Centre Hospitalier COMPIÈGNE NOYON Certifié qualité !

Lettre d'informations

du labo aux services

N°2

Date : 04/2016

SUIVI BIOLOGIQUE DES TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS

Il est impératif pour le laboratoire de disposer de renseignements précis sur la nature du traitement et la posologie

Traitement	AVK	HNF	HBPM	AOD (Pradaxa® Eliquis® Xarelto®)
Quel test prescrire pour le suivi?	**INR** ~~TCA~~ sauf en cas de relais Héparine - AVK	TTT curatif **TCA** à condition que le TCA avant traitement soit normal **OU** **Activité anti-Xa HNF** : seul test utilisable en cas d'anomalie préexistante du TCA	*Contre-indiquée si Cl créat < 30mL/min* TTT curatif **Activité anti-Xa HBPM** réservée à certaines situations cliniques : - **insuffisance rénale** (Cl créat < 60mL/min), - **poids extrêmes** (<50kg, >120kg), - **accident hémorragique**	**AUCUN SUIVI SYSTEMATIQUE** **INR n'est validé que pour le suivi des AVK** **Créatinine 1 fois/an** NB : Les tests TP, TCA, TCK sont perturbés par ces molécules et ne prédisent pas l'activité anticoagulante
Quand prélever?	**En instauration de TTT**: -1er contrôle à 48h puis tous les 2 j jusqu'à stabilisation de l'INR dans la zone thérapeutique -1er mois : détermination hebdomadaire -Par la suite, contrôle mensuel **Toute situation susceptible de perturber l'équilibre thérapeutique :** (modification thérapeutique ou alimentaire, pathologie digestive…) doit inciter à pratiquer des contrôles supplémentaires	**Perfusion continue :** heure de prélèvement indifférente (>4h après début de ttt ou changement de posologie) **Administration discontinue :** Prélèvement à mi-distance entre 2 injections	**En instauration de TTT**: Une seule mesure 48h après le début du TTT Si 2 injections / j (Lovenox®) : **3 à 4h** après l'injection Si 1 injection / j (Innohep®) : **4 à 6h** après l'injection Répétition éventuelle en cas de risque de dégradation de la fonction rénale	Suspicion surdosage (hémorragie) ou acte invasif urgent NB : **Les techniques de dosages spécifiques ne sont actuellement pas disponibles au CH de Compiègne**
Quelle est la cible thérapeutique?	INR : **2 – 3** Pour la plupart des indications *(ANSM 2012)*	TCA : **2 à 3 fois le témoin** Activité anti-Xa : **0,3 à 0,7 UI/mL**	Activité anti-Xa : **0,5 à 1 UI/mL** *Valeurs soumises à légère variation selon la molécule*	-
Quelles sont les complications?	**Surdosage** (Suivre les recommandations *HAS 2008*) Antidote = vitamine K	**Surdosage** **TIH** = thrombopénie induite par l'héparine (en cas de suspicion, remplir la fiche du *score 4T* N3-634) Envoi tube sec + tube citrate pour recherche Ac anti-PF4		**Surdosage** Antidote de Pradaxa® = Praxbind® (Idarucizumab)

Surveillance plaquettaire d'un traitement par héparine et risque de TIH

Indications

HNF : surveillance systématique quelque soit la dose administrée

HBPM : surveillance quelque soit la dose administrée en cas de :
- Contexte chirurgical ou traumatique
- Contexte non chirurgical/non traumatique chez des patients à risque :
  → Antécédent d'exposition à HNF ou HBPM dans les 6 derniers mois
  → Comorbidité importante
- Manifestation clinique évocatrice de TIH

Fréquence

Numération plaquettaire avant traitement puis 2 fois/semaine pendant 1 mois
puis 1 fois par semaine jusqu'à l'arrêt du traitement, en cas de traitement prolongé

Références bibliographiques:

GEHT Décembre 2012 : Héparine, dérivés hépariniques et AVK : maniement, surveillance biologique, gestion des complications

ANSM Juillet 2012-Actualisation : Bon usage des médicaments AVK

HAS Avril 2008 : Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par AVK en ville et en milieu hospitalier

AFSSAPS Octobre 2011 : Modification des recommandations sur la surveillance plaquettaire d'un traitement par HBPM