

Accidents des anticoagulants

Item 182 - Module 11

Objectifs :

- ▣ Diagnostiquer un accident des anticoagulants.
- ▣ Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Sommaire :

- [1 - Enoncer la conduite à tenir en cas de saignement au cours d'un traitement héparinique](#)
- [2 - Enoncer la conduite à tenir en cas de saignement au cours d'un traitement par AVK](#)

1 - Enoncer la conduite à tenir en cas de saignement au cours d'un traitement héparinique

1. L'héparine est un médicament anticoagulant susceptible d'entraîner des incidents hémorragiques dans 1 à 4 % des cas, au cours des traitements curatifs.
2. Evaluer la gravité de l'accident : examen clinique, hématocrite, prise de la tension. Vérifier s'il y a eu erreur de dose, contrôler le TCA (héparine standard), ou l'activité anti-Xa (HBPM).
3. Savoir que la demi-vie de l'héparine standard est d'environ 1h (voie IV) ou 2h (voie SC) et que celle des HBPM (voie SC) est d'environ 4h.
4. En fonction de toutes ces données, évaluer l'intérêt d'administrer par voie IV du sulfate de protamine (antidote). La dose est de 1mg pour 100u d'héparine injectée. Compte tenu de la demi-vie de l'héparine et du moment où le diagnostic du syndrome hémorragique est fait, la dose de sulfate de protamine à injecter par voie IV est inférieure à la dose d'héparine administrée. Le sulfate de protamine peut entraîner une réaction anaphylactique.
5. La dose de sulfate de protamine peut être administrée en deux injections sc lorsque l'héparine à neutraliser a été délivrée par voie sc, afin de tenir compte de la résorption retardée de l'héparine.
6. Le sulfate de protamine neutralise complètement l'héparine standard et incomplètement les HBPM. Toutefois, les règles d'utilisation sont identiques dans les deux cas.

2 - Enoncer la conduite à tenir en cas de saignement au cours d'un traitement par AVK

1. Lors d'un traitement par AVK, la prise en charge d'un surdosage devra tenir compte de la demi-vie de la spécialité, de l'indication (en particulier en cas de valve mécanique pour laquelle une correction trop rapide est redoutée) et des caractéristiques propres au malade (âge, risque hémorragique,...). Les mesures de correction proposées sont progressives pour ne pas provoquer un risque de thrombose. La conduite à tenir est fonction de l'INR et des signes hémorragiques éventuels .
2. Si l'INR est au dessus de la zone thérapeutique mais inférieur à 5 et si le patient n'a pas de manifestation hémorragique ou ne nécessite pas une correction rapide de la coagulation avant

chirurgie : supprimer la prochaine prise, reprendre le traitement à dose plus faible dès que l'INR souhaité est obtenu. Si l'INR est très voisin de l'INR souhaité, réduire directement la dose quotidienne sans suppression de dose.

3. Si l'INR est supérieur à 5 mais inférieur à 9 et que le patient n'a pas de manifestation hémorragique autre que mineure (gingivorragie ou épistaxis provoqué) :

- en l'absence de facteur de risque hémorragique, supprimer une ou 2 prises d'AVK, mesurer l'INR plus fréquemment et reprendre l'AVK à dose plus faible dès que l'INR souhaité est obtenu
- lorsque le patient présente d'autres risques hémorragiques, supprimer une prise et donner de la vitamine K : soit 1 à 2,5 mg par voie orale, soit 0,5 à 1 mg en perfusion lente sur une heure.

4. Si l'INR est supérieur à 9, en l'absence de saignement, supprimer une prise et donner de la vitamine K : soit 3 à 5 mg par voie orale, soit 1 à 1,5 mg en perfusion lente sur une heure, ce qui permet une réduction de l'INR en 24 à 48 heures, puis reprendre l'AVK à dose plus faible. Surveiller l'INR fréquemment et répéter si nécessaire le traitement par vitamine K.

5. Si une correction rapide de l'effet anticoagulant est nécessaire en cas de manifestation hémorragique grave ou de surdosage majeur en AVK (par exemple INR supérieur à 20), utiliser une dose de 10 mg de vitamine K par voie intra-veineuse lente, associée selon l'urgence à un concentré de facteur vitamino-K dépendant (kaskadil ou ex PPSB). L'administration de vitamine K peut être répétée toutes les 12 heures.

Après un traitement par de fortes doses de vitamine K, un délai peut être observé avant le retour de l'efficacité des anti-vitamines K. Si le traitement par AVK doit être repris, il faudra envisager une période transitoire de traitement par héparine.

6. En cas d'intoxication accidentelle en dehors d'un traitement par AVK, le niveau de l'intoxication doit être évalué par le niveau de l'INR et par l'existence éventuelle de complications hémorragiques. L'INR doit être effectué plusieurs jours de suite (2 à 5 jours) en tenant compte de demi-vie prolongée de l'AVK absorbé. Dès que l'INR est modifié, la vitamine K permet de corriger l'effet anti-coagulant.