

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence.

Mardi 5 avril 2011

Hôpital cantonal de Genève

Flash: Dabigatran et Fibrillation auriculaire: étude coût efficacité

Dr J.L. Reny

La fibrillation auriculaire (FA) accroît le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) surtout si l'on a déjà eu des épisodes de décompensation cardiaque, si l'on est hypertendu, si l'on a plus de 75 ans, si l'on est diabétique et si l'on a déjà eu un AVC ou un AIT (accident ischémique transitoire).

Si on compte les points, ça fait un score dont l'acronyme est CHADS2. Si on a aucun des critères énoncés ci-dessus, on a 1,9% de risque d'AVC/an, si on a tous les critères on est à 18,2% /an.

Donc il faut anticoaguler les patients à risque et avec les antivitamine K (AVK) comme le Sintrom ou le Marcoumar on diminue le risque de 60%.

Mais c'est embêtant d'une part parce que l'on risque de saigner et d'autre part parce qu'il faut régulièrement contrôler pour voir si on se situe dans une bonne fourchette de « liquidité » soit avoir un INR entre 2 et 3 (en gros avoir le sang 2 –3 fois plus liquide que la moyenne).

Ainsi l'on développe de nouvelles molécules pour éviter d'avoir à faire ces contrôles et on a le Xarelto® (Rivaroxaban) qui agit sur le facteur Xa et le Pradaxa® qui est le Dabigatran, qui est un antithrombine (antilla).

Il y a déjà eu des études de non infériorité du Dabigatran versus Warfarine qui a montré que, 110mg de Dabigatran 2x/j c'est aussi bien que la Warfarine du point de vue de la survenue des AVCs, mais que l'on saigne moins et que 150mg de Dabigatran 2x/j. c'est mieux que la Warfarin pour l'efficacité mais que l'on saigne plus.

Mais ce n'est pas le sujet du jour...

Le sujet du jour c'est l'étude coût-efficacité qui a paru dans le NEJM 2011; 154: 1-11., et c'est là que ça commence à brasser, car on va essayer de nous faire comprendre comment ça marche, une étude coût efficacité....et ça c'est vachement compliqué...et je suis totalement incapable de vous le résumer...

Ce que j'ai compris, c'est que une façon de faire c'est de faire une simulation avec un patient imaginaire qu'on évalue tous les 15 jours et de quantifier les probabilités qu'il lui arrive un événement quelconque, qu'ensuite on regarde les répercussions de cet événement sur sa santé et sa qualité de vie et ensuite on regarde combien tout cela coûte.

Il y a un terme clé qui ressort tout le temps, c'est le QALY qui est l'acronyme anglais de « Quality Adjusted Life Year » ou « année de vie ajustée par sa qualité ».

J'ai toujours pas bien compris comment ça se calcule, mais grâce à Wikipedia je vois que le QALY est la valeur monétaire d'une intervention ou d'un traitement thérapeutique et qu'une année en bonne santé correspond à un QALY de 1 ; une intervention causant la mort correspond à un QALY 0 et une année dans laquelle l'intervention thérapeutique permet de prolonger l'espérance de vie effective tout en affectant les conditions de vie (par exemple en évitant le décès au prix d'un handicap) sera située entre 0 et 1.

Je m'arrête là car j'ai été rapidement largué, les difficultés ne faisant que commencer...

Pour ce qui est de la conclusion de l'article, (là aussi même pas sûr que j'aie bien compris...) le Dabigatran serait une alternative intéressante chez un patient à risque de faire un AVC à condition que l'on se trouve dans un pays riche qui peut se le payer...

Après tout ces calculs compliqués...on reste un peu sur sa faim...c'est un peu «mieux vaut être riche quand on est malade...»...j'ai vraiment pas la fibre statisticienne...



.....ça c'est J.L. Reny (y a pas de raison qu'on ne mette que la photo des Profs...)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch