



11 bis quai de Turenne
44000 Nantes
02 40 20 33 20
Site internet : www.cours-galien.fr



"Le hasard ne favorise que les esprits préparés" Louis Pasteur

NOM :

VILLE :

Prénom :

Note sur : / 50

INTERNAT PHARMACIE

DOSSIER N°5

50 POINTS

Date : Samedi 15 janvier 2011 & Dimanche 16 janvier 2011



Dossier n°5
- 1 -



Mme H, 35 ans, 1m65, 60kg, consulte pour une douleur du mollet gauche constatée ce matin au lever. La jambe est visiblement gonflée, chaude et la pression profonde du mollet est douloureuse. La température est à 37,6°C. Le reste de l'examen est sans particularité.

Mme H n'a pas d'antécédent (en particulier pas de notion familiale de thrombose veineuse).

Elle ne fume pas et ne prend pas d'autre traitement qu'une contraception orale oestroprogestative minidosée.

L'échocardiographie Doppler veineux des membres inférieurs permet d'affirmer l'existence d'une thrombose veineuse profonde surale.

L'ECG et la RP sont normaux.

L'ordonnance prescrite à Mme H comporte notamment :

Innohep® 175 UI/kg/j une injection/j en sous-cutané à faire réaliser par IDE à domicile

- 1- Quelles sont les précautions à prendre avant d'instaurer le traitement ?
- 2- La prescription d'Innohep® est-elle adaptée ? Argumenter
- 3- Quand l'anticoagulant oral doit-il être prescrit ? Selon quelles modalités ? Donnez un exemple d'anticoagulant oral.
- 4- Quels sont les éléments de surveillance dans les premiers jours ? L'évaluation de l'activité anti-Xa est-elle indiquée chez Mme H ?
- 5- Après 5j de traitement, alors que l'évolution était favorable, la malade se plaint d'une reprise des douleurs de la jambe gauche, et les signes inflammatoires locaux se majorent. Le Doppler veineux montre une extension de la thrombose veineuse profonde.
Quelle complication du traitement suspectez-vous ? Comment la mettre en évidence ? Expliquer l'intérêt et les résultats attendus du/des test(s) biologique(s) chez Mme H.
- 6- Quelques heures plus tard, apparaît une douleur thoracique. La scintigraphie pulmonaire de perfusion permet d'objectiver une embolie pulmonaire. Quelle doit être la conduite thérapeutique à tenir dans l'immédiat ?





11 bis quai de Turenne
44000 Nantes
02 40 20 33 20

Site internet : www.cours-galien.fr



"Le hasard ne favorise que les esprits préparés" Louis Pasteur

CORRECTION

INTERNAT PHARMACIE

DOSSIER N°5

MÉDICAMENT

Date : Samedi 15 janvier 2011 & Dimanche 16 janvier 2011



Correction dossier n°5

- 1 -



1- 8 points

Bilan pré-thérapeutique : (0,5point)

-**Recherche de CI (interrogatoire) : antécédent de TIH** (1,5points)

-**Bilan de coagulation : TP, TCA** (1,5points)

-**NFS, Plaquettes** (2points)

-**Evaluation de la clairance rénale** (0,5point) **par la formule Cokroft** (0,5point) **après dosage de la créatininémie**(0,5point), **l'HBPM ayant une élimination rénale sous la forme inchangée** (0,5point)

-Groupe Rhésus, RAI (0,5point)

2- 8 points

La prescription d'une HBPM (= héparine de bas poids moléculaire)(1point) type Innohep® est adaptée (0,5point) chez Mme H sur des arguments

-cliniques et radiologiques (0,25point)

*thrombose veineuse profonde distale affirmée par EchoDoppler veineux (1,5points)

*pas d'antécédent notable (1point)

-pharmacologiques (0,25point)

*HBPM préférée à une HNF (héparine non fractionnée) car : plus grande commodité d'emploi (1 injection par jour et pas de surveillance plaquettaire), réduction du risque hémorragique, réduction du risque de thrombopénie induite par l'héparine (0,5+0,5+0,5points)

*posologie de 175UI/kg/j = dose curative = dose indiquée chez Mme H (1point)

*injection en sous-cutanée = voie d'administration indiquée (1point)

