

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

Mardi 9 Décembre 2014

Hôpital cantonal de Genève

Heurs et malheurs des anticoagulants /antiagrégants chez les patients avec insuffisance rénale chronique.

Dr P. Saudan

(à prendre «cum grano salis...» c'est pas tellement mon truc les insuffisances rénales chroniques...)



Si en dessous de 45 ml/min de taux de filtration glomérulaire (GFR) on parle d'insuffisance rénale chronique (voir le graphique tiré d'Up to Date ci dessous)....

				Persistent albuminuria categories description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (mL/min/1.73 m²) description and range	G1	Normal or high	≥90	1 if CKD	1	2
	G2	Mildly decreased	60-89	1 if CKD	1	2
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	1	2	3
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	2	3	3
	G4	Severely decreased	15-29	3	3	4+
	G5	Kidney failure	<15	4+	4+	4+

..... il faut s'attendre à trouver entre 10 et 15000 patients avec une insuffisance rénale chronique (G3b) à Genève....

Chez ces patients le risque cardiovasculaire est plus élevé que dans le reste de la population générale, c'est à dire plus de coronariens, plus de fibrillation auriculaire

(20% , contre 1% dans la population générale), tout comme le risque de maladies thromboemboliques veineuses (accru de 60% par rapport au reste de la population).

L'indication à administrer des anticoagulants est donc théoriquement fréquente.

Il semble cependant que pour différentes raisons: dysfonction plaquettaires et autres...les patients en IRC saignent plus que les autres, et que le taux des hémorragies majeures augmentent avec la chute du GFR.

On sent déjà le dilemme qui s'annonce...

Chez les patients IRC genevois 25% sont sous antivitamines K (AVK) ou nouveaux anticoagulants oraux (NACO), 51% sont sous antiagrégants plaquettaires (AAP) et 8% sont sous double association AVK + AAP.

On connaît les moyens d'estimer le risque embolique (CHA2DS2-VASC score) <http://www.qxmd.com/calculate-online/cardiology/cha2ds2-vasc-stroke-risk-in-atrial-fibrillation> ou le risque de saignement (HAS-BLED score) <http://www.mdcalc.com/has-bleed-score-for-major-bleeding-risk/> .

Pour les AVK...

On se rappelle cependant que ces scores n'ont pas été établis chez des patients IRC donc que leur validité n'est pas assurée dans cette classe de patients.

Pour ce qui est des événements thromboemboliques veineux, leur utilité est confirmée par la littérature et le risque hémorragique acceptable (si j'ai bien compris...).

La même chose pour les patients coronariens, avec FA et IRC.

Tant que les patients ne sont pas dialysés il semble que le risque est acceptable...

C'est une fois que les patients sont dialysés que le risque d'AVC augmente sous AVK par rapport aux AAP.

Pour les NACO...

Avec les NACO avant 75 ans, ça va... mais après 75 ans les AVC hémorragiques augmentent, donc pas de NACO après 75 ans chez les IRC même s'ils ne sont pas dialysés (si j'ai bien compris?)...

Chez les hémodialysés avec une FA les NACO ne diminuent pas les AVC thromboemboliques et augmentent même les AVC hémorragiques...donc pas de NACO non plus chez les dialysés...quel que soit leur âge...

Il existe une néphropathie aiguë aux AVK, lorsque les patients sont trop anticoagulés (INR > 4) ...il peut y avoir des hémorragies glomérulaires avec obstruction des tubules et nécrose tubulaire aiguë.

Il faut y penser lors d'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez un patient IRC sous AVK.

Il faut dans ce cas là arrêter les AVK et espérer une réversibilité...

Parmi les NACO c'est l'Apixaban (Eliquis®) qui est le préféré lors d'IRC (bien qu'il soit éliminé pour 1/3 par voie rénale et pour 2/3 par voie hépato-biliaire).

Pour établir le GFR on nous rappelle de nous méfier des patients obèses, âgés, ou dénutris chez lesquelles la formule de Cockroft peut surestimer la fonction rénale...

Les formules MDRD ou CKD-EPI semblent plus adaptées...

<http://www.socnephrologie.org/eservice/calcul/eDFG.htm>

Chez les coronariens l'ajout d'un AAP aux NACO diminue les infarctus, mais double le risque hémorragique sans influencer la mortalité. Donc en règle générale chez les coronariens IRC pas de double antiocagulation/ antiagregation.

Les guidelines américaines déconseillent les AVK ou les NACO chez les dialysés, même lors de FA en prévention primaire.

Chez les patients non dialysés, c'est envisageable (AVK ou NACO) mais au cours du 1^{er} mois il faut faire des contrôles fréquents car c'est à ce moment là que surviennent les pépins...

Si on doit donner des NACO c'est plutôt l'Apixaban que l'on donnera et on évitera la double association avec des AAP.

Pas de NACO après 75 ans, et pas non plus lors d'antécédents d'hémorragie digestive...

Ce sera tout pour aujourd'hui...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch