

Item 326B – Accidents des anticoagulants

	Accidents liés aux Héparines			Accidents liés aux AVK	
	Accidents hémorragiques	Thrombopénie induite par héparine	Autres	Accidents hémorragiques	Autres
Fréquence	▪ Dose curative : 1-4% ▪ Dose préventive : 1-2% ▪ Facteurs favorisant : âge, femme, faible poids, intensité et durée de anticoagulation, comorbidités favorisant	▪ Thrombopénie de type I : bénigne, précoce, frqte ++, pas de complication thrombotique ▪ Thrombopénie type II : ▪ Grave, origine immune, plus tardive, 1%, HNF ++, J5-J8 ▪ Activation plaquettaire et de la coagulation	▪ Rares nécroses cutanées ▪ Ostéoporose ▪ Manifestations d'hypersensibilité	▪ 1^{ère} cause d'accidents iatrogènes	▪ Urticaire, rash cutané, nécrose cutanée ▪ Complications immuno-allergiques avec phénindione : irénale aigüe, hépatique, médullaire
Diagnostic	▪ Etat de choc inexpliqué ▪ Hémorragie extériorisée, hématome ▪ Anémie sans hémorragie apparente ▪ Surdosage biologique : TCA > 3x témoin, héparinémie élevée, activité anti-Xa élevée	▪ Thrombopénie < 100 000/mm³ ▪ Thromboses artérielles ou veineuses sous héparine ▪ Résistance à héparinothérapie ▪ Thrombose ou thrombopénie peu après arrêt de héparine		▪ Distinguer hémorragie grave et hémorragie non grave	
Traitement préventif	▪ Respect des CI ▪ Adaptation des doses ▪ Surveillance quotidienne du TCA si HNF ▪ CI des HBPM si clairance < 30ml/min	▪ Respect des indications ▪ Utilisation la + brève, relais précoce par anticoagulants oraux ▪ Utilisation préférentielle : HBPM et fondaparinux ▪ Surveillance numérations plaquettaires 2x/semaine		▪ Respect des CI ▪ Education du patient	
Conduite à tenir	▪ Si hémorragie non grave : adaptation posologique et surveillance ▪ Si hémorragie grave : ▪ PEC hospitalière - Envisager geste	▪ Confirmer thrombopénie ▪ Envisager autre cause de thrombopénie ▪ Test ELISA ▪ Arrêter héparine et la remplacer par		▪ Hémorragie non grave : INR en urgence, adaptation posologie, vit K po si INR > 6 ▪ Hémorragie grave : urgence, hospitalisation, correction hypovolémie, transfusion, arrêt AVK,	

	hémostatique chir, endoscopique, endovasculaire - Envisager sulfate de protamine	danaparoïde sodique (Orgaran) ou hirudine		INR, CCP et vit K, mesure INR répétée à 30 min, +/- geste hémostatique ▪ Chez polytraumatisé : INR, diagnostic hémorragie, si TC : hospitalisation de 24H au moins et TDM en urgence si signes neuro ou différé de 4-6h sinon	
--	---	---	--	--	--

INR mesuré	INR cible	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible 3 (fenêtre 2,5–3,5 ou 3–4,5)
INR < 4	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K Adaptation de la posologie	
$4 \leq \text{INR} < 6$	Saut d'une prise Pas d'apport de vitamine K Adaptation de la posologie lors de la reprise du traitement	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K Adaptation de la posologie
$6 \leq \text{INR} < 10$	Arrêt du traitement par AVK 1 à 2 mg de vitamine K <i>per os</i> Adaptation de la posologie lors de la reprise du traitement	Saut d'une prise Un avis spécialisé (ex. : cardiologue si le patient est porteur d'une prothèse valvulaire mécanique) est recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K <i>per os</i> Adaptation de la posologie lors de la reprise du traitement
INR ≥ 10	Arrêt du traitement par AVK 5 mg de vitamine K <i>per os</i> (1/2 ampoule buvable forme adulte) Adaptation de la posologie lors de la reprise du traitement	Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé