VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 95 – Octobre 2011

Surdosages et accidents des AVK : Que faire ?

Les Anti Vitamines K sont les médicaments les plus fréquemment responsables d'une hospitalisation pour accident iatrogène. Chez les sujets âgés, l'incidence des évènements hémorragiques sous anticoagulant est deux fois plus élevée que dans la population générale. Il y a une relation claire entre le risque d'hémorragie majeure et l'intensité de l'anticoagulation évaluée par l'INR.
Suite aux recommandations françaises (HAS) et nord américaines (ACCP) de 2008, nous disposons maintenant d'attitudes pragmatiques et bien codifiées pour les surdosages et les accidents hémorragiques sous AVK.

Rythme de surveillance : Après introduction de l'AVK, 1er contrôle de l'INR 36 h après la prise, puis tous les jours pendant le relais avec l'héparinothérapie (2 INR corrects à 24 h d'intervalle), puis tous les deux jours jusqu'à l'équilibre , puis 1 fois par semaine puis **1 fois par mois minimum+++.** On adapte la posologie de ¼ de cp en fonction de l'INR.

Si hémorragie non grave (HAS 2008) : Si l'environnement médico-social du patient le permet et le type de l'hémorragie le permet (ex : épistaxis rapidement contrôlable..), faire **INR en urgence**. En cas de surdosage, mesures correctrices du tableau ci-dessous. La prise en charge ultérieure dépend du type d'hémorragie et de la réponse aux premières mesures hémostatiques. L'absence de contrôle de l'hémorragie (durée, reprise) par les moyens usuels, peut être considérée comme un critère de gravité, et une indication de prise en charge hospitalière pour une antagonisation rapide.

Gestion d'un surdosage en AVK *:* Les mesures recommandées doivent être appliquées en ambulatoire comme en milieu hospitalier. Pour les patients âgés, l'hospitalisation se discute au cas par cas en termes de réflexion bénéfice / risque. Du point de vue du surdosage, les arguments en faveur de l'hospitalisation sont les situations suivantes : antécédents hémorragiques, comorbidité lourde, impossibilité d'assurer une surveillance clinique et biologique rapprochée. Lorsque l'INR est > 5, l'élévation significative du risque hémorragique amène à la prescription de vitamine K à faible dose pour deux raisons :

- Une efficacité supérieure à celle du simple arrêt des AVK pour raccourcir le délai de retour de l'INR dans la zone thérapeutique ;
- Une réduction du risque hémorragique.

La vitamine K est utilisée par voie orale. De faibles doses (1 à 2 mg) sont préconisées jusqu'à des INR très élevés. **Elles suffisent à ramener l'INR rapidement et sûrement dans une zone à moindre risque hémorragique. Il est inutile et délétère d'utiliser d'emblée des doses de 5 voire 10 mg qui exposent à un risque de résistance à l'AVK avec difficulté de gestion de la reprise.**
Dans tous les cas, il faut contrôler quotidiennement l'INR tant qu'il est supérieur à la valeur thérapeutique ciblée.

Synthèse des mesures recommandées par la HAS et l'ACCP en cas de **surdosage asymptomatique** en AVK (pour un INR cible 2-3)

- 3 < INR < 3,5 : Pas de modification de dose, INR à 24 heures
- 3,5 ≤ INR < 5 : Sauter une ou plusieurs prise (s)
  INR 1 fois/ j jusqu'à retour INR < 3, réduire la dose à la reprise
- 5 ≤ INR < 6 : Idem+ administration Vit K : 1 mg per os
- 6 ≤ INR < 10 : Idem+ Vit K : 1 ou 2 mg per os
- INR ≥ 10 : Interrompre AVK, Vit K : 5 mg per os
  INR 12 heures après, +/- renouvellement vit K
  INR 1 fois/j jusqu'à retour INR < 3, réduire la dose à la reprise

Il faut analyser la cause du surdosage avec deux hypothèses iatrogènes : l'interaction médicamenteuse favorisée par un changement de thérapeutique récente et l'automédication.

De nombreux médicaments interagissent avec le métabolisme des AVK (risque de sous mais surtout surdosage +++). Puis, on évoque, même en-dehors de toute modification thérapeutique le rôle d'une pathologie aiguë intercurrente telle qu'une décompensation cardiaque, un processus infectieux ou inflammatoire, une insuffisance rénale aiguë, une cholestase, une insuffisance hépatique, une malabsorption, etc...

En l'absence de cause claire, **la question de l'observance doit être posée** elle-même aborde la question de l'hypothèse de troubles cognitifs débutants.

a) Causes de non-observance

- Rythme pluriquotidien de prise du traitement AVK
- Posologie quotidienne alternée (sur 2 jours voire sur 3 jours)
- La posologie différent pendant les week-ends est une mal-observance médicalement induite (erreur de prescription du médecin, pas la faute du malade)
- Age et troubles cognitifs
- Plurimédication
- Non ou mauvaise éducation.

b) Comment améliorer l'observance du malade sans trouble cognitif. L'éducation :

- Connaissance par le patient de la spécificité du traitement AVK parmi les autres traitements
- Ordonnance reprenant un calendrier
- Prise à heure régulière avec un moyen de noter la prise (pilulier, calendrier)
- Règles de reprise en cas d'oubli ou de dérèglement horaire (voyage long)
- Implication du patient dans le suivi INR (automesure)

c) Comment améliorer l'observance des patients atteints de troubles cognitifs

- Préparation du pilulier par un soignant à domicile ou un membre de la famille
- Prise de traitement en présence du soignant à domicile ou du membre responsabilisé (et éduqué) de la famille.

Dr Anne-Marie AMMEUX médecin coordinateur réseau VISage

Lectures : Surdosage et accident des AVK que faire ? E. PAUTAS, hôpital Charles-Foix à IVRY et Y.KAGAN, fondation de Rothschild à Paris. Gérontologie pratique et médecine générale N° 229 de septembre 2011 ;
Anticoagulants oraux optimisés par l'observance, comment faire en pratique ? Clinique des Anticoagulants Id F. N.LAZINI ;
Prescription et surveillance des traitements anticoagulants. Service d'accueil des urgences CHU Pitié Salpétrière P. HAUSFATER.