

JOURNAL //

ARTICLE

THÉRAPEUTIQUE

Comment stratifier le risque hémorragique d'un traitement anticoagulant ?

Publié le 1 Juin 2014

G. MOUBARAK, Hôpital Saint-Joseph, Paris

Le traitement anticoagulant, par anti-vitamine K (AVK) ou anticoagulants oraux directs (AOD), est une pièce maîtresse de la prise en charge des patients présentant une fibrillation atriale, que celle-ci soit paroxystique ou permanente. La contrepartie de la réduction du risque d'AVC/embolies systémiques est l'existence d'un risque hémorragique (augmentation des saignements majeurs de 0,3-0,5 %/an, augmentation des saignements intracrâniens de 0,2%/an) qu'il faut pouvoir estimer chez un patient donné.

Risque hémorragique sous AVK

Différents facteurs cliniques sont associés à un sur-risque hémorragique, notamment l'âge avancé, une maladie rénale ou hépatique, une HTA mal contrôlée, un cancer.

Les chutes sont souvent un motif de non-prescription d'un traitement anticoagulant. Il apparaît toutefois que les saignements majeurs directement reliés à une chute sont plutôt rares. Un risque élevé de chutes est certes associé à un sur-risque de saignement intracrânien, mais le risque thromboembolique chez ces patients excède souvent le risque de saignement majeur, méritant une réflexion au cas par cas.

L'administration concomitante d'antiagrégants plaquettaires potentialise le risque hémorragique des AVK. Ce risque est multiplié par deux par l'ajout d'aspirine et par plus de trois par l'ajout d'aspirine et de clopidogrel. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, de même que la consommation d'alcool, augmentent également le risque. Certains facteurs génétiques pourraient également prédisposer à un saignement. Au moins 30 gènes sont associés au métabolisme et à l'action de la warfarine et certains polymorphismes de gènes (codant notamment pour *VKORC1* et le cytochrome *CYP2C9*) sont responsables de 40 % des variations interindividuelles de la dose nécessaire de warfarine pour atteindre l'INR cible.

Enfin, le risque de saignement majeur est deux fois plus élevé pour un INR > 3 qu'entre 2 et 3, et 2,4 fois plus élevé quand le TTR (*time in therapeutic range*, soit le pourcentage de temps où l'INR est entre 2 et 3) est < 60 % que quand le TTR est > 75 %.

Scores de risque hémorragique sous AVK

Plusieurs scores ont été établis en regroupant différents facteurs ci-dessus pour aider le clinicien à avoir une estimation plus globale du risque de saignement sous AVK. Trois principaux ont été appliqués à des patients en FA :

- le score HEMORR2HAGES⁽¹⁾ (tableau 1), développé à partir de 3 791 patients du *National Registry of Atrial Fibrillation* suivis 36 mois ;
- le score HAS-BLED⁽²⁾ (tableau 2), développé à partir de 3 456 patients de l'*Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation* suivis 12 mois ;
- le score ATRIA⁽³⁾ développé à partir de 9 186 patients provenant de diverses bases de données et suivis 6 ans.

 2

 17

 2

 0




THROMBOSE PRATIQUE

Prise en charge de la thromboembolie artérielle et veineuse

[Visiter le site »](#)

ARTICLES PAR THÈMES

Cardiologie générale

Cardiologie interventionnelle

Cardiomyopathies

Cardiopathies congénitales

Chirurgie

Congrès et symposiums

Coronaires

Cœur et sport

Diabéto, cardio

Échocardiographie

Épidémiologie

Études

Explorations

HTA

HTAP

Insuffisance cardiaque

Prévention et protection

Profession, Société

Réadaptation

Risque

Rythmologie et rythme interventionnelle

Thérapeutique

Thrombose

Valvulopathies

Vasculaire



CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

un nouveau module de cardio interventionnelle...

[Visiter le site »](#)

Tableau 1. Score HEMORRHAGES.

Item en anglais	Définition précise	Points
<i>Hepatic or renal disease</i>	Maladie hépatique ou rénale (clairance < 30 ml/min)	1
<i>Ethanol abuse</i>	Alcool	1
<i>Malignancy</i>	Cancer	1
<i>Older age</i>	Âge > 75 ans	1
<i>Reduced platelet function or count</i>	Thrombopathie ou thrombopénie	1
<i>Rebleeding risk</i>	Antécédent de saignement	2
<i>Hypertension (uncontrolled)</i>	HTA non contrôlée	1
<i>Anemia</i>	Anémie (Hb < 10 g/dl ou hématoците < 30 %)	1
<i>Genetic factors</i>	Prédisposition génétique (variant CYP2C9)	1
<i>Excessive fall risk</i>	Risque de chute	1
<i>Stroke</i>	Antécédent d'AVC ischémique	1
	Score maximal	12

Tableau 2. Score HAS-BLED.

