

TABLEAU DES ANTICOAGULANTS ET ANTIAGREGANTS

Promotion 2024/2027

Année 2025/2026

	Propriétés et modes d'action	Indications	Adm.	Principaux effets indésirables (EI)	Interactions médicamenteuses et CI	Surveillance biologique	Surveillances et rôle infirmière	Antidote
Anti agrégant plaquettaire (Kardégic®, Plavix®, Brilique®, Duoplavin®)	Empêche l'agrégation des plaquettes et donc la formation des caillots	<u>Prévention</u> de complications et de récurrences après un IDM ou AVC ischémique	- PO - IV	- Hémorragies ++ - Augmentation du temps de saignement (Digestifs pour l'Aspirine = prise au cours d'un repas)	- AINS - Pansements gastriques - Déconseillé avec Héparine, AVK, Ticlopidine (Ticlid® antiagrégant plaquettaire)	/	- Efficacité : absences signes cliniques du patient IDM, AVC etc. - EI : surveillance du risque hémorragique (hématomes, hématome au point de ponction, gingivorragie etc.) - Education du patient situations à risque de saignements et signes hémorragiques - Temps de saignement per-op	/
HNF (Héparines non fractionnées)	Sodique	<u>Préventif</u> : relais AVK/héparine TVP, EP <u>Curatif</u> : phase aigüe de l'IDM, EP, thrombose	IV au PSE	- Hémorragie - Allergie - Thrombopénie induite à l'héparine (TIH) - Plaquettes < 100G/L ou Baisse 30% niveau basal	- Antécédent de thrombopénie induite par l'HNF ou les HBPM - Hémorragie intracérébrale - Anesthésie péridurale ou rachianesthésie lors d'un traitement curatif - Période post op après chir du cerveau ou moelle - Déconseillé avec Dextran(Fer) Acide acétylsalicylique AINS Clopidogrel (Plavix®) Ticlopidine	- TCA 4 à 6h après le début du traitement ou après un changement de posologie - Plaquettes (risque allergique = thrombopénie)	- Efficacité selon indication : Absence de signes de phlébite, EP etc. - EI hémorragique (hématomes, hématome au point de ponction, gingivorragie etc.), allergique et thrombopénique - EI allergiques : état cutané etc. - EI TIH : plaquettes, état cutané etc. - Education du patient situations à risque de saignements et signes hémorragiques ▲ Horaires d'administration réguliers ▲ Ne pas associer à l'aspirine	Sulfate de protamine (sauf pour fondaparinux)
	Calcique (Calciparine®)	<u>Préventif</u> : TVP, relais AVK/héparine <u>Curatif</u> : phase aigüe de l'IDM, EP, thrombose	SC 2 à 3 fois/j			- TCA à mi-dose après le début du traitement ou après un changement de posologie - Plaquettes (risque allergique = thrombopénie)		
HBPM (Héparines de bas poids moléculaire, fractionnées) (Lovenox®, Innohep®, Fragmine®, Orgaran®)	- Inactivation du facteur Xa qui transforme la prothrombine en thrombine - Action rapide ½ vie de 12h	<u>Préventif</u> : TVP lors d'immobilisation ou initiation du ttt anticoagulant (SCA,FA, valves) ou cancer	- SC 1 fois/j - IV dans circuit de dialyse		- Acide acétylsalicylique - AINS - Myconazole (Millepertuis) - Déconseillé avec Sulfaméthoxazole (Bactrim®) Noscapine	- Plaquettes 2 fois/sem pour toxicité induite/héparine - Activité Anti Xa si ttt curatif		

