR.

Cette surveillance est indispensable pour éviter le risque de saignement ou de thrombose. L'âge, la surface corporelle, les apports alimentaires en vitamine K (éviter les choux sous toutes leurs formes et remplacer par un apport quotidien en légumes), les interactions médicamenteuses voire une prédisposition d'ordre génétique engendrent des différences de **sensibilité au traitement**. L'ajustement et le contrôle du traitement se fait par un dosage d'INR, généralement prescrit par le médecin qui ajustera le dosage du médicament en fonction du résultat.

1) DOAC (direct oral anti-coagulant): Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®], Lixiana[®]

Ces nouvelles molécules anticoagulantes bloquent certaines protéines de la coagulation, le facteur Xa (Eliquis[®], Lixiana[®], Xarelto[®]) ou le facteur IIa (Pradaxa[®]).

Par rapport aux AVK, ces nouveaux anticoagulants sont aussi efficaces et sûrs que les AVK, mais **restent des anticoagulants avec des risques et des limites d'utilisation** qu'il faut connaître. Il faut éviter ces nouveaux médicaments en cas d'insuffisance rénale sévère. La durée d'action de ces molécules étant plus courte, l'oubli ou le doublage de la prise de médicament augmentent le risque d'accidents et reste problématique. Dans tous les cas l'observance stricte des consignes données par le médecin qui assure votre suivi est indispensable.

Précautions d'utilisation des anticoagulants

Risques de saignements :

Les nouveaux, comme les anciens anticoagulants peuvent être à l'origine de saignements anormaux plus ou moins sévères.

Il est important de consulter votre médecin lors de l'apparition des signes suivants :

1. Saignements anormal des gencives lors du brossage des dents.
2. Ecchymoses, hématomes.
3. Saignements de plaie ou de blessures.
4. Saignements en cas d'intervention chirurgicale, traumatisme, chute ou sport violent.
5. Sang dans les urines.
6. Sang dans les selles.

- **Pour les AVK (Sintrom[®], Marevan[®], Marcoumar[®])**

Alimentation équilibrée et régulière, et assurer un apport quotidien identique en légumes. Certains aliments riche en vitamines K, rendent les anticoagulants moins efficaces et augmentent le risque de caillots en faisant baisser l'INR

Il faut éviter d'en prendre **beaucoup à certains moments et peu ou pas à d'autres**

(voir liste des aliments riche en vitamines K sur le site du girtac :[www :girtac.be](http://www.girtac.be))

Certains médicaments modifient l'action des anticoagulants :

→ **NE PRENEZ JAMAIS DE MEDICAMENTS SANS L'AVIS DE VOTRE MEDECIN**

Comment prendre son médicament anti-coagulant :

Il faut respecter la dose qui vous a été prescrite. Il ne faut pas arrêter ou modifier votre traitement sans l'avis de votre médecin et le prendre régulièrement à heure fixe

Le suivi régulier du traitement est nécessaire pour assurer son succès :

AVK : le contrôle de l'INR est essentiel et déterminé par le médecin

Pradaxa : ne jamais ouvrir les gélules (attention à l'ouverture de l'emballage), avaler la gélule entière).

Xarelto[®] : le comprimé est à prendre pendant le repas.

Eliquis[®] : le comprimé peut être pris pendant ou en-dehors des repas avec un verre d'eau.

Lixiana[®] : le comprimé peut être pris pendant ou en dehors des repas

Que faire en cas d'oubli ou vomissement :

AVK : prendre le médicament 3 ou 4h plus tard n'est pas grave. Si vous avez oublié votre dose, noter la date de l'oubli et signalez-le lors du prochain contrôle. Si vous manquez plus d'une dose, demandez l'avis de votre médecin.

Pradaxa® : la gélule oubliée peut être prise si l'oubli est constaté jusqu'à 6 h avant la dose suivante. Passé ce délai, ne pas prendre la dose oubliée

Xarelto® : le comprimé oublié peut être pris le jour prévu de la prise jusqu'à 12h avant la dose suivante. Passé ce délai, ne pas prendre la dose oubliée.

Eliquis® : le comprimé oublié peut être pris jusqu'à 6h avant la dose suivante.

Lixiana® : le comprimé oublié peut être pris le jour prévu de la prise jusqu'à 12h avant la dose suivante. Passé ce délai, ne pas prendre la dose oubliée

Pour **tous les anticoagulants**, si vous avez oublié de prendre la dose précédente, il ne faut pas prendre 2 fois le même jour la dose prescrite.

Contre-indications

Femmes enceintes et enfants

Les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 16-18 ans ne doivent **pas** prendre les **DOAC** (nouveaux anticoagulants).

Pour les femmes enceintes, les périodes de gestation doivent être connues afin d'adapter le traitement anticoagulant et, l'usage d'un traitement par l'héparine est fortement conseillé surtout de la 6^e à la 13^e semaine (les AVK sont interdits durant cette période).

Durant l'allaitement, le traitement **AVK** n'est pas contre-indiqué, mais des suppléments de vit K (Konakion®) peuvent être administrés au nouveau-né.

Les **AVK** peuvent, sous conditions et contrôles plus fréquents, être utilisés pour les enfants dès leur plus jeune âge (moins d'un an).

Insuffisance rénale grave

En cas d'insuffisance rénale sévère, les **DAOC** ne doivent **pas** être utilisés ou avec beaucoup de précautions. Contrôles 1 fois/an si fonction rénale normale, 3 fois/an si fonction rénale altérée. Le contrôle de la fonction rénale doit également être plus fréquent en cas de prise d'un nouveau médicament, en cas de diarrhée ou en cas de déshydratation, surtout chez les sujets âgés.

Insuffisance hépatique

L'atteinte hépatique diminue la coagulabilité, les contrôles doivent être rigoureux quelques soient les anticoagulants utilisés.

Chirurgie urgente chez un patient traité par les AVK

En cas de chirurgie urgente, il faut donner des antidotes aux patients traités par les AVK : soit de la vitamine k, soit les facteurs de coagulations empêchés par les AVK, soit les 2 selon les cas.

DAOC : depuis 2016, un antidote contre le **Pradaxa**[®] est disponible le **Praxbind**[®] mais semble difficile à utiliser dans la pratique (situations cliniques très particulières, utilisation réservée aux hôpitaux). Certains centres spécialisés pratiquent les dosages des 4 DOAC : en cas de besoin, le médecin qui assure le suivi de votre traitement anticoagulant vous fournira tous les renseignements utiles.

Arrêt du traitement

Lorsqu'une biopsie ou une intervention chirurgicale est prévue, le médecin spécialiste doit être averti de votre traitement anticoagulant, afin qu'il puisse vous indiquer les modalités d'arrêt provisoire du traitement, un relai par les HBPM est parfois nécessaire.

Suivi du traitement par les AVK (Sintrom[®], Marevan[®], Marcoumar[®])

Contrôle de l'INR en Laboratoire

Votre médecin prescrira une prise de sang pour contrôle de l'INR et en fonction des résultats définira la fréquence des contrôles (toutes les 2-3 semaines).

Auto-contrôle

Des études ont montré que les patients qui se contrôlaient eux-mêmes et se monitoraient étaient mieux équilibrés. Différents appareils existent (> 1.000.000 d'appareils actuellement). Le **CoaguChek INRange**[®] est le chef de file mondial en matière de technologie d'analyse hors laboratoire. Il est le seul à porter la mention « **Arthritis Foundation easy-to-use** » attestant sa facilité d'utilisation pour les patients à dextérité réduite. Le « **CoaguChek INRange**[®] » vous permet de respecter les directives de votre médecin à l'aide d'une simple piqûre au bout du doigt et vous offre plus de liberté pour profiter de la vie en participant activement à vos soins de santé.

