



COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Vincennes, 29 janvier 2013

Les nouveaux anticoagulants : à réserver à des situations particulières

Deux nouveaux anticoagulants oraux (NACO), le dabigatran et le rivaroxaban, ont récemment obtenu un remboursement dans l'indication : prévention des accidents ischémiques et emboliques chez les patients atteints de fibrillation auriculaire à risque d'accident vasculaire cérébral (score CHADS2 \geq 1).

Ces anticoagulants ont une posologie fixe et ne nécessitent pas de contrôle biologique de l'hémostase. A la suite des résultats des essais thérapeutiques^{1,2}, les évaluations des autorités sanitaires^{3,4} indiquent que la balance bénéfique/risque des NACO n'est pas meilleure que celle des AVK, en particulier chez les patients âgés de plus de 75 ans et/ou atteints d'insuffisance rénale (pour le dabigatran). En pratique, ces patients constituent une grande partie de la population atteinte de fibrillation auriculaire.

Il n'est donc pas justifié d'initier systématiquement un nouveau traitement anticoagulant avec un NACO ou de substituer le traitement d'un patient bien équilibré sous AVK par un NACO^{5,6}. En revanche, les NACO, malgré leur coût élevé, sont une alternative utile pour les patients ayant une contre-indication, une intolérance aux AVK, pour lesquels l'INR est difficile à équilibrer ou lorsqu'une surveillance régulière est impossible.

Une prudence particulière doit être observée chez les patients âgés (>75 ans), insuffisants rénaux (clairance < 30 ml/mn), de faible poids (< 50 kg), pour lesquels le risque hémorragique d'un traitement par NACO est majoré.

Le CNGE recommande de prescrire les NACO uniquement en cas d'alternative aux AVK utile au patient, et d'attendre de nouvelles données scientifiques sur leur rapport bénéfique/risque. Dans ces situations, les NACO peuvent être proposés lorsque le risque thromboembolique est important, sous réserve de réévaluer régulièrement la fonction rénale et le risque hémorragique, et d'éviter les interactions médicamenteuses notamment avec les anti-agrégants plaquettaires et tous les AINS.

1. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.
2. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarine in non-valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883-91.
3. Haute autorité de santé. Pradaxa, avis de la Commission de la Transparence. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1250198/pradaxa-dabigatran-anticoagulant-oral.
4. Haute autorité de santé. Xarelto, avis de la Commission de la Transparence. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241674/xarelto?xtmc=&xtcr=2.
5. Pouchain D. Les nouveaux anticoagulants oraux dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux et des embolies systémiques chez les patients atteints de fibrillation auriculaire : les illusions perdues ? *exercer* 2012;103:177-82.
6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban) dans la fibrillation auriculaire : ce qu'il faut savoir. <http://ansm.sante.fr/content/search?SearchText=dabigatran&ok=Valider>.