

EVALUATION DE LA PREVENTION THROMBOEMBOLIQUE EN MEDECINE INTERNE

E.Guignard¹, D. Aujesky², J. Cornuz², A.Pannatier¹,

¹ Service de Pharmacie ² Département de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), 1011 Lausanne

INTRODUCTION

La thrombose veineuse profonde (TVP) et l'une de ses complications majeures, l'embolie pulmonaire (PE), sont des pathologies à morbidité et mortalité importantes à l'hôpital.

Trois quarts des embolies pulmonaires hospitalières fatales touchent des patients de médecine interne¹. Le niveau de risque des patients devrait être évalué lors de leur admission à l'hôpital. Une prévention pharmacologique² (héparine standard ou de bas poids moléculaire-HBPM) devrait être administrée aux patients à risque modéré/élevé alors que la mobilisation devrait être favorisée chez les patients à faible risque.

En raison des effets indésirables dont elle peut être l'origine (hémorragie, thrombopénie), la prophylaxie pharmacologique doit être administrée en visant un rapport bénéfice-risque optimal.

Dans ce contexte, nous avons mené une étude rétrospective afin d'évaluer la prévention thromboembolique dans le Département de Médecine Interne (DMI) du CHUV.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Réaliser un état des lieux et une évaluation de l'adéquation en terme d'indication, de posologie, de durée de traitement, de respect des contre-indications et de réalisation du suivi dans la prévention thromboembolique.

MATERIEL ET METHODE

368 dossiers médicaux consécutifs de patients hospitalisés dans le DMI du CHUV du 1er mai au 17 juin 1999 ont été analysés rétrospectivement. Les patients recevant une anticoagulation thérapeutique (n=53) et/ou ayant séjourné dans le service moins de 96 heures (n=43) ont été exclus du collectif. Les données relevées dans les dossiers médicaux (tableau1) ont été saisies et analysées dans une base de données File Maker Pro 5.0

Tableau 1: Données relevées dans les dossiers médicaux

Données démographiques	âge, sexe, poids, durée d'hospitalisation, motif d'admission
Facteurs de risque	infarctus pulmonaire/insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque congestive, cancer actif, infarctus du myocarde aigu, sepsis/bactériémie, paralysie (AVC,paraplégie, coma), antécédents thromboemboliques, maladies inflammatoires intestinales, thrombophilie héréditaire, syndrome néphrotique, cétoacidose diabétique).
Contre-indication à l'anticoagulation	hémorragie active, thrombocytopénie, coagulopathie, lésions anatomiques
Prévention thromboembolique	type, posologie, durée, suivi en terme de compte des plaquettes

Les patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque cités ci-dessus ont été considérés comme à risque élevé; si aucun facteur de risque n'était présent, le risque thromboembolique a été considéré comme faible. Une prévention thromboembolique a été considérée comme adéquate si elle était administrée jusqu'à la sortie avec, pour les hospitalisations de plus de 5 jours, au moins un contrôle des plaquettes entre J5 et J10.

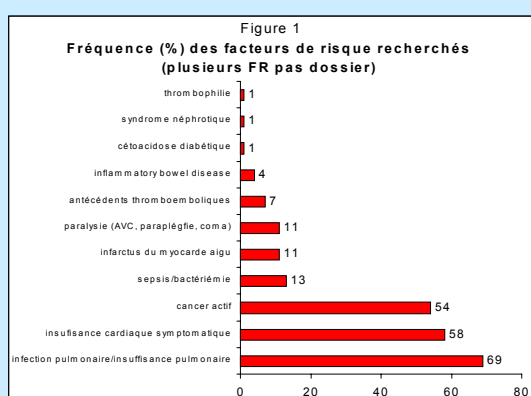
RESULTATS

Données démographiques et facteurs de risque

Les données démographiques des dossiers analysés figurent dans le tableau 2. la figure 1 rapporte la fréquence des facteurs de risque recherchés.

