

RDV Urgences  
26 janvier 2012

# AVK et chutes aux urgences : une morbidité accrue ?

**Dr Christelle PATARIN**  
Assistante - Urgences Colmar

**Dr Pascal BILBAULT**  
**Pr J.KOPFERSCHMITT**

# Objectifs de l'étude

---

- Objectif principal:

Impact des AVK sur la prise en charge des patients de plus de 75 ans consultant aux urgences pour un traumatisme hors traumatisme crânien.

- Objectif secondaire:

La réversion du traitement AVK est-il en adéquation avec les recommandations de l'HAS de 2008?

*Recommandations professionnelles, HAS, avril 2008*

# Patients et Méthodes

---

## Recrutement

- Étude de cohortes, rétrospectives, monocentrique et contrôlée
- Service des Urgences de l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg
- Janvier à juin 2010 inclus
- Inclusion des patients de 75 ans et plus
- Codage CIM 10: « Traumatologie » hors « Traumatisme crânien ».

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patient codé « traumatisme » en diagnostic principal (S100 à S900 et leurs dérivés, T60, Z470, D60, J180, K900, L020, R50-300-500 et leur dérivés).	Patient codé traumatisme crânien (de S001 à S069 inclus) en diagnostic principal Consultation de petite traumatologie (B2) Patient transitant par zone de déchoquage

