

Quelles sont les preuves?



La prévention de l'AVC chez vos patients atteints de fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire (aussi connue sous l'acronyme FA) représente l'arythmie cardiaque la plus fréquente, elle qui touche environ 350 000 Canadiens. Son taux d'incidence augmente avec l'âge, c'est donc dire que le nombre de cas grimpera avec le vieillissement de notre population. La FA peut donner lieu à des complications graves. Elle multiplie entre trois et cinq fois le risque d'accident ischémique; on estime que 20 % de tous les AVC sont causés par la FA.

Les médicaments antithrombotiques peuvent prévenir l'AVC, mais augmentent du même coup le risque d'hémorragie grave. Il existe deux types d'antithrombotiques utilisés dans la prévention de l'AVC chez les personnes atteintes de FA non valvulaire : les anticoagulants et les antiplaquettaires.

Anticoagulants	Antiplaquettaires
warfarine (Coumadin)	acide acétylsalicylique (AAS, Aspirin)
Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) <ul style="list-style-type: none">dabigatran (Pradaxa)rivaroxaban (Xarelto)apixaban (Eliquis)	clopidogrel (Plavix)

La warfarine constitue le fer de lance des traitements antithrombotiques depuis plus de 60 ans. Elle est efficace pour la prévention des AVC provoqués par des caillots sanguins chez le patient atteint de FA. Néanmoins, les traitements à base de warfarine se butent à certaines exigences : des restrictions alimentaires, des interactions avec des médicaments et des aliments, un besoin de surveillance régulier du rapport international normalisé (RIN), et le rajustement fréquent de la posologie. À l'inverse, les NACO sont administrés sous forme de doses fixes; les analyses sanguines régulières et le dosage individualisé ne sont donc pas nécessaires. Or, ces médicaments sont coûteux; on en sait encore peu sur leur innocuité à long terme, et l'expérience clinique à leur égard est limitée. Contrairement à la warfarine, ils n'ont pas de contrepoison utile dans l'éventualité d'une hémorragie. Les antiplaquettaires sont moins efficaces que la warfarine et les NACO, mais sont parfois employés chez les patients présentant un faible risque d'AVC. L'éventail des options thérapeutiques qui s'offrent dans la prévention de l'AVC chez le patient atteint de FA est en constante mutation.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a donc entrepris de réaliser une série d'examens méthodiques des preuves scientifiques relatives à ces médicaments, de même qu'une analyse de leurs paramètres économiques.

Les résultats

- o Comparativement à la warfarine, rares sont les avantages supplémentaires procurés par les NACO en matière de prévention de l'AVC chez le patient atteint de FA. On estime que pour chaque tranche de 1000 patients traités par année, moins de 10 éviteraient un AVC ou un autre caillot s'ils étaient traités avec un nouvel anticoagulant.
- o Dans l'ensemble, les risques d'hémorragie seraient sensiblement les mêmes chez tous les patients traités, que ce soit avec un nouvel anticoagulant ou avec la warfarine. On associe aux NACO une diminution modeste des hémorragies intracrâniennes et une légère hausse des hémorragies gastro-intestinales.
- o Alors que la warfarine peut être neutralisée par la vitamine K, il n'existe aucun contrepoison ou protocole de prise en charge en cas de saignement attribuable aux nouveaux médicaments.
- o Les nouveaux anticoagulants sont beaucoup plus dispendieux, même si l'on tient compte du coût de la surveillance du RIN dans le traitement à la warfarine.
- o Comparés aux anticoagulants, les antiplaquettaires sont associés à un plus grand nombre d'AVC sans aucune baisse des risques d'hémorragie. Malgré le faible coût des médicaments antiplaquettaires, ils ne sont pas rentables puisqu'on doit aussi comptabiliser le coût des AVC et des hémorragies supplémentaires.

Un comité d'expertise a formulé des recommandations fondées sur les examens méthodiques et l'analyse économique de l'ACMTS, afin d'éclairer l'élaboration des politiques et les décisions cliniques.



Ce qu'il faut retenir

- o La warfarine demeure le traitement de première intention recommandé dans la prévention de l'AVC chez le patient atteint de fibrillation auriculaire.
- o Les NACO représentent une option de deuxième intention pour certains patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire qui ne répondent pas convenablement à la warfarine.
- o Si l'on prescrit un nouvel anticoagulant oral, le patient doit être surveillé.
- o Pour remplacer un anticoagulant qui ne convient pas, il est préférable d'opter pour un autre anticoagulant et non pas un antiplaquettaire.

Planification de la prise en charge de la warfarine

Les aspects à tenir compte lors de l'élaboration d'un plan de traitement sont :

- o Le suivi du patient
- o La surveillance du RIN
- o L'ajustement du dosage (à l'aide d'outils de dosage/nomogrammes)
- o Autres professionnels de la santé participant aux soins ou à l'éducation du patient.
- o La formation continue du patient
- o Le degré d'implication des prestataires de soins
- o La surveillance des complications et des effets secondaires

La prévention des caillots et de l'AVC — Trouvez les données probantes dont vous avez besoin dans notre section Web :

www.acmts.ca/caillots

Quelles sont les preuves? est produit par :

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé est un producteur et un courtier d'évaluation des technologies de la santé, indépendant et sans but lucratif.

600-865, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Tél. : 613-226-2553
Télécopieur : 613-226-5392
Votre rétroaction est la bienvenue.
www.acmts.ca/caillots

Les renseignements retrouvés dans le présent document ne peuvent pas remplacer le jugement clinique lors du traitement du patient. L'ACMTS n'est pas responsable des dommages ou préjudices qui peuvent résulter de l'utilisation, à bon ou à mauvais escient, de l'information implicite et explicite dans ce document.

Les énoncés, les conclusions et les points de vue exprimés ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial. La production du présent document est rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada.

Pour une meilleure gestion de la warfarine

Une planification des soins bien structurée peut favoriser une meilleure gestion de la warfarine, quel que soit le contexte sanitaire. On entend par cela un suivi régulier du patient, une surveillance de l'observance et des effets secondaires, une surveillance régulière du RIN, une adaptation de la posologie en fonction des résultats de RIN et d'un guide de posologie ou d'un nomogramme, la formation continue du patient, l'implication d'autres professionnels de la santé dans le soin et l'éducation du patient, et la sensibilisation des prestataires de soins afin de veiller au respect du traitement et des suivis périodiques. Pour d'autres rapports, outils, et renseignements fondés sur des données probantes ayant trait à la prévention de l'AVC chez le patient atteint de FA, veuillez consulter le www.acmts.ca/caillots.

Exemple d'un nomogramme validé pour le contrôle de la warfarine

RIN cible 2-3	Action	RIN cible 2,5-3,5
< 1,5	Dose supplémentaire, ↑ la dose hebdomadaire de 10%-20%	< 2
1,5-1,9	↑ la dose hebdomadaire de 5%-10%	2-2,4
2-3	Aucun changement	2,5-3,5
3,1-3,5	↓ la dose hebdomadaire de 5%-10%	3,6-4
3,6-4,9	Sauter 1 dose, ↓ la dose hebdomadaire de 10%-20%	4,1-4,9
5-9	Sauter 2 doses, ↓ la dose hebdomadaire de 10%-20%	5-9
> 9	Évaluation d'urgence	> 9

- Ne pas ajuster le dosage de la warfarine suite à une fluctuation asymptomatique, inexpliquée, de $\pm 0,5$ ou moins par rapport au RIN de contrôle ciblé.
- Refaire une vérification du RIN toutes les 1-2 semaines.

Il existe plusieurs nomogrammes disponibles. Si un autre nomogramme est déjà utilisé dans votre établissement de soins, il n'est pas nécessaire de le changer.