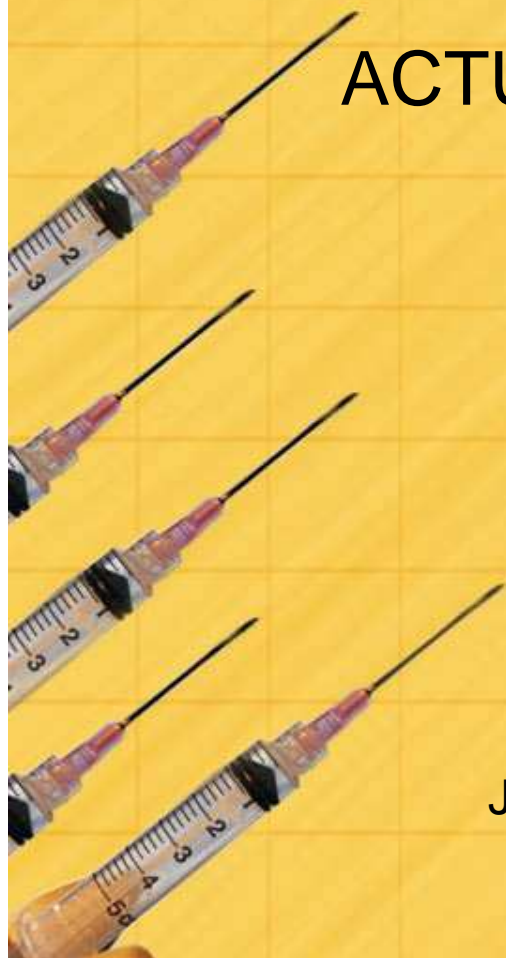


# MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

## ACTUALISATION DES THERAPEUTIQUES

### RECOMMANDATIONS ACCP 2008

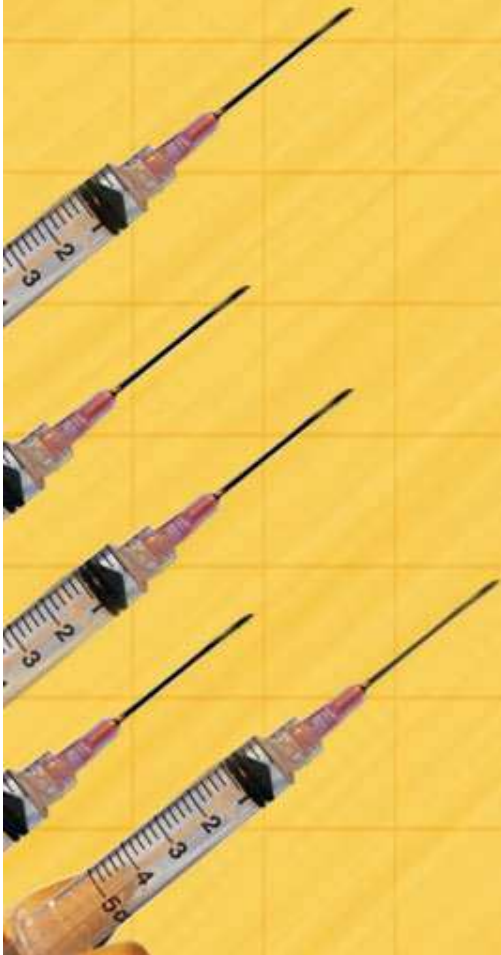
Jean BENTZINGER Assistant Spécialiste CH HAGUENAU



# REFERENCES

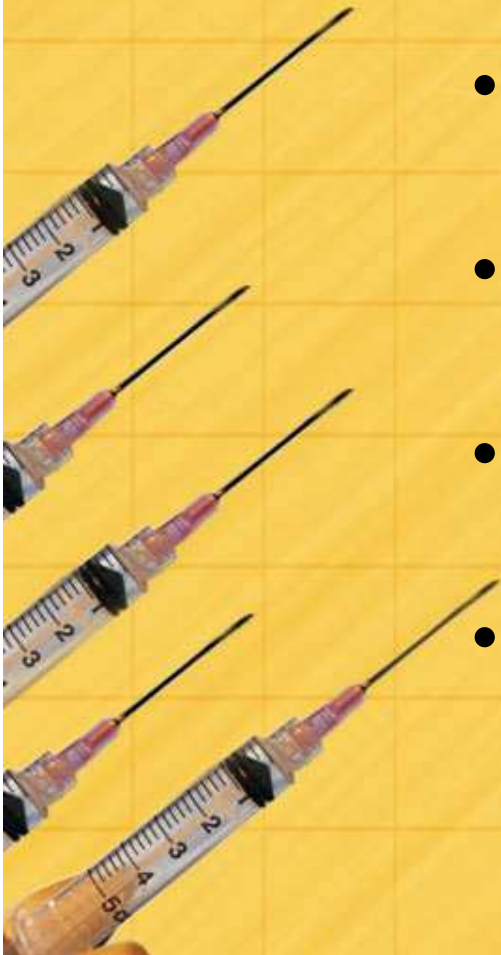
Présentation Pr MISMETTI  
Nouveautés ACCP 2008

Présentation SFC 2008  
Nouvelles thérapeutiques MTEV



# ACCP

- 1935, 17000 membres dans 100 pays
- Médecins et autres professionnels de santé
- Cardiologie, pneumologie, chirurgie thoracique
- Promouvoir la prévention et le traitement
- Education, la recherche et la communication