# Patients et Méthodes

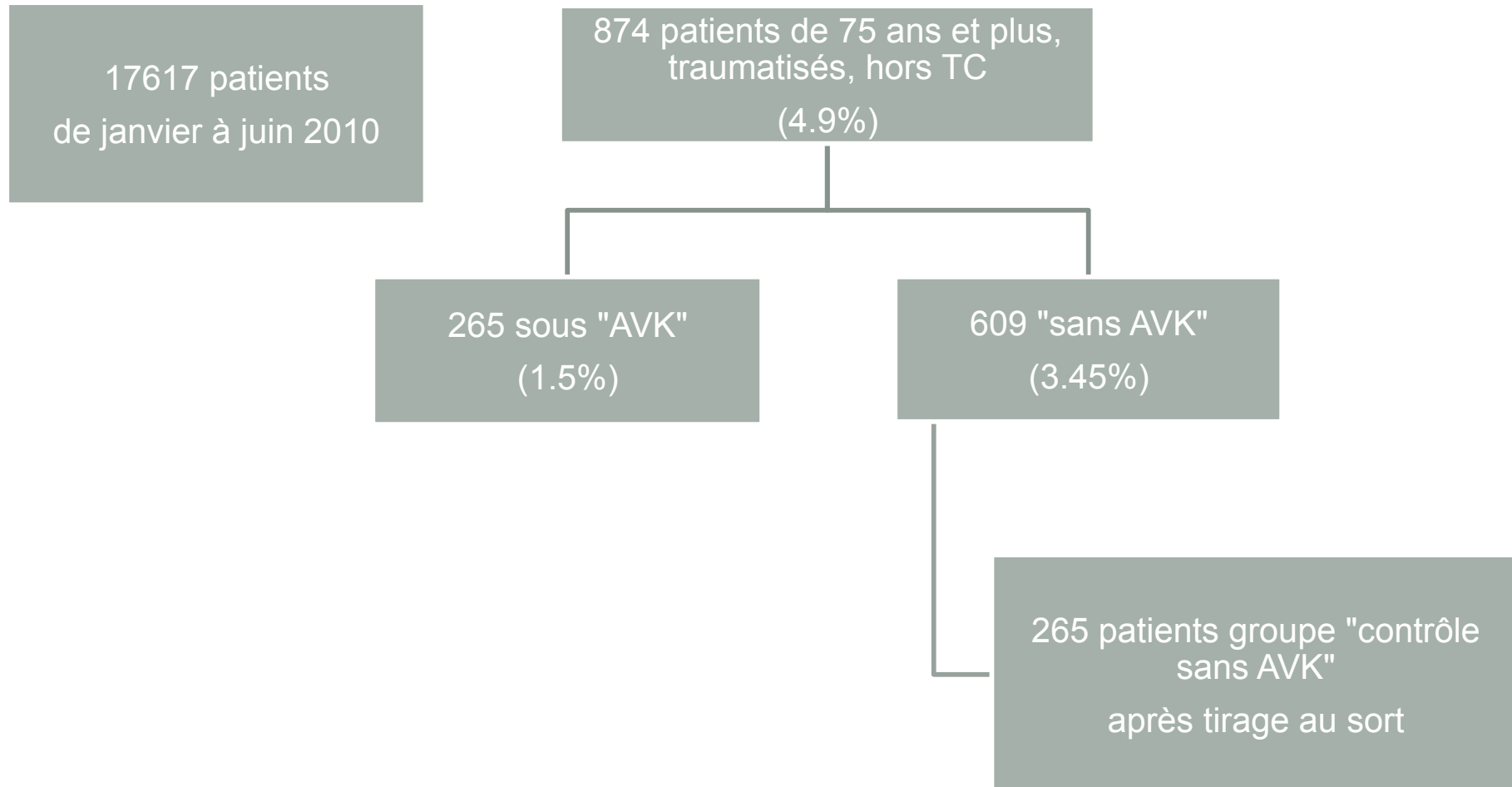
---

## Constitution des groupes

- Groupe « AVK »: patients ayant eu un dosage de l'INR aux urgences et traitement par AVK spécifié dans le dossier.
- Groupe « contrôle sans AVK »: après utilisation s'une table de tirage au sort aléatoire sur patients sans dosage de l'INR.
- 2 groupes de même effectif
- Statistiques: risque alpha de première espèce  $p < 0,05$ 
  - Données quantitatives: test exact de Fisher
  - Données qualitatives et comparaisons de moyennes: analyse de variance ANOVA

# Résultats

## Distribution des patients



*Pourcentages calculés sur la base des 17617 patients.*

# Résultats

## Comparaison des groupes - Démographie

	Groupe « AVK »	Groupe « contrôle sans AVK »	<i>p</i>
Age (moyenne en années)	85.65 [75-100]	84.74 [75-102]	0.059
Femmes (n)	178 (67%)	199 (75%)	
Hommes (n)	87 (33%)	66 (25%)	
Sexe ratio F/H	2.05	3.01	0.028

