

**PROFIL ET DEVENIR DES PATIENTS ADMIS
AUX UMC DU CHU DE BENI MESSOUS
SUITE A UN ACCIDENT AUX ANTIS VITAMINES K**

DR HADJADJ SOUAD
UMC CHU BENI MESSOUS
PR M.S.HARA OUBIA

INTRODUCTION :

- ❖ Anti vitamines K (AVK),
- ❖ Augmentation importante de leur utilisation
- ❖ Progrès réalisés pour sécuriser cette utilisation:
- ❖ Accidents hémorragiques: graves

LE BUT:

- ❖ les caractéristiques anthropométriques, clinico- biologiques,
- ❖ les comorbidités,
- ❖ la prise en charge
- ❖ le devenir des patients présentant des accidents hémorragiques sous AVK.

METHODES :

- ❖ Etude descriptive rétrospective
- ❖ 21 mois allant de Janvier 2017 à Septembre 2018.
- ❖ 27 patients, accident hémorragique lié aux anti vitamines K,
- ❖ Service des UMC du CHU Beni Messous,
- ❖ Exclus
 - les accidents hémorragiques aux héparines seules ou associés aux anti-vitamines K et
 - les patients avec un INR au-delà de la marge thérapeutique sans manifestations hémorragiques (surdosage asymptomatique).

Fiche technique : Accidents aux AVK

Nom : Prénom : Age : Sexe :
Date d'entrée : Date de sortie : Transfert : Décès :
Provenance :
Motif d'hospitalisation :
Dgc retenu :
ATCD : hémorragie digestive ☐ alcool ☐ tabac ☐ insuffisance cardiaque ☐ HTA ☐
cardiopathie ischémique ☐ valvulopathie ☐ cardiomyopathie dilatée ☐ DNID ☐ DID ☐
I Rénale C ☐ AVC ischémique ☐ AVC hémorragique ☐ I Respiratoire C ☐ Asthme ☐
TRT associé : aucun ☐ BB ☐ ADO ☐ insuline ☐ IEC ☐ ATB ☐ diurétiques ☐ aspirine ☐
index de Landefeld : FDR : âge=65ans ☐ Atcd AVC ☐ Atcd hémorragie ☐ comorbidités ☐ = .

Indication de l'AVK :

Début de l'anticoagulation

Type de molécule et la dose

L'observance : surveillance par INR

Prise en charge antérieure :

NON ☐ OUI ☐ structure : durée :

A l'admission :

SCG : FC : FR :
F° : Non ☐ oui ☐ chiffre :
TA : Stable ☐ hypotension ☐ Etat de choc ☐ sous drogue ☐
VS : Non ☐ Oui ☐
VNI : Non ☐ Oui ☐
Intubé : Non ☐ Oui ☐

Bilan biologique :

Bilan d'hémostase : INR TP : TCK :
FNS : Hb : Pla : GB :
Bilan rénal : Urée : Créa :
Biochimie : Glycémie : Na+ : K+ : Calémie :
GDS : PH : PaO2 : SatO2 : PaCO2 : HCO3- : Lactate :

Bilan hépatique : TGO TGP Bil PAL

Autre :

ECG :

Imagerie : - Rx de Thorax :
- Endoscopie digestive :
- Echo graphie abdominale :
- Scanner ou IRM :
- Echocoeur :
- autre :

Type d'accident :

-Hémorragie digestive : Hématémèse ☐ rectorragie ☐ Méléna ☐
-AVC hémorragique : ☐
-Hématome des parties molles ☐
-Métrorragie ☐
-Autre ☐ type :

Facteur déclenchant : Ecart thérapeutique ☐ Infection ☐
Prise médicamenteuse ☐ Autre ☐ type :

Prise en charge initiale :

-Quantité d'hydratation
-Arrêt AVK Non ☐ Oui ☐
-vit K ☐ IV ☐ SC ☐
-PFC ☐ CG ☐

Evolution : Sortie ☐ transfert ☐ Duré d'hospitalisation complications ☐
à type : Insuffisance rénale aigue ☐ Etat de choc ☐ Décès ☐
Intubation ☐ détresse respiratoire ☐ Persistance du saignement ☐
- Dégradation du score neurologique SCG ☐

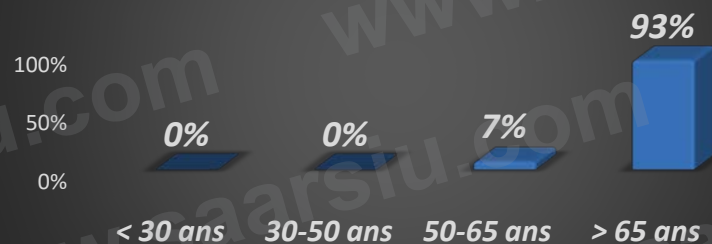
Reprise anticoagulation : Héparine ☐ AVK ☐