# INTRODUCTION

Problèmes persistants :

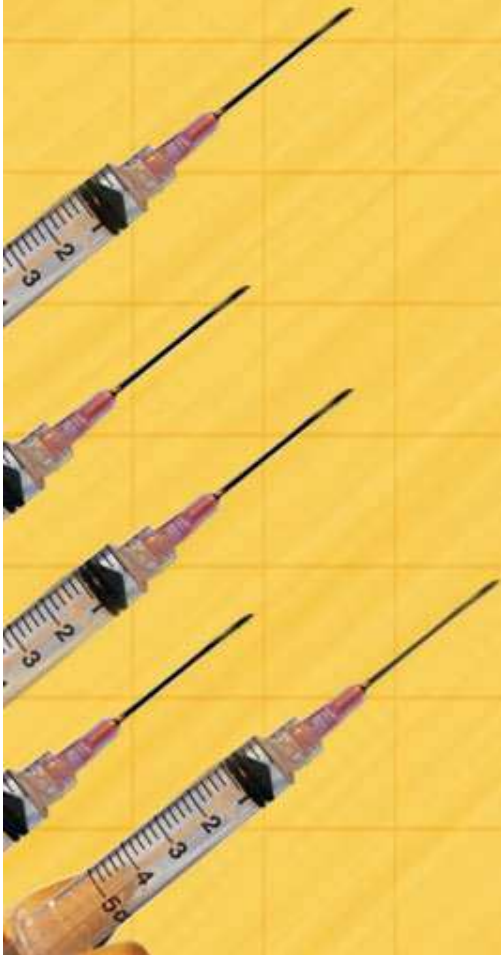
Traitement initial SC

Surveillance plaquettes, TIH / TIA

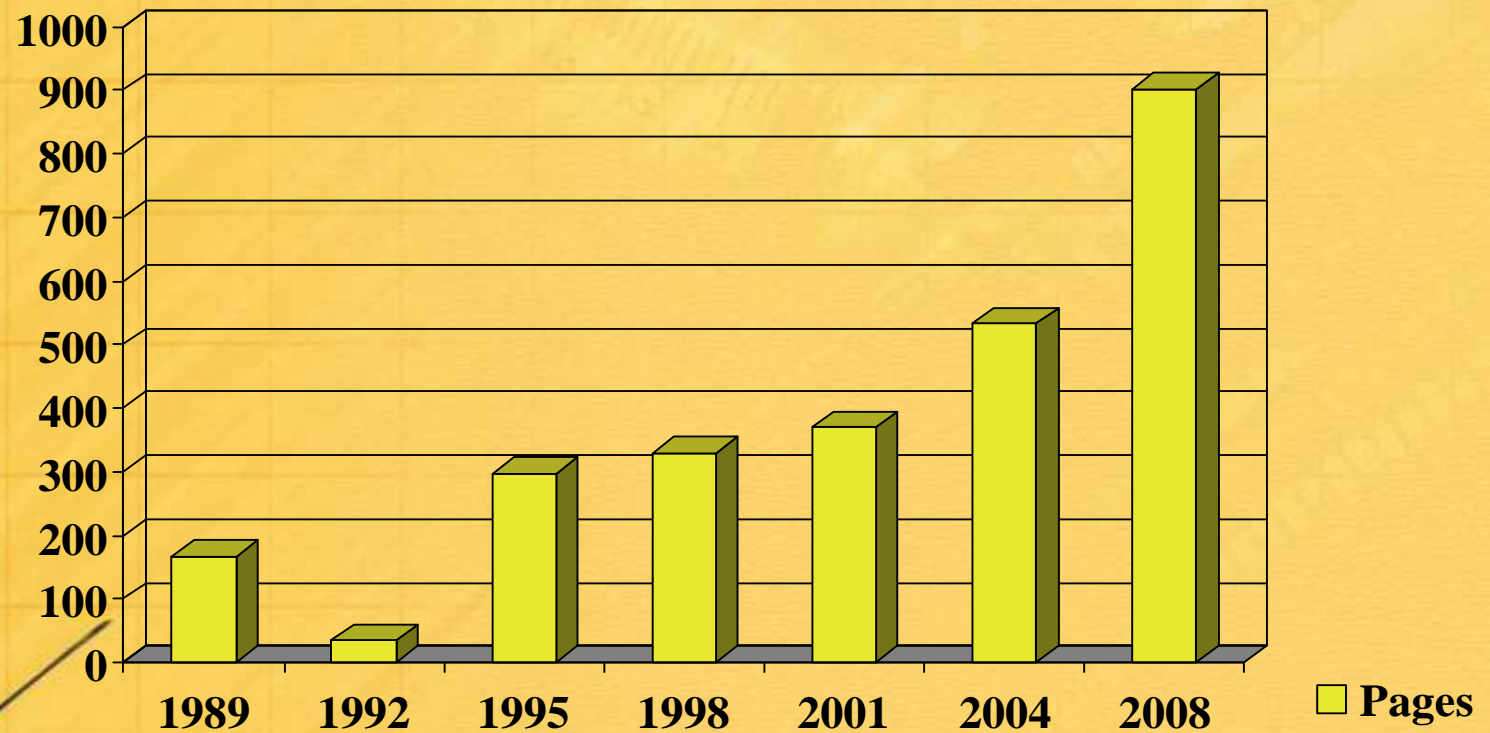
1/4 des patients ont un INR instable

Relais HBPM / AVK souvent compliqué

→ Nouveaux anticoagulants



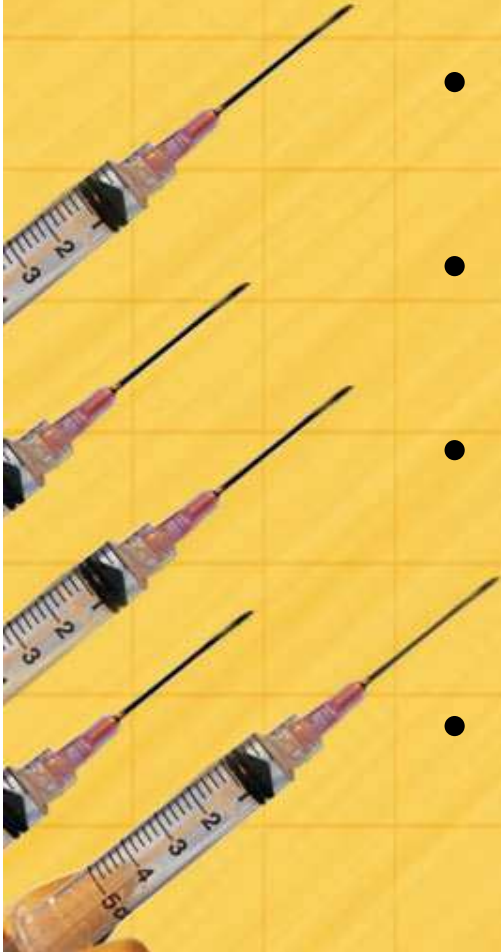
# LES RECOMMANDATIONS ACCP AU FIL DU TEMPS



# ANTICOAGULATION PREVENTIVE

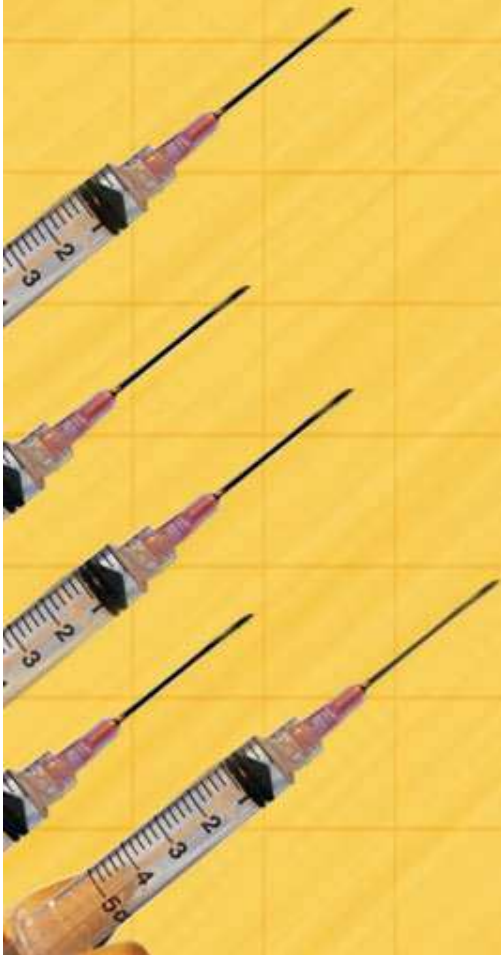
## RAPPELS

- Etude MEDENOX (1999)
