



**AVERTISSEMENT:** La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

## Nouveaux anticoagulants : les questions à se poser

Distiller ces nouveaux médicaments sans réfléchir pourrait se révéler explosif ! Il serait bon de se poser (ou de poser au prescripteur initial, souvent un cardiologue...) quelques questions.

### **L'indication est-elle respectée ?**

Par exemple, les TVP distales ou les thromboses veineuses superficielles ne sont pas comprises dans les autorisations de mise sur le marché (AMM). Autre exemple, un rétrécissement aortique significatif exclut la prescription de ces nouveaux traitements.

### **Le patient est-il capable de gérer son traitement ?**

Cela concerne les interactions (pharmacodynamique, pharmacocinétique ou métabolique), l'éducation au traitement (spécifique à la molécule), les oublis de prise (pour rappel : on ne prend la dose oubliée que si moins de la moitié du temps entre deux prises normales s'est écoulée).

### **L'âge du patient est-il important ?**

Les essais pour les TVP n'ont pas concerné les plus de 75 ans. Par contre, il n'y a pas de limite d'âge pour la prévention de la FA.

### **Le poids est-il un item à prendre en compte ?**

Une précaution est à prendre pour les petits poids : diminuer la dose.

### **La fonction rénale doit-elle être connue ?**

Oui, elle doit l'être absolument ! Pour certains anticoagulants, une clearance rénale sous les 30 ml/minute est une contre-indication absolue. Pour d'autres traitements, il faut moduler la dose en fonction de la clearance. Si la fonction rénale doit être connue au début du traitement, il paraît évident qu'elle doit être suivie tout le long du traitement, pour les mêmes raisons.

### **Le risque hémorragique est-il moindre ?**

Il est moins important par rapport aux AVK en ce qui concerne l'hémorragie cérébrale dans la prévention de la FA. Il est, par contre, supérieur dans certains cas en ce qui concerne les hémorragies digestives. Le [score de risque hémorragique HAS-BLED](#) peut être utile (ou sur l'App Medcalc Pro dans l'Appstore) : un score  $\geq 3$  est associé à un « haut risque » et nécessite vigilance et suivi rapproché.

Faut-il switcher les patients sous AVK ? A priori, ce n'est pas recom-



mandé, sauf pour ceux qui les tolèrent mal ou qui sont mal équilibrés.

### Les nouveaux patients sont-ils les meilleurs candidats au traitement ?

Pas nécessairement car ils n'ont pas l'habitude des traitements anticoagulants et seront peut-être moins vigilants et moins compliants, d'autant qu'il n'y a pas de suivi biologique régulier. (T0)

Laroche J-P, Juliard J-M, Touzé E et al. Nouveaux anticoagulants dans la prise en charge de la pathologie thromboembolique veineuse et du risque thromboembolique de la fibrillation atriale non valvulaire: devoir d'information. Médecine 2013;9 [4]155-9

**Mots-clés:** anticoagulants, thrombose veineuse profonde, fibrillation auriculaire

## Nouveaux anticoagulants et TVP

L'arrivée des nouveaux anticoagulants va simplifier la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse. Le rivaroxaban<sup>1</sup> à la dose de 2X15 mg par jour pendant 3 semaines suivi de 20 mg en une prise pendant 6 à 12 mois pourrait remplacer l'héparine de bas poids moléculaire suivie par un antivitaminique K. Un risque est présent: le traitement est tellement simple que l'on pourrait être tenté de ne pas confirmer le diagnostic avec certitude. Il faut souligner également la complication que représente, pour le prescripteur, l'existence de différentes molécules ayant différentes posologies. Le changement de dosage, par exemple, se fait après 3 semaines pour le rivaroxaban, après 7 jours pour l'apixaban<sup>2</sup> et après 5 jours pour l'edoxaban<sup>3</sup> et le dabigatran<sup>4</sup>. (T0)

Laroche J-P, Juliard J-M, Touzé E et al. Nouveaux anticoagulants dans la prise en charge de la pathologie thromboembolique veineuse et du risque thromboembolique de la fibrillation atriale non valvulaire: devoir d'information. Médecine 2013;9 [4]155-9

