LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

S DESMARAIS
INTERNISTE

CSSS PIERRE-BOUCHER

Mot de passe des 5 et 6 juin 2014 : maladie506
Password, June 5 & 6, 2014 : maladie506

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Bayer Health Care

Bristol-Myers Squibb

LEO Pharma

OBJECTIFS

1- ÉVALUER LA PROBABILITÉ CLINIQUE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (du membre inférieur)

2 – ADAPTER LES ALGORITHMES DIAGNOSTIQUES À SON MILIEU DE PRATIQUE

3- PRESCRIRE LES INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES PERTINENTES ET LE TRAITEMENT

Cas TVP:

- Homme 40 ans
- Pas atcd de TEV
- Entorse genou gauche et hématome en jouant badminton il y a 5 jours
- Oedème MIG et douleur s'améliorent peu

1) ETABLIR LA PROBABILITÉ CLINIQUE

2) DOSAGE DES DDIMERES

ALGORITHME DIAGNOSTIC TPP

PROCÉDURE

1. Établir la probabilité clinique à l'aide du score de Wells

SCORE DE WELLS	Points	Score
Cancer actif ou traitement dans les 6 derniers mois	1	
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée d'un membre inférieur	1	
Immobilisation pour plus de 3 jours récente ou chirurgie majeure dans les 4 dernières semaines	1	
Sensibilité localisée le long de la distribution des veines profondes	1	
Œdème du mollet 3 cm de plus par rapport au membre inférieur contra latéral (mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1	
Œdème prenant le godet plus important du côté symptomatique	1	
Œdème prenant tout le membre inférieur	1	
Réseau veineux superficiel collatéral (non variqueux)	1	
Diagnostic alternatif plus probable que celui de la thrombose veineuse profonde	-2	
Total		

Aucun point = probabilité faible (inférieure à 20%)
1 – 2 points = probabilité modérée (20 à 79%)
Supérieur ou égal à 3 points = probabilité forte (supérieure à 80%)

Adapté Wells, Lancet 1997

Selon les recommandations de l'ACCP, quel délai est acceptable pour ne pas traiter un patient avec une probabilité clinique faible de tpp dans l'attente de l'investigation ?

1- aucun délai

2- 2 heures

3- 4 heures

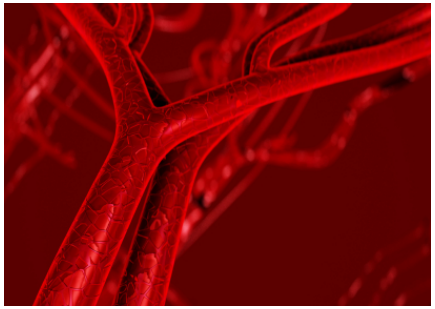
4- 8 heures

5- 24 heures

D-DIMÈRES : EXCLUSIONS

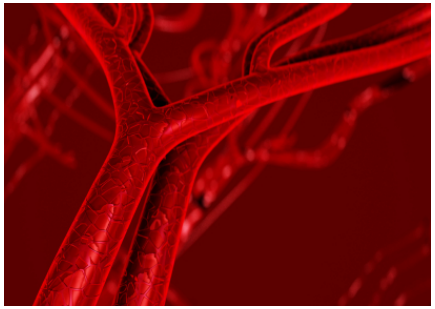
- Patient anticoagulé
- Chirurgie récente (4 semaines)
- Hospitalisé
- Cancer métastatique
- Grossesse (probablement utile avant 20 semaines de grossesse)

D-DIMÈRES «THROMBOSE»



- Permet d'EXCLURE un dx de tvp/ep sauf si p clinique élevée
- Ne pas confondre avec les autres Ddimères
- Sb plus de 97-99% pour la TEV si dosage quantitatif
- **Jamais un test de confirmation de la TPP**

D-DIMÈRES «THROMBOSE»

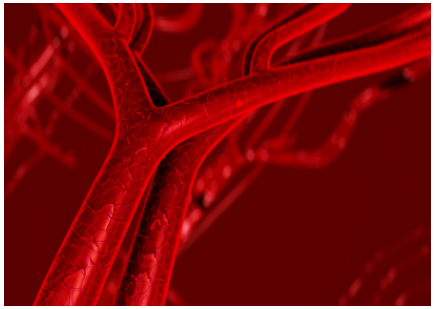


- Spécificité faible avec âge (faux+)

<40 ans : DD négatifs 60% pts,
NNTest est de 1/3

<80 ans: DD négatifs 5% pts
NNTest est de 1/20

D-DIMÈRES «THROMBOSE»



- Etudes rétrospectives >10 000 pts avec suspicion EP/TPP.
- Niveau seuil idéal déterminé par ROC/ analyses de régression
- **DD-thombose = âge x 10 pour les pts de plus de 50 ans**

- **Avec ce seuil le taux de DD négatifs augmentent de 20% de plus**
- **Chez les pts de plus de 80 ans, le nombre de DD négatifs augmente de 9%→ 21%**

