



Prothrombine 09-2018

EDITO



Chers membres, sympathisants et bienfaiteurs,

Résistance non-violente.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Belgique. Il semblerait qu'une épée de Damoclès soit suspendue au-dessus de nos têtes.

Mais la vie est trop belle pour la vivre dans le stress d'une éventuelle catastrophe. Vivons mieux notre maladie.

Les signaux d'alerte, détectés à temps, permettront aux malades de traiter rapidement leurs symptômes. Pour les patients sous anticoagulants, il est impératif qu'ils puissent avoir accès à un appareil d'autocontrôle. La possibilité d'utiliser un autocontrôle permettrait aux patients de gérer leur maladie et de libérer du temps si précieux aux médecins. Beaucoup de personnes acquièrent leur dispositif de contrôle malgré le coût et le peu d'enthousiasme du monde médical.

Cette autonomie est parfois encouragée par leur généraliste qui leur apporte toute l'aide nécessaire à la gestion du contrôle.

Une compensation financière pour l'achat de l'appareil d'autocontrôle devrait être une chose naturelle. Pourquoi est-ce possible dans d'autres pays et pas en Belgique ?

Peut-être que si une action de résistance non-violente s'organisait, cela obligerait le gouvernement à réfléchir à l'importance d'un tel remboursement.

Devenir membre de Girtac-Virbast est un premier pas pour rendre cela possible.

Stefaan Hansoul

Vice-président du Vibast-Girtac.

SOMMAIRE

EDITO

P1

Quoi de neuf  
depuis la  
dernière fois?

P3

Nous avons lu.

P4

Carte Patient

P5

Pétition

Rédaction

André

Krajewski

# Quoi de neuf depuis la dernière fois ?

Nous poursuivons l'élaboration d'un centre d'information et de suivi des patients anti-coagulés.

## Fibrillation auriculaire : les patients arrêtent trop souvent leur traitement.

Le traitement de la fibrillation auriculaire vise à normaliser le rythme cardiaque et à empêcher l'apparition de caillots de sang, notamment grâce à des médicaments de la famille des anticoagulants oraux. Une étude menée en France montre que trop de patients arrêtent leur traitement et s'exposent de fait à un risque important d'accident vasculaire cérébral.

### 1 patient sur 5 arrête son traitement.

Une amélioration de l'observance des patients était donc attendue avec ces traitements plus récents et plus pratiques, et c'est ce que voulait vérifier **l'Assurance maladie** dans nouvelle étude. Celle-ci consistait à comparer les taux d'arrêt réalisée entre les différents anticoagulants oraux auprès de 35 000 patients avec fibrillation auriculaire. Les résultats ont montré que, aussi bien chez les patients débutant un traitement par anticoagulants oraux d'action directe (dabigatran ou rivaroxaban) **ou par antivitamines K (AVK)**, la fréquence des arrêts dans la première année suivant le début de la prescription est élevée. Ainsi, un patient sur cinq décide d'arrêter son traitement pendant au moins 60 jours.

« Cette fréquence est encore plus élevée si l'on tient compte du nombre de patients qui changent de type de **traitements anticoagulants oraux** : elle atteint alors 1 patient sur 3.

Et moins d'un patient sur cinq reprend un traitement dans les quatre mois suivant l'arrêt. », précise l'Assurance maladie. L'étude indique par ailleurs que l'adhésion au traitement le plus récent, les AOD, n'est pas meilleure qu'avec le traitement AVK. Or, les anticoagulants oraux sont recommandés comme traitement à vie pour la **prévention à long terme des AVC**. De part le risque accru d'évènements cardiovasculaires lié à cet arrêt prolongé, il s'agit d'un vrai motif d'inquiétude selon les auteurs de l'étude.

### Les règles pour bien suivre son traitement

« **La fibrillation auriculaire** est une maladie grave et la mortalité associée à sa principale complication, l'AVC, peut être en grande partie réduite par la prise d'anticoagulants oraux. », soulignent-ils. Ces derniers recommandent aux médecins de se montrer très vigilants et d'en discuter régulièrement avec leurs patients pour savoir si leur observance est optimale, notamment ceux pour lesquels un suivi biologique n'est pas nécessaire. Quant aux patients ayant décidé d'arrêter de leur propre chef leurs médicaments « une discussion doit être engagée pour comprendre les raisons d'arrêt et mettre en place des actions pour **améliorer l'adhésion au traitement**. », concluent-ils. Pour une meilleure efficacité de ce type de traitement l'Assurance maladie évoque aussi quelques précautions à destination des patients. Ces derniers sont invités à **prendre leurs médicaments** tous les jours aux horaires prévus en veillant bien à prendre les doses prescrites. Le traitement ne doit jamais être interrompu même si le patient se sent bien et la surveillance imposée par celui-ci doit être respectée. De même, il est important de ne prendre aucun autre médicament sans avertir son médecin afin d'éviter toute **interférence médicamenteuse** et de signaler la prise d'anticoagulants aux autres professionnels de santé consultés (chirurgien, dentiste, pédicure, infirmière, pharmacien, biologiste, kinésithérapeute....).