# Résultats

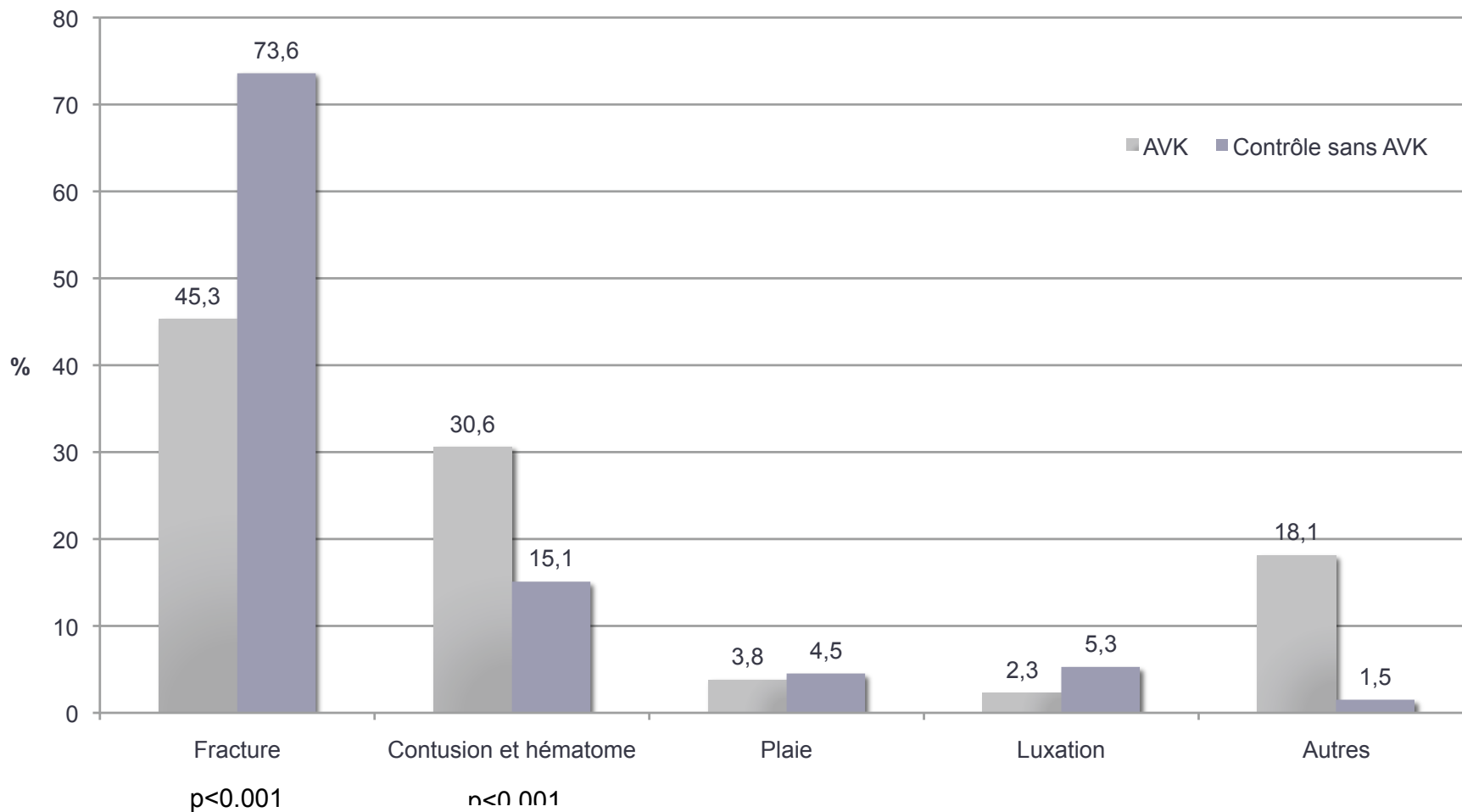
---

## Comparaison des groupes - Fréquentation du SAU

	Groupe « AVK »	Groupe « contrôle sans AVK »	<i>p</i>
Passage unique au SAU	56,2%	97%	
Moyenne de passage par patient	1.35	1.02	<0.001