- Plus aucun intérêt du LOVENOX 20 mg
- Toujours préférer le LOVENOX 40 mg  
(même si > 85 ans et Cl créat < 30 ml/min)
- Pas d'aspirine en préventif



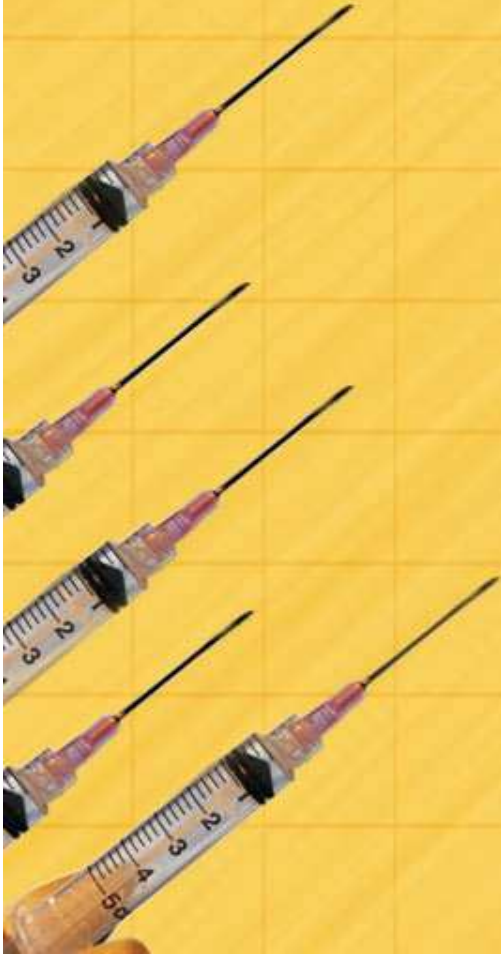
# ANTICOAGULATION PREVENTIVE

- > 70 ans : thromboprophylaxie systématique par HBPM en cas d'hospitalisation (sauf CI)
- 90 % des ETE concernent les + de 70 ans
- Surtout entre 6<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jour d'hospitalisation



