
Arythmie complète et anticoagulant: quel dosage?

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de la warfarine (Coumadine™) dans la prévention des AVC chez les patients ayant une arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA). Mais le risque d'hémorragie grave liée au traitement n'est pas nul, de nombreuses études cherchent à définir le taux d'anticoagulation nécessaire, et la place de l'aspirine en association, ou en substitution. Deux études récentes nous apportent des réponses.

Une étude cas-témoins¹ a comparé 74 patients avec ACFA (sténose mitrale et prothèse valvulaire exclues) ayant eu un AVC malgré un traitement anticoagulant à la warfarine à 222 cas-contrôles appariés, ayant un même traitement, sélectionnés de façon randomisée parmi le registre d'une unité d'anticoagulation. Le risque d'AVC est étroitement lié au taux de décoagulation: il double quand l'INR passe de 2 à 1,7, et double à nouveau s'il passe à 1,4. Par contre l'élévation de l'INR au dessus de 2 apporte peu de protection supplémentaire. Ainsi les auteurs recommandent de maintenir l'INR entre 2 et 3 chez les patients en ACFA.

Une autre étude² a comparé, chez des patients avec ACFA non valvulaire, un traitement à la warfarine à dose ajustée (INR entre 2 et 3) et un traitement à dose fixe, avec un INR initial entre 1,2 et 1,5, associé à 325 mg d'aspirine. Mais cette étude concernait des patients à haut risque d'AVC

(insuffisance cardiaque, HTA, femme âgée de plus de 75 ans). L'étude porte sur 1044 patients dont l'âge moyen était de 72 ans avec 2 groupes (523 patients Warfarine seule et 521 patients Warfarine-aspirine). Dans le suivi le taux moyen d'INR était de 1,3 pour le groupe Warfarine-aspirine et 2,4 pour le groupe warfarine seule. L'étude a été arrêtée prématurément après 1,1 an car le taux d'accidents ischémiques était significativement plus élevé dans le groupe warfarine-aspirine (44 accidents, soit 7,9% par an) que dans le groupe warfarine seule (11 accidents, soit 1,9% par an - $p < 0,0001$). Le taux d'AVC invalidants était réduit de même façon (5,6 % contre 1,7% - $p = 0,0007$). Le taux d'hémorragie grave étant le même dans les 2 groupes (12- 2,1% contre 13- 2,4%). La mortalité totale s'élevait à 35 cas (5,9%) dans le groupe warfarine seule, contre 42 cas (7,2%) dans le groupe warfarine-aspirine. Les auteurs concluent que les patients atteints de FA non valvulaire et qui ont un risque élevé de survenue d'accident thrombotique doivent bénéficier d'un traitement par warfarine à une posologie efficace, c'est à dire donnant un INR compris entre 2 et 3. Dans cette population, une posologie plus basse, et l'adjonction d'aspirine est insuffisante pour prévenir les AVC, et ne diminue pas le risque d'effet secondaire.

Ces deux études apportent des éléments complémentaires pour notre stratégie dans ce domaine difficile:

- un bas taux d'INR, même associé à l'aspirine, n'est pas efficace pour prévenir les AVC chez les patients en ACFA non valvulaire, particulièrement chez les patients à haut risque, parmi lesquels se situent les patients âgés de plus de 75 ans.
- le taux optimal semble se situer avec un INR entre 2 et 3. Une analyse récente des diverses études³ concluait que les taux inférieurs à 2 et supérieurs à 5 devaient être évités.
- toutes les études ont été faites avec la warfarine; on peut probablement extrapoler les résultats aux autres anticoagulants oraux. Peut-être cependant est-il raisonnable de modifier nos habitudes, en raison de la plus grande stabilité des taux avec la warfarine.
- Si les sujets de plus de 75 ans doivent être considérés comme des candidats à un traitement efficace, le risque thérapeutique, dans cette tranche d'âge spécialement, et donc la décision peuvent être modifiée par des facteurs liés au patient. C'est à nous de les préciser.

1 - Hylek EM, Skates SJ, Sheehan MA, Singer DE. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with non rheumatic atrial fibrillation. N. Engl. J. Med. 1996, 335, 8, 540-546.

2 - Stroke Prevention in Atrial Fibrillation investigators. Adjusted-dose warfarin versus low-intensity, fixed-dose warfarin plus aspirin for high-risk patients with atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III randomised clinical trial. Lancet 1996, 338, 633-638

3 - The European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Optimal oral anticoagulation therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and recent cerebral ischemia. N. Engl. J. Med. 1995, 333,1, 5-10

Numéro 30 du 3 octobre 1996

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)