# Résultats

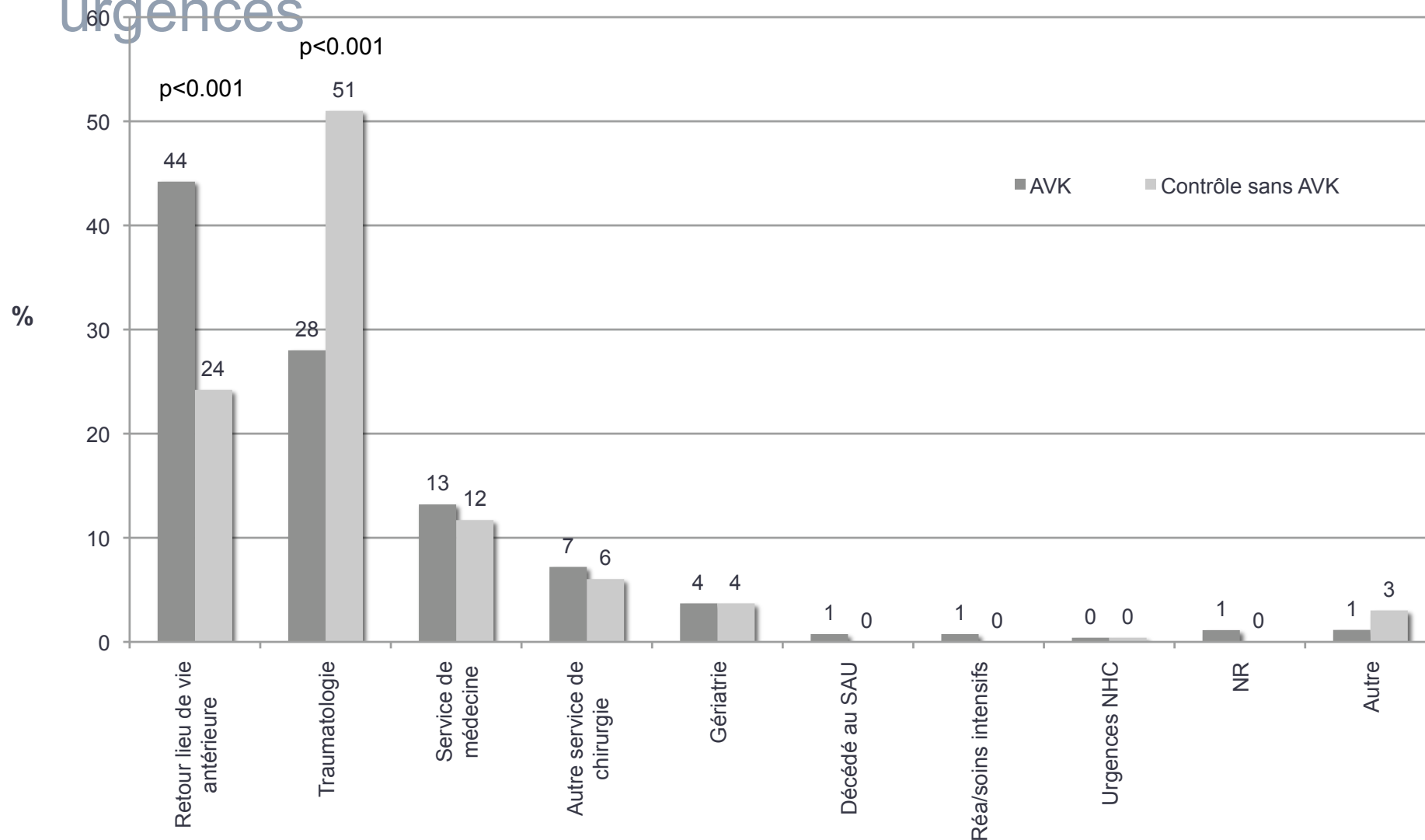
## Comparaison des groupes - Symptômes





# Résultats

## Comparaison des groupes - Devenirs post-urgences



# Résultats

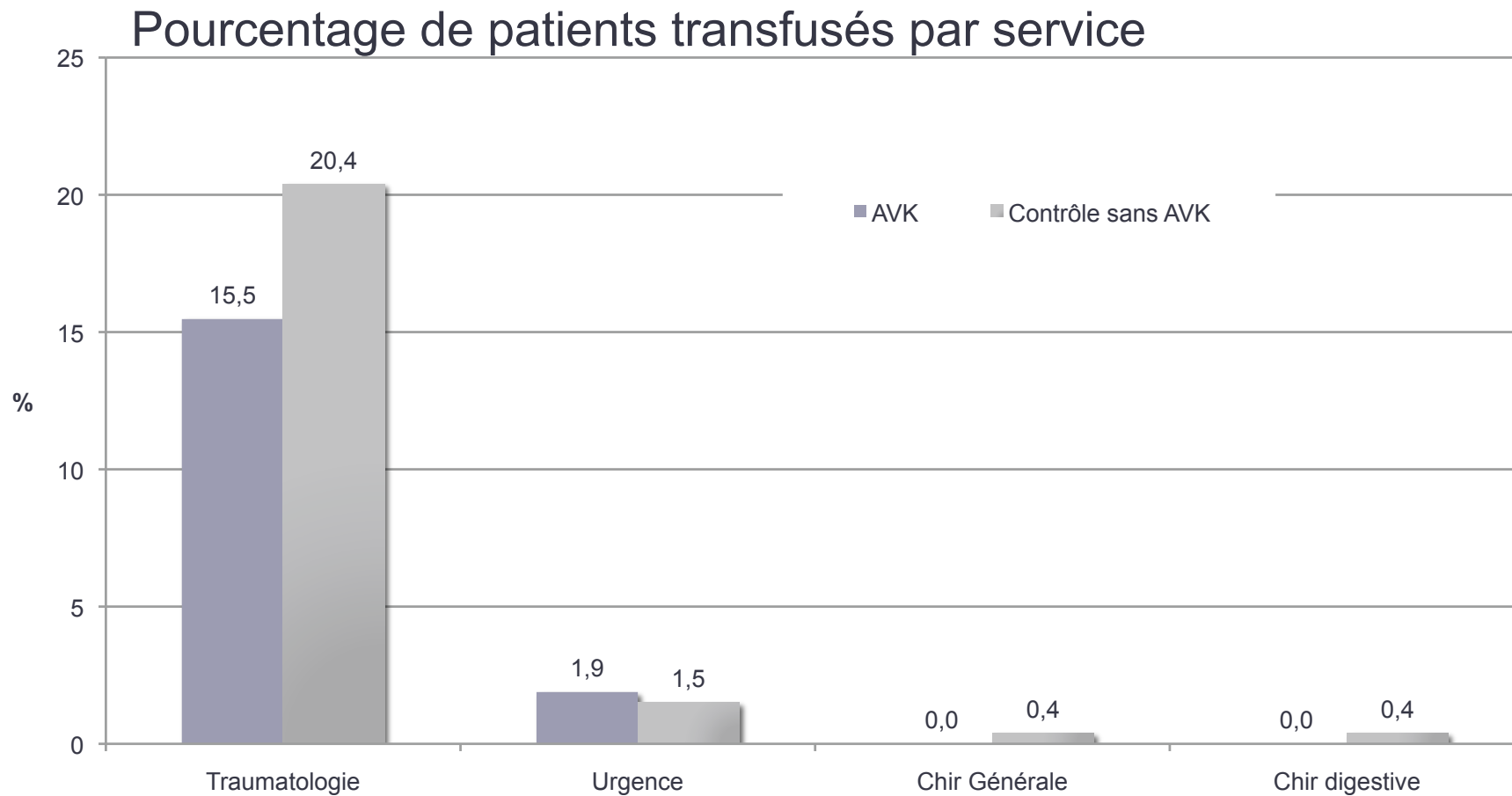
---

## Comparaison des groupes - Devenirs post-urgences

- Passage au bloc opératoire:
  - 28% groupe « AVK »
  - 51,3% groupe « contrôle sans AVK »
- Durée moyenne du séjour hospitalier (non significatif):
