

**La Revue du Praticien
Médecine Générale**

2, cité Paradis, 75010 Paris
Tél. : 01 55 33 68 00
Télécopie : 01 55 33 68 15
E-mail : rdpmg@jbbsante.fr

Rédacteur en chef :
Jean Deleuze.

Comité de rédaction scientifique :
Jean-Noël Fiessinger,
Alain Tenaillon,
Jean-Michel Chabot,
Alexandre Pariente,
Jean-Pierre Aubert.

Chef de rubrique :
Marie-Pierre Deleuze.

Secrétaires de rédaction :
Perle Bodossian, Florence Maréchaux.

**Comité éditorial
de médecins généralistes :**
Patrick Balouët (29), Bernard Gavid (86),
Arnaud Larroure (78),
Marie-France Le Goaziou (69),
Jean-Pierre Mairesse (76),
Christian Mongin (91).
Ont participé à ce numéro :
Jean-Yves Nau, Franck Nouchi.

Secrétariat :
Brigitte Bisson,
Anne-Marie Guillaume.

Publicité :
Directeur Marketing Commercial :
Philippe Turcan (68 29)
pturcan@jbbsante.fr
Directrice de publicité :
Emmanuelle Guiard-Schmid (69 13).
eguiard@jbbsante.fr
Directrice de clientèle :
Frédérique Ronteix (69 45).
fronteix@jbbsante.fr

Directeur technique :
Eric Tardivel.

Fabrication :
Sabine Meynard-Gueye, Philippe Govin,
François Seebacher.

**Président-directeur général
Directeur de la publication :**
Philippe Leduc.

Directeur du marketing :
Alain Provenchère.

**Éditions J.B. Baillière
Principal actionnaire : COPEF**
ISSN : 0989-2737

Impression : Actis Industrie Graphique,
Toul.

Photogravure : Élysées Colortype

**Numéro de commission
paritaire :** 69374.

La S.A. « Éditions J. B. BAILLIÈRE », bénéficiaire en toute propriété des textes publiés dans ce numéro, se réserve la disposition de tous les droits de reproduction, d'adaptation, de traduction pour tous pays et par tous procédés.

Abonnements: Arlette Hertig

Tél. : 01 55 33 69 07 - Fax : 01 55 33 69 56

Tarif France **650 F*/an**

***Offre spéciale Formation/Information**

Exclusivement réservée aux médecins généralistes :
Abonnement :

La Revue du Praticien -
Médecine Générale, 1 an (650 F) } **650 F**
Panorama du Médecin, 1 an (250 F) } **au lieu**
de **900 F**

Réduire les risques des anticoagulants oraux

Les traitements par anticoagulants oraux sont la principale cause d'accidents iatrogènes graves, et, en France, la 1^{ère} cause d'hospitalisation pour effet iatrogénique, avec 2 à 5 % d'hémorragies graves par année de traitement [1]. Ce risque majeur interpelle les agences et les pouvoirs publics, mais aussi l'ensemble du corps médical. Plusieurs propositions sont envisagées pour tenter d'améliorer le rapport bénéfice/risque de ces traitements.

Les cliniques d'anticoagulants sont une 1^{ère} réponse. Développées en Italie et aux Pays-Bas, elles prennent en charge les malades traités, pratiquent les contrôles biologiques, adaptent les traitements, assurent enfin la formation des malades. Les médecins spécialistes qui y travaillent sont aidés ou non par une prise en charge informatique [2]. Ces cliniques ont démontré leur efficacité [3], leur principale limite étant une approche centralisatrice retirant au médecin traitant et à son correspondant biologiste habituel la prise en charge du malade, du moins pour son traitement anticoagulant.

Une deuxième approche est fondée sur le développement de nouvelles molécules actives par voie orale, avec un risque hémorragique moindre qu'avec les antivitamines K. Parmi celles-ci, un inhibiteur direct de la thrombine, l'Exanta (ximelagatran), est particulièrement prometteur [4]. Mais quelle que soit la qualité des résultats des études cliniques en cours, ces produits ne seront pas disponibles avant au moins 2 ans.

Dans l'attente de cette avancée thérapeutique, une autre possibilité est l'automesure du taux de prothrombine. Le malade mesure lui-même son INR et adapte la posologie de l'anticoagulant. Des appareils d'automesures existent ; cette approche s'est avérée au moins aussi sûre que les cliniques d'anticoagulant [5]. Toutefois, ils ne sont pas disponibles en France et ne s'adressent qu'à des malades correctement éduqués et observants. Une dernière approche s'appuie sur le développement de l'informatique individuelle, pour fournir à chaque médecin traitant un logiciel de prise en charge du traitement anticoagulant. Le laboratoire transmet le résultat de l'INR au médecin qui gère, grâce au logiciel, le traitement anticoagulant du malade, et lui prescrit la dose correcte d'antivitamines K en lui indiquant la date du prochain contrôle biologique [6]. Cette approche a l'avantage de rendre au médecin traitant et à son correspondant biologiste la maîtrise de la prise en charge.

Loin de s'exclure, ces différentes propositions se complètent. Leur mise en application doit permettre d'offrir à tous les patients traités au long cours par les anticoagulants oraux (1 % de la population française) des conditions optimales de sécurité.

Jean-Noël Fiessinger

1. Imbs JL. Iatrogénicité des AVK : les données épidémiologiques françaises. Rev Prat 2001 (NS). Les cliniques d'anticoagulants : 3-4.

2. Poller L, Shlach CR, MacCallum PK *et al*. Multicentre randomised study of computerised anticoagulant dosage. Lancet 1998 ; 352 : 1505-9.

3. Samsa GP, Matchar DB, Goldstein LB *et al*. Quality of anticoagulation management among patients with atrial fibrillation - Results of a review of medical records from 2 communities. Arch Intern Med 2000 ; 160 : 967-73.

4. Heit JA, Colwell CW, Francis CW *et al*. Comparison of the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran with enoxaparin as prophylaxis against venous thromboembolism after total knee replacement - A phase 2 dose-finding study. Arch Intern Med 2001 ; 161 : 2215-21.

5. Cromheecke ME, Levi M, Colly LP *et al*. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomised cross-over comparison. Lancet 2000 ; 356 : 97-102.

6. Bura A, Pommier P, Alhenc-Gelas M, Colombet I, Fiessinger JN, Pouthier C. Hippocrate : a computer program for heparins and oral anticoagulants management. Design and clinical use. Thromb Haemost 2001 ; 86 (1 suppl.) Ref Type : Abstract.