Nbre de jour post hémorragie

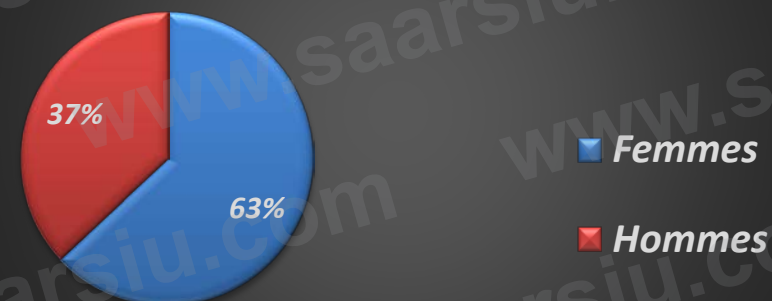
Age moyen:
69,4 ans
(55-92ans)

Sexe ratio:
1,7
(17 F/10H)(63 / 37%)

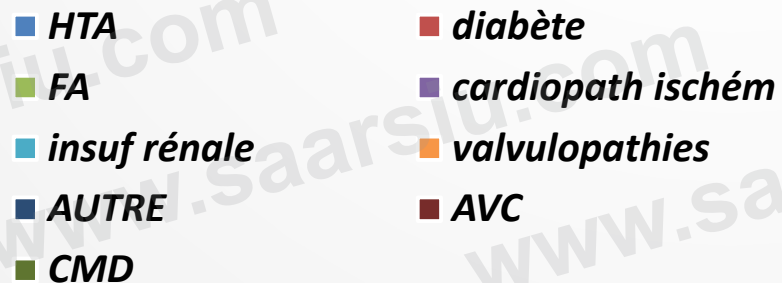
REPARTITION SELON LES TRANCHES D'AGE



REPARTITION SELON LE SEXE

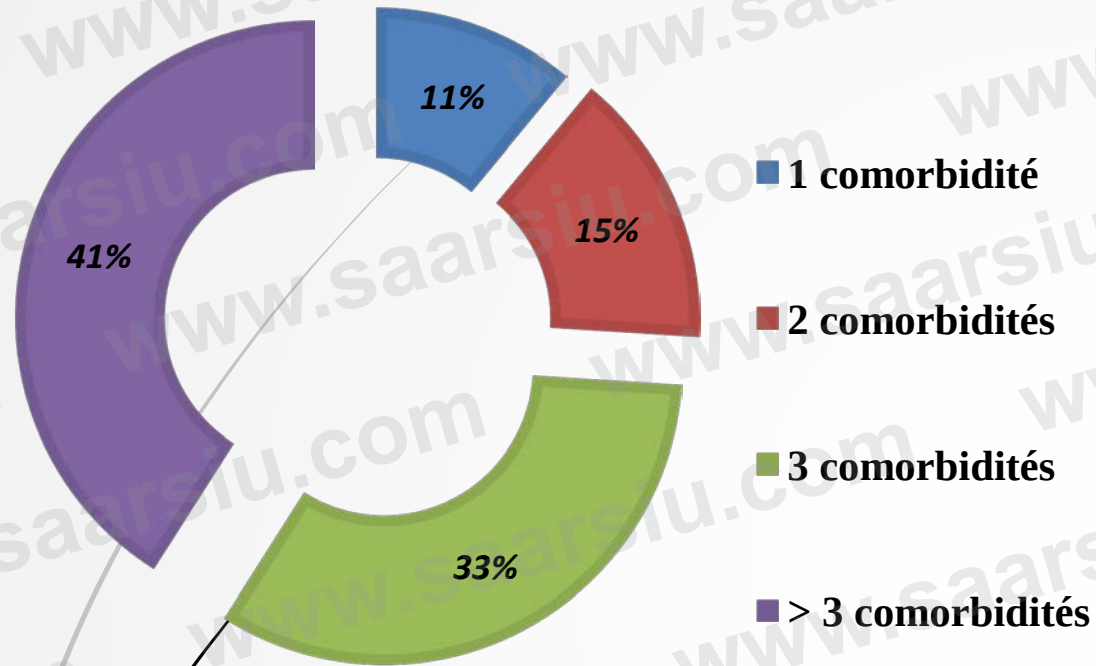


Antécédents

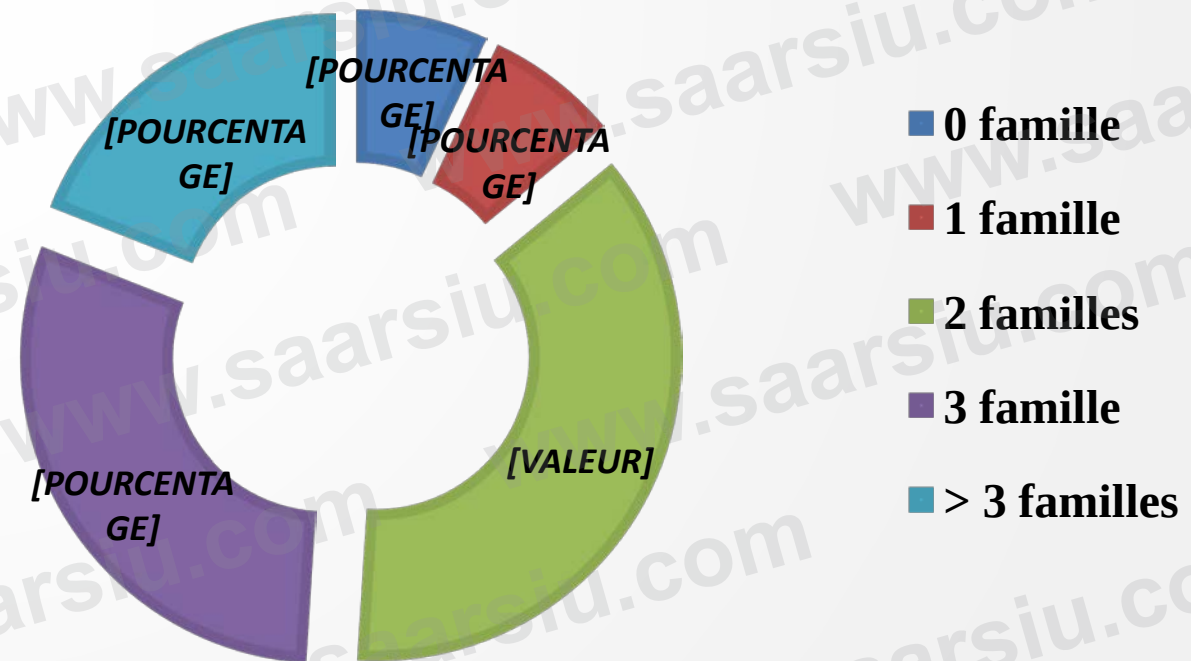


antécédents variés:

COMORBIDITÉS ASSOCIÉES



TRAITEMENTS ASSOCIÉS