# ANTICOAGULATION PREVENTIVE

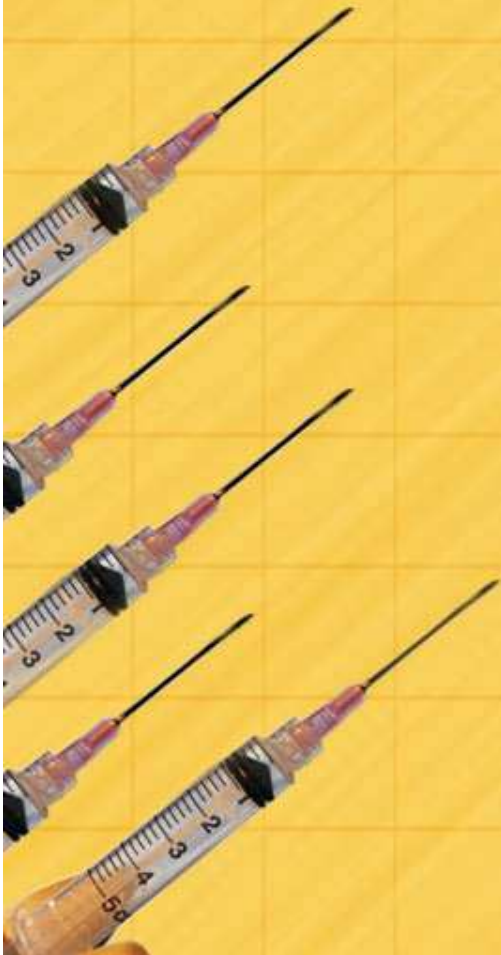
- Concernant le patient < 70 ans : évaluation au cas par cas
- Pas d'indication après le 14<sup>e</sup> jour
- Plus aucune indication de la CALCIPARINE en préventif





# ANTICOAGULATION PREVENTIVE

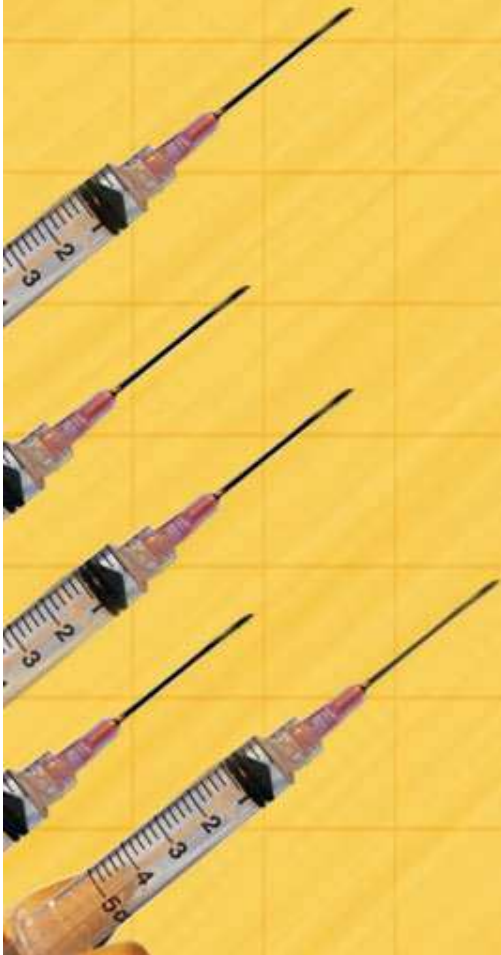
- Fondaparinux présente un rapport bénéfice/risque optimal
- Sans sur-risque hémorragique
- Surveillance simplifiée
- Risque de TIH exceptionnel



# ANTICOAGULATION PREVENTIVE

## Posologies ARIXTRA en préventif

- 1,5 mg SC 1x/j si Cl créat < 50 ml/min
- 2,5 mg SC 1x/j si Cl créat > 50 ml/min