**Mots-clés:** anticoagulants, thrombose veineuse profonde

## Héparines : surveiller les plaquettes?

L'héparine est une cause possible de thrombopénies. Cela concerne également les héparines de bas poids moléculaires (HBPM), quoique de manière moins importante. Il existe deux types de thrombopénies. Le type I est le plus fréquent : précocité (<5e jour) et modéré, il ne nécessite pas l'arrêt du traitement. Le type II est immuno-allergique. Il convient d'y penser si les plaquettes sont < 150.000 ou si elles ont diminué de > 30%. Il n'y a pas de recommandations fortes quant à la surveillance des plaquettes et aux modalités de celle-ci. Néanmoins, il serait bon d'y penser chez les patients ayant des comorbidités importantes, une chirurgie ou ayant eu une immobilisation plâtrée dans les 3 mois avant l'épisode justifiant l'utilisation d'HBPM. De même, l'exposition à une héparine dans les 6 mois précédents est un motif de surveillance accrue. Les modalités de celle-ci sont les suivantes : numération plaquettaire 24h avant la mise en route du traitement (ou dans les 24h de l'initiation), comme dosage de référence, ensuite un dosage deux fois par semaine durant un mois suivi d'un dosage par semaine durant les mois qui suivent. (T0)

Rédaction Prescrire. Thrombopénie aux héparines. Rev Prescrire 2013; 33 (352): 112-3

**Mots-clés:** anticoagulation, héparine, plaquettes





## Influence des comorbidités dans l'équilibre diabétique

Souffrir d'arthrose, de dépression ou de BPCO en même temps que d'un diabète influence-t-il l'équilibre de ce dernier ? Cette étude rétrospective de cohorte auprès des patients de 90 médecins généralistes belges apporte une réponse. Certaines comorbidités et certains médicaments influencent l'équilibre du diabète chez ces mêmes patients. C'est le cas de l'arthrose, de la BPCO, des AINS et des corticoïdes qui sont associés, de manière significative, à un moins bon équilibre diabétique. Signalons que l'arthrose ou la BPCO, même traitées par des médicaments autres qu'AINS ou corticoïdes, présentent une association significative avec un moins bon équilibre du diabète. Ce n'est donc pas leur prise en charge médicamenteuse qui influence le moins bon équilibre diabétique constaté.

Par contre, la coexistence d'une dépression ne semble pas influencer l'équilibre diabétique des patients affectés. (TVdS)

Wami M, Buntinx F, Bartholomeeusen S, Goederis G et al. Influence of chronic comorbidity and medication on the efficacy of treatment in patients with diabetes in general practice. Br J Gen Pract 2013; 63 :193-4.

Mots-clés: comorbidité, diabète

## Diagnostic de l'athéromatose carotidienne

Les facteurs de risque de l'athéromatose carotidienne ont été identifiés grâce au suivi de la cohorte de Framingham. Il s'agit de l'âge, du statut tabagique, de la pression artérielle systolique élevée et de la cholestérolémie totale.

Un examen par écho-doppler des carotides est indiqué de manière urgente (endéans les 24 heures) en cas d'accident ischémique transitoire (AIT), en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique, en cas d'amaurose transitoire ainsi qu'en cas de thrombose de l'artère centrale de la rétine. Le dépistage par ultrasons chez les patients asymptomatiques n'est pas recommandé.

Un patient symptomatique avec une sténose carotidienne comprise entre 50 et 99% doit être orienté préférentiellement vers l'endartérectomie. En cas d'occlusion complète de la carotide, le risque d'embolisation n'existe plus et les études ne montrent aucun bénéfice à réaliser un pontage. Par contre, les patients symptomatiques, suite à une récurrence après endartérectomie ou suite à une radiothérapie du cou, doivent bénéficier de la mise en place d'un stent et/ou d'un traitement médical optimisé. Ce traitement doit comporter des antiagrégants plaquettaires, une statine, un traitement de l'HTA, un arrêt du tabac et 2,5 heures d'activité physique modérée par semaine.

Notons que la mise en évidence d'un souffle carotidien n'est pas un bon marqueur pour la détection de la sténose carotidienne. De ce fait, il n'est plus à rechercher en pratique. (TVdS)

Hapar A, Jenjins I, Mehta A, avies. Diagnosis and management of carotid atherosclerosis. BMJ 2013; 346 : f1485.

Mots-clés: accident vasculaire, carotide