**L'observance thérapeutique est un paramètre sous-estimé dans l'évaluation de l'acte de guérir. Il apparaît que, pour de multiples raisons, l'adhésion du patient au traitement prescrit par le médecin est largement imparfaite. Ce constat de carence est responsable de complications non négligeables qui hypothèquent le pronostic individuel du sujet malade et grèvent le budget de la santé publique. La non-observance thérapeutique est souvent le «symptôme» d'une relation médecin-malade non optimale où l'écoute de l'autre est insuffisante. Tout doit être mis en oeuvre pour la dépister, évaluer son importance et y porter remède.**

## Nous avons lu pour vous

### Risque d'infarctus chez les patients avec une FA : les AOD font mieux que les AVK

Dr Jean-Pierre Usdin

#### AUTEURS ET DECLARATIONS

6 juillet 2018

Copenhague, Danemark – Si les anticoagulants oraux directs (AOD) ont trouvé leur place dans le traitement de la fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV), subsistait jusqu'ici un flou sur leur impact quant au risque de survenue d'un infarctus du myocarde. Pour y voir plus clair, une équipe danoise a mené une étude observationnelle qui établit la préséance des AOD sur les antivitamines par rapport à ce critère. L'étude vient de paraître dans le *Journal of the American College of Cardiology*<sup>[1]</sup>.

Etude observationnelle à partir des registres danois.

L'étude RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy) a mis à mal l'hégémonie des antivitamines K (AVK) dans le traitement de la prévention des embolies cérébrales liées à la fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV) <sup>[1]</sup>. Une ombre au tableau : le risque plus élevé mais non significatif de survenue d'infarctus du myocarde (IDM) avec le dabigatran, premier anticoagulant direct actif par voie orale (ADO) : 0,8%/an contre 0,6%/an avec les AVK. Des analyses ultérieures vont démontrer un net bénéfice du dabigatran, y compris chez les patients à haut risque. Pour autant, restait à lever définitivement le doute. C'est ce à quoi le Dr Christina Ji-Young Lee (*Department of Health Science and Technology, Aalborg University Denmark*) et son équipe se sont attelées. Pour atteindre leur objectif, ils ont conduit une étude observationnelle sur la survenue d'IDM chez les patients ayant une première manifestation de FANV, naïfs de traitement anticoagulant. Au total, 31 739 patients consécutifs répertoriés dans le *Danish National Patient Register* ont été inclus entre janvier 2013 et juin 2016 (critère d'exclusion : insuffisance rénale sévère).

Le critère primaire était la survenue d'un IDM dans l'année qui suit le début du traitement anticoagulant, laissé au choix du praticien : AVK ou AOD (dabigatran, rivaroxaban, apixaban). La survenue d'un infarctus ou le décès dans l'année constituaient les critères secondaires. Les patients (dont 47% de femmes) avaient un âge moyen de 74 ans. A l'inclusion la répartition du traitement anticoagulant se fait à peu près en parts égales 28% pour les AVK, 27% pour l'apixaban, 23% pour le dabigatran et 22% le rivaroxaban.

Risque de survenue d'IDM plus élevé à un an avec les AVK

Les résultats ont montré que le risque absolu à un an de survenue d'IDM est plus élevé dans le groupe AVK : 1,56% (IC95% : 1,33% - 1,80%) versus les AOD : 1,16% (IC95% : 0,94%-1,39%) pour l'apixaban, 1,20% (IC95% : 0,95%-1,47%) pour le dabigatran et 1,07% (IC95% : 0,83%-1,32%) dans le groupe rivaroxaban. La survenue du risque d'IDM était significativement plus faible dans chaque groupe de patients traités par ADO comparé aux AVK : - 0,4% pour apixaban, -0,4% pour dabigatran, 0,5% pour rivaroxaban.

En revanche, l'étude n'a pas fait ressortir de différences significatives entre les AOD sur la survenue d'IDM dans l'année.

En termes de critère secondaire, le risque absolu de survenue d'un IDM ou décès cardio vasculaire dans l'année était de 8,61% (IC95% : 7,9%-9,35%) pour les AVK contre 6,25% (IC95% : 5,18%-6,42%) pour l'apixaban, 5,75% (IC95% : 5,18%-6,42%) pour le dabigatran et 9,04% (8,04%-10,08%) pour le rivaroxaban.

