

**Adéquation entre les traitements
antithrombotiques prescrits et les
recommandations préconisées dans la
fibrillation atriale :
analyse rétrospective de 161 ordonnances de
gériatrie**

F Bellarbre, N Haida, C Baudemont, B Fougère, F Seite, AS
Delelis, C Pradère, S Valero, M Priner, I Migeon-Duballet, C
Cornillon, JY Poupet, M Paccalin.

CHU POITIERS

Congrès SGOC

27-28 mai 2011

Introduction (1) : généralités

- FA : paroxystique récidivante, persistante récurrente, persistante « de longue durée », permanente

- **Trouble du rythme le plus fréquent :**

750000 personnes en France, 100000 nouveaux cas/an

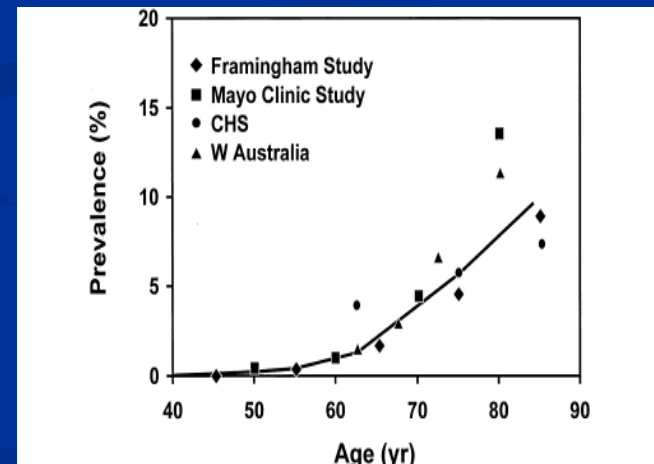
9% des > 80 ans

Prévalence x2 d'ici 1 génération

Âge moyen 72 ans, H > F

- **Gravité :**

complications thromboemboliques (AVC, AIT),
pronostic fonction des pathologies cardio-vasculaires associées



Prévalence de la FA

Feinberg WM and al. Arch Intern Med 1995

Introduction (2) : le risque ischémique

FACTEURS DE RISQUE EMBOLIQUE

FdR clinique	RR d'AVC
Âge	1,4 / décennie
HTA	1,6
Diabète	1,7
IC	1,4
AVC/AIT	2,5

■ CHADS₂

1 point : âge > 75 ans, IC, HTA, diabète

2 points : ATCD d'AVC ou AIT

■ Score de la HAS

FdR modérés : âge > 75 ans, IC (FEVG < 35%), HTA, diabète,

FdR élevés : ATCD d'AVC ou AIT ou embolie systémique, valvulopathie notamment RM, prothèse valvulaire mécanique

Recommandations ACC/AHA/ESC 2006

Score de CHADS ₂	Traitement
0	Aspirine (75-325mg/j)
1	Aspirine (75-325mg/j) ou AVK (INR 2 à 3)
≥ 2	AVK (INR 2 à 3)

