

# Conduite à tenir devant une suspicion de phlébite après 18 heures.

Hôtel Mercure d'Évreux le 10 mai 2012

Dr Philippe GALLI

---

---

# Les nouveaux anticoagulants



# Pourquoi de nouveaux anticoagulants ?

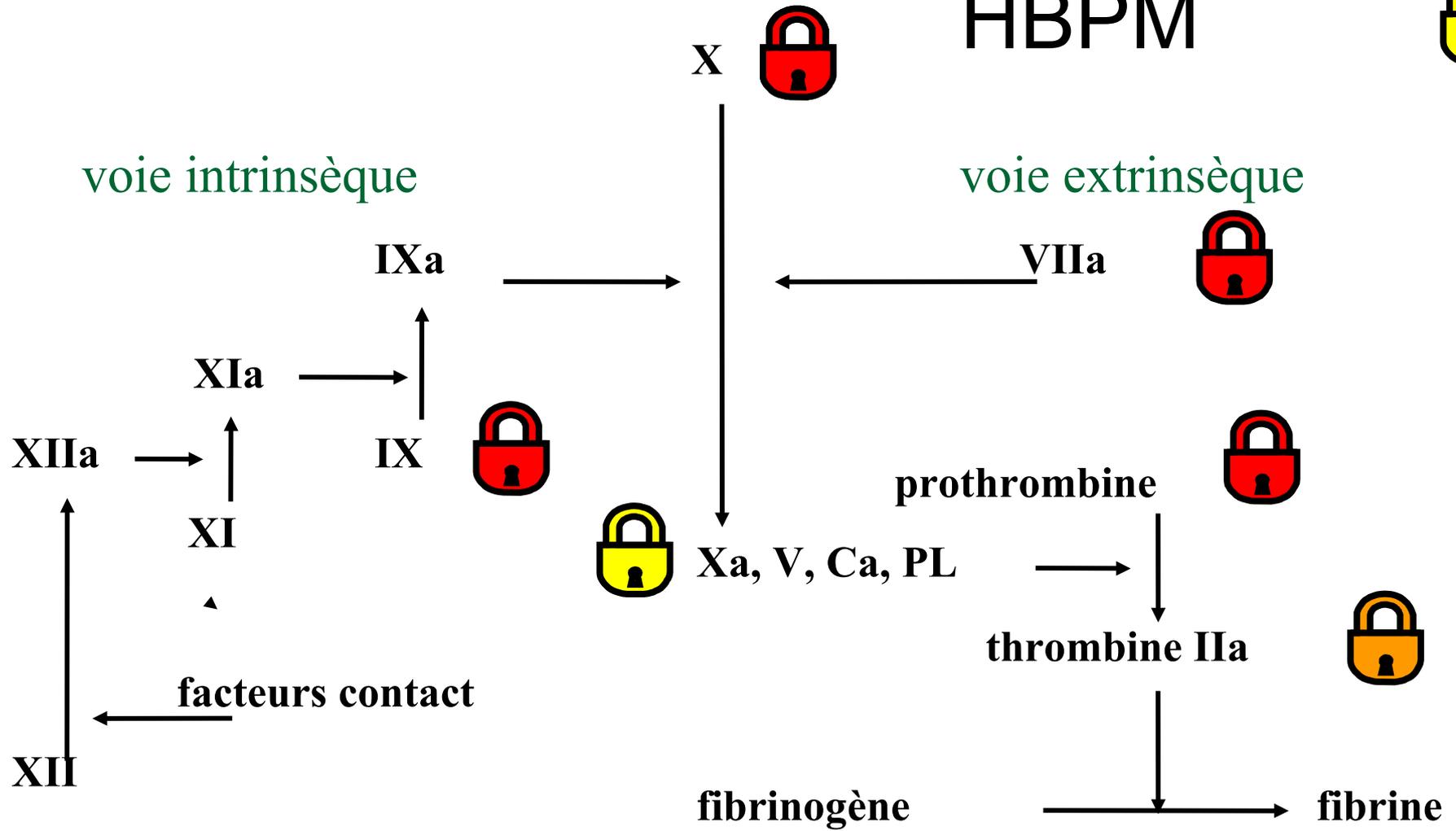
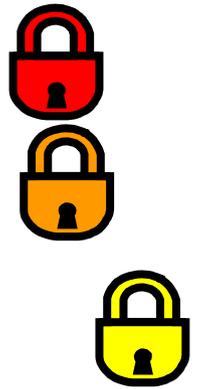
Héparine : voie parentérale, risque de thrombopénie.

AVK : Marge thérapeutique étroite, surveillance rapprochée, risque hémorragique, action retardée, interactions médicamenteuses.