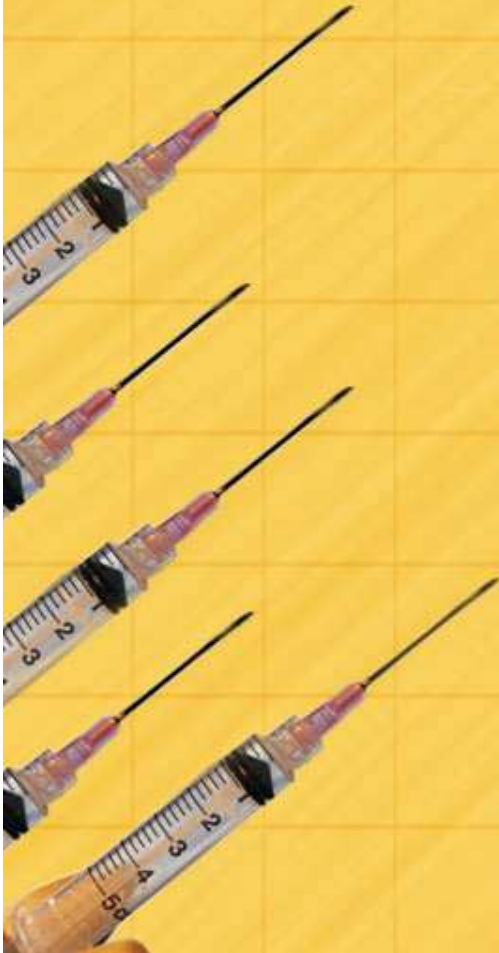
# ANTICOAGULATION CURATIVE

## Activité anti-Xa

Mauvais marqueur de l'efficacité anticoagulante, marqueur pharmacocinétique

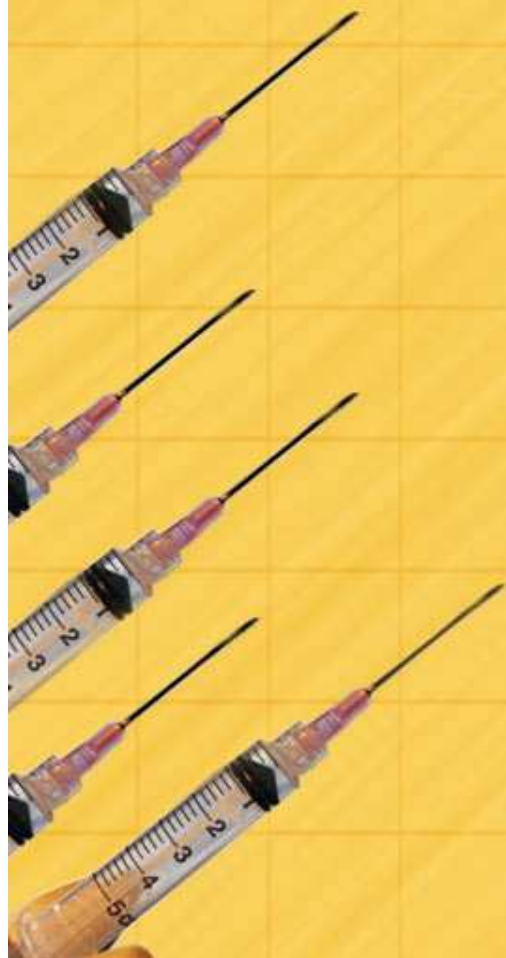
Absence de corrélation évidente avec le risque hémorragique

Ne doit plus être réalisée



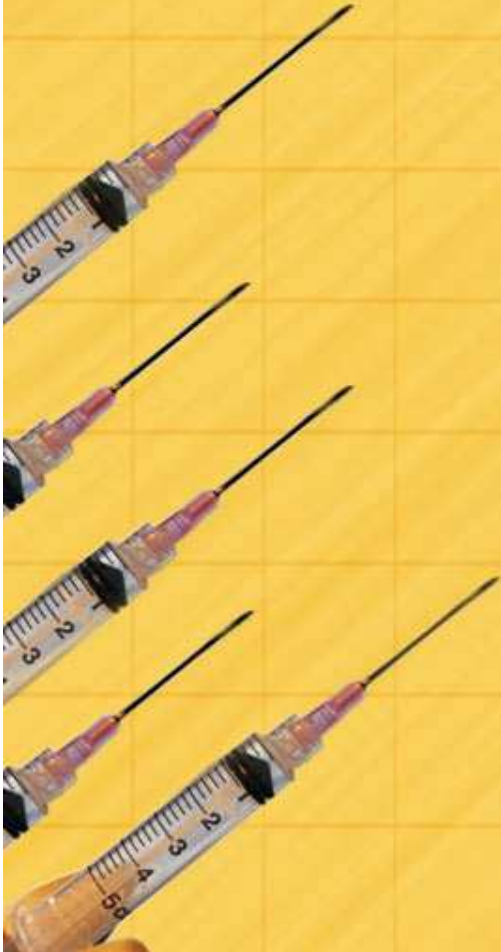
## ANTICOAGULATION CURATIVE

- EP aiguë non massive ou TVP : HBPM
- AMM en France : INNOHEP pour l'EP et LOVENOX pour TVP +/- EP
- HBPM curative CI si CI créat < 30 ml/min
- Débuter le traitement avant la confirmation du diagnostic en cas de probabilité clinique forte (TVP ou EP)



## ANTICOAGULATION CURATIVE

- ARIXTRA ou autre HBPM au moins 5 jours, AVK débuté à J1, arrêt ARIXTRA ou HBPM si INR > 2 sur 2 dosages à 24h d'intervalle
- Posologies ARIXTRA  
50 à 100 kg : 7,5 mg 1x/j en SC  
< 50 kg : 5 mg 1x/j en SC  
> 100 kg : 10 mg 1x/j en SC
- NB : ARIXTRA toujours CI en curatif si IR sévère (Cl créat < 30 ml/min) → HNF

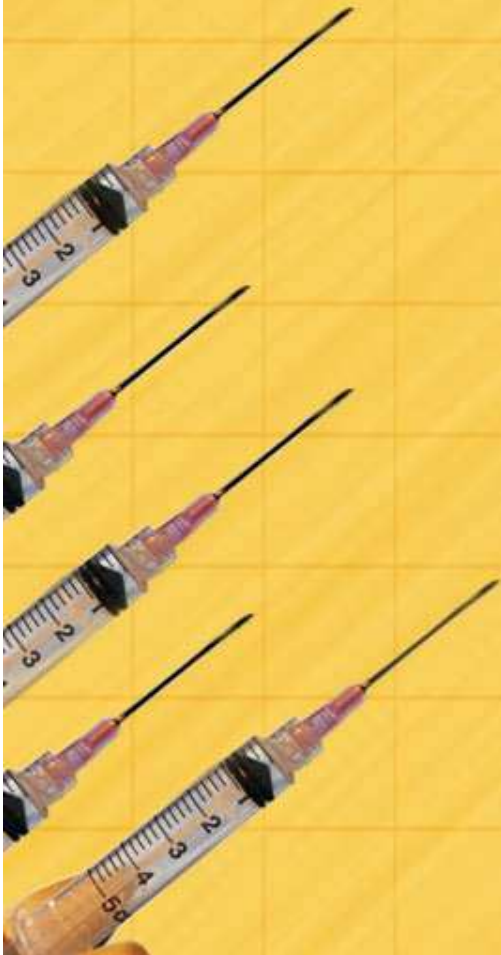


# ANTICOAGULATION CURATIVE

- En cas de MTEV dans un contexte de néoplasie active :