La différence n'était pas significative entre les AVK et le rivaroxaban, mais elle l'était, en faveur des deux autres AOC versus rivaroxaban sur les décès cardiovasculaires et les infarctus à un an.

« Dans cette cohorte nationale le risque absolu standardisé à un an de survenue d'IDM est entre 1,1% et 1,2% pour les AOC et 1,6% pour les AVK chez les patients naïfs d'anticoagulant ayant une fibrillation auriculaire (non valvulaire) » a résumé Christina Ji-Young Lee.

Analyse à moyen terme

L'analyse a été suivie pendant 3 ans avec un rapport de risques identique que celui observé au cours de la première année. Les 654 IDM (soit 2,1% des patients) étaient répartis de la façon suivante : 36% des IDM dans le groupe AVK, 23% pour apixaban, 24% pour dabigatran et 17% avec rivaroxaban.

Par ailleurs, le traitement anti-agrégant plaquettaire n'avait pas d'incidence sur la survenue d'un IDM ou la mortalité cardiovasculaire et toutes les posologies d'AOD étaient associées à un risque plus faible

comparés aux AVK. En outre, l'existence ou non d'une ischémie myocardique préexistante ne changeait pas l'incidence d'IDM.

## Patients rencontrés dans la pratique quotidienne

Les forces de cette étude sont : sa rigueur, l'intérêt porté exclusivement à l'IDM, le nombre important de patients successifs, tous venants, âgés, bref ceux que l'on voit en pratique courante. Les auteurs notent le nombre faible d'infarctus du myocarde, qui leur a cependant permis de montrer une différence significative entre le risque absolu standardisé de survenue d'infarctus du myocarde en défaveur des AVK, innocentant le dabigatran. « Aucun des essais précédents n'avait pris la survenue d'un IDM comme critère primaire (...) le risque accru d'IDM pouvait refléter des différences dans la comorbidité, un biais de sélection » a déclaré Christina Ji-Young Lee.

**De l'avis des auteurs, les points faibles de l'étude sont la non prise en compte de certains facteurs cliniques, la non connaissance de l'INR et, dans une certaine mesure l'adhérence puisque 28% des patients ont arrêté leur traitement.**

Editoriaux emphatiques.

Dans son éditorial, Stephan Hohnloser (service d'électrophysiologie Clinique, Goethe University Franckfort) souligne l'importance de cette étude qui tord le cou aux controverses au sujet des AOD [3]. « Finalement ces observations concernant le dabigatran et le risque de survenue d'un IDM sont en accord total avec les grandes études observationnelles dérivées de la pratique courante qui regroupent plus de 200 000 patients » considère-t-il.

Le Pr Valentin Fuster, rédacteur en chef du JACC, va encore plus loin en affirmant dans un [résumé-audio](#) : « La poussière est balayée, la controverse n'existe plus » tout en félicitant les auteurs pour ce travail emblématique.

On se rappellera qu'en août 2011 au congrès de l'ESC qui se tenait à Paris, le Pr Eugene Braunwald (*Department of Medicine Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School Boston*), lors d'une mémorable session devant une salle pleine à craquer avait déclaré à propos des AOD : « Nous voici à la nouvelle ère du traitement anticoagulant ! » [4].

## N'oubliez pas 2 choses importantes

### 1. Nous offrons depuis cette année une nouvelle carte d'identification reprenant :

#### Avec votre accord

Historique médical (2)

Médicaments associés(4)

Les informations suivantes :

Type d'anticoagulant valeur INR pour AVK ou posologie DOAC.

Date de naissance.

Téléphone contact urgent.

Groupe sanguin.

Nom & tel. du médecin traitant.

Nom & tel. de l'hôpital.

Photo en format Jpeg ou autre.

Cette année encore des membres de notre association ont profité de notre service d'entraide afin de partir à l'étranger en toute quiétude.

Nous offrons en plus de cette carte la possibilité de louer un coagucheck d'occasion à 10€ par mois.

Le nouveau livre 2018-2019 sur «Connaitre sa maladie et maitriser son traitement » est imprimé par Roche Diagnostics et se trouve aussi sur le site du [www.girtac-virbast.be](http://www.girtac-virbast.be) .



## 2. A.S.B.LGIRTAC : Pétition pour le Remboursement de l'appareil d'automesure et des tests pour les patients sous anticoagulants.

### Aidez-nous à sauver des vies humaines

Dans diverses pathologies, les anticoagulants sauvent beaucoup de vies et sont indispensables : mais des publications montrent que 0,8 % des patients décèdent et 3-4% connaissent des problèmes thromboemboliques ou hémorragiques graves.

