

■ Revues générales

“Les 10 commandements” du guide de l’European Heart Rhythm Association sur l’utilisation des anticoagulants oraux directs dans la fibrillation atriale

Les anticoagulants oraux non antivitamine K sont une alternative pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux chez les patients qui ont une fibrillation atriale, et sont devenus les anticoagulants préférés, en particulier chez les patients chez lesquels une nouvelle anticoagulation est commencée. Et les médecins et les patients se sont familiarisés avec l’utilisation de ces médicaments en pratique clinique. Cependant, de nombreuses questions non résolues sur la façon d’utiliser ces médicaments de façon optimale dans des situations cliniques spécifiques persistent. Le premier guide pratique de l’EHRA a été publié en 2013. Une actualisation a été publiée en 2015.



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Voici les 10 messages importants [1] – “les 10 commandements” – de l’édition de 2018 [2].

1. Les anticoagulants oraux directs (AOD) peuvent généralement être utilisés chez les patients qui ont une valvulopathie, mais pas chez les patients qui ont une prothèse valvulaire mécanique ou une sténose mitrale rhumatismale.

2. Il est recommandé de donner la carte AOD de l’EHRA aux patients qui prennent un AOD, au moment de l’institution du traitement et pendant le suivi.

3. L’éducation du patient et les approches centrées sur le patient (par exemple, pilulier, calendrier, rappels électroniques) doivent être faites afin d’assurer une adhésion optimale au traitement.

4. Chaque fois que c’est possible, la dose standard testée dans les essais doit être prescrite afin d’apporter le bénéfice optimal au patient. La diminution de la

dose est guidée d’abord par les critères de réduction de dose dans les grands essais de phase III.

5. Vérifier les possibles interactions médicamenteuses chez tout patient chez lequel on commence un traitement AOD. Envisager des traitements alternatifs en cas d’interactions significatives.

6. Évaluer la fonction rénale par la créatininémie et la clairance de la créatinine à des intervalles réguliers et pré-spécifiés. Règle générale : l’intervalle minimal de surveillance en mois égale la clairance de la créatinine divisée par 10.

7. Il n’y a pas besoin d’une évaluation en routine des taux plasmatiques d’AOD. La mesure des taux plasmatiques d’AOD peut être envisagée dans des cas rares, tels qu’une urgence (hémorragie sévère, intervention chirurgicale urgente, accident vasculaire cérébral) ou des profils de patient complexes (par exemple, multiples interactions médicamenteuses

significatives, surpoids ou maigreur importants, fonction rénale altérée). Cela ne doit être fait qu'avec un expert en coagulation. Il n'y a pas de données cliniques puissantes en faveur d'une telle stratégie.

8. Chez les patients qui ont une fibrillation atriale et une coronaropathie, l'association d'un AOD et d'un traitement antiagrégant plaquettaire est faisable (et préférable à un AVK). La durée du traitement triple doit être aussi courte que raisonnablement possible ; elle dépend des risques d'accident vasculaire cérébral, d'(athéro) thrombose et d'hémorragie. Une stratégie par défaut d'une semaine de traitement triple après mise en place programmée d'un stent et de 3 mois après la mise en place d'un stent lors d'un syndrome coronaire aigu peut être

envisagée comme base de départ avant individualisation au cas par cas.

9. Chez certains patients qui prennent un AOD et qui ont un accident vasculaire cérébral, une thrombectomie endovasculaire est préférable, si elle est indiquée et possible. Une thrombolyse ne peut être administrée que lorsqu'il n'y a plus d'effet de l'AOD (par exemple ≥ 48 heures après la dernière prise), confirmé par des dosages biologiques spécifiques, ou que son effet est "antagonisé" (par l'idarucizumab dans le cas du dabigatran).

10. Ne pas "sous-traiter" les patients fragiles et les patients âgés. L'accident vasculaire cérébral est un événement sévère chez ces patients, conduisant souvent à une invalidité et à une incapacité à retrouver une vie normale. Les

AOD ont une efficacité et une sécurité (versus les AVK) aussi chez ces patients à haut risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. STEFFEL J, HEIDBÜCHEL H. 'Ten Commandments' of the EHRA Guide for the Use of NOACs in AF. *Eur Heart J*, 2018;39:1322.
2. STEFFEL J, VERHAMME P, POTPARA TS *et al.* The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*, 2018;39:1330-1393.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.