AVK

Acénocoumarol : Sintrom

dose moyenne:

0,49 cp/j

Administration:

1 seule dose

Le soir

**Mauvaise
observance**

60%

**Durée moyenne
du trt:**

5,74 ans

(8 mois-20 ans)

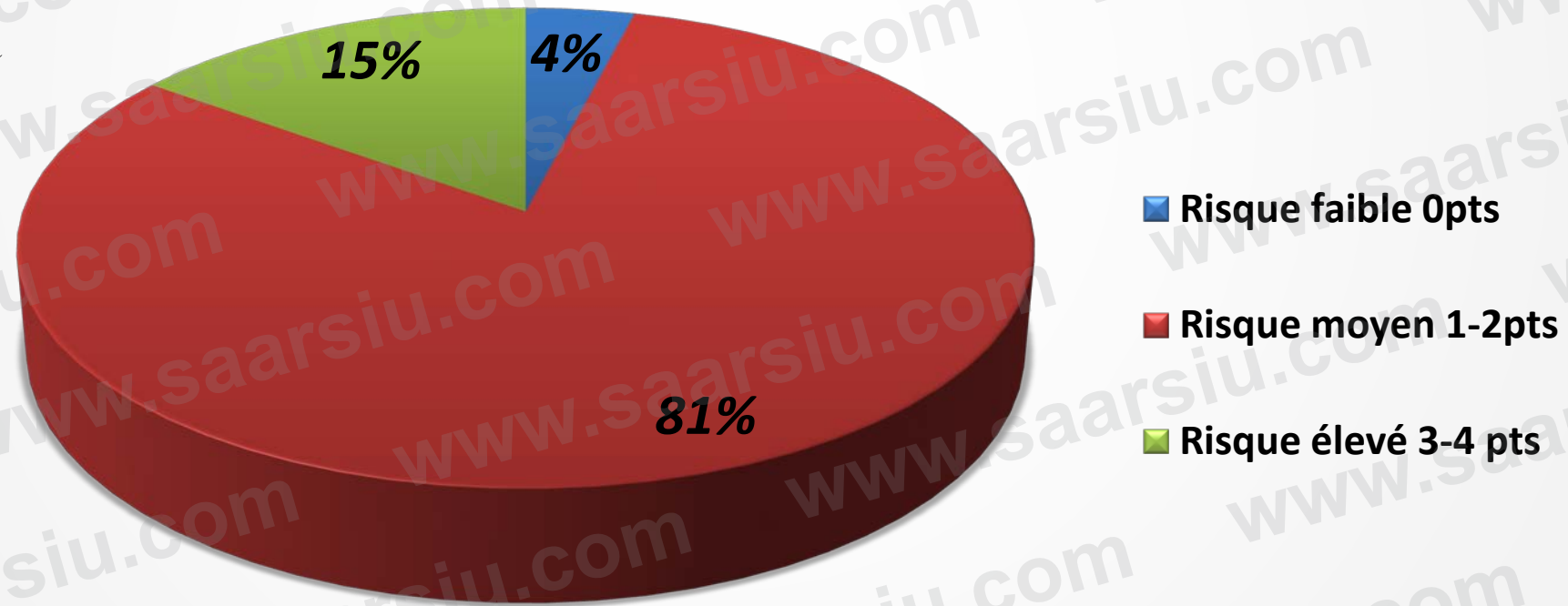
o Score de Beyth et Landefeld:

Age > 65ans,

Antécédent d'accident vasculaire cérébral,

Antécédent de saignement digestif,

Comorbidité : IDM, anémie, insuffisance rénale, ou diabète.

