

Les nouveaux anticoagulants
sont devenus anticoagulants oraux directs
car leur utilisation est supérieure à 10 ans

VRAI? FAUX?

VRAI : Utilisation depuis 2003

- Dans les années 70 se cotoyaient les shadoks et les gibbus ;
dans les années 2000 les gatran et les xaban
- **Gatran** : dabigatran=Pradaxa
- Les **xaban**: rivaxoxaban=xarelto,
Apixaban=Eliquis, edoxaban=Lixiana

Les AVK sont plus sûrs que les AOD.

VRAI ? FAUX ?

FAUX : LES AVK ANCIENS EFFICACES ET ANTIDOTE

mais :

- 17000 hospitalisations par an en France leur sont imputables
- 4000 dc par an en France soit presque autant que les avp
- 20% des hémorragies cérébrales en neurochir en France dus aux avk

Le dabigatran(pradaxa^o) n'a pas d'antidote

VRAI ? OU FAUX ?

FAUX

- Il existe un antidote depuis 2016
- Le **praxbind** = **idarucizumab** (thrombine like)
- Efficacité prouvée in vitro mais à ce jour efficacité clinique et tolérance repose sur des résultats intermédiaires d'un essai de faible niveau méthodologique. (90 patients) usage hospitalier, sept 2016 GIHP (gpe intérêt en hémostasie périopératoire)

Les « xaban » ont un antidote.

VRAI ? FAUX ?

FAUX

- Usage de concentrés plaquettaires et ds les cas extrêmes de dialyse,
- leur utilisation en cas d'insuffisance rénale est plus large qu'avec le dabigatran (éliminé à 80% par les reins) car possible de les utiliser jusqu'à $ClCr > 15\text{ml/min}$
- Eliquis le moins risqué ?

L'évaluation de la fonction rénale pour la prescription des
AOD se fait sur le cokroft ?

VRAI ? FAUX ?

VRAI

- CI avec DABIGATRAN si ClCr < 30
- CI avec les « XABAN » si ClCr < 15
- Seule cette clairance est une source d'adaptation
- le poids n'interfère pas, ni l'âge seul

ASSOCIER AOD et AINS est possible
contrairement
à AVK ET AINS

VRAI ? FAUX ?

FAUX

- Mêmes CI et idem avec les AAP
- Mention particulière de dabigatran et verapamil et amiodarone

La prescription des AOD est CI pendant la grossesse
mais possible pdt l'allaitement

VRAI ? FAUX ?

FAUX

LES AOD SONT DE PRESCRIPTION SIMPLE

VRAI ? FAUX ?

VRAI si comparés aux avk

.

- rapidité de l'apparition et de la disparition de l'activité : qq heures au lieu de qq j
- absence d'interférence avec l'alimentation et les interactions médicamenteuses rares
- absence ou faible influence génétique sur le métabolisme
- large fenêtre thérapeutique
- absence de surveillance de la coagulation

FAUX si on regarde :

- **Simplicité apparente !**
- **Délais post-op. et durées de traitement variables (orthopédie) 10 j post PTG 30 j PTH**
- **Nb prises variables entre indications/pour une même indication (!)**
- **Adaptations thérapeutiques (âge, ins. rénale, médicaments)**

En cas d'oubli d'un cp : doubler la dose en prenant
les 2 cp en même temps ?

VRAI ? FAUX ?

FAUX

- Mais dans la même journée réparer l'oubli à l'heure où l'on s'en rend compte (avec un délai <4h ou <8h selon 1 ou 2 prises)

Le rivaroxaban se prend avec au cours d un repas et
peut etre ecrasé

VRAI ? FAUX ?

Faux; pendant ou en dehors des
repas
mais vrai ; peut etre écrasé

Les ADO sont de coût moindre.

VRAI ? FAUX ?

FAUX

- Un traitement de 1 mois par coumadine
5mg(warfarine) = 6,90 €
+ un INR mensuel :
moyenne 13 euros mensuel
- Ttt 1 mois de pradaxa, dabigatran = 74€