Voyages

Il est important de maintenir votre INR dans l'intervalle thérapeutique recommandé en tout temps, y compris en voyage et durant les vacances, afin de ne pas vous exposer à des risques accrus de saignements ou de coagulation, comme l'hémorragie ou l'AVC.

De façon à bien planifier vos voyages, consulter votre médecin sur la meilleure façon de gérer votre anticoagulation et votre dose d'AVK durant votre absence. Vous pourriez, par ex., faire mesurer votre INR avant et après votre voyage, voire en déplacement durant votre séjour. Conservez votre régime équilibré et régulier durant vos vacances, prenez la même ration de légumes qu'à domicile en abolissant les choux. Il en va de même pour la consommation d'alcool.

Les changements de climat et de température peuvent aussi affecter votre circulation sanguine et votre coagulation.

L'auto-surveillance de l'INR à l'aide du CoaguChek® durant un voyage

Pour les patients qui désirent plus de contrôle et de commodité lorsqu'ils voyagent, l'auto-surveillance par un appareil de mesure de l'INR CoaguChek® personnel peut être une solution à envisager conjointement avec leur médecin.

L'auto-surveillance de l'INR vous permet de réagir immédiatement à tout changement. Vous pouvez communiquer avec votre médecin pour lui faire part de vos résultats, lui demander conseil sur la conduite à tenir ou adapter vous-même la posologie si vous avez été formé à le faire.

Pour les voyages à l'étranger, nous recommandons de vous préparer aux formalités douanières en gardant à portée de main le « CoaguChek® » et la facture d'achat. Il n'est pas endommagé par les contrôles aux RX. Prenez le « CoaguChek® » et les tiges nécessaires aux dosages avec vous dans l'avion, au cas où vos bagages seraient égarés.

Une fois parvenu à destination, gardez vos tiges à température ambiante dans leur flacon d'origine. Le lecteur « CoaguChek® » supporte une température entre 2 et 30°, un taux d'humidité ne dépassant pas 85%. Conservez le tout à l'abri du soleil



Autosurveillance et autogestion du traitement anticoagulant par voie orale

Date de publication :
5 juillet 2016

Auteurs:
Heneghan CJ, Garcia-Alamino JM, Spencer EA, Ward AM, Perera R, Bankhead C, Alonso-Coello P, Fitzmaurice D, Mahtani KR, Onakpoya IJ

Conclusion

En conclusion, l'autosurveillance ou l'autogestion peut améliorer la qualité du traitement anticoagulant par voie orale, menant à moins d'événements thromboemboliques et une réduction de la mortalité, sans réduction dans le nombre de saignements majeurs. L'autosurveillance et l'autogestion ne sont pas adaptées à tous les patients, ce qui requiert l'identification et l'éducation des patients pouvant utiliser ce système.

Conclusions des auteurs:

Les participants qui pratiquent l'autosurveillance ou l'autogestion peuvent améliorer la qualité de leur traitement anticoagulant par voie orale. Les événements thromboemboliques étaient réduits, à la fois pour les participants pratiquant l'autosurveillance et ceux pratiquant l'autogestion de leur traitement anticoagulant par voie orale. Une réduction de la mortalité toutes causes confondues était observée dans les essais concernant l'autogestion, mais pas dans les essais concernant l'autosurveillance, et il n'y avait pas d'effet sur les saignement

INR cible 2,5 Fenêtre entre 2 et 3	
INR < 1,5	augmenter la dose hebdomadaire de 15%
	contrôler INR à J2
	discuter la mise en route d'un traitement héparinique
1,5 < INR < 2	Ne rien changer* ou augmenter la dose hebdomadaire de 10%
	contrôler INR à J2
2 < INR < 3	Ne rien changer
INR < 4	Ne rien changer* ou diminuer la dose hebdomadaire de 10%
	Contrôler INR à J2
4 < INR < 6	Saut d'une prise -suivi INR quotidien
	reprise AVK quand INR dans la zone thérapeutique
	Diminuer la dose hebdomadaire de 15% -contrôle à J2
6 < INR < 10	arrêt AVK
	2mg de vitamine K par voie orale
	suivi INR quotidien
	reprise AVK quand INR dans la zone thérapeutique
	diminuer la dose hebdomadaire de 15% à 20% -contrôle à J2