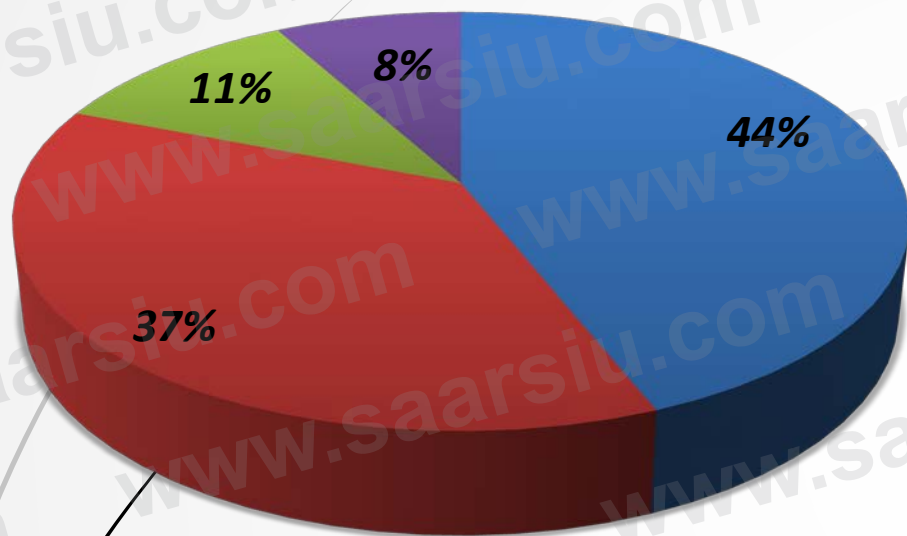


Risque de saignement selon l'index de Landefeld



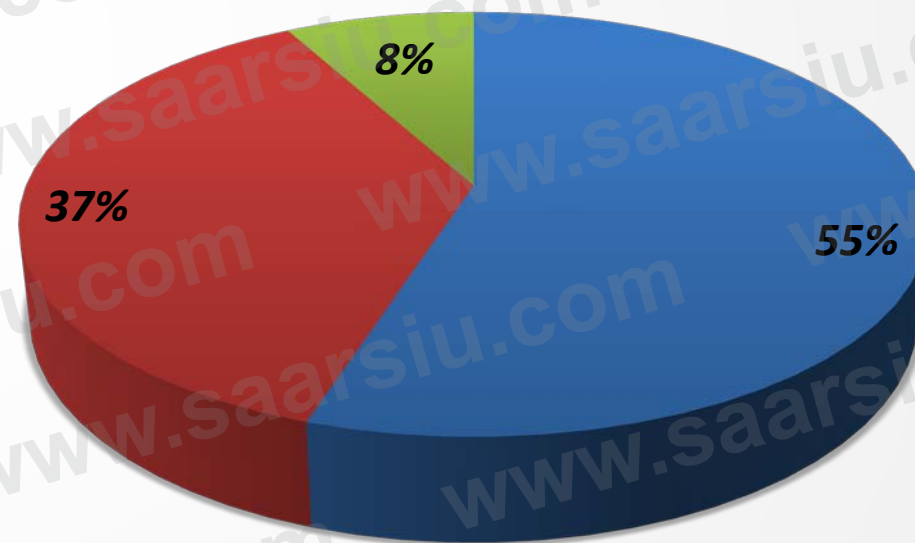
Etat clinique à l'admission

Etat hémodynamique



- Stable
- hypotension artérielle
- Etat de choc
- Hypertension artérielle

Etat neurologique

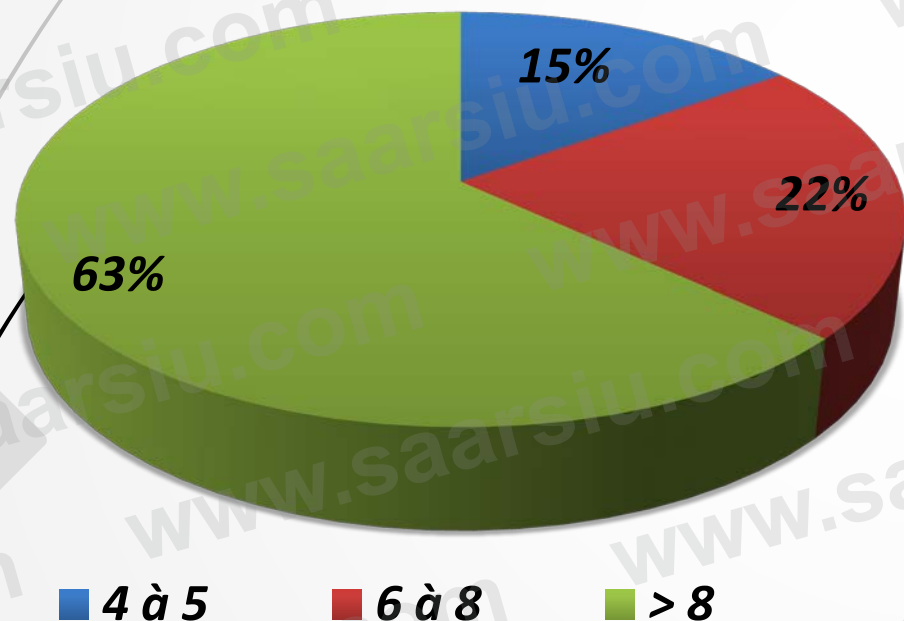


- Conscient
- Somnolent
- Coma

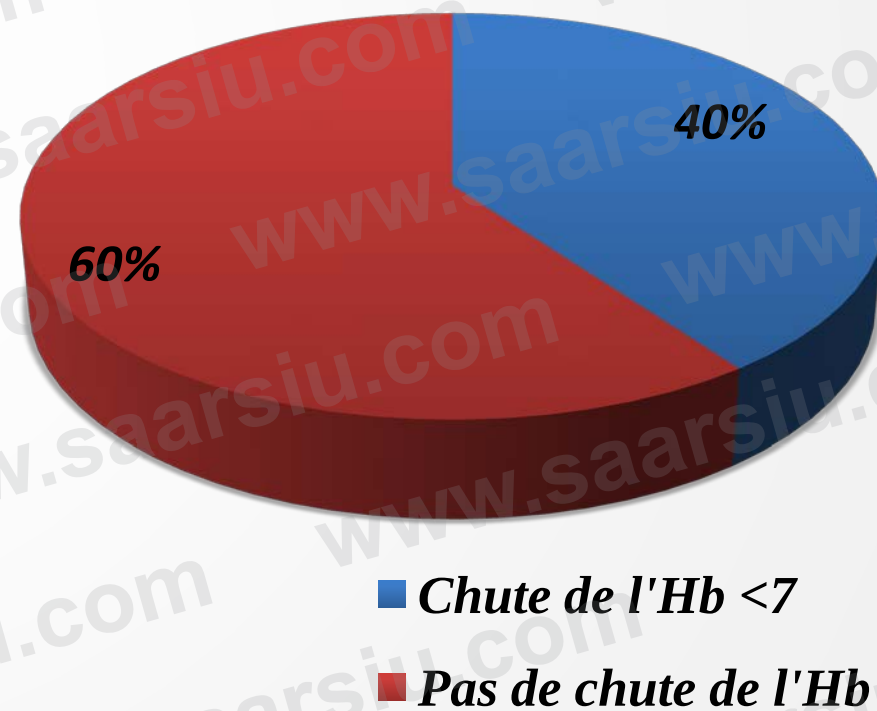
Etat biologique à l'admission

La moyenne de l'INR à l'admission était de **8,84** (extrême: 5– 13,2)