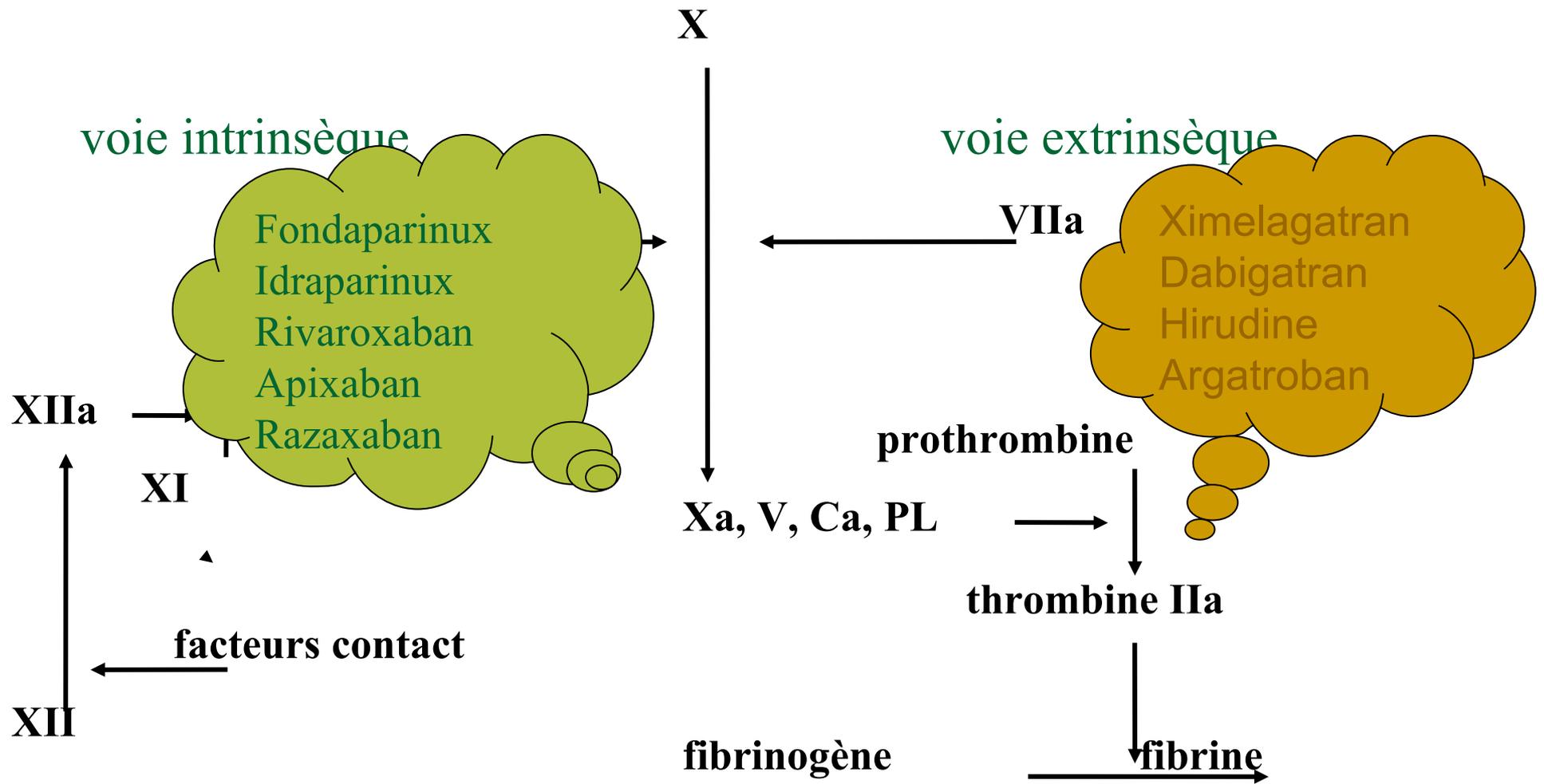


# La coagulation :

AVK  
HNF  
HBPM



# Les nouveaux anticoagulants



# *Fondaparinux = Arixtra*

Inhibition (indirecte) du facteur Xa via l'antithrombine

Administration sous-cutanée

Pentasaccharide de synthèse

Pas de TIH, pas de liaison aux protéines

Demi-vie longue (15-17h), élimination rénale

Prévention et traitement TVP et EP

Mars 2010 : avis défavorable au remboursement émis par l'HAS

Posologie : 7,5 mg pour les patients de 50 à 100 kg. 5 mg en dessous de 50 kg, 10 mg au dessus de 100 kg.

