

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier

Avril 2008

OBJECTIF

Environ 1 % de la population en France reçoit un traitement par un AVK. Les accidents hémorragiques des AVK sont au 1^{er} rang des accidents iatrogènes. Les recommandations visent à diminuer la morbidité et la mortalité liées aux AVK.

SURDOSAGE ASYMPTOMATIQUE

- Privilégier la prise en charge ambulatoire si le contexte le permet.
- Préférer l'hospitalisation s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque hémorragique individuel (âge, antécédent hémorragique, comorbidité).

INR mesuré	Mesures correctrices recommandées en fonction de l'INR mesuré et de l'INR cible	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 - 3,5 ou 3 -4,5)
INR < 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de saut de prise ▪ pas d'apport de vitamine K 	
$4 \leq \text{INR} < 6$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saut d'une prise ▪ pas d'apport de vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de saut de prise ▪ pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ arrêt du traitement ▪ 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saut d'une prise ▪ un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ arrêt du traitement ▪ 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

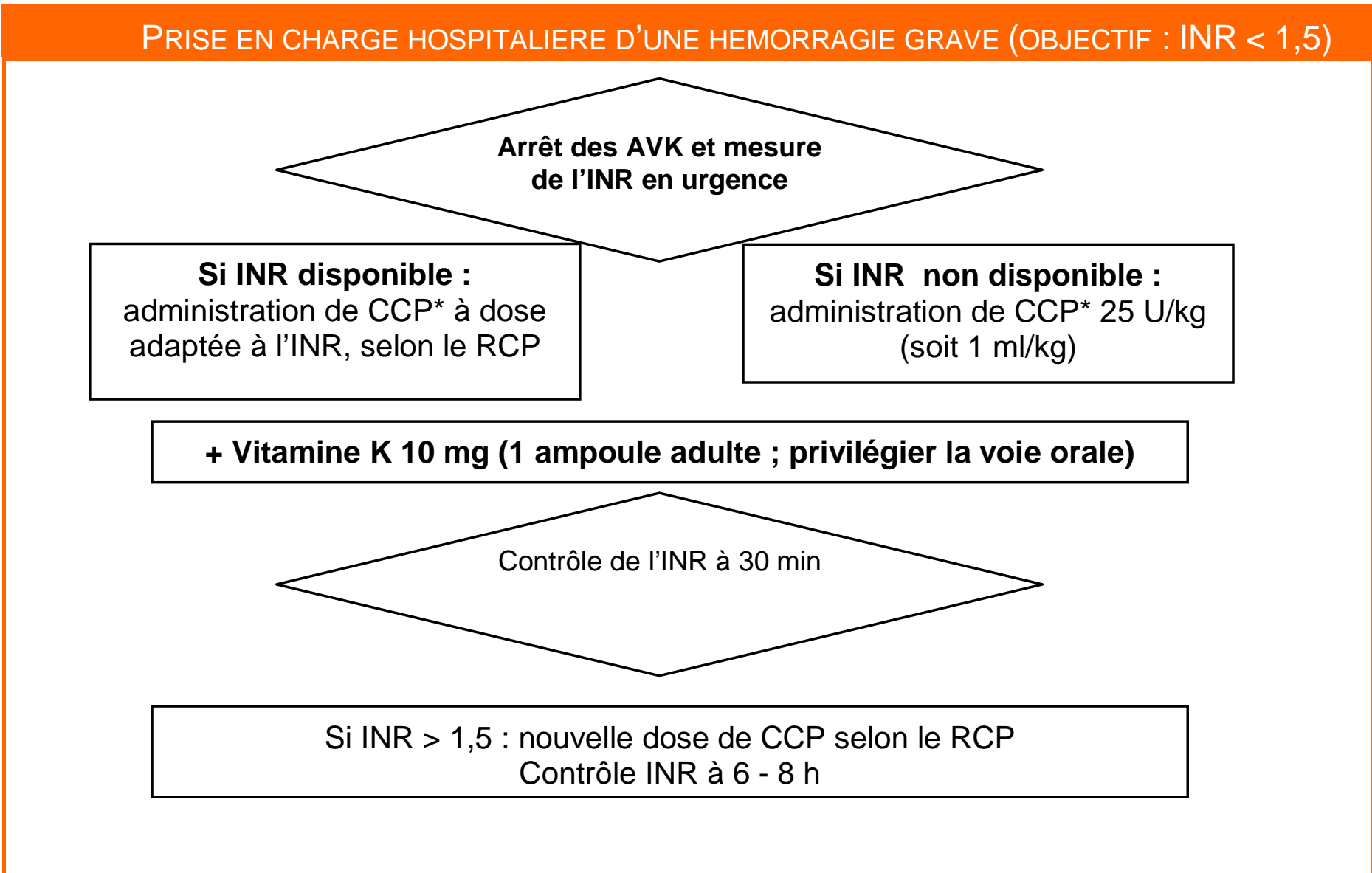
- Contrôler l'INR le lendemain. Si l'INR reste supratherapeutique, les mesures correctrices proposées restent valables et doivent être reconduites.

HEMORRAGIES ET TRAUMATISMES

Une hémorragie grave ou potentiellement grave nécessite une prise en charge hospitalière.

Critères de gravité

- Abondance du saignement, apprécié notamment sur le retentissement hémodynamique.
- Localisation pouvant engager un pronostic vital ou fonctionnel.
- Absence de contrôle par des moyens usuels.
- Nécessité d'une transfusion ou d'un geste hémostatique en milieu hospitalier.