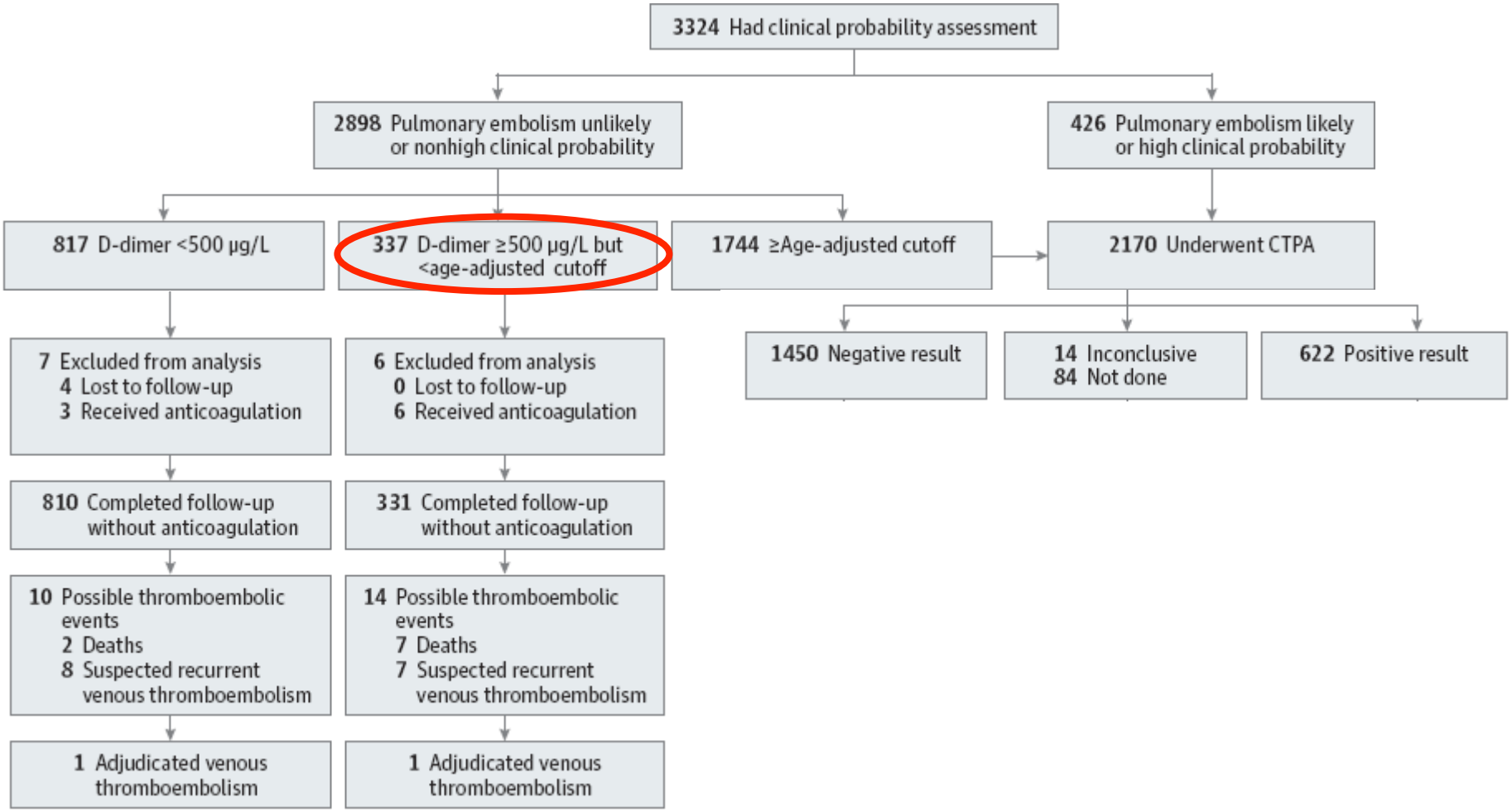
Douma, BMJ 2010

Ddimères ajustés selon âge: Étude ADJUST-PE

- Etude prospective multicentrique, «management»
- Tous les pts consécutifs avec suspicion EP
- Algorithme diagnostic usuel (Wells,DD, CT,VQ)
  - P clinique EP probable -> CT ou VQ
  - P clinique improbable -> DD
- Évenements
  - Taux TEV chez pts DD de 500 – Ajusté selon âge
- Taux confirmation EP 19% (…5-10% AmeriK Nord)

Adapté de étude ADJUST-PE, Righini, JAMA03-2014

ADJUST-PE



Adapté de étude ADJUST-PE, Righini, JAMA03-2014

Résultats ADJUST-PE

- DD positifs (»Âge x 10) ou p clin probable (n=1539 pts) =» angioCT
  - Echec 7/1481 0,5%
- DD»500-« DD âgex10 (n=337pts)
  - Échec 1/331 0,3%
- DD « 500 (n=817 pts)
  - Echec 1/810 0,1%

- 75 ans et plus: (n=766 pts)
- 673 pts p clin unlikely
  - 43/673 DD «500 (6.4%)
  - 157/673 DD»500-« DD âgex10 (23.3%)
- ***Total de 200/673 DD négatifs (29.7%)***
- ***0/195 Échec***

Adapté de étude ADJUST-PE, Righini, JAMA03-2014

Cas :

- 2 choix
  - Urgence demande de ddimeres et doppler selon résultat
  - *Diriger le patient via l'accueil clinique le jour même ou le lendemain sans passer par l'urgence*

355

ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE MÉDICALE

Allergies/Intolérances : ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____
Taille : _____ m Masse: _____ kg

Prénom :
NAM : Exp. : 20 / /
Date de naissance : / / ☐ M ☐ F
Année Mois Jour

Relative à la clientèle référée à l'accueil clinique pour suspicion de thrombophlébite profonde (TPP) du membre inférieur

☑ **Cocher si désiré**

1. SCORE DE WELLS

Critères de Wells	Présence	Points
Cancer actif ou traitement dans les 6 derniers mois	☐	1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée d'un membre inférieur	☐	1
Immobilisation récente (≤ 3 jours) ou chirurgie majeure dans les 4 dernières semaines	☐	1
Sensibilité localisée le long de la distribution des veines profondes	☐	1
Œdème du mollet 3 cm de plus par rapport au membre inférieur controlatéral (mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale)	☐	1
Œdème à godet plus important du côté symptomatique	☐	1
Œdème prenant tout le membre inférieur	☐	1
Réseau veineux superficiel collatéral (non variqueux)	☐	1
Antécédent de TPP documentée	☐	1
Diagnostic alternatif plus probable que celui de la thrombose veineuse profonde	☐	-2
	Score	