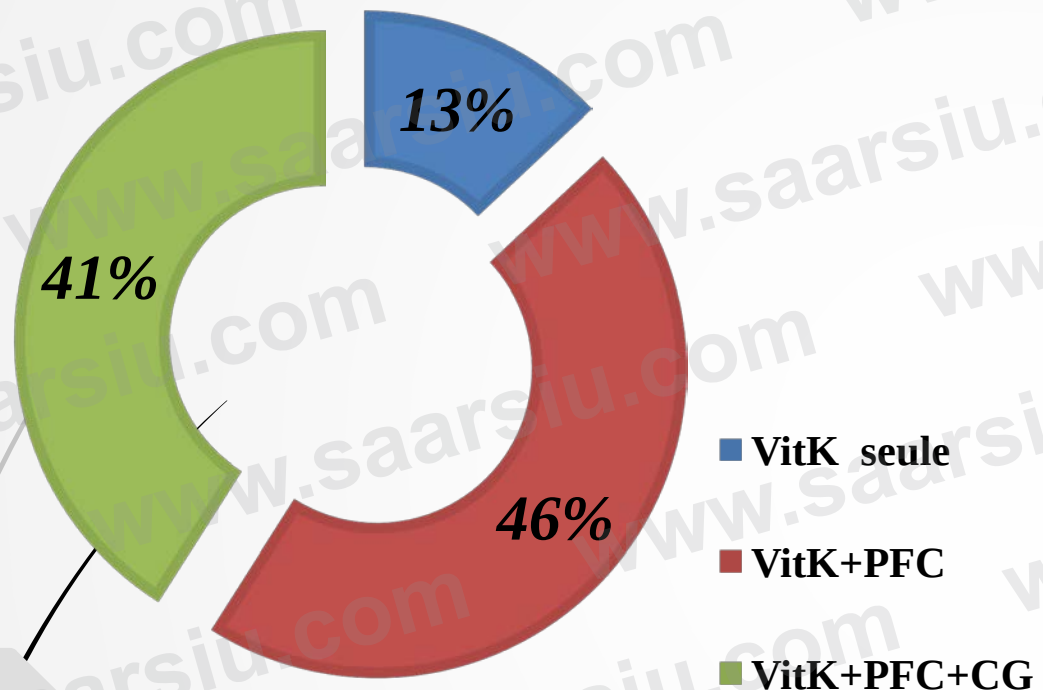
INR à l'admission



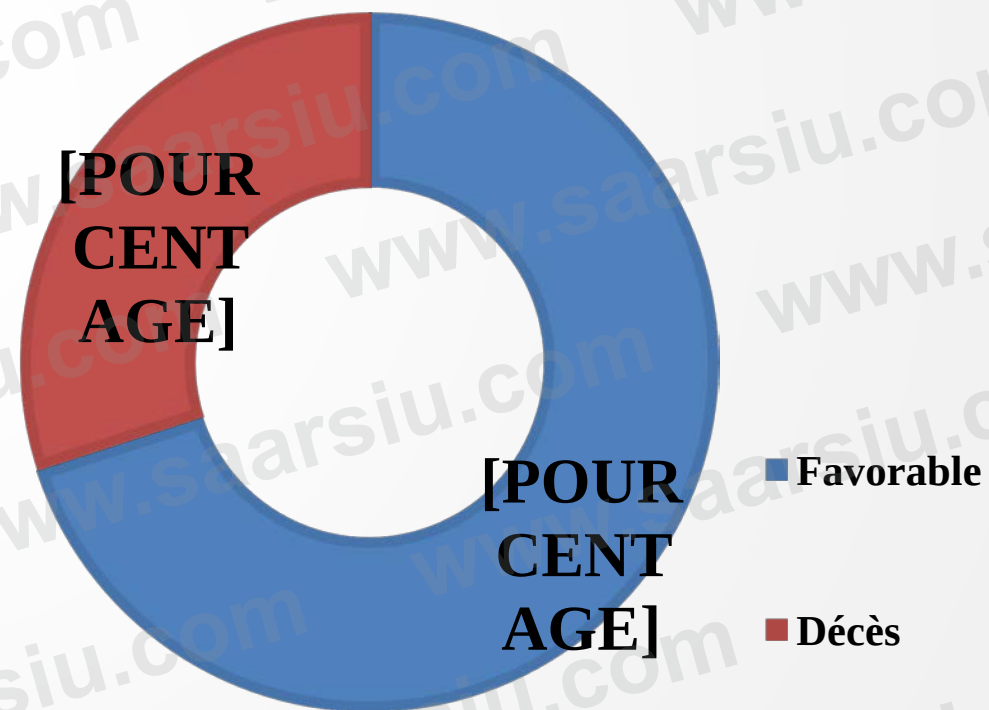
Hémoglobine à l'admission



TRAITEMENT



EVOLUTION



Discussion

Malgré la modestie de notre série 27 patients, et les limites de notre étude:

Les facteurs de risques de saignement décrits par la littérature ISCOAT (Italian Study on complications of oral anticoagulant) : l'âge avancé ,comorbidités et la poly médication concordés avec notre série : âge moyen était de 69,4 ans, $\frac{3}{4}$ avaient plus de 2 comorbidités et la plus part étaient poly médicamenteux

Ainsi L'efficacité des AVK n'est plus à évaluer a l'échelle collectif mais le rapport bénéfice/ risque doit être pesé a l'échelon individuel en tenant compte des facteurs de risques hémorragiques propres a chaque patient en utilisant l'index de Beyth et Landefeld : validé ; s'appliquant aux malades tout venants, mesurable en ambulatoire ; évolutif

D'après les résultats de notre étude, les patients qui avaient un risque prédictif de saignement modéré (1 à 2 points) à élevé (3 à 4 points) ont présenté plus de complications hémorragiques majeures par rapport aux patients ayant eu un risque prédictif faible.

o Score de Beyth et Landefeld:

Age > 65ans,

Antécédent d'accident vasculaire cérébral,

Antécédent de saignement digestif,

Comorbidité : IDM, anémie, insuffisance rénale, ou diabète.

0 pts

Faible

1-2 pts

Moyen

3-4 pts

Elevé

La classification des saignements sous AVK:

manque d'uniformité,

la plupart des auteurs s'accordent à classer ces hémorragies en fatales, majeurs, et mineurs.

Selon des éléments cliniques, biologiques

Dans notre série on s'est basé sur la classification de l'HAS : 81% des hémorragies étaient jugées graves

Une hémorragie grave, ou potentiellement grave, dans le cadre d'un traitement par AVK est définie par la présence d'au moins un des critères suivants :

- hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels ;