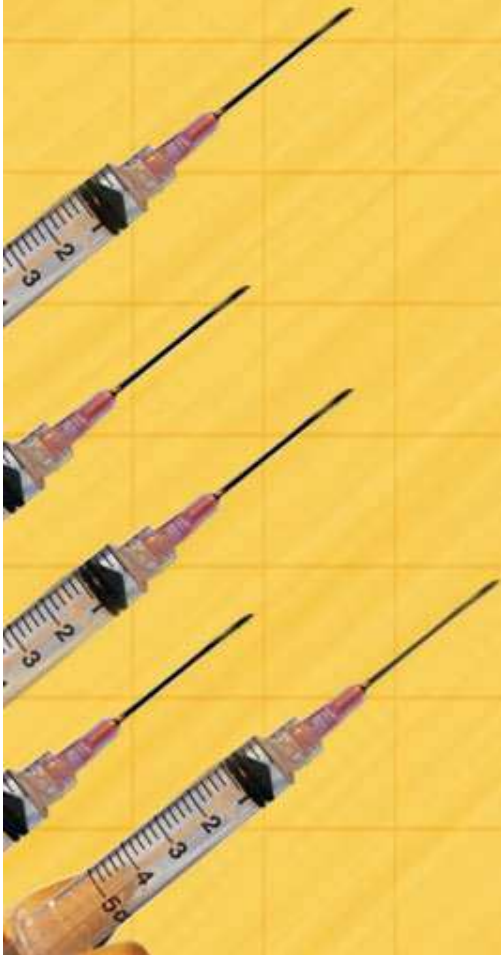
Pas d'AVK

Préférer HBPM curative au long cours  
(de 3 à 6 mois, pas d'études après 6 mois)



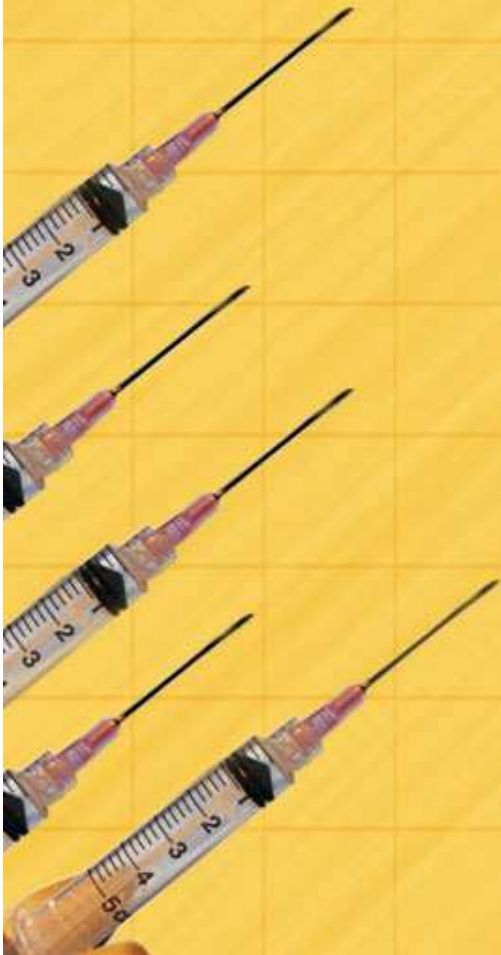
# ANTICOAGULATION / THROMBOLYSE

- Thrombolyse EP par ALTEPLASE :  
pas de bénéfice sur la mortalité sauf si évènements majeurs (HMD instable, dilatation VD, HTAP sévère, augmentation Troponine ou BNP / NT-ProBNP)
- En cas d'EP sub-massive (évolution imprévisible), transfert en USIC pour surveillance : préférer HNF → arrêt plus rapide avant éventuelle thrombolyse



# DUREE DE TRAITEMENT

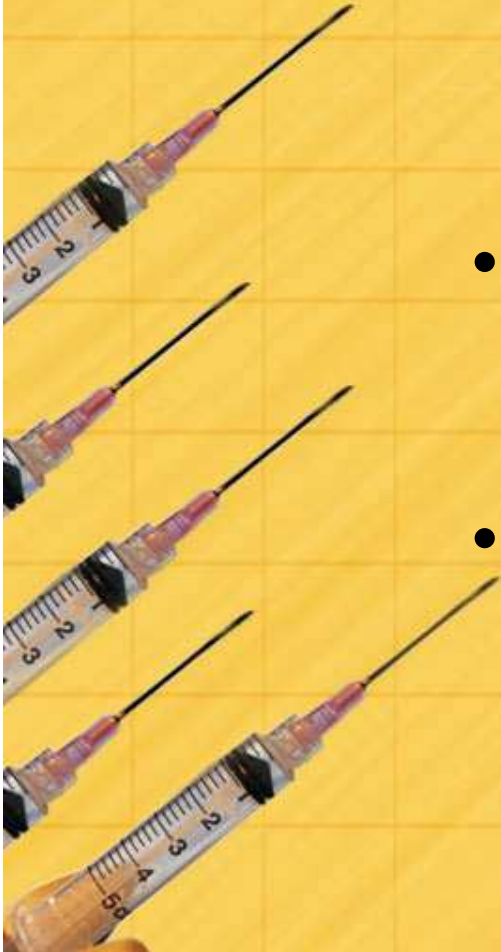
- 3 mois si TVP ou EP provoquée
- $\geq 3$  mois si TVP ou EP idiopathique
- $\geq 3$  mois, durée non fixée en l'absence de risque hémorragique