  - 9,2 jours pour le groupe « AVK » ,
  - 10,7 jours pour le groupe « contrôle sans AVK »
- Transfert en réanimation ou en soins intensifs:
  - 5% du groupe « AVK »
  - 1,13% groupe « contrôle sans AVK »
- Décès (non significatif):
  - 2,3 % « AVK » ,
  - 0,75 % « contrôle sans AVK »

# Résultats

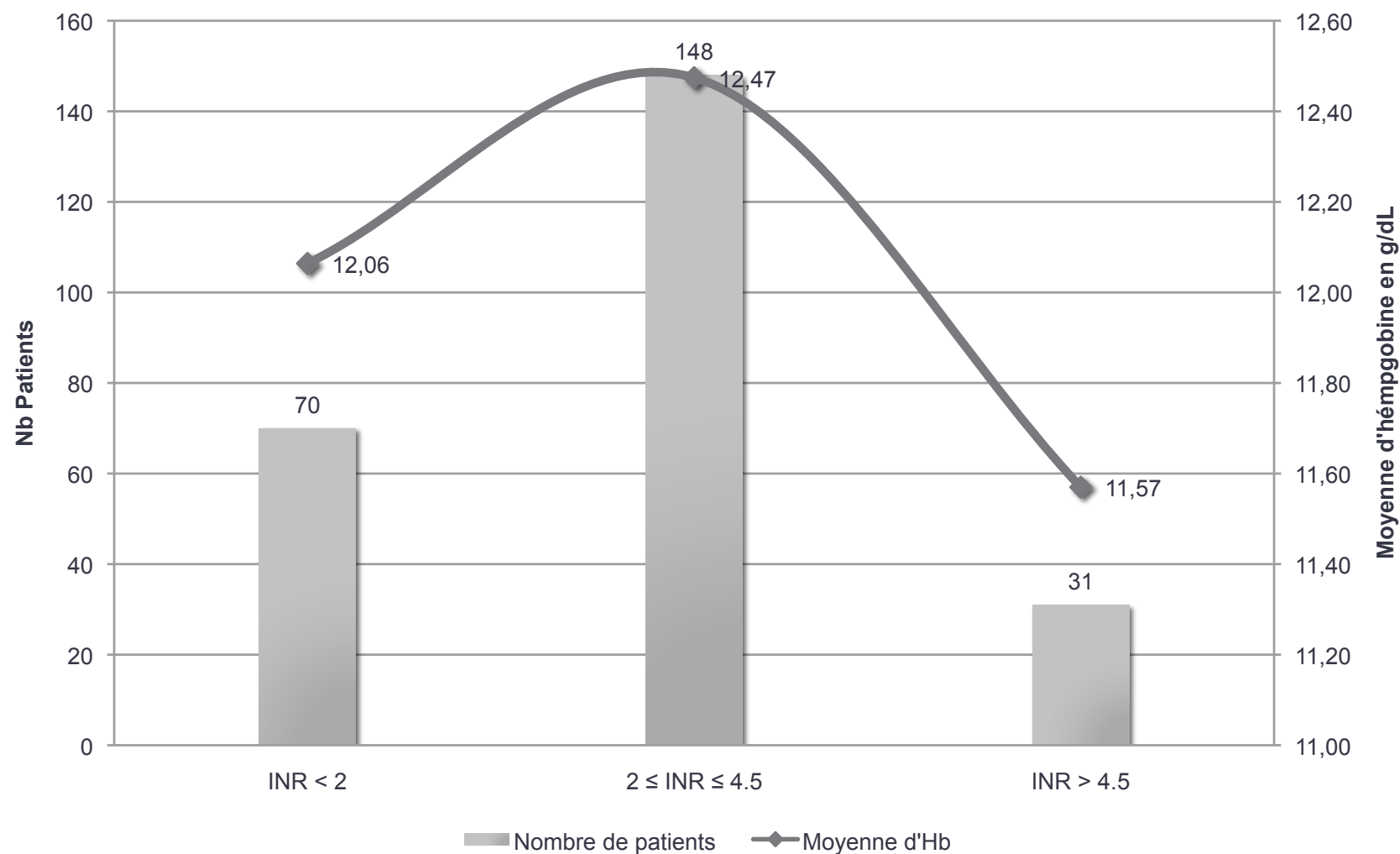
## Comparaison des groupes - Transfusions