- instabilité hémodynamique : PAS < 90 mmHg ou diminution de 40 mmHg / PAS habituelle, ou PAM < 65 mmHg, ou tout signe de choc ;
- nécessité d'un geste hémostatique urgent : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie ;
- nécessité de transfusion de culots globulaires ;
- localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple : hémorragie intracrânienne et intraspinale, hémorragie intraoculaire et rétro-orbitaire, hémothorax, hémopéritoine, hémopéricarde, hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge, hémorragie digestive aiguë, hémarthrose.

S'il n'existe aucun de ces critères, l'hémorragie est qualifiée de non grave.



Indication/ origine du saignement:

Nos résultats concordent avec la littérature étude ISCOAT (Italian Study on complications of oral anticoagulant) en ce qui concerne la principale indication des AVK qui est l'origine cardiaque avec prédominance de la fibrillation auriculaire à 30% dans notre série

ainsi que la manifestation hémorragique la plus fréquente qui est l'origine gastro intestinale à 48% dans notre série

Selon **l'AFSSAPS**, les indications validées par des études cliniques ou un consensus professionnel sont :

- Cardiopathies emboligènes : prévention des complications thrombo-emboliques en rapport avec certaines fibrillations auriculaires, certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires.
- Maladie thromboembolique veineuse : traitement curatif (en relais de l'héparine) et prévention des récives des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire, prévention (chirurgie de hanche).
- Infarctus du myocarde :
 - o prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus compliqués (thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène...) en relais de l'héparine ;
 - o prévention de la récive d'infarctus du myocarde, en cas d'intolérance à l'aspirine.
- Prévention des thromboses veineuses sur cathéter (à faible dose).

