

ANTICOAGULANTS AUX URGENCES

INDICATIONS

Traitement curatif

- TVP
- IDM et angor instable
- Ischémie aiguë des membres <
- Passage récent en AC/FA ou épisode paroxystique d'AC/FA ancienne
- AVCI (salves d'AVCI, accidents avec déficit évolutif, thrombophlébites cérébrales, thromboses du tronc basilaire, dissections des artères précérébrales)

traitement préventif

- Paralysies ou immobilisations complètes des membres < (quelle qu'en soit l'étiologie: coma, polyradiculonévrite, hémiplegie,...)
- Alitement prolongé (>3 jours)
- Etats septiques sévères
- Bas débits cardiaques, cardiomyopathies dilatées décompensées, OAP
- BPCO décompensées
- Acidocétose diabétique
- Déshydratations extra ou intracellulaires sévères
- Hypovolémies sévères non hémorragiques
- Syndromes inflammatoires majeurs (?)

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Il est légitime d'effectuer un bilan de coagulation: TP, TCA, fibrinogène, Plaquettes

Traitement anticoagulant curatif

■ Héparine non fractionnée:

Voie iv: héparine chloay

bolus iv de 50 à 100 UI/kg puis 400 UI/kg/24h ivse ou selon un autre protocole, bolus de 5000 UI en iv puis 20 UI/kg/h.

en cas d'altération de la fonction rénale

Voie sous cutanée: Calciparine

250 UI/kg en s/cut puis 500 UI/kg/j en 3 x/j

Objectif: TCA = 2 à 3 fois le témoin ou héparinémie entre 0,3 et 0,7 UI/ml à rechercher 4- 6h après le début du traitement si iv ou après la 2^{ème} injection si s/cut puis à mi-chemin entre 2 injections.

Surveillance:

Adaptation du traitement selon TCA (à la 4^{ème} -6^{ème} h)

TCA	Refaire bolus ivd	Stop seringue électrique	Δ Héparine (UI/24h)	Contrôle TCA
Dose initiale	Bolus initial		400-432 UI/24 h	
< 1,2 x T	Bolus 80UI/kg		+ 96 UI/kg/24 h	4- 6 h
1,2 à 1,5 X _t	Bolus 40UI/kg		+ 48 UI/kg/24 h	6 h
1,5 à 2,3 x T			Continuer ttt	24 h
2,3 à 3 x T			- 48 UI/kg/24 h	24 h
> 3 x T		1 h	- 72 UI/kg/24 h	6 h

En général, faire un TCA 4-6h après toute modification et cela jusqu'à l'obtention de l'hypocoagulabilité souhaitée. Si cette dernière est atteinte, faire un contrôle 12h après.

Surveillance plaquettes: 2 fois / semaine

■ HBPM

(1) Fraxodi, Innohep: 175 UI anti-Xa/ en s/cut 1x/j

(2) Fraximine, fraxiparine, clivarine: 100 UI/kg en s/cut x 2/j

Lovenox: 1 mg/kg/12h

Objectif: (1) activité anti-xa = 0,8-1,5 UI/ml après la 2^{ème} inj

(2) activité anti-xa = 0,5 à 1 UI/ml après la 3^{ème} inj

surveillance: plaquettes x 2/semaine

■ AVK

Relais précoce du traitement héparinique par des AVK dès le 1^{er} ou 2^{ème} jour et cela pendant 4-5 jours avec arrêt de l'héparinothérapie à J5 quand l'INR recherché est atteinte.

Objectifs: INR entre 2 et 3 pour les MTE, prothèse cardiaques biologiques et pour la prévention des AVC en cas d'AC/FA; INR entre 3-4 pour les prothèses cardiaques de synthèse

Surveillance

Le 1^{er} contrôle d'INR se fait à J3 et 48h après atteinte de l'INR ciblée.

Traitement anticoagulant préventif (s/cut)

Standard

Lovenox: 20mg (0,20 ml) /24h ou
Fraxiparine 0,3 ml/24h ou
Fragmine 2500 UI /24h ou
Clivarine 1750UI/24h

Renforcé

Lovenox: 40mg (0,40 ml) /24h ou
Fraxiparine 0,6 ml/24h ou
Fragmine 5000 UI /24h ou
Clivarine 4200 UI/24h

COMPLICATIONS- SURDOSAGE

AVK

■ hémorragies mineures sous AVK

TQ<15% OU INR ≥ 5:

- Vit K1: 2-3 gouttes per os ou 1 mg iv en 1 min; ↓ de 1/2 les doses d'AVK pendant 24-48h avant de les réadapter,

- repos au calme, hospitaliser si sujet à risque

INR <5 et pas d'hémorragie

- ne pas interrompre le ttt et adapter les doses

- Vit K1: 2 gouttes en per os

■ intoxication accidentelle ou suicidaire

Vit K1: 10 mg en 10min seulement si TQ ↑

Eviter doses > 20mg et hospitaliser

■ Hémorragie sévère ou Nécessité d'intervention chirurgicale

- Arrêt des AVK

- PPSB (effet immédiat; CI=CIVD, cirrhose):

25 UI/kg ou 0,5ml/kg ivl (1 ml/min) sans attendre le TQ. Cela remonte le TQ de 30%

- Vit K1: 5-10mg diluer dans du SSI en ivl

(1 mg/min) après le PPSB; 10-50 mg si

intoxication chez un sujet non traité par

AVK

- Contrôle de TQ 5 min après PPSB, puis à

H4, H12

- Reprendre ttt anticoagulant à l'héparine si

risque hémorragique éliminé ou contrôlé

NB+++; ne jamais interrompre un ttt

anticoagulant chez un patient porteur d'une

valve cardiaque mécanique; pas de Vit K1

HEPARINE

Hémorragie sévère: sulfate de protamine

TIH: arrêt de l'héparine, recherche d'Ac héparine dépendante; Organon ou Refludan

NB:- Jamais de ttt anticoagulant curatif devant un déficit neurologique central sans scanner crânien en urgence; faire un scanner en urgence chez un patient sous AVK devant la moindre anomalie clinique. Pas d'injection IM.