Item en anglais	Définition précise	Points
<i>Hypertension (uncontrolled)</i>	HTA avec PAS > 160 mmHg	1
<i>Abnormal renal/liver function</i>	Maladie rénale (créatinine \geq 200 μ mol/l) ou hépatique	1 + 1
<i>Stroke</i>	Antécédent d'AVC	1
<i>Bleeding history or predisposition</i>	Antécédent ou risque (anémie) de saignement	1
<i>Labile INR</i>	INR difficile à équilibrer	1
<i>Elderly</i>	Âge > 65 ans	1
<i>Drugs/alcohol abuse</i>	Alcool ou aspirine/AINS	1+1
	Score maximal	9

Certains facteurs ont bien sûr été incorporés dans chacun de ces scores. Un score élevé indique un risque hémorragique élevé. Il est difficile de statuer si tel score est meilleur qu'un autre, les publications suggérant une supériorité du score HAS-BLED étant toutes cosignées par le créateur de ce score. Quoi qu'il en soit, on doit noter que ces scores ont été construits pour estimer l'incidence des saignements majeurs et qu'aucun score n'est très performant pour prédire la survenue des saignements intracrâniens (en partie parce que ces saignements-là sont assez rares). Enfin, la performance prédictive de ces scores est somme toute modeste dans les diverses populations de patients en FA dans lesquelles ils ont été appliqués⁽⁴⁾.

Les recommandations européennes ont choisi de préconiser l'utilisation du score HASBLED⁽⁵⁾. Elles indiquent surtout que la décision de prescrire un traitement anticoagulant doit reposer essentiellement sur l'évaluation du risque thromboembolique (par le score CHADS2-VA2Sc), car le bénéfice clinique net existe même chez les patients à risque hémorragique élevé. Un score HAS-BLED \geq 3 ne doit pas contre-indiquer un traitement anticoagulant, mais inciter à surveiller plus régulièrement le patient, à considérer la dose d'AOD la plus faible quand le choix existe et surtout à corriger activement les facteurs de saignement réversibles :

- équilibrage de la pression artérielle ;
- réévaluation de la poursuite des autres médicaments à risque hémorragique ;
- suivi plus régulier des INR et probablement changement vers un AOD quand l'INR est fluctuant.

Risque hémorragique sous AOD

Le dabigatran, le rivaroxaban et l'apixaban ont tous les trois démontré une réduction significative des saignements intracrâniens comparativement à la warfarine. Leurs effets sur les autres types de saignements varient selon la molécule et la dose considérée.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données publiées sur la performance des AOD chez un patient donné en fonction de son TTR individuel réel (par opposition à un TTR individuel prédit et non observé, ou un TTR par centre). On ne peut donc pas affirmer si le risque de saignement chez un patient bien équilibré par les AVK est diminué par un AOD.

Aucun des scores de risque présentés ci-dessus n'a encore été validé dans une population sous AOD. En attendant cette validation, puisque les facteurs de risque hémorragique sous AOD sont très probablement les mêmes qu'avec les AVK (comme cela a déjà été démontré pour l'insuffisance rénale par exemple)⁽⁶⁾, il apparaît cohérent de les utiliser également chez les patients sous AOD⁽⁵⁾.

Conclusion

- Le risque hémorragique sous anticoagulants peut modestement être estimé par plusieurs scores, dont le HAS-BLED, qui a été retenu dans les recommandations européennes.

JOURNAL



CARDIOLOGIE PRATIQUE
Le bimensuel du cardiologue

N°1 en audience auprès des cardiologues libéraux et hospitaliers toutes périodicités confondues
Enquête CESSIM / CSD
Printemps 2014

CONTACTER LE SERVICE
ABONNEMENT

ABONNEMENT EN LIGNE

AGENDA

Du 30/08/2014 au 03/09/2014

► **ESC 2014**
Barcelone (Espagne)

Du 11/09/2014 au 13/09/2014

► **4th International Meeting on Aortic Diseases (IMAD)**
Liège (Belgique)

Du 11/09/2014 au 12/09/2014

► **Congrès Médico-Chirurgical de la F.C.P.C**
Reims

Du 11/09/2014 au 13/09/2014

► **Journées Nationales du GERS**
Compiègne

Du 18/09/2014 au 19/09/2014

► **Les Journées Françaises de l'Insuffisance Cardiaque**
Marseille (France)

VOIR TOUS LES ÉVÈNEMENTS

Publicité

- Un risque élevé ne doit pas constituer une contre-indication au traitement anticoagulant, mais inciter à corriger les facteurs de saignement réversibles.