2. INDICATION

- Usager avec suspicion clinique de TPP d'un membre inférieur

3. CONTRE-INDICATIONS (si présence d'une ou plus des contre-indications suivantes, référer l'usager à l'urgence)

- Présence de signes vitaux instables : FR ≥ 24/min, FC ≥ 120/min, température ≥ 38 °C, saturation O_2 ≤ 92 %
- Dyspnée
- Usager présentant des contre-indications à recevoir un anticoagulant (voir **ANNEXE 1**)
- Douleur thoracique subite ou augmentée à l'inspiration
- Membre inférieur atteint froid, pâle, présentant une paresthésie ou une absence de pouls périphérique
- Grossesse confirmée

4. INVESTIGATION ET TRAITEMENT

☐ **Score de Wells = 0 points :**

- Effectuer les prélèvements sanguins suivants :
  - FSC, créatinine sérique, PT-PTT-INR
  - D-Dimères thrombose
- Si D-Dimères thrombose ≥ 500mg/L, consultation au laboratoire de médecine vasculaire pour Doppler

☐ **Score de Wells ≥ 1 point :**

- Rivaroxaban (Xarelto) 15mg PO q 12 h X 2, première dose STAT (remettre une prescription à l'usager pour qu'il aille se procurer le médicament à une pharmacie avant de se rendre à l'accueil clinique)
- Effectuer les prélèvements sanguins suivants :
  - FSC, créatinine sérique, PT-PTT-INR
- Si score de Wells de 1 ou 2 points, faire prélèvements pour D-Dimère thrombose
- Consultation au laboratoire de médecine vasculaire pour Doppler

Relevée par : _____
Signature de l'infirmière

Date : 20____ / ____ / ____ ____ : ____
Année Mois Jour Heure

Ordonnance élaborée par : Dre S. Desmarais, C. Milante, infirmière. Consultation : M. Courcy, infirmière et J. Marier, pharmacienne

Date : _____/_____/_____/_____:_____
Année Mois Jour Heure

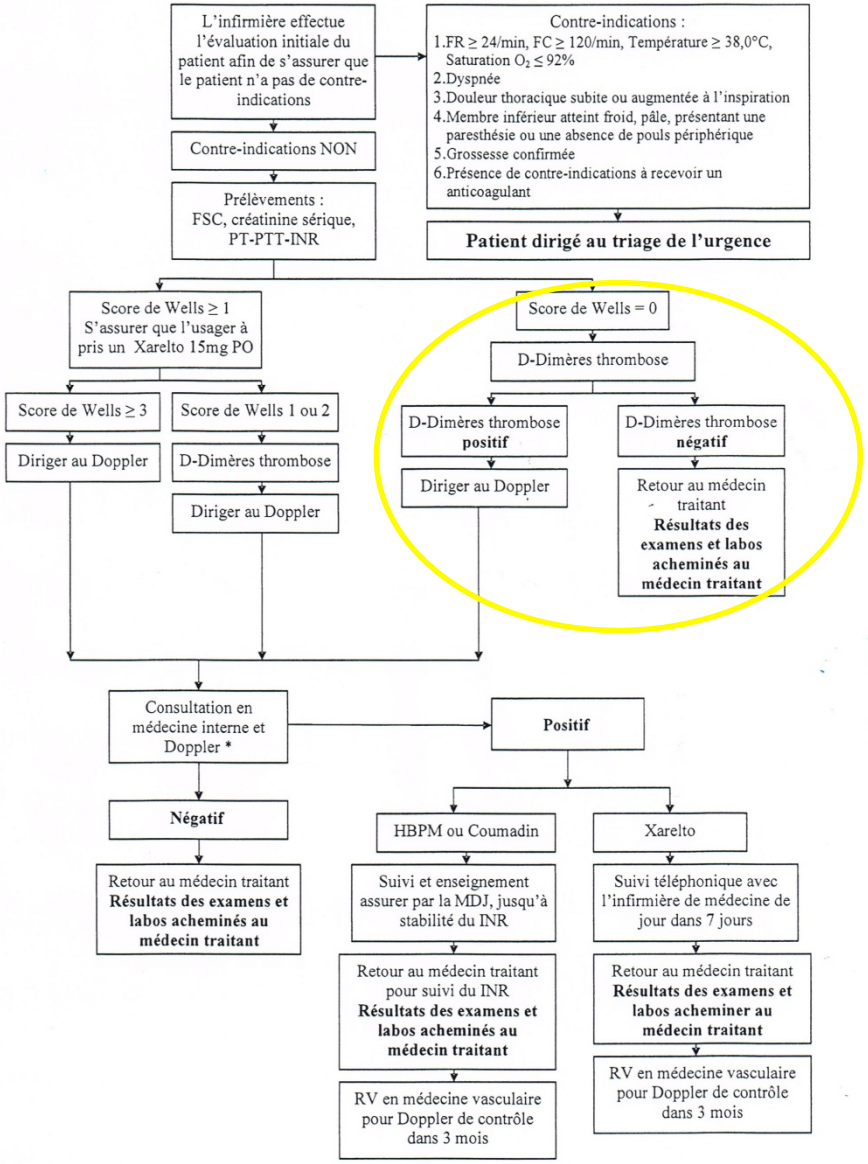
_____ Signature du médecin

_____ No de permis

Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE

Trajectoire de la clientèle référé pour suspicion de TPP du MI



* Si Doppler se fait plus de 12h après l'évaluation médicale initiale, dire à l'usager de prendre la deuxième dose de Xarelto tel que prescrit. Pour les scores de Wells de 1 ou 2, un doppler sera fait selon l'évaluation de al médecine interne.

Doris Castonguay, coordonnatrice MDJ, Dre S. Desmarais, service de médecine interne et Carine Milante, conseillère en soins spécialisés 1
2 Juillet 2013

Cas:

DD positifs

Écho-doppler TV ½ péronières 3cms de longueur

Quel traitement lui proposez-vous?

CAS : TVP DISTALE

- Inclut veines péronières, tibiales postérieures et/ou tibiales antérieures
- 15% extension proximale sur période 2 semaines
- Quand traiter:
  - 1- Risque extension significatif: »5 cm de thrombus en longueur, plus de 7 mm en largeur, plusieurs veines impliquées, cancer, atcd de TEV, patients hospitalisés
  - 2- Suivi échographique impossible
  - 3-Symptômes sévères
  - 4- Non à risque excessif de saignement
  - 5-DD positifs

Adapté : Kearon et al, CHEST 2012, recommandations ACCP

TVP DISTALE ET ALGORITHME DX

- 873 pts consecutifs suspicion tvp
  - 148 tvp proximales
  - 90 tvps distales/ 725 pts (12%)
    - Sensibilité score de Wells 47%
    - Spécificité score de Wells 74%
    - DD sensibilité 84% , 13 patients avec TVP distale avaient des DD négatifs. Tous avaient une probabilité clnique modérée.
    - Patients avec p clinique faible VPN du DD 99%

Sartori, Palareti, JTH 2012

RÉPONSES ?:

1- Pas de traitement anticoagulant, Suivi écho-doppler pour 2 semaines

2- HBPM dose intermédiaire pour 6 semaines

3- Traitement anticoagulant pour 3 mois

4- Anticoagulation thérapeutique pour 12 mois et réévaluer

Cas 2:

- Homme 50 ans
- Chimio adjuvante pour néo colon opéré 1 mois
- Oedème et douleur ++ +MIG depuis 10 jours.

NÉOPLASIE ET THROMBOSE VEINEUSE

- 10 % des patients avec TEV idiopathique auront un diagnostic de cancer l'année suivant le dx de la TEV

❖Les cancers avec TEV sont en général plus avancés

❖Aucune évidence que la détection plus précoce d'un cancer chez les patients avec TEV change la survie, la morbidité ou la qualité de vie

---

❖Les patients avec cancers ont 4-7 fois plus de TEV et 3 fois plus EP mortelles que les pts sans cancer

Lee A, ASH Book 12-2010
Connolly, ASH book 12-2013

NÉOPLASIE ET THROMBOSE VEINEUSE

RECOMMANDATIONS

- Hx médicale, examen physique
- RX poumons, FSC, biochimie, bilan hépatique, LDH
- Quand le DX de cancer est posé, déterminer le risque de chaque patient (score Khorana) et proposer une ppx appropriée

---

- Une investigation invasive à la recherche de néoplasie sans signes d'appel n'est pas recommandé

Lee A, ASH Book 12-2010
Onnolly C ASH book,12-2013

Probabilité clinique " improbable" selon le score de Wells et DD négatifs

10 % des patients avec cancer

vs

20-30% sans cancer

Carrier, Thrombose Res 2008
Kamphuisen, JTH 2012

Faible performance des algorithmes dx chez les cancéreux

PROCÉDURE

1. Établir la probabilité clinique à l'aide du score de Wells

SCORE DE WELLS	Points	Score
Cancer actif ou traitement dans les 6 derniers mois	1	
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée d'un membre inférieur	1	
Immobilisation pour plus de 3 jours récente ou chirurgie majeure dans les 4 dernières semaines	1	
Sensibilité localisée le long de la distribution des veines profondes	1	
Œdème du mollet 3 cm de plus par rapport au membre inférieur contra latéral (mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1	
Œdème prenant le godet plus important du côté symptomatique	1	
Œdème prenant tout le membre inférieur	1	
Réseau veineux superficiel collatéral (non variqueux)	1	
Diagnostic alternatif plus probable que celui de la thrombose veineuse profonde	-2	
Total		

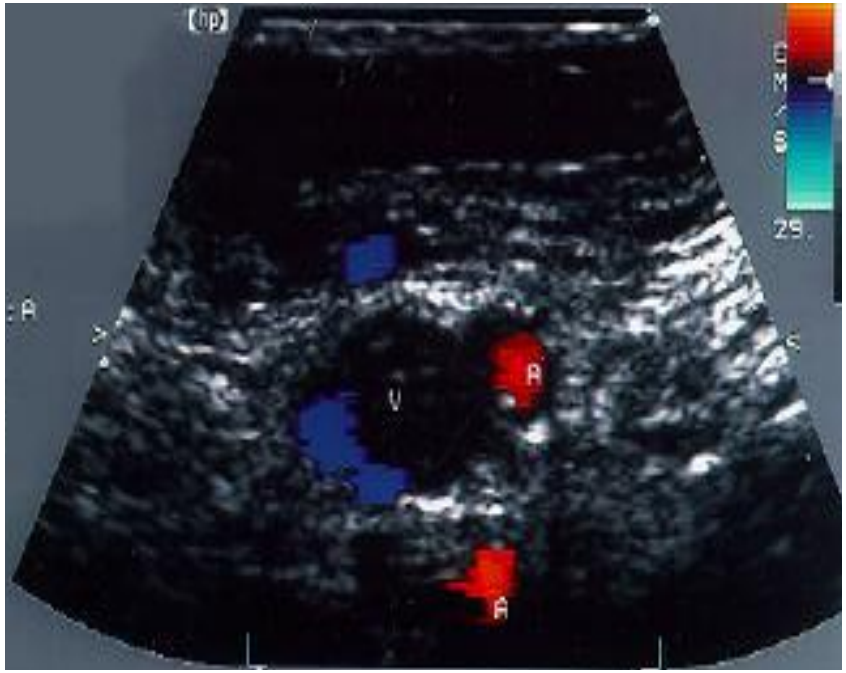
Aucun point = probabilité faible (inférieure à 20%)
1 – 2 points = probabilité modérée (20 à 79%)
Supérieur ou égal à 3 points = probabilité forte (supérieure à 80%)

Adapté Wells, Lancet 1997

Selon les recommandations de l'ACCP, quel délai est acceptable
pour ne pas traiter un patient avec une probabilité clinique Forte de tpp dans l'attente de l'investigation ?

1- aucun délai
2- 2 heures
3- 4 heures
4- 8 heures
5- 24 heures

ECHO-DOPPLER DES MEMBRES INFÉRIEURS



Confirme TPP extensive ileo-femorale

Traitement?