Prise En Charge Thérapeutique

dans plusieurs études a été mise en évidence

- ❖ L'efficacité des CCP à antagoniser les AVK (Lubetsky et al 2004; mapar 2009)
- ❖ Supériorité CCP:/PFC(Cartmill et al)
- ❖ Par le volume liquidien apporté et sa tolérance cardio-vasculaire, les CCP n'exposent pas aux risques de surcharge cardiovasculaire contrairement aux PFC.
- ❖ correction très lente et progressive de l'INR après la 6ème heure par VIT K, (l'étude de Yasaka) . Avec efficacité identique de la voie IV à la voie orale et à leur supériorité sur la voie cutanée
- ❖ L'association de vitamine k et de CCP permet une correction rapide et prolongée de l'INR. au-delà de la 6ème heure (étude de Yasaka).

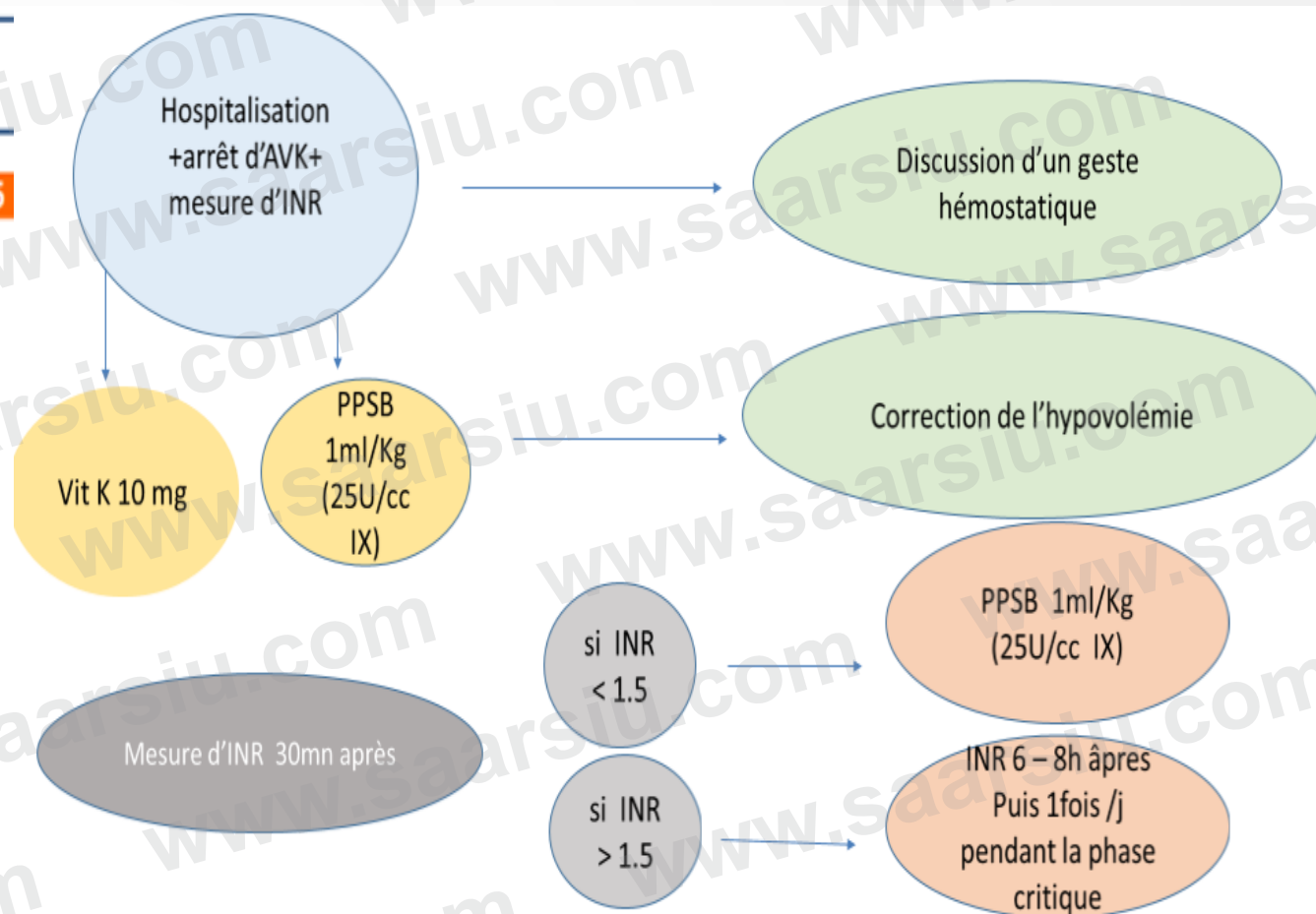
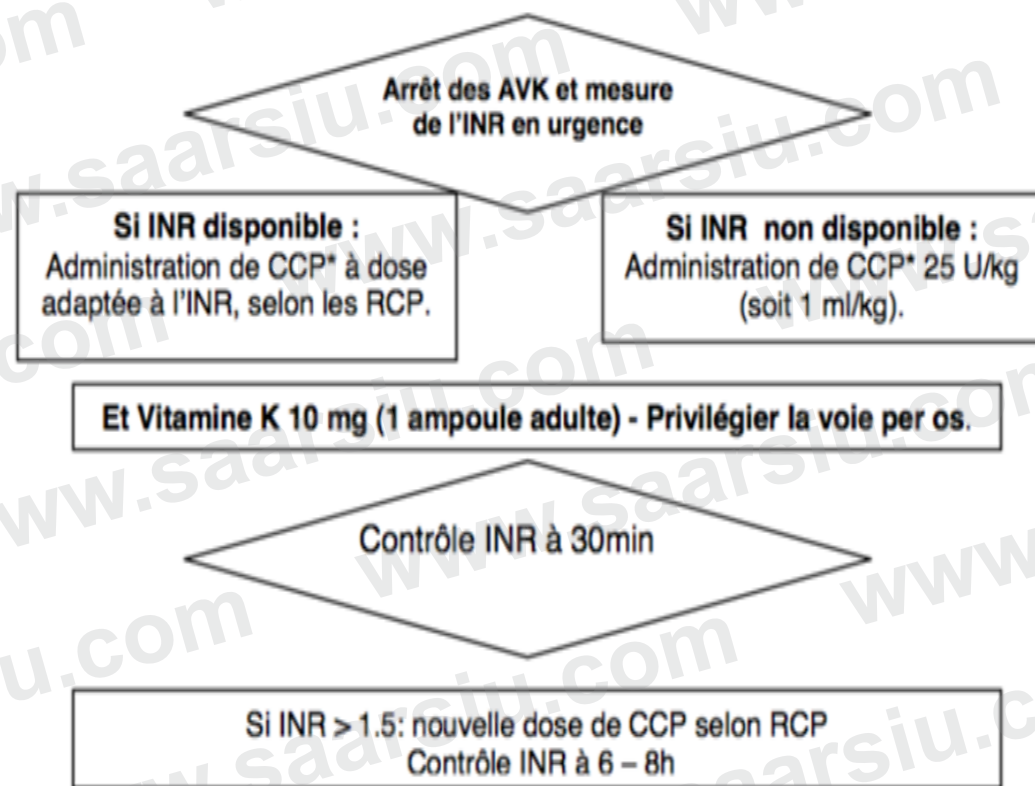
La stratégie de prise en charge des accidents aux AVK apparaît donc comme un impératif de santé concernant en particulier les réanimateurs. codifiée pour faciliter l'application par:

