

ACCIDENTS HEMORRAGIQUES SOUS AVK

- 600 000 patients sous AVK en France
- Hémorragies sous AVK = 1^{er} rang des accidents iatrogènes = 13% des hospitalisations pour EI médicamenteux = 17000 hospitalisations / an.
- Facteurs de risque: intensité du traitement (risque proportionnel à l'INR cible), instabilité de l'INR, 6 premiers mois du traitement, âge du patient (risque proportionnel à l'âge), mauvaise compliance et insuffisance d'éducation thérapeutique

INR mesuré	Mesures correctrices recommandées en fonction de l'INR mesuré et de l'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	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de saut de prise • Pas d'apport de vitamine K 	X
$4 \leq \text{INR} < 6$	<ul style="list-style-type: none"> • Saut d'une prise • Pas d'apport de vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de saut de prise • Pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du traitement • 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du traitement • 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

SURDOSAGE ASYMPTOMATIQUE

- Si l'INR est ≥ 6 , l'arrêt simple des AVK ne permet pas le retour de l'INR en zone cible en 24h, il faudra **administrer de la vitamine K**, en privilégiant la voie orale (moins d'allergie, efficacité équivalente).
- Privilégier une prise en charge ambulatoire sauf si un ou plusieurs FR hémorragique individuel (âge, ATCD hémorragique, comorbidité).
- **Dans tous les cas:**
 - rechercher la cause du surdosage
 - contrôler l'INR le lendemain
 - si persistance d'un INR supra thérapeutique, reconduire les recommandations ci-contre
 - rapprocher la surveillance INR

HEMORRAGIE GRAVE SOUS AVK

Si présence d'au moins un des critères suivants:

- hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels
- instabilité hémodynamique : PAS < 90 (ou PAS habituelle – 40 mm Hg) ou PAm < 65 mm Hg, ou S de choc
- nécessité d'un geste hémostatique urgent (chirurgie, RX interventionnelle, endoscopie)
- nécessité de transfusion de culots globulaires
- localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel : intracrânienne, intra spinale, oculaire, hémothorax, hémopéritoine, rétropéritoine, hémopéricarde, hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge, hémorragie digestive, hémarthrose

Conduite à tenir si hémorragie grave sous AVK:

- prélever un INR mais **ne pas attendre l'INR pour traiter** une hémorragie grave sous AVK
- Traitement habituel d'une hémorragie grave (**remplissage, transfusion...**):

25 UI/kg (1 ml/kg de Kanokad®) en 15-20 min (débit < 4 ml/mn)

+ 10 mg de vitamine K (PO ou IVL), quel que soit l'INR de départ

- contrôle **INR 30 min après le CCP** et si l'INR reste > 1,5 nouvelle dose de CCP possible
- discuter avec chir ou radiologue un trt hémostatique chir, endoscopique ou endovasculaire
- **INR 6 à 8 h plus tard** (pour évaluer l'effet de la vitamine K) **puis tous les j** pendant la période critique