Des méta-analyses publiées dans le Lancet ont montré que la seule auto-surveillance réduisait de 39% la mortalité, 55% des événements thromboemboliques et 35% des événements hémorragiques majeurs. Un bénéfice encore plus important lorsque le patient gère lui-même ses posologies d'AVK en fonction des résultats : 63% de réduction de mortalité. En Belgique, au moins 80.000 patients sont encore sous anticoagulants anti-vitamines K, soit, par an, +/- 640 morts et 3.000 à 4.000 patients connaissant des problèmes thromboemboliques ou hémorragiques graves, avec les conséquences invalidantes que l'on sait.

Autant que les accidents de la route.

La Belgique est un des derniers pays riches à ne pas accorder le remboursement, ni des appareils d'autocontrôle, ni des réactifs : on est en droit de se demander comment cela est possible alors que leur efficacité est démontrée et que les pays voisins témoignent leur satisfaction.

En 2009, le KCE a confirmé la justesse des bénéfices de l'autogestion, avec comme remarque qu'il fallait évaluer les coûts de la faisabilité en Belgique (étude non encore réalisée ce jour alors que le remboursement en Belgique au laboratoire pour une mesure d'INR simple est de plus de 20€ alors que faites avec un appareil d'autocontrôle c'est max 5€).

Chez nos voisins allemands, luxembourgeois, néerlandais, danois, suisse,..., cela a été étudié et réalisé depuis des années. Il y a plus de 1.000.000 d'utilisateurs dans le monde.

***Ainsi des milliers d'enfants sont obligés de subir des prises des sangs à répétition, de fréquenter des laboratoires hospitaliers avec le traumatisme que cela implique dès le plus jeune âge (dès 1 an). Sans compter les absences scolaires, les déplacements chez le généraliste pour obtenir la prescription et l'adaptation de la posologie en fonction du résultat.***

***Comment une mère de famille peut-elle justifier auprès de son employeur un retard au travail pour une simple prise de sang ...***

Pour les adultes, c'est pareil : prescription chez le généraliste, labo, recherche du résultat pour l'adaptation de la dose.

Et pourtant à l'image des patients diabétiques, une solution existe : les appareils d'auto-mesure.

Ceux-ci ont l'avantage d'être très petits, et permettent aux patients de s'autocontrôler en quelques secondes, où et quand ils le désirent.

Résultat : un gain de temps, d'argent indéniable et surtout une autonomie retrouvée pour tous ...

Les aliments interfèrent dans la coagulation du sang : les enfants qui mangent à la cantine scolaire, vont-ils dire le soir à leurs parents ce qu'ils ont mangé ?

Et s'ils partent en classe de neige ou en classe verte ? Et pour les vacances à l'étranger, comment fait-on ?

Et leurs veines, comment réagissent-elles après tant de prises de sang ?

Ce retard va devoir être très rapidement rattrapé, faute de quoi les patients soumis au traitement AVK seraient en droit de demander des explications....

Ensemble, faisons avancer les décisions : chaque jour gagné peut sauver une vie :

1 jour = 1 vie

Parce que nous aussi nous avons le droit de prétendre à une certaine qualité de vie, nous avons besoin de votre aide pour exister pleinement...

Pour l'ASLB Girtac et son Comité.

Email : [info@girtac.be](mailto:info@girtac.be)

Site internet: [www.girtac.be](http://www.girtac.be)

Attention: N'oubliez pas de renvoyer cette feuille signée avec votre adresse et email et ainsi que celle de vos sympathisants qui peuvent soutenir notre action (ami, médecin, infirmières, voisins,...) soit par internet soit par lettre à ASBL Girtac-Vibast vzw 15 place carnoy 1200 Bruxelles

**Pétition pour le remboursement des appareils d'auto mesure et des  
tigettes pour les patients anti coagulés *à faire signer et à renvoyer par  
toutes vos connaissances***

nom	prénom	adresse	email	signature

*A renvoyer 15 place carnoy 1200 bruxelles ou [info@girtac.be](mailto:info@girtac.be)*

Il y a 200 000 patients sous anticoagulants en Belgique.

Un belge sur 6 vit grâce au anticoagulant et un belge sur 6 est en danger à cause des anticoagulants.

Pour un meilleur suivi du traitement et des renseignements et conseils sur les anticoagulants et traitement.

Devenez membre du Girtac-Vibast (*gestion individuelle responsable de son traitement anticoagulant*).

Votre affiliation de 13,-€ est à verser au compte bancaire ASBL Girtac BNP Paribas Fortis IBAN : BE72 0017 9391 9616.

	Comment devenir membre	
Prénom		
Nom		
Adresse		
Adresse Courriel		

Envoyer à [info@girtac.be](mailto:info@girtac.be) ou à 15 Place Carnoy 1200 Bruxelles.