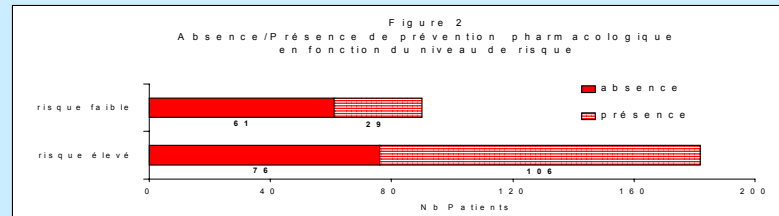
1/3 des patients étaient à faible risque et 2/3 à risque élevé.

Âge moyenne ± dev. standard	67 ± 18
Sexe masculin: nombre (%)	131 (48)
Sexe féminin: nombre (%)	141 (52)
Poids: moyenne ± dev standard	65 ± 15
Durée séjour: moyenne ± dev. standard	11 ± 8



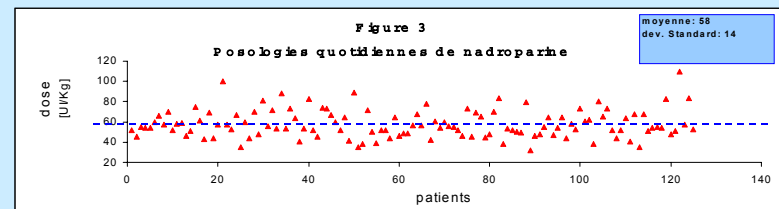
Indications à la prévention thromboembolique pharmacologique

50% de la population étudiée a reçu une prévention thromboembolique. La figure 2 représente l'état de prise en charge en fonction du niveau de risque



Type de prévention et posologie

Un seul patient a reçu de faibles doses d'héparine standard; dans tous les autres cas, la prévention était réalisée par une héparine de bas poids moléculaire (nadroparine) à raison de 30 à 110 mg/kg/jour (Figure3)



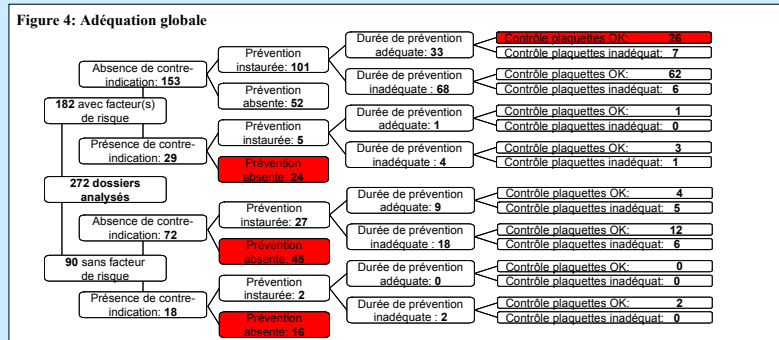
Durée de la prévention et suivi

- La prévention a été administrée jusqu'à la fin du séjour dans 32 % des cas.
- Dans 81% des cas un contrôle des plaquettes a été effectué entre J5 et J10.

DISCUSSION

Dans le DMI, les HBPM ont complètement remplacé l'héparine standard dans la prévention thromboembolique, mais les posologies de nadroparine sont entachées d'une importante variabilité.

En prenant en compte tous les paramètres, (niveau de risque, respect des contre-indications, durée de prévention et comptage des plaquettes), 111 patients (40% du collectif) ont bénéficié d'une prise en charge adéquate. Ils sont identifiés en rouge sur la figure 4.



Les indications à la prophylaxie thromboembolique ne sont que partiellement suivies, de même que la durée de prévention et le contrôle du comptage des plaquettes pour la mise en évidence de la thrombopénie induite par l'héparine.

CONCLUSION

La prise en charge n'étant adéquate que chez moins d'un patient sur deux, des recommandations pour la pratique clinique devront être rédigées et implantées dans le but d'optimiser et de standardiser la prise en charge préventive de la maladie thromboembolique chez les patients hospitalisés dans le département de Médecine interne.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Sandler DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients : are we detecting enough deep vein thrombosis ? Journal of the Royal Society of Medicine 1989 ; 82 : 203-205
- 2 Nicolaidis A.N et al. International Consensus statement, Prevention of venous thromboembolism. International angiology. March 1997, 3-37