* si les INR précédents étaient dans la zone thérapeutique depuis plusieurs semaines, on peut envisager de contrôler l'INR avant de modifier le dosage habituel

Dans tous les cas, il convient de rechercher la cause du déséquilibre de l'INR (oubli, interactions médicamenteuses, diarrhée, stress,.....)

INR cible 3 Fenêtre entre 3 et 4	
INR < 1,5	augmenter la dose hebdomadaire de 50%
	contrôler INR à J2 surveillance clinique
	mise en route d'un traitement héparinique
1,5 < INR < 2	augmenter la dose hebdomadaire de 30%
	contrôler INR à J2 surveillance clinique
2 < INR < 3	augmenter la dose hebdomadaire de 15%
	Contrôle à J2
3 < INR < 4	Ne rien changer
4 < INR < 6	Diminuer la dose hebdomadaire de 10% -contrôle à J2
6 < INR < 10	arrêt AVK
	2mg de vitamine K par voie orale
	suivi INR quotidien
	reprise AVK quand INR dans la zone thérapeutique
	diminuer la dose hebdomadaire de 15% à 20% -contrôle à J2

CONSEILS POUR TOUS LES ANTICOAGULANTS

(Sintrom[®], Marevan[®], Marcoumar[®] = AVK)

(Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®], Lixiana[®] = AOD)

Toujours avertir son médecin de toute modification de son traitement

Conservez sur vous une carte signalant le type de médicament, la dose que vous prenez et l'heure habituelle de prise .

Signalez systématiquement à tous les professionnels de la santé que vous prenez des anticoagulants (médecins, pharmaciens, infirmier(e)s, dentistes, pédicures).

N'interrompez pas le traitement, ne changez pas les doses sans l'accord de votre médecin.
Prenez votre médicament chaque jour, à la même heure.

Consultez votre médecin avant de prendre tout autre médicament que votre anticoagulant (interférences). Consultez votre médecin en cas de maladie, en cas de grossesse.

Evitez les injections intra-musculaires, Soyez attentifs aux saignements, ecchymoses.

Eviter les sports violents, faites plutôt de la marche, de la natation.

Que faire en cas de surdosage ou hémorragie non grave ?

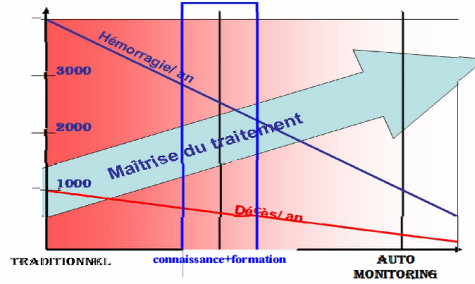
Les surdosages constituent une situation fréquente. Dans 15 à 30 % des cas, ils sont asymptomatiques. En cas de surdosage asymptomatique ou d'hémorragie non grave, les mesures suivantes sont recommandées : appelez votre médecin traitant

En majorité ce sont des saignements du nez (épistaxis) il suffit de moucher et se pincer le nez pendant 10 minutes si après cela continue **appelez le 112**

Pour les AVK (Sintrom[®], Marevan[®], Marcoumar[®])

Dans tous les cas, un contrôle de l'INR est nécessaire.