---

---

# *Rivaroxaban = Xarelto*

- Inhibiteur oral direct du Facteur Xa
  - Pharmacologie
    - Bonne bio disponibilité (80%). 1 prise / j
    - Pic plasmatique : 2 heures
    - Demi vie : 5 à 12 heures (fonction de l'âge)
    - Élimination : 1/3 rénale, 2/3 hépatique
  - AMM : prévention des événements thromboemboliques veineux
  - Etude en cours sur traitement TVP, EP et prévention de l'EP
  - Plusieurs autres inhibiteur du facteur Xa en étude Phase 1...
- 
-

# *Dabigatran = Pradaxa*

- Inhibiteur oral de la thrombine libre et liée à la fibrine.
- Pharmacologie
- Mauvaise bio disponibilité (8%)
- Pic plasmatique 2 h après la prise.
- Demi vie : 15 heures
- Élimination rénale

AMM obtenue en prévention orthopédique

Avis de l'HAS : PRADAXA n'a pas d'avantage clinique démontré par rapport à l'énoxaparine (LOVENOX) en termes de prévention des évènements thromboemboliques et de risque hémorragique.

---

---

# *Conclusion sur les nouveaux anticoagulants*

Apparition récente d'inhibiteurs oraux du facteur X.

Nombreuses nouvelles molécules, beaucoup d'études en cours.

Peu de recul, beaucoup d'études ne montrant pas de supériorité majeure.

Pour le moment, avantage en préventif et non en curatif.

Accidents hémorragiques possibles, le traitement *per os* ne doit pas banaliser les anticoagulants.





# *Quelques mesures simples de prévention*

Voyages > 8h : éviter les vêtements serrés, hydratation, exercice physique au niveau des mollets. Risque me MTEV multiplié par 2 à 3.

Pour les patients présentant un risque de maladie thromboembolique, en plus des mesures précédentes : contention de Classe 2 ou une dose unique d'HBPM avant le départ. Pas d'utilisation d'Aspirine.

---

---

# *Prévention en médecine*

Patients de plus de 40 ans, hospitalisés plus de 3 jours pour décompensation cardiaque ou respiratoire, infection, maladie inflammatoire, cancer...

AVC ischémique

HBPM ou Fondaparinux 14 jours

Contention de Classe 2

AVC hémorragique

Pas d'HBPM

Contention de Classe 2

---

---

# *Quel bilan après un épisode de thrombose ?*

- 1) Situation à risque retrouvée : traumatisme, chirurgie, néoplasie, hémopathies, AVC, IDM, infection maladie inflammatoire, post-partum, etc... Aucun bilan à prévoir
  - 2) Pas de situation à risque ou localisation atypique : examen clinique complet, et NFS (hémopathie?), CRP, fibrinogène, électrophorèse des protides, TCA (allongé = anticoagulant circulant?), bilan hépatique, Rx Thorax, Echo abdo ou abdo pelvienne chez la femme. Si bilan négatif, surveillance rapprochée (néoplasie débutante?)
- 
-

# *Bilan de coagulation ?*

Sujet de moins de 40 ans

Sujet de plus de 40 ans avec localisation inhabituelle

Antécédents personnels de thrombose veineuse récidivante (profonde ou superficielle)

Antécédents familiaux de TVP ou EP inexpliquée

Association thrombose veineuse et artérielle, fausses couches à répétition (syndrome des anti-phospholipides)

**BILAN :** TCA, dosage antithrombine, protéine C et S, recherche de mutation du facteur V et du facteur II.

Pas de bilan sous AVK (diminue prot C et S), oestroprogestatifs et grossesse diminuent prot S

# *Suspicion de phlébite ?*

Signes cliniques parfois pauvres, nombreuses thromboses ne sont pas diagnostiquées.

Chez le sportif, association possible traumatisme musculaire et thrombose retardant la première consultation.

## En pratique :

Contention immédiate par bande élastique

Injection d'HBPM ou Fondaparinux

Échographie Doppler dès que possible

# *SOS Phlébite ?*

- Mise en place d'un numéro unique depuis 6 mois pour répondre à un besoin urgent d'échographie doppler ou un conseil.
- Ligne directe ne passant pas par un secrétariat et transférée vers un portable hors des heures « ouvrables ».
- Possibilité pour tous les confrères d'obtenir dans la journée un examen complémentaire indispensable ou un avis téléphonique pour un patient.
- Numéro à ne pas diffuser aux patients :

**02.32.23.25.57**

---

---

# *Site internet*

Documents à retrouver sur le site :

[www.angiologue.net](http://www.angiologue.net)

Rubrique « Accès médecins »

Login : « angiologue », mot de passe « evreux »

Site en cours de construction...

---

---