3- 9 points

*Dès la certitude du diagnostic de TVP, donc **idéalement à J1** (1point) : **on prescrit l'injection d'HBPM à faire de suite et l'anticoagulant oral à prendre le soir même.**

***Modalités du relai HBPM/avk :**

Prescription de l'avk d'emblée à la dose présumée efficace (1point) **sans dose de charge** (0,5point)

Ajustement de la posologie de l'avk aux INR (1point) **effectués toutes les 48h** (0,5point)

en sachant que la pleine efficacité survient 4-6j (0,5point) **après le début du traitement**

Avk et HBPM sont donc co-prescrits pendant ces 4-6j

Arrêt du traitement HBPM quand l'INR est stable dans la zone d'efficacité thérapeutique (INR entre 2 et 3) (1point) **sur 2 contrôles successifs** (1point) **puis surveillance 1 fois/semaine pendant 15j puis une fois/mois.** (0,5point) (Reporter l'INR sur le carnet de surveillance)

*Exemple : Previscan (1point) = fluindione (1point) 1cp/j per os, le soir pendant 3 mois

4- 8 points

Eléments de surveillance

*cliniques : (0,25point)

-absence de signes évocateurs d'embolie pulmonaire (1 point)

-absence d'extension et régression des signes inflammatoires locaux (1point)

-absence de saignement (1point)

*biologiques : (0,25 point)

-**contrôle de l'INR** (1point) toutes les 48j jusqu'à stabilisation dans la zone d'efficacité (INR entre 2 et 3) sur 2 contrôles successifs (0,5point) (cf question3)

-NB : une surveillance systématique de la numération plaquettaire n'est pas recommandée lors des traitements HBPM curatif ou préventif en dehors d'un contexte post-opératoire (voir recommandations AFSSAPS 2009) (0,5point)

-Il n'est pas nécessaire de contrôler l'activité anti-Xa (0,5 point) chez Mme H si la posologie prescrite ajustée au poids corporel est celle préconisée par le fabricant ; ce contrôle est **nécessaire en cas de**



complications hémorragiques, d'inefficacité du traitement, d'IR ou d'obésité/petits poids (0,5+0,5+0,5+0,5 point). Or, Mme H n'a pas d'antécédent notable, et un IMC à 22 donc pas d'obésité apparente.

5- 9 points

***On suspecte une TIH = thrombopénie immuno-allergique induite par l'héparine** (2points) devant :

-la présence de complication thromboembolique (extension de la thrombose veineuse) (0,75point)

-le délai d'apparition de ces complications : 5j après mise sous HBPM (0,75point)

*Pour orienter le diagnostic, il faut réaliser les tests suivants :

-Numération formule et plaquettes en urgence : pour mettre en évidence une thrombopénie : plaquettes <150 G/L (1point). **On s'attend par ailleurs à une chute brutale des plaquettes >40% par rapport à la valeur des plaquettes avant la mise sous traitement par HBPM** (1point)

-Contrôle de la thrombopénie sur tube citraté et sur frottis sanguin, afin de s'assurer de l'absence d'agrégats plaquettaires. (0,5 + 0,5 point)

-Bilan de coagulation pour rechercher une éventuelle CIVD : TP, TCA, Fg, FV, PDF, D-Dimères (0,5+0,5point)

-Test de dépistage rapide immunologique détectant les ac dirigés contre le complexe facteur 4 plaquettaire(PF4) – héparine (1point) (type Diamed ®), validé à l'aide du score de probabilité clinique de TIH (score des 4T)

-Test spécifiques : test fonctionnel d'agrégation plaquettaire (0,5point): plasma riche en plaquettes de témoins + sérum patient + héparine utilisée

6- 8 points

Dans l'immédiat :

-Hospitalisation (0,5points)

-Oxygénothérapie (0,5points)

-Repos au lit (0,5points)

-Arrêt de l'héparinothérapie (CI absolue de l'héparine et de ses dérivés à vie) (2points)

-Traitement anti-thrombotique (0,5point) : Orgaran® (1point)= danaparoïde (1point) ou Refludan ® (uniquement en réa et CI pendant grossesse) (0,5point)

-CI absolue des avk, risque de majorer la thrombose (1,5point)

