

SYMPOSIUM

Journées Européennes de la SFC

Mise au point sur les AVK

Une sous-utilisation et un contrôle non optimal

En France, environ 900 000 patients sont traités par AVK alors qu'on s'attendrait à en compter le double. Ces molécules sont donc largement sous-prescrites. Une étude conduite au Canada par Gladstone *et al.* [1] entre 2003 et 2007 montre des résultats édifiants. Sur 597 patients admis pour un AVC ischémique et ayant des antécédents de fibrillation auriculaire à haut risque embolique, seuls 10 % étaient traités à l'arrivée par warfarine à doses thérapeutiques, 29 % par warfarine à dose infra-thérapeutique, 2 % étaient sous double anti-agrégation et 29 % n'avaient aucun antiagrégant ni anticoagulant. Il est important de préciser qu'aucun de ces patients n'avait de contre-indication à une anticoagulation efficace.

Le contrôle de l'anticoagulation est également globalement mauvais et responsable en partie d'une iatrogénie élevée: les AVK sont en effet la première cause d'accidents iatrogènes médicamenteux avec 17 000 hospitalisations et 5 000 hémorragies intracrâniennes annuelles en France. Les fluctuations de l'INR illustrent bien ce contrôle non optimal avec un TTR (*Time in Therapeutic Range*, c'est-à-dire temps passé dans la zone cible) d'environ 50 % dans les études nationales et de 60 % en moyenne dans les études internationales, voire même de 80 % dans les pays scandinaves. **Il existe donc une marge de manœuvre importante pour améliorer la gestion des AVK en France, et ainsi diminuer les accidents iatrogènes.**

Pour améliorer ce résultat, il est impor-

tant que la gestion des anticoagulants soit centrée sur les patients, qui ne doivent pas être uniquement informés, mais aussi éduqués et impliqués. Il a déjà été montré que le *self management* des AVK par les patients permettait de réduire les accidents hémorragiques ou thrombotiques sous AVK [2]. Il serait également nécessaire de multiplier le nombre de structures dédiées au suivi des patients sous anticoagulants telles que le CREATIF (Centre de référence et d'éducation des antithrombotiques d'Ile-de-France). Cette structure délivre des conseils aux professionnels de santé, prend en charge et rend un conseil thérapeutique au patient sous AVK (et à son médecin référent), organise des séances d'éducation thérapeutique et des actions de formation des professionnels afin d'améliorer la connaissance des antithrombotiques. D'autres pistes sont actuellement explorées pour améliorer le contrôle des INR, dont l'automesure, mais les appareils sont coûteux et non remboursés en France (sauf pour les enfants depuis 2008).

Cas particulier des patients âgés

La prévalence de la FA augmente avec l'âge. Elle est de 30 % entre 70 et 79 ans et atteint 48 % chez les plus de 80 ans. La question de la prescription des AVK chez le sujet âgé est donc très souvent posée.

Une enquête mondiale réalisée en juin 2011 [3], conduite chez des sujets âgés institutionnalisés en fibrillation auriculaire, révèle que seulement 13 à 18 % d'entre eux sont anticoagulés et, parmi eux, seulement un tiers des

Risque CHADS ₂ VASc	Score
CHF ou LVEF ≤ 40 %	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabète	1
AVC/AIT/thrombo-embolisme	2
Maladie vasculaire	1
Age 65-74	1
Femme	1

Score CHADS₂VASc.

INR sont dans la zone thérapeutique. Il s'agit pourtant de patients à haut risque embolique et l'ESC et l'HAS recommandent l'emploi des anticoagulants de façon systématique chez les plus de 75 ans. Ce risque est reflété dans le score CHADS₂VASc où l'âge supérieur à 75 ans "vaut" 2 points et conduit donc immédiatement à la prescription d'anticoagulants.

Cependant, ce risque embolique est à pondérer par rapport au risque hémorragique et on sait que l'âge, surtout après 80 ans, augmente le risque d'hémorragie grave, en particulier cérébrale, que le patient soit sous AVK ou non.

Le score HASBLED résume les items à prendre en compte pour la prescription des AVK chez le sujet âgé. S'il est supérieur ou égal à trois, le patient est à haut risque hémorragique.

L'important est de réaliser initialement une évaluation globale personnalisée du sujet âgé (dépendance, comorbidités, état nutritionnel, présence de troubles cognitifs, environnement). La réflexion autour de ces différents axes permet d'éviter un

Lettre	Caractéristiques cliniques	Points attribués
H	Hypertension	1
A	Insuffisance rénale ou hépatique	1 ou 2
S	AVC	1
B	Hémorragie	1
L	INR labiles	1
E	Age > 65 ans	1
D	Alcool ou autres médicaments	1 ou 2

Score HASBLED.

“sous-traitement” non argumenté, ou à l’inverse un “surtraitement” potentiellement dangereux.

Globalement, les AVK chez le sujet âgé seront prescrits à condition de répondre à toutes ces questions :

- qui prépare, donne et surveille la prise du traitement ?
- y a-t-il des risques d’automédication ?
- le contrôle biologique sera-t-il suivi ?

Il est important de réévaluer fréquemment la balance bénéfice/risque en reposant régulièrement ces questions.

Cas particulier des patients en insuffisance rénale

L’insuffisance rénale est à la fois un risque thrombotique et hémorragique. Dans les études observationnelles,

les anticoagulants sont fréquemment sous-prescrits chez les patients en fibrillation atriale atteints d’insuffisance rénale du fait du surrisque hémorragique. Ce risque est en effet corrélé à la clairance de la créatinine et est maximal pour des patients dont la clairance est inférieure à 30 mL/min. L’autre effet délétère de l’insuffisance rénale est le moins bon contrôle des INR, avec des variabilités importantes. Il est donc conseillé chez les patients insuffisants rénaux de débiter les AVK à doses moindres et d’augmenter la périodicité de surveillance des INR afin de diminuer le risque d’accident iatrogène.

Conclusion

Les AVK sont des molécules largement sous-prescrites en France, notamment chez les sujets âgés ou en insuffisance

rénale. Afin de diminuer les accidents liés à leur utilisation mal contrôlée, il est important de réaliser un contrôle optimal des INR en renforçant l’éducation thérapeutique des patients. Dans les populations à risque, le rapport bénéfice/risque doit être régulièrement réévalué par le médecin et le cardiologue traitant, en s’aidant des scores CHADS2VASC et HASBLED, mais surtout en tenant compte des vulnérabilités et de l’environnement du sujet.

Bibliographie

1. GLADSTONE DJ *et al.* Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated. *Stroke*, 2009; 40: 235-240.
2. SIEBENHOFERL A *et al.* for the SPOG 60+ Study Group Self-management of oral anticoagulation reduces major outcomes in the elderly. A randomized controlled trial. *Thromb Haemost*, 2008; 100: 1089-1098.
3. HANON O. Broca hospital Paris personal communication. <http://www.sfgg.fr>

*Compte rendu rédigé
par M. Rovani-Panthier
Hôpital Saint-Joseph, Paris.
D’après les communications de
L. Drouet, P. Friocourt,
G. Pernod, P. Mismetti
au cours d’un symposium organisé
par les Laboratoires Merck Serono
dans le cadre des JESFC.*