THROMBOEMBOLIE ET CANCER

- Premier choix : HBPM (efficacité supérieure, effet antinéoplasique?). 9-17% récidive

- **Fondaparinux** alternative acceptable si HBPM contreindiquée

- Nouveaux antico oraux:
  - Peu données : 5% des pts dans RECOVER/ 6% dans EINSTEIN/2.5% AMPLIFY/HOKUSAÏ 9 %

Huisman, Curr Phar Des 2010
Van Doormaal, Th Haem 2009

Cas TVP:

- Femme 24 ans, au bureau ou sans rendez-vous
- Sous COC depuis 3 mois
- Oedème et douleur MIG depuis 4 jours
- E/O : oedème de plus de 3 cms et douleur sur le trajet des veines

- Il est 16:00 pm…évidemment

PROCÉDURE

1. Établir la probabilité clinique à l'aide du score de Wells

SCORE DE WELLS	Points	Score
Cancer actif ou traitement dans les 6 derniers mois	1	
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée d'un membre inférieur	1	
Immobilisation pour plus de 3 jours récente ou chirurgie majeure dans les 4 dernières semaines	1	
Sensibilité localisée le long de la distribution des veines profondes	1	
Œdème du mollet 3 cm de plus par rapport au membre inférieur contra latéral (mesuré à 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1	
Œdème prenant le godet plus important du côté symptomatique	1	
Œdème prenant tout le membre inférieur	1	
Réseau veineux superficiel collatéral (non variqueux)	1	
Diagnostic alternatif plus probable que celui de la thrombose veineuse profonde	-2	
Total		

Aucun point = probabilité faible (inférieure à 20%)
1 – 2 points = probabilité modérée (20 à 79%)
Supérieur ou égal à 3 points = probabilité forte (supérieure à 80%)

Adapté Wells, Lancet 1997

Selon les recommandations de l'ACCP, quel délai est acceptable pour ne pas traiter un patient avec une probabilité clinique modérée de tpp dans l'attente de l'investigation

1- aucun délai

2- 2 heures

3- 4 heures

4- 8 heures

5- 24 heures

Contre-indications aux Anticoagulants

ABSOLUES	RELATIVES
THROMBOPENIE INDUITE HEPARINE (pour HNF et les HBPM)	THROMBOPENIE significative
SAIGNEMENT ACTIF	COAGULOPATHIE
AUTRE ANTICOAGULANT	SAIGNEMENT RECENT
	CHIRURGIE RÉCENTE
	HTA mal controlée (180/100)
	Mauvaise compliance
	RISQUE ÉLEVÉ DE SAIGNEMENT Ex.: varices oesophage, HASBLED score élevé, etc.

Les chutes ne contreindiquent pas, dans la majorité des cas , la prescription des anticoagulants

Cas :

- 2 choix
  - Urgence pour une dose d'anticoagulant (rivaroxaban 15 mgs stat à répèter dans 12 heures ou HBPM) et demande de ddimeres et doppler selon résultat
  - *Une dose d'anticoagulant (rivaroxaban 15 mgs stat à répèter dans 12 heures ou HBPM) de votre bureau et accueil clinique le lendemain sans passer par l'urgence*

2. **INDICATION**
   - Usager avec suspicion clinique de TPP d'un membre inférieur
3. **CONTRE-INDICATIONS (si présence d'une ou plus des contre-indications suivantes, référer l'usager à l'urgence)**
   - Présence de signes vitaux instables : FR ≥ 24/min, FC ≥ 120/min, température ≥ 38 °C, saturation O_2 ≤ 92 %
   - Dyspnée
   - Usager présentant des contre-indications à recevoir un anticoagulant (voir **ANNEXE 1**)
   - Douleur thoracique subite ou augmentée à l'inspiration
   - Membre inférieur atteint froid, pâle, présentant une paresthésie ou une absence de pouls périphérique
   - Grossesse confirmée
4. **INVESTIGATION ET TRAITEMENT**

☐ **Score de Wells = 0 points :**
- Effectuer les prélèvements sanguins suivants :
  - FSC, créatinine sérique, PT-PTT-INR
  - D-Dimères thrombose
- Si D-Dimères thrombose ≥ 500mg/L, consultation au laboratoire de médecine vasculaire pour Doppler

☐ **Score de Wells ≥ 1 point :**
- Rivaroxaban (Xarelto) 15mg PO q 12 h X 2, première dose STAT (remettre une prescription à l'usager pour qu'il aille se procurer le médicament à une pharmacie avant de se rendre à l'accueil clinique)
- Effectuer les prélèvements sanguins suivants :
  - FSC, créatinine sérique, PT-PTT-INR
- Si score de Wells de 1 ou 2 points, faire prélèvements pour D-Dimère thrombose
- Consultation au laboratoire de médecine vasculaire pour Doppler

Relevée par : _____
Signature de l'infirmière

Date : 20____ / ____ / ____ ____ : ____
Année Mois Jour Heure

Ordonnance élaborée par : Dre S. Desmarais, C. Milante, infirmière. Consultation : M. Courcy, infirmière et J. Marier, pharmacienne