- l'HAS avril 2008
- la société de cardiologie
- EM consulte: recommandations d'expert

dans notre série, les patients ont tous bénéficié de l'arrêt de l'avk . ils sont également fait objet d'une prise en charge symptomatique. mais on note une non-conformité avec les consensus concernant le traitement spécifique, l'antagonisation de l'effet des AVK par la vitamine K ou VITK et PFC ou vitK+PFC+CG , aucun cas n'a reçu le CCP (absence de disponibilité)

Société européenne de cardiologie

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE D'UNE HEMORRAGIE GRAVE : OBJECTIF : INR < 1,5



EM consulte « recommandations d'experts » juin 2010 P.E Bollaert

Conclusion:

- ❖ Les Anti vitamines K restent à l'heure actuelle le traitement anticoagulant de longue durée de référence.
- ❖ complications hémorragiques fréquentes et potentiellement dangereuses.
- ❖ L'évaluation du risque hémorragique, l'ajustement posologique, le suivi régulier de l'INR et l'éducation thérapeutique du patient restent les mesures phares dans la prévention de la survenue de ces accidents
- ❖ Si les AVK sont encore à ce jour incontournable, il est vraisemblable que les nouveaux anticoagulants oraux offrent une autre alternative. Une bonne tolérance, une cinétique prévisible qui autoriseraient leur administration sans aucun contrôle biologique, l'absence de métabolisme hépatique, ajoutées à une efficacité équivalente en font des candidats potentiels pour remplacer les AVK dans les prochaines décennies.

bibliographie

- Gestion des AVK. AFSAAP 2009
- Gestion des AVK HAS. 2008
- AVK .EMC 2012
- AVK et fibrillation auriculaire gestion perioperatoire.2008
- Gestion perioperatoire des AVK.MAPAR 2009 /Nouveaux anticoagulants .revue du praticien 2011
- Les nouveaux anticoagulants oraux dans la fibrillation auriculaire .AFSAAP 2012
- Gestion péri opératoire des nouveaux anti thrombotiques .SFAR2012
- Mapar 2009
- Recommandations d'experts (2010)SRLF-GFRUP-SFNV-ANARLF-ABM
- Lubetsky A, Hoffman R, Zimlichman R, Eldor A, Zvi J, Kostenko V, Brenner B.
Efficacy and safety of a prothrombin complex concentrate (Octaplex[®]) for rapid reversal of oral anticoagulation.
- Cartmill M, Dolan G, Byrne PO.
Prothrombin complex concentrate for oral anticoagulant reversal in neurosurgical emergencies. Br J Neurosurg 2000; 14: 458-61.
- étude ISCOAT 1996 (Italian Study on complications of oral anticoagulant)



MERCI