



Sommaire :

Hématome sur prothèse de genou

Choc hémorragique par surdosage

Infection et retard de cicatrisation



AVK - Anticoagulants.

Le bon usage des médicaments antivitamine K (AVK).

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 1er rang des accidents iatrogènes.

Environ 17 000 hospitalisations par an sont dues aux complications hémorragiques des AVK. Les AVK sont majoritairement indiqués dans le cadre d'un traitement chronique cardiovasculaire (environ 80% des prescriptions). Les traitements de courte durée (3 à 6 mois) concernent principalement la prévention et le traitement des thrombophlébites et des embolies pulmonaires.

L'utilisation des AVK ne se conçoit que dans les indications validées et après évaluation individuelle. La mise en place et le suivi du traitement par AVK reposent sur l'INR (International Normalized Ratio). Une réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque est indispensable tout au long du traitement. Pour cela,

l'INR doit être contrôlé régulièrement et mesuré, si possible, dans le même laboratoire.

En relais de l'héparine, les AVK sont généralement co-prescrits précocement, dès les 2 premiers jours de l'héparinothérapie et pendant au minimum 5 jours. Pendant toute la phase de recherche de l'INR cible, en raison du temps de latence de l'action anticoagulante des AVK, l'héparine est maintenue à dose adaptée ; elle est arrêtée lorsque l'INR est dans la zone thérapeutique recherchée 2 jours consécutifs.

Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont très nombreux. L'association avec les AINS est déconseillée. Si elle s'avère indispensable, une surveillance clinique et biologique étroite doit être pratiquée.

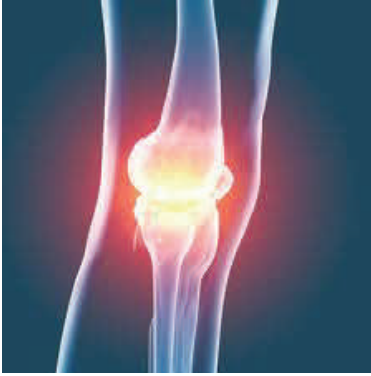
La co-prescription avec les antibiotiques nécessite également un contrôle précoce et fréquent de l'INR.

De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux

ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque.

Lors de la mise en place d'un traitement par AVK, tout patient doit recevoir des éléments d'éducation thérapeutique, y compris si la durée de traitement envisagée est de quelques semaines.

De nombreuses recommandations professionnelles sur la prise en charge des surdosages, des situations à risque et des accidents hémorragiques chez les patients traités par AVK sont disponibles et diffusées (HAS- ANSM- CRPV- ETC.). Des recommandations sur le bon usage des AVK permettant le suivi personnalisé et l'éducation thérapeutique des patients, notamment, afin de minimiser les risques iatrogènes et d'optimiser les conditions d'utilisation sont aussi régulièrement portées à l'attention des professionnels de santé.



« ...un petit hématome est constaté à la partie supérieure de la cicatrice. Le lendemain l'AINS est arrêté.

»



1/ Hématome sur prothèse de genou nécessitant une ré intervention à J 30

Un patient de 66 ans est pris en charge en SSR pour rééducation au 9^{ème} jour post opératoire d'une prothèse totale de genou. Il est sous traitement anticoagulant par HBPM à dose curative en raison d'une phlébite surale postopératoire. Il présente un hématome en cours de résorption.

Au cours de son hospitalisation, au 10^{ème} le patient présente une douleur à la palpation du mollet. Il lui est prescrit un anti inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Au 17^{ème} jour postopératoire, lors de la réfection du pansement, un petit hématome est constaté à la partie supérieure de la cicatrice.

Le lendemain l'AINS est arrêté.

Au 21^{ème} jour postopératoire le patient bénéficie d'un relais par anti vitamine K (AVK). Lors de la réfection du pansement au 14^{ème} jour, une lésion est observée sur un point d'agrafe. Le pansement par la suite sera effectué avec de la Bétadine®.

Le patient, lors du retour d'une permission à J24, présente une jambe opérée qui a augmenté de volume. Le lendemain lors de la réfection de pansement, une inflammation est constatée de forme délimitée correspondant au pansement.

A J 29, le masseur kinésithérapeute constate un hématome important. Le patient est examiné par un médecin.

Le lendemain, un avis auprès du chirurgien est pris.

Le patient est hospitalisé, en établissement de type MCO et opéré pour lavage articulaire et évacuation d'un hématome et drainage. Des prélèvements bactériologiques sont effectués lors de cette intervention.

HBPM, AINS, AVK chez les patients à risque de MTE...les problématiques de suivi

Au cours de l'analyse approfondie des causes de cet évènement indésirable, les causes immédiates identifiées ont été les suivantes :

Une durée de traitement par HBPM supérieure à la durée recommandée de 10 jours maximum relais AVK compris.

Une possible augmentation du risque hémorragique par association des HBPM avec un AINS par voie générale sans appréciation du débit de filtration glomérulaire.

Les facteurs latents retrouvés par l'équipe montrent aussi des défaillances concernant par exemple :

la surveillance de l'évolution de la phlébite par absence d'écho-doppler veineux .

l'absence de protocole ou de conduite à tenir sur la prise en charge des patients sous traitements anticoagulants.

le défaut d'examens biologiques (hémostasie ou clairance de la créatinine, par exemple) à l'admission de tous patients et qui plus est des patient sous traitement anticoagulants.

enfin une faiblesse dans la communication des informations (écrites comme orales) concernant le suivi et la prise en charge du patient,

entre les différents professionnels de santé.

Une fonctionnalité insuffisante de l'équipement informatique concernant la prescription , le suivi et la surveillance des patients a été pointée par l'équipe lors de cette analyse.

Les logiciels d'aide à la prescription permettent de détecter les interactions médicamenteuses et de récupérer ainsi des évènements indésirables liés au médicaments...

2/Choc hémorragique consécutif à un surdosage d'anticoagulants .

Un patient de 82 ans, est opéré d'une prothèse de hanche gauche, le 24 février. La phase postopératoire a été compliquée d'une phlébite surale gauche.

Il arrive en convalescence à J 10 en SSR. Cependant, ce patient complexe va nécessiter 2 séjours intercurrents dans l'établissement d'origine pour hématome et surinfection nécessitant une reprise chirurgicale et 2 séances de transfusion sanguine. Lors de ces différentes prises en charge, l'une des difficultés va être d'équilibrer l'INR du patient (notamment lors de l'introduction d'AVK).

Il est de retour en SSR, à J 28 de sa reprise chirurgicale.

Le patient est admis avec un traitement anticoagu-

lant curatif à type héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et antibiothérapie, entre autres. Dès le lendemain, un traitement curatif HBPM différent est instauré. Plusieurs avis pharmaceutiques concernant l'antibiothérapie, le relai AVK sont émis.

Le SSR est en difficulté depuis quelques semaines concernant l'effectif médical. C'est un médecin remplaçant connaissant peu la structure de soins, et l'organisation des soins est en charge de ce patient lors de son troisième séjour.

Un relai par AVK et avec poursuite de l'HPBM va être mis en place à J 42.

Aucun bilan sanguin d'hémostase n'est effectué, car prescrit pour le J 49.

La nuit du J 48-49 mai, le

patient présente un choc hypovolémique avec épigastralgie.

Le SAMU est contacté et le patient est hospitalisé en réanimation médicale.

Un hématome intra péritonéal à point de départ psoas droit de 20cm sur 12 est retrouvé ainsi qu'un INR à 8.

Après 16 jours le patient est admis en SSR, avec un relai par HBPM à dose préventive.

De l'importance de la collaboration entre prescripteurs, pharmaciens et autres acteurs de soins...

La sécurisation du circuit du médicament à l'hôpital représente une priorité de santé publique qui implique une démarche collective. Cette démarche associe l'ensemble des professionnels de santé, parmi lesquels le pharmacien occupe une place centrale.

Le pharmacien intervient non seulement au niveau de la politique générale du circuit du médicament de l'établissement, mais aussi par son implication dans des activités cliniques au sein des unités de soins. La pharmacie clinique vise l'accompagnement par le pharmacien, au sein

de l'unité de soins, de la sécurisation du patient et de l'optimisation de sa thérapeutique médicamenteuse.

Pour ce faire, le pharmacien, en lien avec le patient et les autres professionnels de santé, documente les pratiques médicamenteuses du patient (observation pharmaceutique), pour aider à la mise en place du traitement (validation des prescriptions), puis au suivi du patient (suivi thérapeutique, suivi d'observance, offre d'interventions éducatives, consultation de sortie). La plus-value du pharmacien réside dans sa capacité à accompagner la distribution

des produits de santé, pour garantir à la collectivité sécurité et efficacité. Compte tenu de la complexité croissante de la gestion des pathologies

chroniques (pathologies invalidantes et/ ou complexes, nécessitant une adaptation du patient, une intégration à sa vie quotidienne et, ainsi, une prise en charge globale, aux plans clinique, thérapeutique, économique et psychosocial), le pharmacien doit s'engager dans un partenariat avec l'équipe de soins et intégrer une pratique pluri professionnelle.

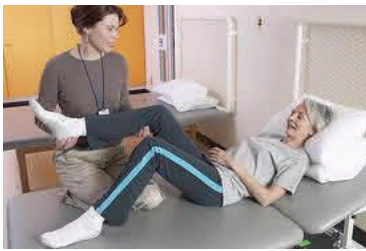
Connaissez-vous

La fluindione ???



« Plusieurs avis pharmaceutiques concernant l'antibiothérapie, le relai AVK sont émis. »





Les contre indications et les associations déconseillées sont connues de tout professionnel. Beaucoup d'autres médicaments sont susceptibles d'interagir avec le Previscan® et sont sans doute moins bien appréhendés.



3 / Infection et retard de cicatrisation sur hématome .

Une patiente âgée de 89 ans est admise en SRR pour un séjour de répit familial.

Elle présente des troubles comportementaux et cognitifs (déambulation et Alzheimer). Les antécédents de la patiente sont les suivants : ischémie des membres inférieurs, phlébite. Elle est sous traitement anti coagulant par AVK.

Un bilan sanguin lors de l'admission n'est pas une pratique usuelle.

Un traitement par antidépresseur, sédatif et anxiolytique est mis en place. Durant son séjour, la patiente va chuter à plusieurs reprises, souvent la nuit. Suite à une chute, la patiente va présenter un hématome au niveau de la cheville droite.

La patiente présente une broncho-pneumopathie, qui est traitée par antibiothérapie la patiente va

aussi bénéficier d'un traitement antalgique par paracétamol pour des plaintes douloureuses.

Un contrôle de l'INR est réalisé 7 jours après son admission. Le résultat est de 13,4. Le médecin prescrit l'arrêt du traitement AVK, et met en place des injections d'HBPM.

Trois jours plus tard l'INR est de 7,2.

Dix jours après son hospitalisation, l'INR est de 2,59. L'hématome va nécessiter une hospitalisation en ambulatoire pour ponction évacuatrice.

La patiente présente des saignements importants du pansement, qui nécessite des réfections pluriquotidiennes d'autant que la malade arrache les dispositifs.

La reprise du traitement par AVK avec relais des injections HBPM est effectué.

Un mois après son arrivée

en SSR, la patiente chute de nouveau, ce qui occasionne une plaie tibiale avec arrachement d'un lambeau de peau.

Deux semaines après, cette plaie est infectée et les résultats bactériologiques indiquent la présence d'une bactérie multi résistante.

Une antibiothérapie adaptée est prescrite.

Après un mois et demi d'antibiothérapies multiples, l'infection est jugulée. La famille de la patiente sera informée de ces complications.

Après 142 jours, la patiente, retourne à domicile, la plaie est cicatrisée et les examens sanguins montrent une cible thérapeutique correcte par le traitement AVK.

Parmi les interactions soulignons quelques associations sous estimées.

Cette liste est proposée de façon non exhaustive (sur la base de prescription fréquemment rencontrées lors des prises en charges).

Fluoroquinolones,
Macrolides
Cyclines
Cotrimoxazole
Certaines céphalosporines,

Paracétamol
Tramadol

HBPM

Amiodarone - Propafénone

Anti dépresseurs Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Anti convulsivants inducteurs enzymatiques

Hormones thyroïdiennes

Atorvastatine, Fluvastatine, Rosuvastatine, Simvastatine
Les fibrates

Colestyramine

Econazole, Fluconazole, Itraconazole, Voriconazole
Griséofulvine (y compris par voie locale)

Allopurinol

Androgènes
Tamoxifène

Cimétidine - Cisapride

Glucocorticoïdes

Colchicine

Vitamine E

Toutes les interactions ne sont pas mentionnées. Tout l'intérêt est bien d'attirer l'attention des prescripteurs ou administrateurs sur l'importance de l'analyse pharmaceutique du traitement.