

Risque thromboembolique (TE)

| | CHADS ₂ | CHA ₂ DS ₂ -VASc |
|--|--------------------|--|
| Congestive heart failure or LV dysfunction | 1 | 1 |
| Hypertension | 1 | 1 |
| Age ≥ 75y | 1 | 2 |
| Diabetes | 1 | 1 |
| Stroke (AVC/AIT/thromboembolie) | 2 | 2 |
| Vascular disease | | 1 |
| Age 65-74y | | 1 |
| Sex category - Female | | 1 |

≥ 2 : R/ recommandé

= 1 : R/ à envisager

Risque thromboembolique élevé
→ risque hémorragique élevé sous anticoagulant

Risque hémorragique sous anticoagulant

| | HAS-BLED |
|--|--------------|
| Hypertension (>160mmHg syst) | 1 |
| Abnormal renal and liver function | 1 point each |
| Stroke | 1 |
| Bleeding (previous and/or predisposition) | 1 |
| Labile INRs | 1 |
| Elderly (e.g. > 65y) | 1 |
| Drugs that increase risk of bleeding, or alcohol | 1 point each |

Score ≥ 3 = risque élevé : pas une contre-indication absolue au traitement anticoagulant, mais prudence et suivi régulier
Prise en charge des facteurs de risque modifiables

Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)?

- Non-inférieurs ou supérieurs aux AVK en prévention des AVC/TE
- ∇ hémorragies intracrâniennes, ↗ saignements gastro-intestinaux avec certains NACO, vs warfarine
- ↗ infarctus du myocarde avec dabigatran 2x150mg/j vs warfarine
- Peu de données à long terme, peu de données chez des patients polyopathologiques/polymédiqués
- Pas de contrôle possible de l'inhibition de la coagulation (1^{ère} ligne), pas d'antidote, t_{1/2} court

La plupart des recommandations pour la 1^{ère} ligne : préférence AVK

Stabilisé sous AVK: pas de raison de passer à un NACO

Mauvaise observance sous AVK :
pas forcément une raison de passer à un NACO

Suivi

Suivi du patient, quel que soit l'anticoagulant

- Anamnèse: observance, effets indésirables, interactions potentielles
- Clinique: tension artérielle, signes de déshydratation, de saignement
- INR (AVK) : 2-3
- Fonction hépatique
- Fonction rénale


Importance d'une bonne observance, aussi/certainement avec les NACO

Avant l'initiation de tout anticoagulant

NACO : min 1x/an, plus souvent si (suspicion d')altération de la fonction rénale

| Tout anticoagulant | | | | | |
|---|--|--|---|--------------------------|--|
| Contre-indications | <p>Lésion hémorragique actuelle ou récente</p> <p>Lésion ou affection à risque d'hémorragie majeure</p> <p>Insuffisance rénale (IR) ou hépatique (IH) sévère</p> <p>Hypertension artérielle sévère</p> <p>FA valvulaire (pour les NACO)</p> | | | | |
| Interactions | Médicaments ↗ le risque hémorragique (AAS, AINS, thiénopyridines, ...) | | | | |
| AVK | | | | | |
| Posologie | INR cible : 2-3 | | | | |
| Interactions | Interactions nombreuses, dont alimentaires (CBIP Répertoire - Point 2.1.2.2.) | | | | |
| Dabigatran (Pradaxa® 2008) | | Rivaroxaban (Xarelto® 2008) | | Apixaban (Eliquis® 2011) | |
| Posologie | <p>150mg 2x/j</p> <p>110mg 2x/j si</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 80 ans • vérapamil <p>Evaluation au cas par cas (110 ou 150mg 2x/j) si</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75-80 ans, IR modérée, gastrite, œsophagite, reflux GO, autre risque accru de saignement | <p>20mg 1x/j</p> <p>15mg 1x/j si ClCr* < 49</p> <p>Prudence si ClCr 15-29</p> | <p>5mg 2x/j</p> <p>2,5mg 2x/j si</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux des critères suivants : ≥ 80 ans, ≤ 60 kg, ou créat sérique ≥ 1,5 mg/dl • ClCr 15-29 | | |
| | <p>Ne pas ouvrir les gélules</p> | | <p>* Clairance de la créatinine (ml/min)</p> | | |
| F. rénale | Contre-indiqué si ClCr < 30 | Contre-indiqué si ClCr < 15 | | | |
| F. hépatique | Insuffisance hépatique légère à modérée : non recommandé | | | | |
| Interactions importantes (pharmacocinétiques) | ↗ risque hémorragique | <p>Itra-, kéto-, posa-, voriconazole: contre-indiqué (dabigatran) ou non recommandé (rivaroxaban et apixaban)</p> <p>Amiodarone, vérapamil: surveillance clinique (dabigatran)</p> <p>Clarithromycine: surveillance clinique (dabigatran)</p> <p>Inhibiteurs de la protéase du VIH : à éviter (dabigatran) ou non recommandé (rivaroxaban et apixaban)</p> | | | |
| | ↗ risque ischémique | <p>Rifampicine : à éviter (dabigatran)</p> <p>Phénytoïne, carbamazépine, millepertuis : à éviter (dabigatran) ou prudence (rivaroxaban et apixaban)</p> <p>Phénobarbital: prudence (rivaroxaban et apixaban)</p> | | | |

Liens

- www.farmaka.be → Publications
- Visiteurs indépendants → fibrillation auriculaire
- www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/consensus/index.htm
- www.sign.ac.uk
- www.escardio.org
- www.nhg.org
- www.thrombosisguidelinesgroup.be
- www.cbip.be - Répertoire: interactions (introduction), RCP via  comparateur de prix via 
- www.fagg-afmps.be : notification d'effets indésirables, plan de gestion des risques, ... 
- www.ebmpracticenet.be