*Pourcentages calculés sur le nombre de patients par groupe, n=265*

# Résultats

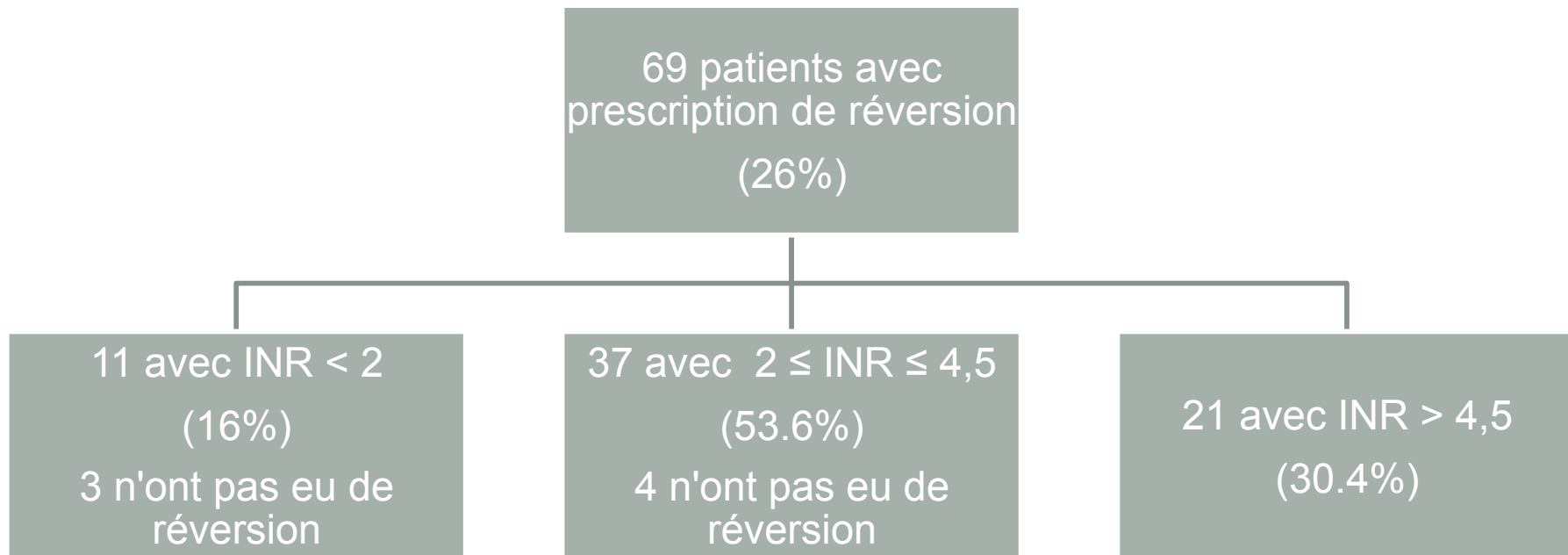
## Groupe « AVK » - Analyse des INR



# Résultats

## Groupe « AVK » - Réversion des AVK

Les pourcentages ont été calculés sur les 69 patients ayant une prescription de réversion dans le groupe des 265 patients sous AVK



