CNIL MR004 / IRB n° 20.08.03

C.Sikirdji[1]
B.Troude[1]
M.Badin[1]
D.Costa[1]
M.Glondu-Lassis[1]

chloe.sikirdji@umontpellier.fr

1: DUMG Montpellier-Nîmes

Gestion des INRveineux en EHPAD : un exemple de recommandations peu adaptées aux soins ambulatoires

Contexte (A)

TREIZE POURCENT des patients résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD) sont traités par antivitamine K (AVK). Ce traitement est le premier pourvoyeur d'iatrogénie en France. Les recommandations de la Haute Autorités de santé (HAS) et du réseau grenoblois GRANTED aident le prescripteur dans la gestion d'un événement intercurrent (EI) (INR hors cible, ou évènements susceptibles de déséquilibrer l'INR).

Mesures correctrices et surveillance recommandées par la HAS en cas de surdosage asymptomatique en AVK.

INR mesuré	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	
4 ≤ INR < 6	- Saut d'une prise - Pas d'apport de vitamine K	- Pas de saut de prise - Pas d'apport de vitamine K
6 ≤ INR < 10	- Arrêt du traitement - 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A)	- Saut d'une prise - Un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR > 10	- Arrêt du traitement - 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)	- Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandée

Contrôler l'INR le lendemain. Si l'INR reste suprathérapeutique, les mesures correctrices proposées restent valables et doivent être reconduites.

Recommandations professionnelles de gestion d'un INR hors cible - Réseau GRANTED

INR cible 2,5	
INR < 1,5	Augmenter la dose hebdomadaire de 15%. Contrôle INR à J7 Discuter la mise en route d'un traitement héparinique
1,5 ≤ INR < 2	Ne rien changer ou augmenter la dose hebdomadaire de 10%. Contrôle INR à J7
2 ≤ INR ≤ 3	Ne rien changer
INR < 4	Ne rien changer ou diminuer la dose hebdomadaire 10%. Contrôle à J7.
4 ≤ INR < 6	Saut d'une prise / Suivi INR quotidien / Reprise AVK quand INR est dans la cible thérapeutique. Diminuer la dose hebdomadaire de 15% / Monitorage de l'INR
6 ≤ INR < 10	**Arrêt AVK** / 2 mg de vitamine K par voie orale. Suivi INR quotidien / Reprise AVK quand INR est dans la cible thérapeutique. Diminuer la dose hebdomadaire de 15 à 20% / Monitoring de l'INR
INR ≥ 10	**Arrêt AVK** / 5 mg de vitamine K par voie orale monitorage de l'INR

Objectifs:

OBJECTIF PRINCIPAL

- **Évaluer la surveillance de l'INR et l'adaptation de la posologie lors d'un EI, par rapport aux recommandations HAS et GRANTED, chez des patients âgés résidents en EHPAD, traités par AVK en continu pendant 6 mois.**

OBJECTIFS SECONDAIRES

- **Estimer le TTR (le temps passé dans l'INR cible)**
- **Estimer le nombre de jours séparant un EI d'un second contrôle par INR veineux**
- **Décrire l'organisation des soins**

Méthodes (B)

Étude des pratiques professionnelles rétrospective, observationnelle, quantitative, multicentrique, chez des patients traités par AVK en EHPAD.

Recueil des données : À partir des dossiers résidents informatisés, et des feuilles de traçabilités / Sur une plateforme sécurisée de recueil de données (RED-Cap)

Analyses statistiques : Calcul du TTR : régression linéaire à l'aide du logiciel *LogicAVK®*

Nb de sujet nécessaires : 59 patients.

