

Evaluation de l'impact des interventions pharmaceutiques sur les prescriptions de NACO en fonction de leur indication

Auteurs : J. Crégut-Corbaton, J. Machon, F. Annycke, D. Castillo, F. Foltz
Mots clés (MESH) : Anticoagulants, Gestion du risque, Mauvais usage des médicaments prescrits

CONTEXTE :

Les nouveaux anticoagulants (NACO), molécules d'action plus ciblée que les AVK, ont l'avantage de ne pas nécessiter de contrôle de routine. Trois spécialités sont commercialisées, et 2 référencées dans notre établissement : dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®).

Bien que l'HAS, en Juillet 2013, a positionné ces molécules comme alternatives aux AVK qui restent la référence, leur intérêt continue à faire débat (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/fs_bum_naco_v5.pdf).

OBJECTIFS :

Leur plan de gestion des risques nous a mené à mettre en place une analyse pharmaceutique ciblée lors de la prescription de ces molécules, afin d'évaluer leur bon usage. L'objectif de notre étude est de mettre en parallèle le respect du bon usage des NACO dans les indications cardiologiques et orthopédiques, mais aussi d'évaluer l'impact de nos interventions pharmaceutiques (IP) selon l'indication.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Le logiciel utilisé pour la validation pharmaceutique est ValidPharma®, un module de Crossway®. Une requête quotidienne automatique nous a permis d'avoir la liste des patients sous NACO. L'impact clinique a été évalué dans les services de médecine et SSR, par la modification de l'ordonnance suite à nos IP.

RÉSULTATS :

De mai à octobre 2013, nous avons recueilli 68 ordonnances, concernant des patients majoritairement de sexe masculin avec une moyenne d'âge de 72 ans. Le traitement par NACO est habituel pour 29% d'entre eux. La clairance moyenne calculée selon Cockcroft et Gault est 89ml/min.

68 ordonnances

Indication ORTHOPEDIE 65%

Indication CARDIOLOGIE 35%

Rivaroxaban 71%

Dabigatran 29%

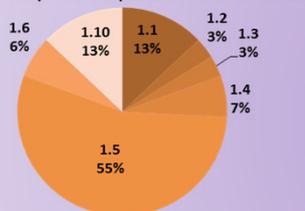
Dabigatran 77%

Rivaroxaban 23%

Deux indications hors AMM ont été mises en évidence (prévention thromboemboliques post-plastie du genou).

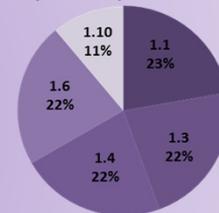
Nous avons effectué des IP pour 59% des prescriptions recueillies, soit 37% des indications cardiologiques et 70% des indications orthopédiques.

Répartition des problèmes (Indication ORTHOPEDIQUE)



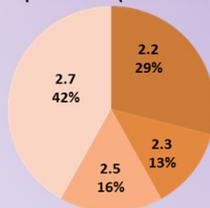
1.1	Non conformité aux référentiels ou Contre-indication
1.2	Indication non traitée
1.3	Sous-dosage
1.4	Surdosage
1.5	Médicament non indiqué
1.6	Interaction
1.7	Effet indésirable
1.8	Voie et/ou administration inappropriée
1.9	Traitement non reçu
1.10	Monitoring à suivre

Répartition des problèmes (Indication CARDIOLOGIQUE)



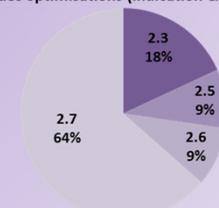
Un sous-dosage (1.3) est lié à l'âge dans 67% des cas. Un surdosage (1.4) est lié à l'insuffisance rénale dans 50% des cas (clairance calculée selon Cockcroft et Gault). Un NACO non indiqué (1.5) concerne toujours une durée de traitement trop longue. Le monitoring (1.10) concerne toujours un bilan hépatique initial manquant.

Répartition des optimisations (Indication ORTHOPEDIQUE)



2.1	Ajust (prescription nouvelle)
2.2	Arrêt
2.3	Substitution /échange
2.4	Choix de la voie d'administration
2.5	Suivi thérapeutique
2.6	Optimisation des modalités d'administration
2.7	Adaptation posologique

Répartition des optimisations (Indication CARDIOLOGIQUE)



Le taux d'acceptation des IP est de 56% pour les indications cardiologiques et de 3% pour les indications orthopédiques.

CONCLUSION :

Nous notons une différence importante entre le taux d'IP et leur pourcentage d'acceptation selon les indications : les indications orthopédiques concernent les prescriptions en SSR et se distinguent par un taux d'IP plus important ainsi qu'un taux d'acceptation très faible. Les médecins du SSR n'initient pas le NACO, mais poursuivent la prescription initiée en chirurgie. Les anesthésistes s'appuient sur les recommandations de la SFAR préconisant des durées de traitement supérieures à celles des RCP (selon la SFAR : 35 jours pour une prothèse totale de genou, 42 jours pour une prothèse totale de hanche). Cependant, les durées observées dans notre recueil dépassent même ces indications.

Il semble donc urgent d'établir un consensus sur la durée de traitement avec les chirurgiens et anesthésistes. Une gestion des risques appropriée devra être élaborée en interne face à l'émergence des dérives de prescriptions, en s'appuyant sur les recommandations HAS et ANSM.