Gage BF, et al. JAMA 2001

■ Rationnel

■ sous prescription d'AVK

Gentric A, et al. Rev Med Int 2009

Monte S et al. Eur Heart J 2006

■ Objectifs

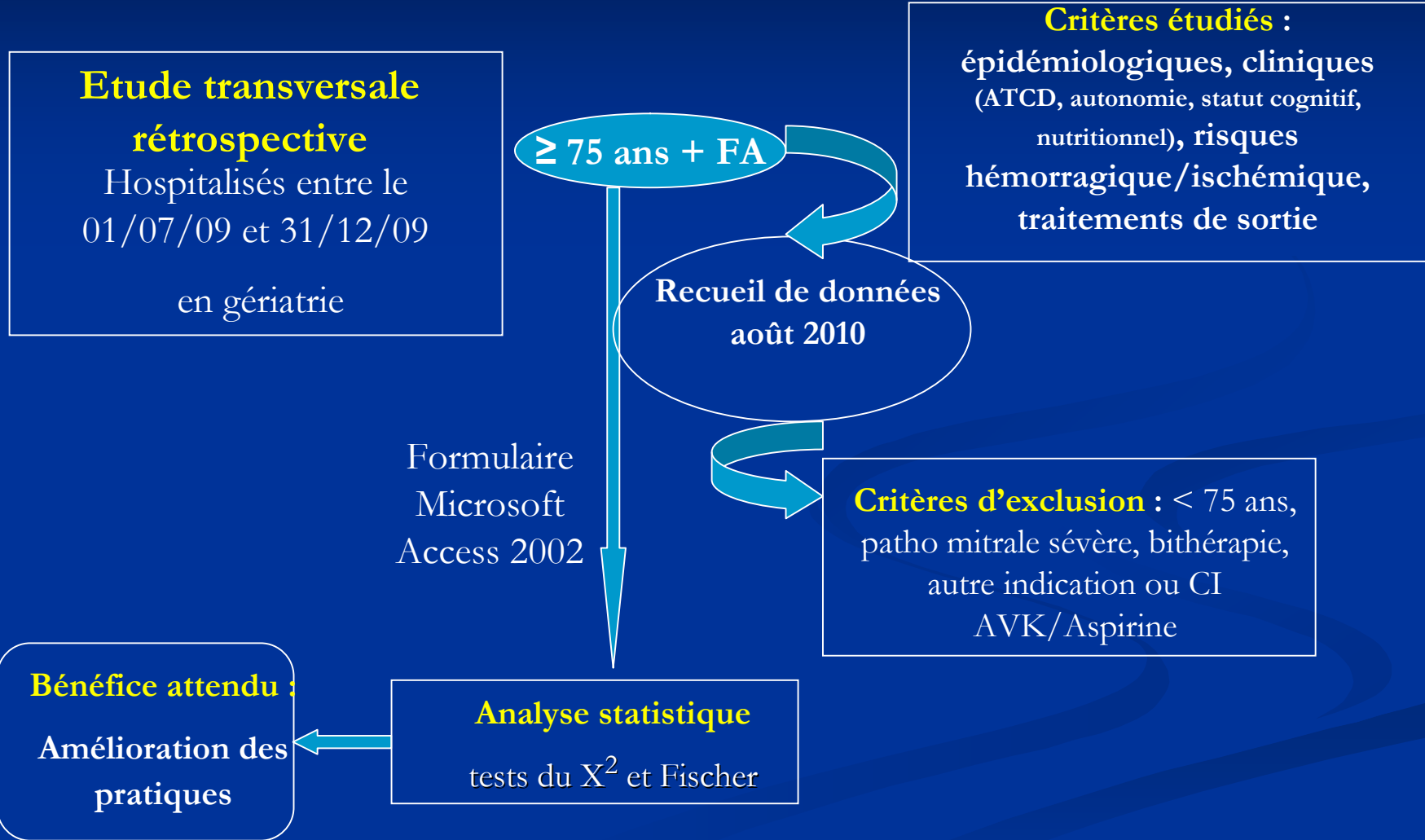
■ Principal :

- adéquation des prescriptions AT aux recommandations

■ Secondaires :

- Facteurs associés à la prescription

Méthode (1)



Méthode (2)

Le score HEMORR₂AGES

Risque faible : [0-1]

Risque modéré : [2-3]

Risque élevé : ≥ 4

Facteurs de risque	Point(s)
Insuffisance rénale ou hépatique	1
Ethylisme chronique	1
Cancer	1
Age > 75 ans	1
Thrombopénie	1
Antécédent hémorragique/risque de récurrence de saignement	2
HTA non contrôlée	1
<i>Facteurs pharmacogénétiques</i>	<i>1</i>
Anémie	1
Risque de chute ou démence	1
AVC	1

Résultats (1) : caractéristiques générales

Critères épidémiologiques :

247 séjours, 86 exclus, 161 analysés

Âge moyen : $87,4 \pm 5,4$ ans [75-100], Sexe ratio : 1,38

Hospitalisation :

Durée séjour : $20,5 \pm 16,4$ j [1-88]

30% de la population ré-hospitalisée

Co-morbidités :

accident hémorragique : 23% des séjours,

IR sévère : 28% des séjours

chutes : 60% des dossiers,

MMS : $19 \pm 6,4$ [8-30]

Autonomie : GIR : $3 \pm 1,2$

Résultats (2) : caractéristiques générales

Traitements

Antithrombotiques : 84% des ordonnances (aspirine ou AVK)

Risque ischémique

CHADS₂ : 143 score ≥ 2 , 18 score =1

HAS : 39 HAS ≥ 2 , 3 HAS =1 (42 FEVG)

Conformité entre les 2 scores : 100%

Conformité du traitement au risque ischémique : 44%

86 ordonnances non conformes patients CHADS₂ ≥ 2 (60%)

= sans AVK

Risque hémorragique : score HEMORR₂AGES

Risque faible : 2, modéré : 43, élevé : 116 dossiers

Résultats (3) : sous-populations

■ CHADS₂ = 1 (n=18)

78% (14/18) de **conformité**

4 (22%) non conformes (risque modéré de saignement)

■ CHADS₂ ≥ 2 (n=143)