Références

Cliquez sur les références et accédez aux Abstracts sur [PubMed.gov](#)

1. Gage BF. Am Heart J 2006 ; 151 : 713-9. - [Rechercher l'Abstract](#)
2. Pistors R. Chest 2010 ; 138 : 1 093- 100. - [Rechercher l'Abstract](#)
3. Fang MC. J Am Coll Cardiol 2011 ; 58 : 385-401. - [Rechercher l'Abstract](#)
4. Lip GY. Circ Arrhythm Electrophysiol 2012 ; 5 : 941-8. - [Rechercher l'Abstract](#)
5. Camm AJ. Eur Heart J 2012 ; 33 : 2 719-47. - [Rechercher l'Abstract](#)
6. Fox KA. Eur Heart J 2011 ; 32 : 2 387- 94. - [Rechercher l'Abstract](#)

PLUS D'ARTICLES SUR LE MÊME THÈME

Conduite à tenir devant une tachycardie supraventriculaire très rapide

Publié le 11 Mai 2011
J.-F. LECLERCQ, Paris et Le Chesnay



Un malade se présente, aux urgences ou en cabinet, avec une tachycardie à complexes fins, régulière, à 200 par minute ou davantage. Que...

[Lire la suite](#)

CAT devant une hyponatrémie

Publié le 9 Juin 2010
J.-P. HAYMANN, Hôpital Tenon, Paris



Une démarche diagnostique opérationnelle devant une hyponatrémie consiste à s'appuyer sur trois examens simples : le ionogramme sanguin à jeun, le ionogramme urinaire sur échantillon à jeun et le ionogramme urinaire de 24 heures....

[Lire la suite](#)

Le traitement du RAC serré en 2012 - La chirurgie sous CEC reste la référence

Publié le 19 Sep 2012
P. DONZEAU-GOUGE, Hôpital Privé Jacques CARTIER, Massy

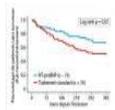


Le rétrécissement aortique calcifié (RAC) serré est la valvulopathie la plus fréquemment traitée dans les pays développés. Cela tient au fait que cette valvulopathie dégénérative touche 6 % des sujets de plus de 65 ans et...

[Lire la suite](#)

Troponine hypersensible : du laboratoire à la clinique

Publié le 16 Mar 2011
G. LAMBERT



Les Journées européennes de la SFC

Le dosage de la troponine (Tn) a modifié en profondeur le diagnostic et la prise en charge des syndromes coronariens aigus au point qu'il a été intégré à la définition de...

[Lire la suite](#)

Prise en charge de l'hypertension artérielle légère à modérée chez la femme enceinte

Publié le 19 Oct 2011
T. DENOLLE, Réseau Rivarance, Dinard

L'HTA au cours de la grossesse constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité fœtale, néonatale mais aussi maternelle dans les pays occidentaux. On estime qu'environ 10 % des grossesses se compliquent d'HTA (1 % : HTA chronique...

Publicité

Publicité



Quelles particularités du syndrome coronarien aigu (SCA) chez le sujet âgé ?

N. PESCHANSKI, Rouen
00:07:05



Un défibrillateur automatique externe complet et d'emploi facile

G. BUCHBINDER, Société Defibtech
00:03:10



Quels liens entre les hypoglycémies et les complications cardiovasculaires du diabète ?

F. BONNET, Rennes
00:03:15



Utiliser l'arsenal thérapeutique disponible pour parvenir aux objectifs chez le patient diabétique de type 2

S. HADJADJ, Poitiers
00:03:15

E-DIRECT.TV



LA WEB TV
DES SPÉCIALISTES

Inscrivez-vous
pour être
informé
des prochaines
émissions
dans votre
spécialité !

[S'INSCRIRE >>](#)



[Lire la suite](#)



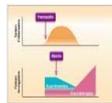
Plusieurs bonnes raisons pour s'intéresser à la sécurité cardiovasculaire des antidiabétiques

P.-G. STEG - Paris
00:04:30

[VOIR PLUS D'ÉMISSIONS](#)

Recommandations et pratiques professionnelles pour la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse

Publié le 21 Oct 2011
J.-F. ALEXANDRA, Hôpital Bichat, Paris



Nous allons passer en revue les modalités pratiques d'introduction et les durées recommandées du traitement par HBPM dans les différentes situations chirurgicales puis médicales.

Notons en préambule que la contention mécanique dont les...

[Lire la suite](#)

Publicité



Prise en charge de l'embolie pulmonaire : recommandations et alternatives thérapeutiques
Session modérée par le Pr Dominique Mottier (CHU de Brest) et le Pr Guy Meyer (HEGP, Paris)

le 24 septembre 2014 de 18h30 à 20h00



AXIS SANTÉ
56 bd de la Mission Marchand
92400 Courbevoie
Formulaire de contact
Tél. : +33 1 47 55 31 41
Fax : +33 1 47 55 31 32



Ce site respecte les principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.



Copyright 2011 - 2014 AXIS SANTÉ

[ACCUEIL](#)

[ABONNEMENT PAPIER](#)

[RECHERCHE AVANCÉE](#)

[CRIER UN COMPTE](#)

[MENTIONS LÉGALES](#)

[JOURNAL](#)

[AGENDA](#)

[CONTACT](#)

[SE CONNECTER](#)

[COMITE SCIENTIFIQUE](#)

[ETUDES](#)

[FLUX RSS](#)

[AXISTV](#)

[LEXIQUE](#)

[ACTUALITES](#)

[LIENS](#)