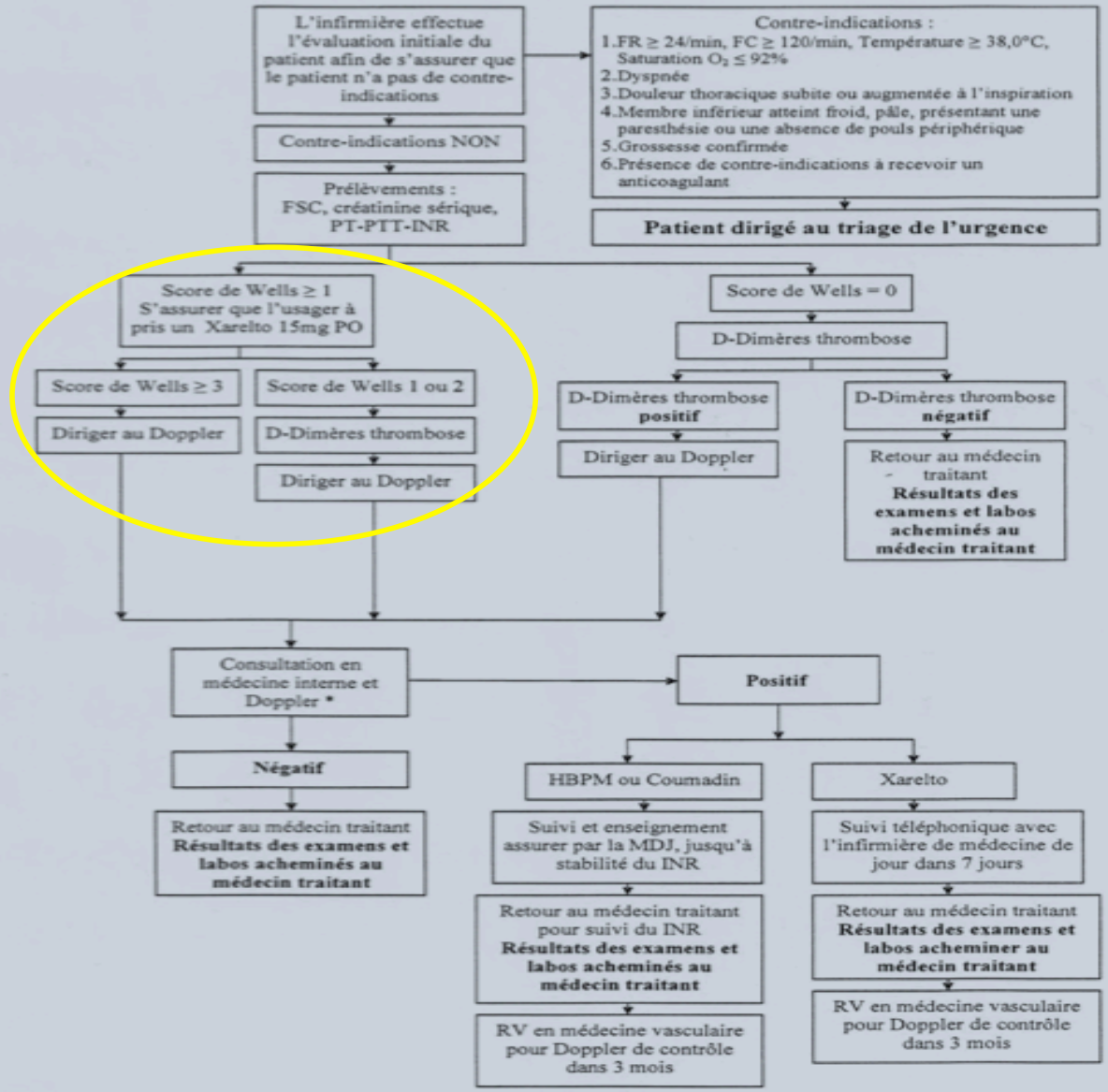
Date : _____/_____/_____/_____:_____
Année Mois Jour Heure

_____ Signature du médecin

_____ No de permis

37640855 (2013/07/02) **ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE MÉDICALE**

Trajectoire de la clientèle référé pour suspicion de TPP du MI



* Si Doppler se fait plus de 12h après l'évaluation médicale initiale, dire à l'usager de prendre la deuxième dose de Xarelto tel que prescrit. Pour les scores de Wells de 1 ou 2, un doppler sera fait selon l'évaluation de al médecine interne. :

Doris Cassonguay, coordonnatrice MDJ, Dre S. Desmarais, service de médecine interne et Carine Milanie, conseillère en soins spécialisés
2 Juillet 2013

1

Cas TEV:

- DD 1360
- Echo-doppler : TV 2/2 tibiales post et poplité

Quel traitement ?

L'ÉVOLUTION DES ANTICOAGULANTS

Warfarin=» Héparine=»HBPM=» Fondaparinux=» Nouveaux antico oraux

PIRE ANTICOAGULANT

- DOSE VARIABLE
- ACTION LENTE
- MONITORING FRÉQUENT
- VARIABILITÉ EXTRÊME
  - Gènes (VKORC1/ CYP2C9)
  - Laboratoire
- INTERACTIONS MULTIPLES
  - Rx
  - Nourriture
  - ROH
- FENETRE THERAPEUTIQUE ÉTROITE
- PLUS DE SAIGNEMENTS