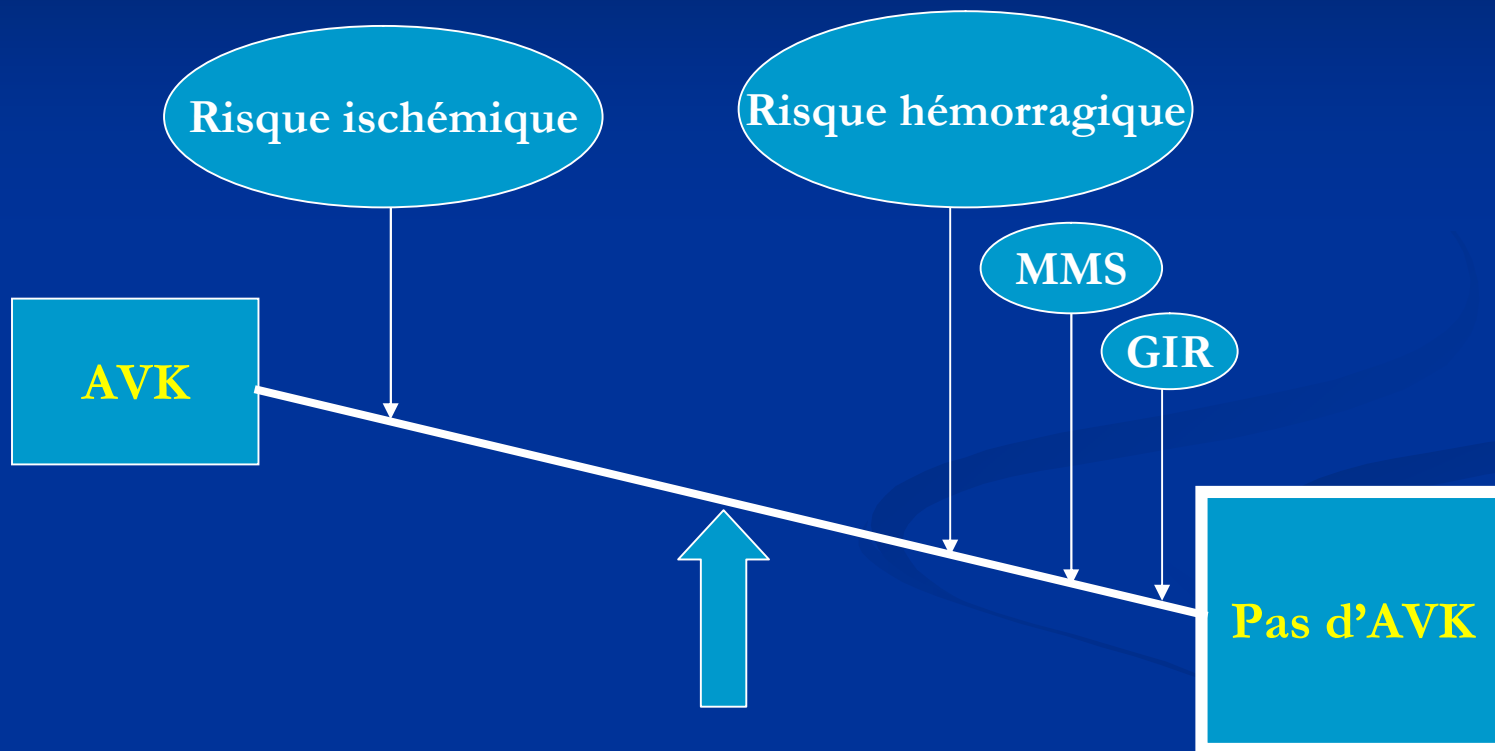
■ 40% de **conformité**

■ 60% des ordonnances **non conformes** (n=86) dont :

■ 81 % HEMORR₂HAGES **élevé** et 15% modéré (p=0,01)

■ avec **MMS altéré** (p=0,03)

■ patients en **perte d'autonomie** (p=0,0006)



LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE

Discussion (1)

■ FA et antithrombotiques 56% de non conformité

Majorité de patients à risque ischémique élevé (143/161)

Recommandation HAS : faisabilité difficile (manque de FEVG)

*Sous prescription d'AVK,
plus importante chez les patients les plus à risque (hors CI)
significativement associée avec risque hémorragique élevé, perte d'autonomie et
troubles cognitifs
pas d'association avec la notion de chute*

Discussion (2)

- **Sous-prescription d'AVK d'autant plus préoccupante qu'il existe un nouveau score de risque ischémique :
CHA₂DS₂-Vasc**

2 points si ≥ 75 ans (1 si < 75)

Score ≥ 2 : anticoagulation orale

Discussion (3)

■ Les voies d'amélioration

- Assurer la qualité de l'observance
 - sur le prescripteur :
 - Appréhension +++
 - meilleure évaluation de la balance bénéfice/risque
 - diffusion des recommandations (nouveaux outils)
 - sur le patient et son entourage :
 - adhésion +++
 - éducation thérapeutique +++
 - évaluation de l'environnement

Conclusion

- **Mauvais suivi des recommandations** (56% d'ordonnances non conformes)
- Existence de **nouveaux scores de risque** :
ischémique (CHA₂DS₂-VASc) : tous les patients ≥ 75 ans sous AVK ?
hémorragique (HAS-BLED)...
- Apport des nouveaux traitements ?



Mise en place d'une EPP