* CCP = concentré de complexe prothrombinique, aussi appelé PPSB. **L'administration accélérée des CCP est possible en cas d'extrême urgence.**

- Hémorragie « non grave » :
 - privilégier la prise en charge ambulatoire
 - chercher et corriger un surdosage
 - chercher la cause de l'hémorragie.
- Traumatisme non crânien : même attitude suivant la nature du traumatisme et la gravité potentielle de l'hémorragie.
- Traumatisme crânien :
 - hospitaliser systématiquement pour surveiller au moins 24 h
 - scanner cérébral :
 - immédiat en cas de symptômes neurologiques
 - différé de 4 à 6 h dans les autres cas.
- Reprendre l'AVK dans un délai fonction du risque de récurrence hémorragique et de l'indication initiale de l'AVK.

CHIRURGIE ET ACTES INVASIFS

ACTES RESPONSABLES DE SAIGNEMENTS DE FAIBLE INTENSITE ET AISEMENT CONTROLES, POUVANT ETRE REALISES SANS INTERROMPRE LES AVK

Conditions

- INR compris entre 2 et 3, à contrôler avant le geste.
- Absence de risque médical associé (prise d'un autre médicament ou comorbidité interférant avec l'hémostase ou avec l'équilibre du traitement anticoagulant).

Actes :

- ▶ chirurgie cutanée
- ▶ chirurgie de la cataracte
- ▶ actes de rhumatologie de faible risque hémorragique*
- ▶ certains actes de chirurgie bucco-dentaire**
- ▶ certains actes d'endoscopie digestive***

(sites consultables : * www.rhumatologie.asso.fr ; ** www.societechirbuc.com ; *** www.sfed.org)

ACTES PROGRAMMES NECESSITANT L'INTERRUPTION DES AVK (OBJECTIF : INR AU MOMENT DE L'INTERVENTION < 1,5 OU < 1,2 SI NEUROCHIRURGIE)

- ACFA sans antécédent embolique
- MTEV à risque modéré

- ▶ Arrêt des AVK sans relais préopératoire par héparine
- ▶ Reprise des AVK dans les 24 - 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**

- Valves mécaniques (tout type)
- ACFA avec antécédent embolique
- MTEV à haut risque*

- ▶ Arrêt des AVK et relais préopératoire par héparine à dose curative
- ▶ Reprise des AVK dans les 24 – 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**

* TVP proximale et/ou EP < 3 mois, MTEV récidivante idiopathique ($n \geq 2$, au moins un accident sans facteur déclenchant). La mise en place d'un filtre cave en préopératoire est discutée au cas par cas.

** L'héparinothérapie à dose curative ne doit pas être reprise avant la 6^e heure postopératoire. Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris à la 6^e heure, dans les situations où elle est indiquée, la prévention postopératoire précoce de la MTEV doit être réalisée selon les modalités habituelles.

(MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse ; TVP : thrombose veineuse profonde ; EP : embolie pulmonaire ; ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire)

Les héparines en relais des AVK doivent être utilisées à dose curative.

Trois options sont possibles :

- ▶ héparine non fractionnée (HNF)
- ▶ héparine intraveineuse à la seringue électrique ou sous-cutanée (2 ou 3 injections/j)
- ▶ héparines de bas poids moléculaire (HBPM, 2 injections par jour).

1. Mesurer l'INR 7 à 10 jours avant l'intervention

- ▶ si l'INR est en zone thérapeutique, arrêt des AVK 4 à 5 jours avant l'intervention et introduction des héparines à dose curative :
 - 48 h après la dernière prise de fluindione (Previscan[®]) ou de warfarine (Coumadine[®])
 - 24 h après la dernière prise d'acénocoumarol (Sintrom[®])
- ▶ si l'INR n'est pas en zone thérapeutique, l'avis de l'équipe médico-chirurgicale doit être pris pour moduler les modalités du relais.

2. Mesurer l'INR la veille de l'intervention

Les patients ayant un INR supérieur à 1,5 la veille de l'intervention reçoivent 5 mg de vitamine K *per os*, et un INR de contrôle est réalisé le matin de l'intervention.

3. Il est souhaitable que les interventions aient lieu le matin.

4. L'arrêt préopératoire des héparines est recommandé comme suit :

- ▶ HNF intraveineuse à la seringue électrique : arrêt 4 à 6 h avant la chirurgie
- ▶ HNF sous-cutanée : arrêt 8 à 12 h avant la chirurgie
- ▶ HBPM : dernière dose 24 h avant l'intervention.

Un exemple de relais préopératoire est donné dans les recommandations disponibles sur www.has-sante.fr

EN CAS DE CHIRURGIE OU D'ACTE INVASIF URGENT, A RISQUE HEMORRAGIQUE ET NON PROGRAMME

- Mesurer l'INR à l'admission du patient et administrer 5 mg de vitamine K.
- Si le délai requis pour l'intervention ne permet pas d'atteindre le seuil hémostatique (objectif : INR < 1,5 ou < 1,2 si neurochirurgie) par la seule vitamine K : administrer du CCP selon le RCP et contrôler l'INR avant l'intervention.
- Un contrôle de l'INR est réalisé 6 à 8 h après l'intervention et la prise en charge postopératoire rejoint celle des actes programmés.



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :

« **Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier** »

Recommandations professionnelles du GEHT en partenariat avec la HAS - Avril 2008.

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité

sur www.has-sante.fr