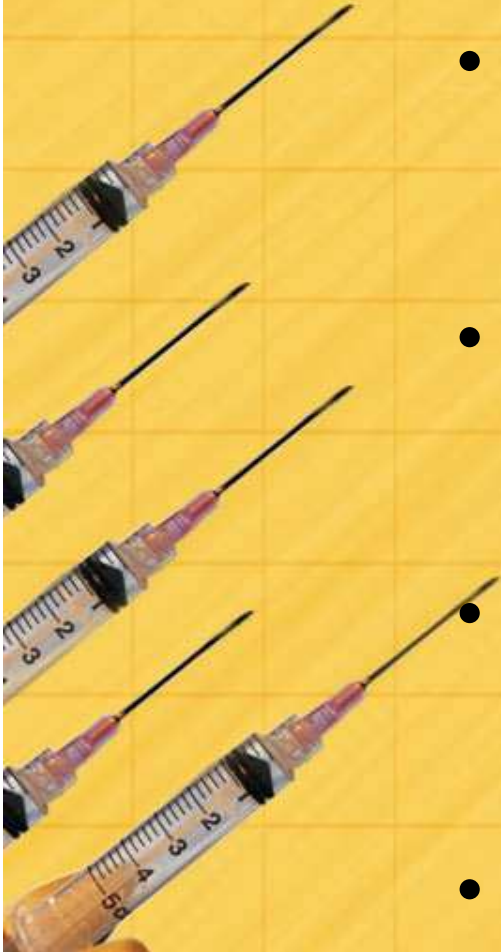
# NOUVEAUX ANTICOAGULANTS

- Inhibiteurs directs du facteur Xa :  
apixaban et rivaroxaban (Xarelto®)
- Inhibiteurs indirects du facteur Xa :  
fondaparinux et idraparinux
- Inhibiteurs direct du facteur II :  
ximelagatran et dabigatran (Pradaxa®)



## RIVAXORABAN (XARELTO®)

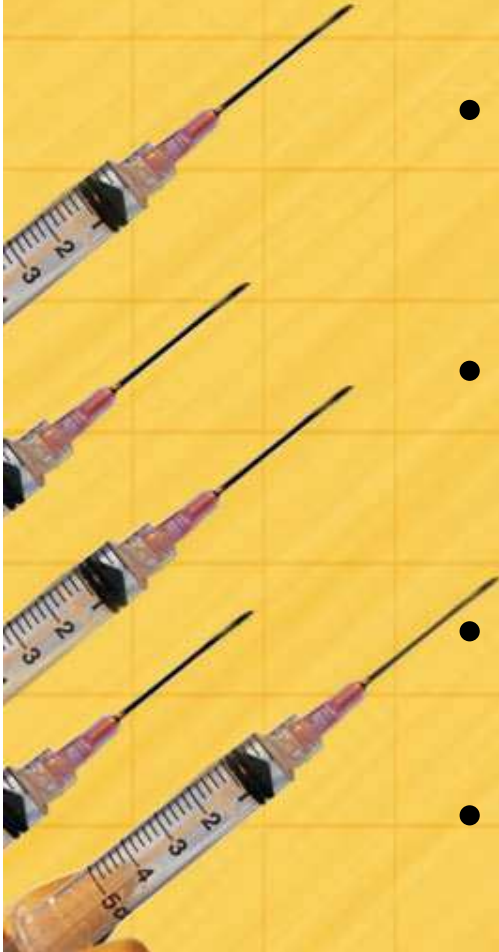
- Cp 10 mg en 1 fois par jour
- Débuter 6 à 10 heures après la fin de l'intervention + crase
- Durée de 5 semaines après PTH, 2 semaines après PTG
- Insuffisance rénale légère à modérée : pas d'ajustement de dose
- Contre-indiqué si insuffisance rénale sévère