- *PAS ANTIDOTE*
- *COUTEUX*

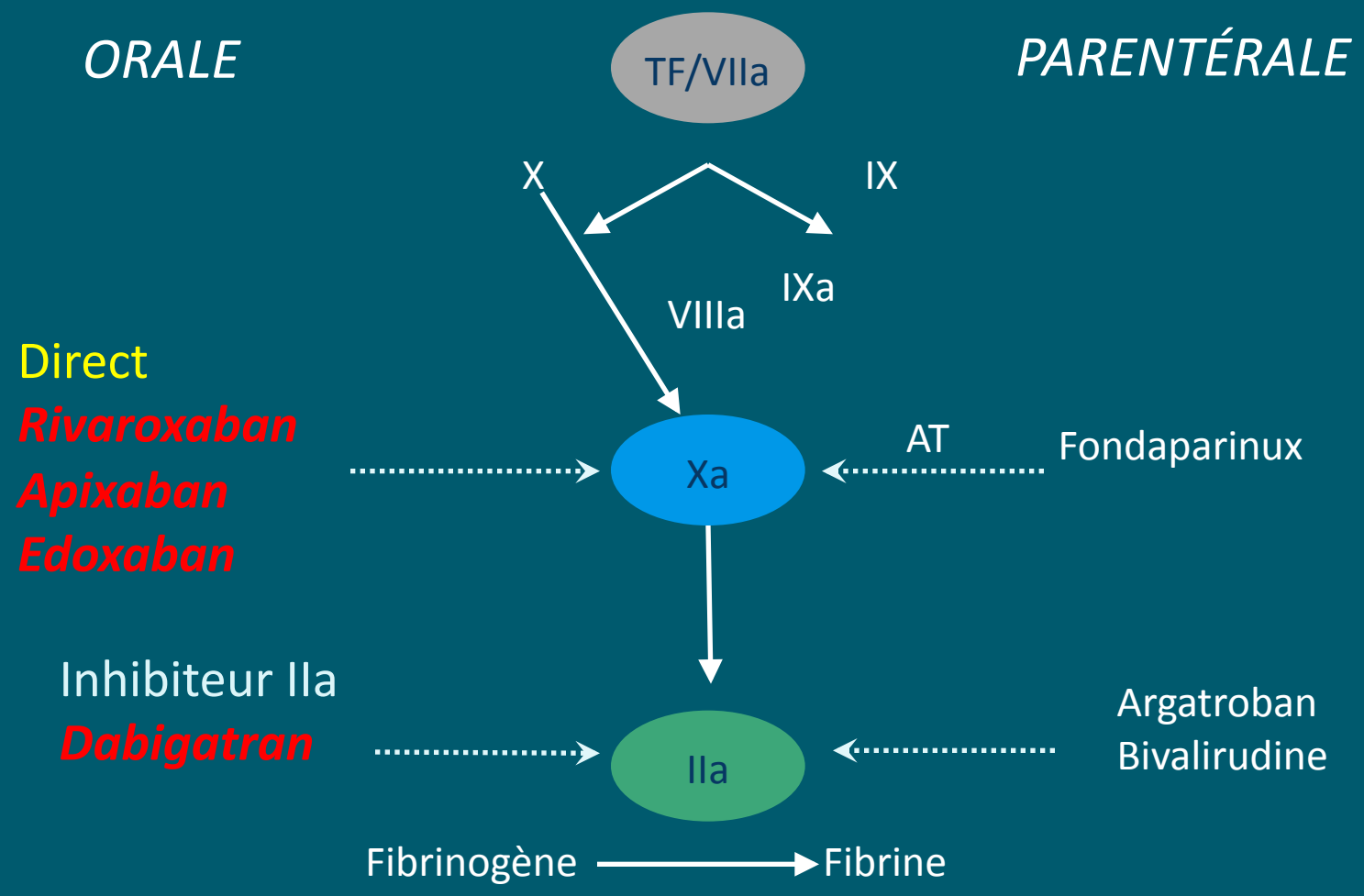
ANTICOAGULANT IDEAL

- DOSE FIXE
- PRISE ORALE SIMPLE
- ACTION RAPIDE
- SANS «MONITORING»
- PEU INTERACTIONS
- EFFICACITÉ CLINIQUE
- COUT-EFFICACITÉ DÉMONTRÉE
- PLUSIEURS VOIES D'ÉLIMINATION (IR)
- ***MOINS DE SAIGNEMENTS***

- *TEST POUR «MEASURING» lors de certaines situations*
- *PRÉSENCE D'UN ANTIDOTE*

Bauer, JTH state of the art 2011
**Wells P, J Med Econ avril 2012*
** Sorense, Thromb & Haem 2011*

Nouveaux Anticoagulants



Adapted from Weitz & Bates, *J Thromb Haemost* 2005

Nouveaux Anticoagulants Oraux (NAO)

	Demie-vie (heures)	Pic action (heures)	Elimination rénale
HNF	1	Min	
HBPM	4-7	2	
AVK	20-60	5-10 jours	
Dabigatran (Pradax®)	12-17	2-3	85-100%
Rivaroxaban (Xarelto®)	7-11	2-3	30%
APIXABAN (Eliquis®)	9-14	2-3	25%

Douketis J, Curr Pharm Des 2010
Weitz et al, AT9 fev 2012

NOUVEAUX ANTICOAGULANTS ORAUX

LABORATOIRE

Laboratoire : GÉNÉRALITÉS

Nuance importante entre «monitoring & measuring»

Measuring :

surdosage
periprocédure/ chirurgie urgente
non-compliance »»» échec thérapeutique (!!)

TESTS DE PRÉSENCE DE L'ANTICOAGULANT

	PRADAX (DABIGATRAN)	XARELTO (RIVAROXABAN)	ELIQUIS (APIXABAN)
PTT	OUI	Non	Non
PT	Non	OUI (variable)	Non
RIN	Non	Non	Non
Temps thrombine	TROP!!	Non	Non

CAS 3 : OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

TRAITEMENT AMBULATOIRE SAUF RARES EXCEPTION

- HBPM die et coumadin ad RIN plus de 2, 2 jours de suite. Chevauchement minimal de 5 jours OU
- HBPM sc die pour la durée du traitement OU
- RIVAROXABAN 15 mgs po BID pour 3 semaines puis 20 mgs po die (CV 157 POUR 3-6 MOIS)

TRAJECTOIRE DU PATIENT

- **Ambulation précoce et Bas de contention graduée si symptomatique**

- **Monitoring**

  -COUMADIN: FSC et RIN aux 2 jours pour 7-14 jours, puis 1/ semaine puis aux 2,3,4 semaines

  -HBPM: FSC 1 à 2 fois par semaine pour 3 sem (HIT)

  -RIVAROXABAN: Aucun labo nécessaire, FSC 1-2 sem post dx suggéré

- **Doppler fin de traitement ou après 3-6 mois FORTEMENT recommandé pour faciliter l'évaluation future / VQ si EP**

