



# **RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK**

**Document réalisé par le Comité du Médicament et des  
Dispositifs Médicaux stériles du Centre Hospitalier d'ALBI**

**Janvier 2004**

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>PREAMBULE</b>	Janvier 2004

Ces recommandations ont été réalisées et validées par les membres du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles du Centre Hospitalier d'Albi dans le but

- -d'uniformiser les protocoles existant dans l'établissement
- -d'harmoniser les pratiques d'utilisation des AVK entre les différents spécialistes du CH d'Albi

La réalisation de ces recommandations s'appuie sur un dossier complet de l'AFSSAPS diffusé en janvier 2004, rentrant dans un programme d'évaluation et de prévention du risque iatrogène médicamenteux.

Ont contribué à l'élaboration de ce document :

- |                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| - Docteur Daniel Galley         | Service de cardiologie      |
| - Docteur Cécilia Elharrar      | Service de cardiologie      |
| - Docteur Jean-Marie Méréault   | Service de pneumologie      |
| - Docteur Bernard Pradines      | Soins de longue durée       |
| - Docteur Frédérique Raynaud    | Service des urgences        |
| - Docteur Jean-Pierre Teulières | Service de Médecine Interne |
| - Docteur Anne Strateman        | SAMU                        |
| - Anne Anglès                   | Pharmacien                  |
| - Jacques Duchène               | Pharmacien                  |
| - Jacqueline Duchène            | Pharmacien                  |
| - Monique Grèze                 | Biologiste                  |

Rédaction : Anne Anglès, Pharmacien

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>SOMMAIRE</b>	Janvier 2004

## [PREAMBULE](#)

## [SOMMAIRE](#)

## [PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES AVK COMMERCIALISES](#)

## [INDICATIONS ET INR « CIBLES »](#)

## [RELAIS HEPARINE - AVK](#)

## [CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE AUX AVK](#)

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES AVK COMMERCIALISES</b>	Janvier 2004

DCI	Nom commercial	Forme	Dosage	Posologie initiale	Ajustement	Posologie moyenne	Demi-vie plasmatique
<b>AVK à demi-vie longue : 1 prise par jour</b>							
Warfarine	COUMADINE®	cp sécables	2 et 5mg	5mg	Palier de 1mg	4-10mg	35-40h
Fluindione	PREVISCAN®	cp quadrisécables	20mg	20mg	Palier de 5mg	20-40mg	30h
<b>AVK à demi-vie courte : 2 prises par jour</b>							
Acénocoumarol	SINTROM®	cp quadrisécables	4mg	4mg	Palier de 1mg	4-8mg	8h
	MINISINTROM®	cp	1mg				

APEGMONE® et PINDIONE® : arrêt de commercialisation au 29/02/2004

Voir dossier complet sur les AVK sur le site de l'AFSSAPS : <http://afssaps.sante.fr/htm/10/avk/indavk.htm>

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>INDICATIONS ET INR « CIBLES »</b>	Janvier 2004

<b>INDICATIONS</b>	<b>RECOMMANDATIONS INR - DUREE DE TRAITEMENT</b>
<p><b>PREVENTION DES COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES ARTERIELLES ET VEINEUSES DES CARDIOPATHIES EMBOLIQUES, DANS LES SITUATIONS SUIVANTES</b></p> <p><b>Fibrillations auriculaires (FA) selon les conditions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 65 ans avec facteurs de risque *</li> <li>- 65 à 75 ans</li> <li>- &gt; 75 ans **</li> </ul> <p>* antécédent d'accident cérébral ischémique transitoire ou constitué, HTA, insuffisance cardiaque, diabète, rétrécissement mitral. En l'absence de facteur(s) de risque avant 65 ans, la prescription d'aspirine est recommandée. ** après évaluation soigneuse du rapport bénéfice /risque</p> <p><b>Valvulopathies mitrales</b> (particulièrement le rétrécissement mitral) si facteur(s) favorisant(s) : dilatation de l'oreillette gauche et/ou image de contraste spontané décelé en échographie transoesophagienne et/ou thrombus intra-auriculaire gauche l'échocardiogramme.</p> <p><b>Prothèses valvulaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prothèses mécaniques en position mitrale</li> <li>- prothèses mécaniques en position aortique <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec autre facteur de risque embolique (dysfonction ventriculaire gauche</li> <li>- sévère, antécédent thromboembolique, FA....) ou de 1ère génération</li> </ul> </li> <li>- sans autre facteur de risque ou de 2ème génération</li> <li>- prothèses mécaniques en position tricuspide</li> <li>- prothèses biologiques</li> </ul>	<p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3 ;</b> à vie ou tant que dure la fibrillation auriculaire</p> <p><b>cible 3.7 ; INR 3 à 4.5 ;</b> à vie</p> <p><b>cible 3.7 ; INR 3 à 4.5 ;</b> à vie</p> <p><b>cible 3.7 ; INR 3 à 4.5 ;</b> à vie</p> <p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3 ;</b> à vie</p> <p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3 ;</b> à vie</p> <p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3 ;</b> 3 mois</p>
<p><b>INFARCTUS DU MYOCARDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde compliqués : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène...</li> <li>- Prévention de la récurrence d'infarctus du myocarde en cas d'intolérance à l'aspirine.</li> </ul>	<p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3</b> 1-3 mois</p> <p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3</b> à vie</p>
<p><b>TRAITEMENT DES THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES ET DE L'EMBOLIE PULMONAIRE AINSI QUE LA PREVENTION DE LEUR RECIDIVES, EN RELAIS DE L'HEPARINE</b></p> <p>* Traitement prolongé si persistance du risque thromboembolique (certaines anomalies constitutionnelles ou acquises de la coagulation, thromboses récidivantes, cancer en évolution).</p>	<p><b>cible 2.5 ; INR 2 à 3</b> 3-6 mois*</p>
<p><b>PREVENTION DES THROMBOSES VEINEUSES ET DE L'EMBOLIE PULMONAIRE EN CHIRURGIE DE HANCHE.</b></p>	<p><b>cible 2,5 ; INR 2 à 3</b> durée en fonction du risque thromboembolique</p>
<p><b>PREVENTION DES THROMBOSES SUR CATHETER</b> (à faible doses).</p>	<p>L'INR ne doit pas être modifié. Pas de contrôle, sauf à J8 pour éliminer une hypersensibilité.</p>