TABLEAU DES ANTICOAGULANTS ET ANTIAGREGANTS

Promotion 2024/2027
Année 2025/2026

			• <u>Curatif</u> : TVP	• SC 2 à 3 fois/j		(Antitussif) Fluorouracile (Chimiothérapie) Pansements gastriques Ticlopidine			
AVK (Coumadine®, Sintrom®, Mini-Sintrom®, Préviscan®)		• Diminue la vitamine K indispensable à la synthèse des facteurs de coagulation • Action non immédiate • ½ vie longue (de 8h à 40h)	• <u>Préventif</u> : ttt au long cours notamment dans le cas de prothèses valvulaires cardiaques , phlébite, EP • <u>Curatif</u> : Ttt des TVP et EP en relais de l'héparine	• PO 1 prise par jour	• Hémorragie	• AINS • ATB • Inhibiteurs /inducteurs CYP • Régime particulier car de nombreux aliment interagissent avec AVK (riches en vit K : brocolis, laitue, épinards, choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles etc.)	• INR : toutes les 48h jusqu'à stabilisation puis 1 fois/mois chez patient stabilisé	• Efficacité selon indication : Absence de signes de phlébite, etc • EI hémorragique (hématomes, hématome au point de ponction, gingivorragie etc.), allergique et thrombopénique • Education du patient situations à risque de saignements et signes hémorragiques ▲ Risque de surdosage fréquent • Précautions particulières : - Pas d'injection IM - Respecter l'heure d'administration pour maintenir l'équilibre - S'assurer de la surveillance biologique régulière (+++9 IDE à domicile) - En cas de chirurgie : arrêt des AVK et relais héparine	• Vit K • PPSB (Prothrombine Proconvertine (facteur) Stuart (facteur antihémophilique) B) = facteurs de coagulation
Anticoagulants oraux directs (NACO = nouveaux anticoagulants oraux)	Inhibiteurs IIa (Pradaxa®)	• Inhibiteur directs de la thrombine (IIa)	• <u>Préventif</u> FA : prévention des AVC et de l'embolie pulmonaire Post chir ortho : prévention thrombo	• PO 1 à 2 prises par jour	• Hémorragie	• Peu d'interaction • CI prothèse valvulaire	/	• Efficacité selon indication : Absence de signes de phlébite, etc • EI hémorragique (hématomes, hématome au point de ponction, gingivorragie etc.), allergique et thrombopénique	• Idarucizumab (Praxbind®)

TABLEAU DES ANTICOAGULANTS ET ANTIAGREGANTS

Promotion 2024/2027

Année 2025/2026

Inhibiteurs Xa (Xarelto®, Eliquis®)	• Inhibiteur directs du facteur Xa	embolique (PTH PTG)			• Interactions médicamenteuses fréquentes		• Education du patient situations à risque de saignements et signes hémorragiques	/
	Thrombolytiques (Actosolv®, Actilyse®, Rapilysin®, Metalyse®)	Activent la fibrinolyse (plasminogène → plasmine)	• Curatif, traitement de l'urgence (IDM, AVC ischémique, EP)	• IV +++ ou directement dans le site de la thrombose (réservé à l'usage hosp)	• Hémorragies ++ • HypoTA et arythmies	• Incompatibilité +++ donc toujours injecter seul	• Fibrinogène et TCA (Pour garantir thrombolyse suffisante en limitant risque hémorragique) • Instauration précoce dans les quelques minutes à quelques heures après les premiers symptômes • Efficacité : disparition des symptômes • EI signes d'hémorragie, le point d'injection, PA et FC	• Acide tranexamique (Exacyl®)

Normes des examens biologiques des anticoagulants :

Plaquettes : 150 000 à 400 000 par mm³

TCA : Temps moyen : 28 et 33 secondes chez un patient sans traitement, (rapport temps du malade / temps du témoin : 0,8 à 1,2) ; entre 45 et 90 secondes chez un patient traité (2x le temps témoin)

INR : Chez le patient sans traitement : INR = 1, Chez le patient sous AVK, recherche d'une zone cible située entre 2 et 3 pour l'INR dans les cas généraux (entre 3 et 4,5 pour les cas à haut risque)

TIH : thrombopénie induite à l'héparine :

- Baisse des plaquettes < 100G/L ou de 30%
- Surtout pour les HNF >> HBPM

Pour tous les traitements, dans votre rôle propre vous devez surveiller l'efficacité et les EI.