Hamada JTH déc 2011

NAOs & TRAITEMENT TPP/EP PERIODE AIGÜE

	Dabigatran (RECOVER)	Rivaroxaban (EINSTEIN)	Apixaban (AMPLIFY)	Edoxaban (Hokusai-VTE)
DOSE	HBPM +150 mgs BID vs HBPM + AVK	15 mgs BID 3sem, 20 mgs die vs HBPM + AVK	10mgs BID 1 sem, 5 BID vs HBPM + AVK	HBPM + 60 mgs Vs HBPM AVK
TPP (récidive)	Non inferieur 2.4% vs 2.2% HR1.1	Non inferieur 2.1% vs 3.0%	Non inferieur 2.3% vs 2.7%	Non inferieur 3.2% vs 3.5%
APPROUVÉ CANADA TPP/EP	NON	OUI (cv 157- TVP CV 165 EP)	NON	NON

NAOs & TRAITEMENT TPP/EP PERIODE AIGÜE *SAIGNEMENTS*

	Dabigatran (RECOVER)	Rivaroxaban (EINSTEIN)	Apixaban (AMPLIFY)	Edoxaban (Hokusai-VTE)
SAIGN (majeurs)	1.4 VS 1.8 % HR 0.76 ns	1 VS 1.7 % HR 0.54 P=0.002 (pool Einstein)	0.6 vs 1.8 HR 0.31 p=«0.001	HR 0.81 P=0.004

TOUS LES AGENTS ANTI-XA DIMINUENT SIGNIFICATIVEMENT LES RISQUES HÉMORRAGIQUES P/R WARFARINE

COÛT-EFFICACITÉ?

Evaluation par National Institute for Health and Care Execllence – NICE :«*The Committee concluded that treatment with rivaroxaban represented a clinical and cost-effective option in people in whom treatment for up to 12 months is indicated.»*

Dû à l'absence de traitement parenteral initial,
Dû à l'absence de monitoring (RIN)

Clairement cout-efficace pour un traitement de la TEV 3-6 et 12 mois et probablement long terme

Keeling, BJH 06-2013
http://guidance.nice.org.uk

Après discussion avec la patiente vous amorcez le traitement au rivaroxaban 15 mgs po BID

- **Elle a reçu une dose HBPM 1 heure du matin la veille, à quelle heure débuter le rivaroxaban?**
- **Elle est obèse, changeons nous la dose?**
- **Devons-nous faire un test de labo dans 1 semaine? Si oui lequel?**
- **Et la grossesse? Les interactions?**
- **Quelle sera la durée du traitement?**

FACTEURS DE RISQUE DE RÉCIDIVE DE TEV

- Idiopathique
- Persistance d'un facteur de risque (ex. cancer , certaines thrombophilies: SAPL)
- Sexe masculin
- Thrombus veineux résiduel à l'écho-doppler veineux
- D-Dimères élevés

Divers: âge, obésité (RR 1.6), dermite de stase

Durée du traitement anticoagulant

- **TVP proximale,distale ou EP avec facteur précipitant : 3 mois**
- **TVP infra poplité (distale) sans facteur précipitant: 3 mois**
- **TVP proximale ou EP sans facteur précipitant : minimum 3 mois, considérer long terme *sauf si risque saignement élevé***
- **TVP-EP récidivante idiopathique : long terme *sauf si risque de saignement élevé***
- **TVP et cancer : antico longterme: *même si risque saignement élevé***

Ces indications de traitement doivent être réévaluées sur une base régulière selon le ratio risques-bénéfices qui peut changer

Chest 2012, ACCP guidelines

NAOs & TRAITEMENT TPP LONG TERME

	Dabigatran (RESONATE)	Rivaroxaban (EINSTEIN-EXT)	Apixaban (AMPLIFY-EXT)
DOSE	150 mgs BID	20 mgs die	2.5 mgs BID Ou 5 mgs BID
LONG TERME (vs placebo)	0,4% vs 5.6%	1.3% VS 7.1%	1.7% VS 8.8%
SAIGN (LT) (majeurs)	0.3%	0.7%	0.1-0.2%
Saign cliniquement significatif (LT)	5.3%	5.4%	3%/4.2%
Infx	0.9% vs 0.2% (p=0.02)	ns	ns
APPROUVÉ AU CANADA	NON	Rx exception si TVP CV 165 si EP	NON

Cas :

- Homme 75 ans, IRC cl creat 40 cc/min

- Oedème et douleur MIG depuis 4 jours ***SANS FACTEUR PRECIPITANT***
- Investigation confirme une TPP proximale

1) long terme

2) chez patient «fragile»

Patients fragiles ET ANTI-XA

8282 PTS TVP OU EP EINSTEIN,
1573 patients fragiles (»75 ans, clcr « 50 cc/min, « 50 kgs)

	RIVAROXABAN N=791 (%)	WARFARIN N=782 (%)	RR (CI)
RÉCIDIVE TEV	21 (2.7%)	30 (3.8%)	0,68 (0,39-1,18)
SG NON MAJEUR	97 (12.3%)	109 (14%)	0.85 (0,64-1.11)
SG MAJEUR	10 (1.3%)	35 (4.5%)	0,27 (0,13-0,54)

Table 2. Event Rates by Baseline Renal Function[2]

	Apixaban %/y (n)	Warfarin %/y (n)	Hazard Ration (95% CI)	*P* value for Interaction
Major bleeding				
Cockcroft-Gualt, eGFR mL/min				0.030
> 80	1.46 (96)	1.84 (119)	0.80 (0.61, 1.04)	
> 50 to 80	2.45 (157)	3.21 (199)	0.77 (0.62, 0.94)	
≤ 50	3.21 (73)	6.44 (142)	0.50 (0.38, 0.66)	

CONCLUSION

- L'UTILISATION DES D-DIMERES AJUSTÉS POUR L'ÂGE DEVRAIT AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES ALGORITHME DIAGNOSTIQUES DE LA TVP
- L'ACCUEIL CLINIQUE BIEN STRUCTURÉ CONTRIBBUERA À MIEUX DIRIGER LES PATIENTS
- LE TRAITEMENT AVEC LES ANTI-Xa EST SÉCURITAIRE, PRATIQUE ET EFFICACE POUR UN LARGE ÉVENTAIL DE PATIENTS AVEC TVP DU MEMBRE INFÉRIEUR

MERCI

QUESTIONS?