# RIVAXORABAN (XARELTO®)

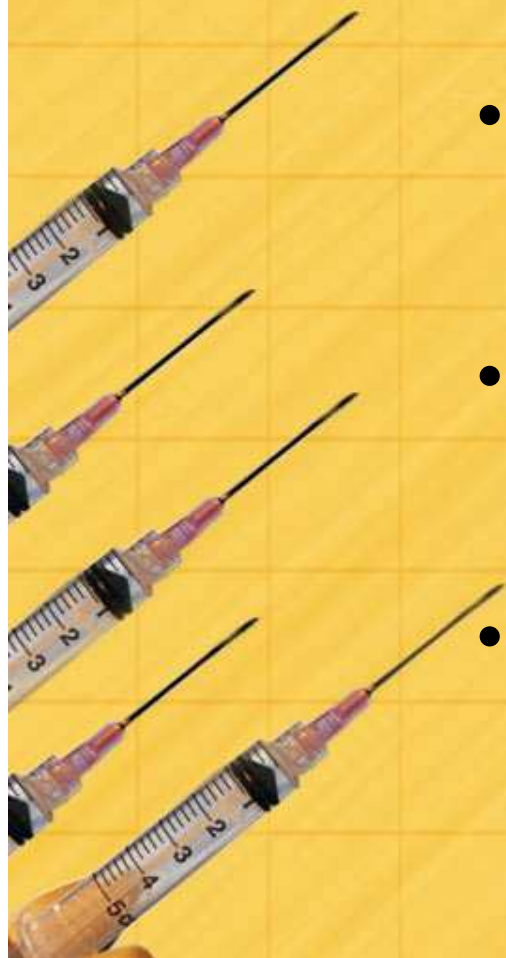
→ Etudes en cours +++

- MAGELLAN : phase III, thromboprophylaxie médicale
- EINSTEIN : phase III, prévention secondaire MTEV
- ROCKETT : phase III, FA
- ATLAS TIMI : phase II, SCA



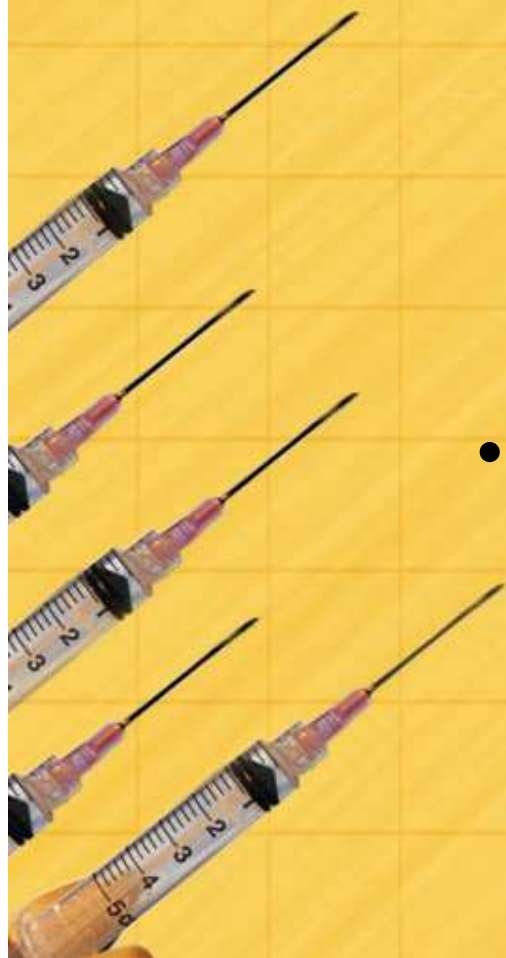
## DABIGATRAN (PRADAXA®)

- Inhibiteur direct de la thrombine
- Thromboprophylaxie après chirurgie PTH ou PTG
- 220 mg (soit 2 gélules à 110 mg) en 1 fois par jour
- durée de 4 semaines après PTH et de 10 jours après PTG



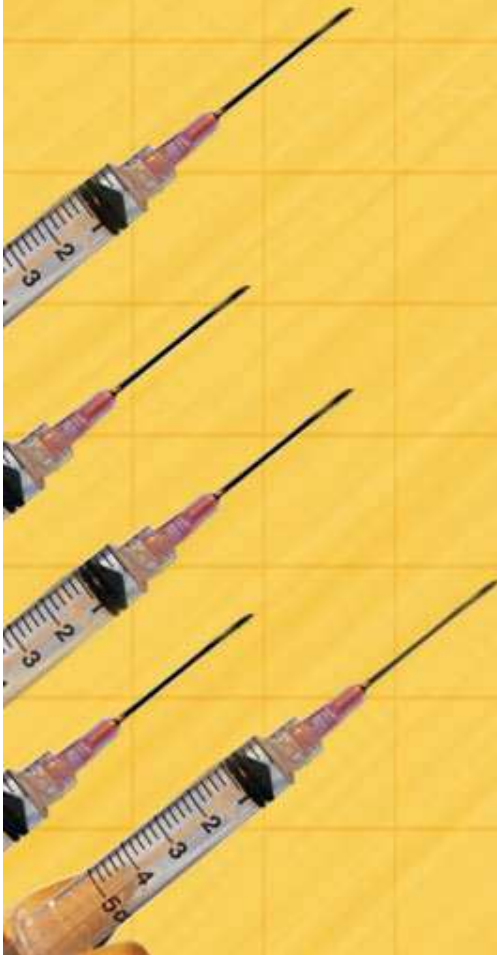
# DABIGATRAN (PRADAXA®)

- Contre-indications
  - Insuffisance rénale sévère
  - Atteinte hépatique
  - Traitement concomitant par quinidine
  - Grossesse / allaitement
- Interactions médicamenteuses
  - Amiodarone : effet potentialisateur
  - Administration concomitante avec d'autres des anticoagulants ou antiagrégants non recommandée



# CONCLUSION

- Perspectives  
Simplification  
STOP HBPM / AVK
- Thromboprophylaxie simplifiée sans sur-  
risque pour le patient
- Traitement anticoagulant curatif plus  
sécurisé et moins contraignant



The image features a yellow background with a faint grid pattern. In the bottom-left corner, four syringes are arranged diagonally, pointing towards the top-right. The syringes are partially visible, showing their barrels with measurement markings and their needles. The word "MERCI" is centered in the middle-right portion of the image in a bold, black, sans-serif font.

**MERCI**