Il faut être attentif et connaître les raisons du déséquilibre de son traitement et y remédier



l'éducation du patient diminue de 50 à 60% les accidents hémorragiques ou thrombotiques

La compliance (adhérence au traitement) est une des raisons principales des INR instables

Il faut savoir que des situations banales et courantes modifient la stabilité de votre traitement

Diarrhée, vomissements, Fièvre, stress, activité physique intense

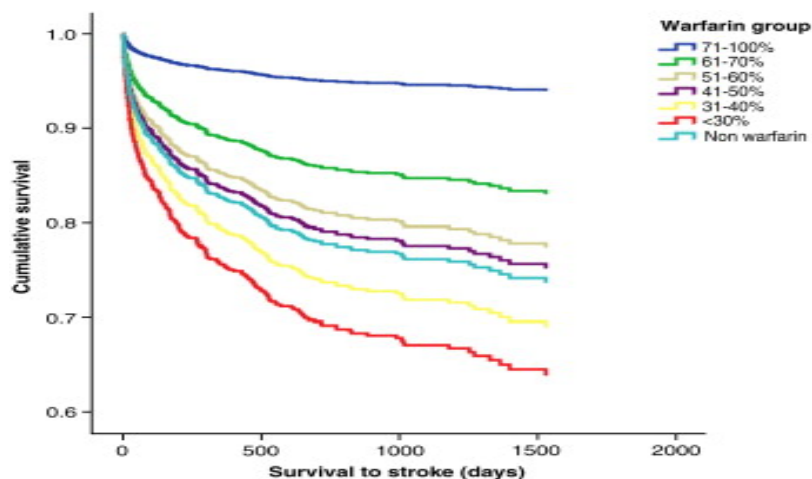
Fluctuations du poids, Suppléments diététiques ou multivitaminiques , Abus d'alcool

Rappel important : Dans tous les cas, un contrôle de l'INR est nécessaire.

En cas d'oubli de prise, la dose oubliée peut être prise dans un délai de 8 heures après l'heure habituelle d'administration. Passé ce délai, il est préférable de sauter cette prise et de prendre la suivante à l'heure habituelle. Le patient ne doit pas prendre de dose double pour compenser la dose manquée. Il devra signaler cet oubli lors du contrôle de l'INR et le noter dans son carnet de suivi.

Un contrôle par semaine vous maintient 80 à 90% du temps dans la zone thérapeutique

Un contrôle par 15 jours vous maintient 70 à 80% du temps dans la zone thérapeutique



Les interactions médicamenteuses :des AVK

Compte tenu du nombre et du risque élevé d'interactions médicamenteuses, il convient de mettre les patients en garde contre les dangers de l'automédication.

Lors de chaque co-prescription,

Il faut :

- se référer à la rubrique « Interactions médicamenteuses » de l'AMM ;
- contrôler l'INR 2 à 3 jour **après toute modification**, mise en route ou arrêt d'un médicament associé. Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont très nombreux.

Il est contre-indiqué d'associer :

- acide acétylsalicylique à doses anti-inflammatoires (> 1 g/prise et/ou > 3 g/jour),
- acide acétylsalicylique à doses antalgiques ou antipyrétiques (> 500 mg/prise et/ou, 3 g/jour), en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal,
- AINS pyrazolés (phénylbutazone),
- miconazole, utilisé par voie générale ou en gel buccal ou dermique), (daktarin)
- millepertuis.

Il est déconseillé d'associer :

les autres AINS (Ibuprofène) ; si l'association s'avère indispensable, une surveillance clinique et biologique étroite doit être pratiquée ;

- l'acide acétylsalicylique :

- à doses antalgiques ou antipyrétiques (> 500 mg/prise et/ou 3 g/jour), et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal, -

-à doses antiagrégantes (de 50 mg à 375 mg/jour), en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal ;

- aliments

Alcool, Ginseng, Gingko, Mélatonine, Curcuma,.....

La co-prescription avec les antibiotiques nécessite également un contrôle précoce de l'INR. De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques.

Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il est difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et le traitement antibiotique dans la survenue du déséquilibre de l'INR.

Certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines, dont l'utilisation impose de renforcer la surveillance de l'INR.

Des signes évocateurs de surdosage (hémorragie) peuvent être reconnus :

- soit banals : gingivorragies, épistaxis, hémorragies conjonctivales, règles exceptionnellement abondantes, hématomes,
- soit plus inquiétants : hématurie, rectorragies ou méléna, hématurie, hémoptysie, saignement persistant
- soit trompeurs : fatigue, dyspnée, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexpliqué

Des signes évocateurs de sous-dosage (thrombose) peuvent être reconnus :

Il est important de reconnaître les **symptômes de la thrombose**. Ces symptômes s'appliquent à toutes les personnes, et **il ne faut jamais prendre cela à la légère**. En reconnaissant ces symptômes vous pouvez sauver des vies ou prévenir des complications graves.

Appelez directement le 112, ne perdez pas de temps, évitez de courir aux urgences surchargées, une ambulance médicalisée sera plus efficace et surtout rapide.

Plus la prise en charge est rapide, moins les conséquences seront graves

Une liste des symptômes non exhaustive se trouve sur le site du girtac <http://www.girtac.be>

Interactions médicamenteuses : des AOD

Les associations AOD-HBPM ainsi que AOD-AVK sont à ce jour proscrites

- **Certains médicaments augmentent la concentration des AOD donc augmentent le risque hémorragique**

Antifongiques azolés(Kétonconazole miconazole,...)

Ciclosporine, tacrolimus.

Inhibiteurs de la protéase du VIH (ritonavir, indinavir,...)

- **Certaines médicaments diminuent la concentration des AOD donc augmentent le risque thrombotique**

Rifampicine, Barbituriques, Phénytoïne, Carbamazépine, millepertuis, primidone

1. Effet démontré

Médicaments à action antiplaquettaire : augmentent le risque hémorragique

Les inhibiteurs de la COX-1 (AAS, Diclofenac, Ibuprofen)

Thiénopyridines, Inhibiteurs GPIIb/IIIa

Antibiotiques B Lactames

Inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine ,Dextran

2. Effet possible

Les inhibiteurs canaux calciques

Bbloquants

Antidépresseurs tricycliques

Anesthésiques

Nitrates

3. Aliments :

Alcool, Ginseng, Gingko, Mélatonine, Curcuma,.....

**Tous les anticoagulants sont pris pour rendre le sang plus fluide en diminuant le risque de thrombose lié à une anomalie (voir page 8)
Tous ont des avantages et des inconvénients
il faut les connaître pour mieux maîtriser son traitement**

Il faut rester attentif à l'adhérence au traitement

Les études diverses nous indiquent seulement

- **42% des patients suivent bien leur traitement**
 - **55% suivent partiellement**
- **3% ne commencent pas leur traitement**

Prenez tous les outils existants pour ne pas oublier

Exemple : au déjeuner ou au repas du soir, alarme smartphone, pilulier électronique,)

**N'oubliez jamais que la durée de vie de l'anticoagulant est limitée et qu'un oubli peut-être synonyme de Thrombose, AVC, Embolie pulmonaire avec les conséquences liées à ces accidents
(mort, invalidité permanente, dépendance,....)**

La non observance de son traitement anticoagulant est insidieuse car il ne se passe rien directement et quand cela arrive, il est trop tard

La vie est trop belle pour ne pas en profiter même si ce n'est pas toujours rose

L'insouciance, et la non connaissance du risque devient de l'inconscience

**On ne saute pas en parachute sans avoir suivi une formation
ni en ayant oublié celui-ci**

**Le président du Girtac
André Krajewski**

**Livret conçu par l'association Girtac-Vibast
(Gestion Individuelle Responsable de son Traitement AntiCoagulant)**



**Asbl Girtac-Vibast
Place Carnoy 15
1200 Bruxelles**

**Et le soutien de
Roche diagnostics
Boehringer Ingelheim**