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>RELAIS HEPARINE - AVK</b>	Janvier 2004

### PREALABLES A LA MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

- Bilan d'hémostase initial
- Information et éducation du patient :

- nécessité d'une bonne observance
- information / risques d'un traitement excessif ou insuffisant
- surveillance biologique indispensable par INR
- information sur INR cible et zone thérapeutique
- tenue d'un carnet de suivi
- signes d'un surdosage (signes hémorragiques, INR>5)
- dangers de l'automédication
- prévenir tout personnel médical/paramédical de la prise d'AVK
- informations / grossesse et contraception

### QUAND ?

Le plus tôt possible (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> jour) pour limiter le risque de thrombopénie immunoallergique à l'héparine (risque maximum entre le 5<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour de l'héparinothérapie).

### QUELLE MOLECULE CHOISIR ET A QUELLE POSOLOGIE INITIALE ?

- Privilégier les **molécules à longue demi-vie** pour un meilleur équilibre du traitement.
- **Pas de dose de charge** (risque hémorragique majoré).
- **Diminuer la posologie initiale de moitié chez la personne âgée**, l'insuffisant hépatique, en cas de poids<50kg.
- **Poursuivre l'héparinothérapie** en maintenant l'objectif d'anticoagulation initiale (TCA sous HNF) tant que l'INR cible n'est pas atteint.

DCI	Nom commercial	Dosage	Posologie initiale	Demi-vie	Nombre de prises/jour
Warfarine	COUMADINE®	2 et 5mg	5mg	35-40h	1 prise/j
Fluindione	PREVISCAN®	20mg	20mg	31h	1 prise/j
Acénocoumarol	SINTROM®	4mg	2mg x 2	8h	2 prises/j

### AJUSTEMENT DU TRAITEMENT AVK

- **INR 36 à 48h après la première prise** pour dépister une hypersensibilité individuelle (si INR>2, diminuer la posologie)

- **contrôler l'INR tous les 2 à 4 jours** jusqu'à obtention de l'INR cible

- si l'INR cible n'est pas atteint, adapter la posologie par ¼ de cp (PREVISCAN®, SINTROM®) ou par ½ cp (COUMADINE® 2mg) en fonction de l'INR
- quand INR cible atteint : => **STOP héparine quand 2 INR successifs à 24h d'intervalle sont dans la zone thérapeutique**

☛ **LA POSOLOGIE D'EQUILIBRE EST STRICTEMENT INDIVIDUELLE, LA SENSIBILITE ETANT IMPREVISIBLE.**

- **contrôles ultérieurs** : 1 fois/semaine pendant 2-3 semaines puis tous les 15 jours puis **1 contrôle tous les mois, minimum indispensable**

- **contrôles supplémentaires à prévoir**

- en cas de maladie intercurrente
- en cas de troubles digestifs (vomissements, diarrhées)
- à l'introduction ou au retrait de tout médicament associé
- à chaque modification de posologie

Dans ces situations, contrôle de l'INR tous les 3-4jours pour dépister un éventuel déséquilibre du traitement.

Voir dossier complet sur les AVK sur le site de l'AFSSAPS : <http://afssaps.sante.fr/html/10/avk/indavk.htm>

<b>HOPITAL D'ALBI</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION DES AVK</b>	Comité du médicament Version 1
	<b>CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE AUX AVK</b>	Janvier 2004

<b>SAIGNEMENT MAJEUR OU INR TRES ELEVE</b>	<b>INR&lt;9 SANS SAIGNEMENT MAJEUR</b>	<b>5&lt;INR&lt;9 SANS SAIGNEMENT MAJEUR</b>		<b>CIBLE&lt;INR&lt;5 SANS SAIGNEMENT MAJEUR</b>
VIT K 10mg IV lente (> 10min)	Arrêt AVK Rechercher cause de surdosage	Arrêt AVK Facteur de risque hémorragique		Supprimer la prochaine prise
+ KASKADIL®: 20 à 30UI/kg ± Plasma Frais Congelé	VIT K per os 3-5mg Ou VIT K IV lente (30min) 1-1.5mg	OUI	NON	
INR à 30 min	INR à 8h	VIT K per os 1-2mg Ou VIT K IV lente (1h) 0.5-1mg	Rechercher cause de surdosage	Rechercher cause de surdosage
> 1.5				
< 1.5				
Répéter KASKADIL®	Renouveler VIT K En fonction de l'INR	INR quotidien		INR quotidien
INR à 30min		Reprise AVK à dose + faible Quand INR < 4		