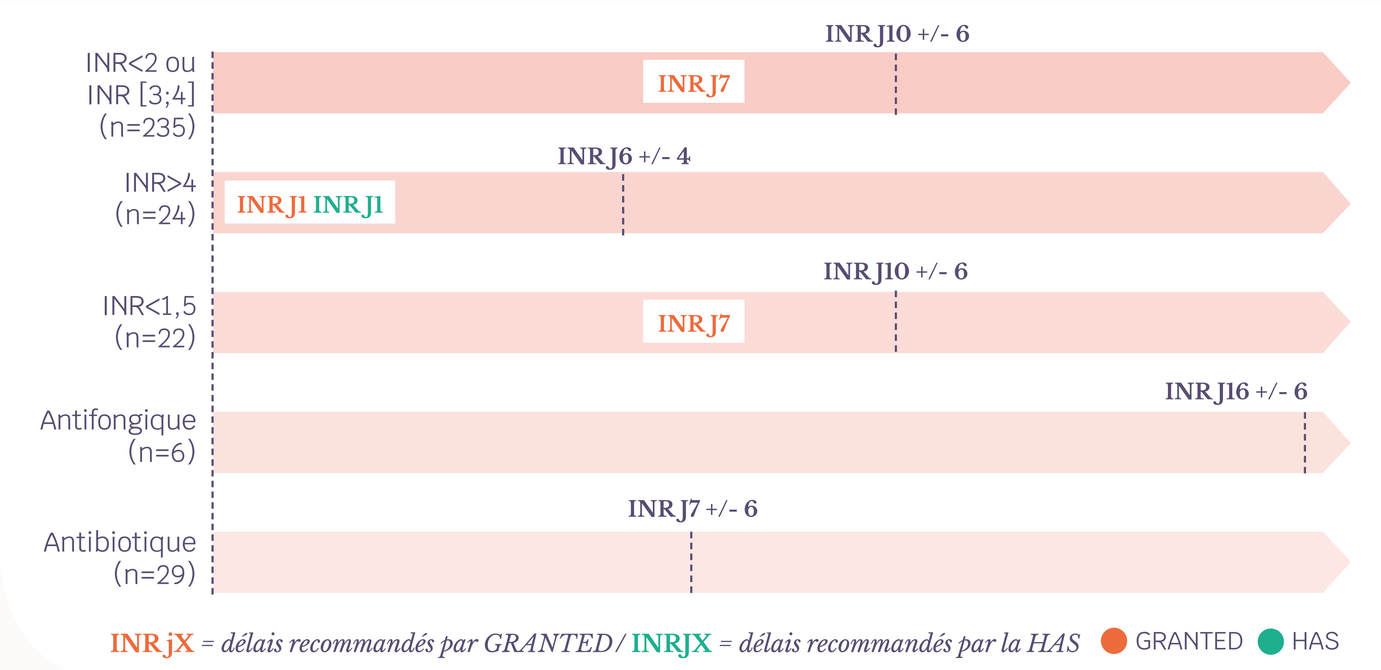
Résultats (C)

60 DOSSIERS PATIENTS ET **259 INR HORS CIBLES** ONT ÉTÉ ANALYSÉS. **85%** DES PATIENTS ONT UN INR VEINEUX MENSUEL, **42%** DES PATIENTS ONT UN TTR < **70%.** POUR **59** PATIENTS SUR 60 LA MODIFICATION DE LA POSOLOGIE DE L'AVK ÉTAIT FAITE **ORALEMENT**.

Fig.1 | *Adhérence au recommandations (NA=non applicable)*

ADHÉRENCE AUX RECOMMANDATIONS		TOTAL INR HORS CIBLES (n=259)	
		GRANTED %(n)	HAS %(n)
Modifications des posologies	OUI	20,8 (54)	12,3 (31)
	NON	76,8 (199)	24,7 (64)
	NA	2,3 (6)	63,3 (164)
Surveillance	OUI	31,3 (81)	1,9 (5)
	NON	66,4 (172)	34,7 (90)
	NA	2,3 (6)	63,3 (164)

Fig.2 | *Délais de recontrôle de l'INR (Jours +/- ET) comparés aux délais recommandés existants*



Conclusion (D)

La gestion d'un INR hors cible, en EHPAD suit rarement les recommandations HAS et GRANTED, provoquant des difficultés organisationnelles et d'adaptation des doses. La révision des recommandations, leur meilleure diffusion, la création de protocoles, l'utilisation de dispositifs de surveillance de l'INR par ponction capillaire pourraient améliorer la surveillance de l'INR.

PARTENAIRES

Département de Médecine Générale
Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

CRGE LR

CHU NIMES

CONSULTER LES POSTERS EN LIGNE :