

# KALON

Le journal de l'



## Qu'est-ce qu'un traitement anticoagulant ?

Ce sont des médicaments qui fluidifient le sang afin de prévenir la formation des caillots ou de faciliter leur dissolution s'ils sont déjà présents.

En agissant sur les facteurs de coagulation, ils bloquent la « cascade de la coagulation » responsable de la formation du thrombus.

Le TAC idéal, qui permettrait d'éviter la formation du thrombus tout en préservant une

depuis 1940 ; extraite de l'intestin de porc ou du poumon de bœuf), les HÉPARINES DE BAS POIDS MOLÉCULAIRE (HBPM : LOVÉNOX\*, FRAGMINE\*, INNOHEP\*..., découvertes en 1980, obtenues à partir de la précédente et plus simple d'utilisation), et les molécules de synthèse mises au point à partir de 1990 (ARIXTRA\*).

## Les anticoagulants

### Les anticoagulants oraux :

Utilisables au long cours, ils sont particulièrement utiles en prévention (exemple : la fibrillation auriculaire) ou après la phase aiguë

*Près de 3 millions de français prennent chaque année un traitement anticoagulant (TAC) de façon transitoire ou prolongée.*

*Ces traitements permettent de traiter ou de prévenir la formation d'un caillot sanguin (thrombus) responsable de certaines pathologies graves (phlébite, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral...) (cf. KALON N° 51).*

*Ils sont très efficaces mais délicats à manier car ils peuvent entraîner des complications, avant tout hémorragiques. Ces complications sont à l'origine de 17000 hospitalisations chaque année en France.*

coagulation suffisante en cas de lésion vasculaire et qui ne ferait pas saigner, n'existe pas encore...

Notons que les antiagrégants plaquettaires (PLAVIX\*, BRILIQUE\*, EFFIENT\*, KARDEGIC\*) ne sont pas des anticoagulants. Ils préviennent la formation du thrombus blanc et sont donc essentiels pour prévenir les complications de l'athérosclérose (rupture de plaque. Cf ; K.18) mais n'ont aucun impact sur le thrombus rouge.

On distingue :

### Les anticoagulants injectables :

utilisés surtout à la phase aiguë d'une maladie thrombotique car agissant très rapidement et faciles à maîtriser. Dans cette catégorie on trouve l'HÉPARINE non fractionnée (découverte en 1916 et utilisée en thérapeutique

d'un accident thrombotique (ex. : la phlébite ou l'embolie pulmonaire) pour prévenir les récurrences.

### Les anti-vitamine K (aVK):

Utilisés depuis 1948, ils inhibent la synthèse hépatique des facteurs de coagulation dépendant de la vitamine K. Cette particularité les rend très sensibles aux variations de l'apport alimentaire en vitamine K (certains aliments, comme les légumes verts, sont très riches en vit. K, en consommer en grande quantité oblige donc à augmenter les doses d'anti-vit. K. Il n'est pas question, pour autant, de se priver de ces aliments essentiels, il faut simplement en modérer l'apport et surtout en consommer régulièrement, sans « à-coup »), sensibles aussi aux variations de l'absorption digestive de cette vitamine (en cas de trouble du transit par exemple ou de traitement

antibiotique). De plus certains médicaments interfèrent avec eux (l'aspirine ou les anti-inflammatoires augmentent leur action) et il faut se méfier des « compléments alimentaires » ou de l'auto-médication par « les plantes » (le millepertuis par exemple diminue de manière importante leur action). Ils sont contre-indiqués chez la femme enceinte.

Ils ont une longue durée d'action mais nécessitent une surveillance très étroite. Celle-ci est assurée par la mesure du « taux de prothrombine » pondéré par un facteur de normalisation dépendant du réactif utilisé pour sa mesure (qui est d'origine animale) et exprimé sous forme d'un « ratio normalisé international » (INR) qui, en quelque sorte, apprécie le degré de « fluidité » du sang. L'INR d'un sujet normal, non traité, est de 1. Dans la majorité des pathologies l'objectif est de l'élever entre 2 et 3 mais il est parfois nécessaire de monter plus haut (entre 2,5 et 3,5 chez les porteurs de prothèses valvulaires mécaniques, entre 3 et 4,5 en cas de prothèse mitrale en fibrillation auriculaire) en sachant que plus il est élevé plus le risque de saignement est important.

Les contrôles doivent être fréquents après la mise en route du traitement. Dès que l'INR est dans la fourchette thérapeutique, et s'il est stable, un contrôle mensuel peut suffire sauf en cas de saignement, de changement du traitement associé (introduction d'un antibiotique par exemple) ou de l'apparition d'une pathologie intercurrente.

Ces médicaments (SINTROM\*, COUMADINE\*, PREVISCAN\*) sont très efficaces (réduction de la mortalité de 80% dans l'embolie pulmonaire dont le risque de récurrence est réduit de 50%, réduction de 60% du risque d'AVC et de 15% de la mortalité dans la fibrillation auriculaire, ).

En cas de complication hémorragique, leur action peut être neutralisée par l'administration de vit. K.

#### Les anticoagulants oraux directs (AOD) :

Cette nouvelle classe médicamenteuse, à notre disposition depuis 2010, est particulièrement intéressante car l'effet anticoagulant des molécules qui la composent (PRADAXA\*, XARELTO\*, ELIQUIS\*...) est très stable (donc pas de nécessité de contrôler la coagulation), contrairement aux avK, car elles n'interfèrent pas avec l'alimentation et interagissent peu avec les autres médicaments mais, en dehors

(depuis peu) du PRADAXA\*, ils n'ont pas d'antidote (ce qui est en partie compensé par une courte durée d'action et un moindre risque de complications hémorragiques).

Comparés aux avK (en l'occurrence la COUMADINE\*) ils sont plus performants en termes d'AVC (réduction du risque de 19%), de mortalité (réduction de 10%), de complications hémorragiques fatales (réduction de 14%) mais ils induisent plus d'hémorragies digestives (en général peu sévères : augmentation de ce risque de 25%).

Il ne faut pas, pour autant, remplacer systématiquement les avK par les AOD surtout si le patient est très bien équilibré (INR stable), qu'il est porteur d'une prothèse valvulaire mécanique ou qu'il souffre d'une insuffisance rénale significative (les AOD sont contre-indiqués dans ces deux cas). Ce changement est, par contre, justifié en cas d'INR instable, de difficultés pour réaliser les prises de sang ou en cas de complications dues aux avK (hémorragies ou thromboses liées à l'instabilité de l'INR). Il faut donc juger au cas par cas.

#### Quel que soit le traitement le patient doit être éduqué :

Il doit prendre son médicament à heure fixe,  
Ne pas rattraper la dose en cas d'oubli,  
Connaître les interactions alimentaires et médicamenteuses (avK),  
Alerter en cas de sous dosage (INR inférieur à 2) ou de surdosage (INR au dessus de la fourchette thérapeutique définie) ou en cas de saignement,  
Eviter les situations à risque de chute ou de blessures,  
Porter une carte de TAC,  
Informers les médecins, les dentistes, les chirurgiens, du traitement en cours.

#### Que faire en cas de chirurgie programmée ?

Tout dépend du type de chirurgie (certains gestes pouvant être réalisés sous TAC). La plupart du temps l'arrêt du traitement quelques jours avant le geste suffit (5 jours pour les avK, 1 à 5 jours pour les AOD selon la fonction rénale et le risque chirurgical) mais dans certains cas (risque thrombotique élevé) il faut relayer l'anticoagulant oral par un injectable (Calciparine ou HBPM).

Docteur S. ROPARS (Cardiologue au C.H. Dz Michel Mazeas)