



DOCUMENT DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K

Avril 2008

Enjeux et objectifs

Environ 600 000 patients sont traités par antivitamines K (AVK) en France chaque année (environ 1 % de la population). Les accidents hémorragiques des AVK viennent au 1^{er} rang des accidents iatrogènes. Environ 17 000 hospitalisations par an sont dues aux complications hémorragiques des AVK.

Ces recommandations visent à améliorer ce dramatique constat par la diffusion aux différents acteurs d'une information pratique, actualisée et validée permettant d'anticiper ou de gérer au mieux le risque et les complications encourus par les patients traités par AVK.

Le présent document traite plus spécifiquement des situations à risque rencontrées couramment en ville et prises en charge par le médecin traitant.

Prise en charge en cas de surdosage asymptomatique

Quinze à 30 % des contrôles d'INR sont au-delà de la limite thérapeutique prédéfinie.

En l'absence de saignement, il est recommandé de privilégier une prise en charge ambulatoire, si le contexte le permet. L'hospitalisation est préférable s'il existe un ou plusieurs facteurs individuels de risque hémorragique (âge, antécédent hémorragique, comorbidité).

L'absence d'hospitalisation impose une information du patient et de son entourage sur le risque hémorragique à court terme et sur l'importance de rétablir rapidement un INR thérapeutique. Le patient doit être informé que la constatation d'un saignement, même minime, ou tout symptôme nouveau doit conduire à une nouvelle consultation médicale dans les plus brefs délais. Cela nécessite donc une bonne compréhension du risque par le patient et son entourage.

Les mesures correctrices suivantes sont recommandées en cas de surdosage en AVK, en fonction de l'INR mesuré et de l'INR cible.

INR mesuré	Mesures correctrices	
	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

Dans tous les cas :

- un contrôle de l'INR doit être réalisé le lendemain. En cas de persistance d'un INR supratherapeutique, les attitudes précédemment décrites seront reconduites ;
- la cause du surdosage doit être identifiée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie ;
- la surveillance ultérieure de l'INR est celle habituellement réalisée lors de la mise en route du traitement.

Prise en charge d'une hémorragie, spontanée ou traumatique

Une hémorragie grave ou potentiellement grave nécessite une prise en charge hospitalière. Les critères de gravité sont :

- l'abondance du saignement, apprécié notamment sur le retentissement hémodynamique ;
- la localisation pouvant engager un pronostic vital ou fonctionnel ;
- l'absence de contrôle par des moyens usuels et/ou la nécessité d'une transfusion ou d'un geste hémostatique en milieu hospitalier.

La prise en charge ambulatoire par le médecin traitant est recommandée si l'hémorragie ne présente aucun des critères de gravité ci-dessus et si l'environnement médico-social du patient le permet.

La réalisation d'un INR en urgence est recommandée. En cas de surdosage, les mêmes mesures que celles décrites pour le surdosage asymptomatique sont recommandées.

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, échec du contrôle, etc.) par les moyens usuels justifie une prise en charge hospitalière.

Le bilan étiologique du saignement doit être réalisé.

Chez un patient victime d'un traumatisme, suivant la nature de celui-ci, le médecin traitant apprécie la gravité effective ou potentielle d'une hémorragie pour juger de la nécessité de l'hospitalisation ou de la prise en charge ambulatoire. En cas de traumatisme crânien, l'hospitalisation systématique pour surveillance pendant au moins 24 h est recommandée.

Réalisation d'actes invasifs en médecine de ville

Un petit nombre d'actes, responsables de saignements de faible intensité et aisément contrôlés, peuvent être réalisés en ville sans interrompre les AVK (INR compris entre 2 et 3, à contrôler avant le geste), s'il n'existe pas de risque médical associé (prise d'un autre médicament ou comorbidité interférant avec l'hémostase ou avec l'équilibre du traitement anticoagulant, ex. anti-inflammatoire, antibiothérapie) et sous réserve d'assurer la surveillance postopératoire pendant le temps nécessaire.

Il est rappelé que les injections sous-cutanées peuvent être réalisées sans interruption des AVK, mais que les injections intramusculaires présentent un risque hémorragique et sont déconseillées.

Les procédures à risque hémorragique qui nécessitent l'interruption temporaire des AVK imposent une prise en charge hospitalière, ambulatoire ou traditionnelle.

Prise en charge pré et posthospitalière

Les protocoles de prise en charge pré et posthospitalière du patient doivent être établis par l'équipe médico-chirurgicale, en concertation avec le médecin traitant. Suivant le risque thrombotique fonction de l'indication des AVK et le risque hémorragique de la chirurgie ou de l'acte invasif, le traitement par AVK sera poursuivi ou interrompu, dans ce dernier cas avec ou sans relais par une héparine.

Les recommandations suivantes servent de cadre général à ces protocoles dans le contexte d'une hospitalisation programmée.

Si l'arrêt préopératoire des AVK est nécessaire

- Il est recommandé de mesurer l'INR 7 à 10 jours avant l'intervention.
- Si l'INR est en zone thérapeutique, il est recommandé d'arrêter les AVK 4 à 5 jours avant l'intervention.
- Si l'INR n'est pas en zone thérapeutique, l'avis de l'équipe médico-chirurgicale doit être pris.

- La mesure de l'INR la veille de l'intervention est recommandée. Il est suggéré que les patients ayant un INR > 1,5 la veille de l'intervention bénéficient de l'administration de 5 mg de vitamine K *per os*.

Si l'administration préopératoire d'une héparine est nécessaire

- Il est recommandé d'introduire les héparines 48 h après la dernière prise de fluindione (Previscan[®]) ou de warfarine (Coumadine[®]) ou 24 h après la dernière prise d'acénocoumarol (Sintrom[®]).
- Les héparines (HNF ou HBPM, ces dernières sous réserve de leur contre-indication liée à la fonction rénale) doivent être administrées par voie sous-cutanée à dose curative. L'utilisation à dose curative d'HBPM en une injection par jour ou du fondaparinux ne peut être actuellement recommandée.
- Le traitement est interrompu la veille de l'intervention suivant les indications de l'équipe médico-chirurgicale.

En postopératoire, si le patient n'est pas revenu dans la zone thérapeutique de l'INR, le traitement anticoagulant par une héparine à dose curative est poursuivi jusqu'à l'obtention de 2 INR successifs dans cette zone.



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