# Résultats

---

## Groupe « AVK » - Réversion des AVK

Produits	%
Vitamine K seule	87 %
Bithérapie Vitamine K + PPSB	8,7 %
PPSB seul	4,35 %

*PPSB: Prothrombine Proconvertine Stuart facteur anti hémophilique B*

- Délai moyen entre admission et administration: 7 heures
- Patients sans critères de gravité: 84 % dont 22,4 % de reversés
- Conformité avec HAS (sans critère de gravité): 71,5 %

*HAS, recommandations professionnelles, avril 2008*

# Résultats

## Groupe « AVK » - HAS: Critères de gravité

Signes de gravité	n=29
<b>Hémorragie extériorisée</b> non contrôlable par les moyens usuels	0
<b>Instabilité hémodynamique</b> : PAS < 90 mmHg ou diminution de 40 mmHg par rapport à la PAS habituelle, ou PAM < 65 mmHg, ou tout signe de choc	0
<b>Nécessité d'un geste hémostatique urgent</b> : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie	0
<b>Nécessité de transfusion</b> de culots globulaires	5
<b>Localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel</b> , par ex. : -hémorragie intracrânienne et intraspinale, -hémorragie intraoculaire et rétro-orbitaire, -hémothorax, hémo et rétropéritoine, hémopéricarde, -hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge, -hémorragie digestive aiguë, -hémarthrose	12 NR 3 6 1 2

# Résultats

---

## Groupe « AVK » - HAS: Prise en charge

- Administration de Vitamine K 10 mg + PPSB 1ml/kg
  - 11,5% des patients avec critères de gravité
- Dans les minutes qui suivent l'admission
  - Délai moyen: 8,21 heures
- Sans attendre les résultats de l'INR
  - Pour aucun des patients
- Contrôle de l'INR 30 min après la réversion
  - Délai moyen: 20,5 heures
- Nouvelle administration de PPSB si l'INR est encore supérieur à 1,5
  - Oui mais avec de la vitamine K
- Re-contrôle 6 à 8 heures plus tard
  - Délai moyen: 33 heures



# Discussion

---

## Comparaison des groupes

- Les 2 groupes sont comparables sauf pour le sexe
- Passages aux urgences significativement plus fréquents dans le groupe « AVK »
- Significativement plus de contusions dans le groupe « AVK »
- Significativement plus d'hospitalisations pour le groupe « contrôle sans AVK »
- Significativement plus de passages au bloc opératoire pour le groupe « contrôle sans AVK »

# Discussion

---

## Comparaison des groupes

- Significativement plus d'hospitalisation en réanimation pour les patients « AVK »
- Pas de différence significative sur la mortalité

*Howard JL, et al. Preinjury warfarin worsens outcome in elderly patients who fall from standing. J Trauma. 2009.*

*Kennedy DM, et al. Impact of preinjury warfarin use in elderly trauma patients. J Trauma. 2000*

- Moins de patients transfusés dans le groupe « AVK » mais avec significativement plus de culots.

*Kirsch MJ et al. Preinjury warfarin and geriatric orthopedic trauma patients: a case-matched study. J Trauma. 2004*

# Discussion

---

## Les patients du groupe « AVK »

- Hémoglobine significativement plus basse chez les patients surdosés en AVK: déglobulisation sous AVK?
- Recommandation de l'HAS concernant les réversions des AVK sont mal appliquées

*Vigué.B T. Hémorragies sous antivitamines K: les freins à la prescription du PPSB, mythes et réalités. Journal Européen des Urgences. 2007;*

*Mountain D et al. Characteristics, management and outcomes of adults with major trauma taking pre-injury warfarin in a Western Australian population from 2000 to 2005: a population-based cohort study. Med. J. Aust. 2010*

# Conclusion

---

- Le traitement par AVK n'est pas un facteur de risque d'hospitalisation pour les patients traumatisés de plus de 75 ans sans traumatisme crânien
- Urgence ressentie par le patient sous AVK
- Les patients « AVK » sont des « ambulants »
- Augmentation des transferts en réanimation dans les cas à hospitaliser
- Réversions des AVK: recommandations mal appliquées

---

Merci pour votre attention