

La thrombose veineuse et le pharmacien

par William R. Bartle and William Geerts

La prévention et la prise en charge de la thromboembolie veineuse sont devenues des sujets cliniques de plus en plus importants qui dépassent les limites de nombreuses professions et sous-spécialités. Une meilleure identification des facteurs de risque, les améliorations du diagnostic et du traitement des maladies thromboemboliques et les connaissances beaucoup plus larges de la thromboprophylaxie présentent de nouveaux défis en matière de soins fondés sur l'expérience clinique. Les données accumulées et les recommandations qui en découlent à ce sujet sont recueillies tous les trois ans à la Conférence consensuelle de l'*American College of Chest Physicians* sur le traitement antithrombotique. Elles sont ensuite publiées dans un supplément du journal *Chest*¹, qui est lu par un grand nombre de pharmaciens et de médecins intéressés par la question.

Il existe, en Amérique du Nord, de nombreux centres d'excellence sur la thromboembolie clinique, tous regroupés dans les hôpitaux d'enseignement pour soins tertiaires. Dans la plupart des hôpitaux communautaires, la prévention et le traitement ne relèvent pas d'un praticien en particulier, mais sont plutôt la responsabilité de médecins spécialisés, notamment en hématologie, en cardiologie, en médecine interne, en orthopédie et en chirurgie vasculaire. Dans la plupart des cas, l'anticoagulothérapie au long cours des patients ambulatoires est l'apanage des médecins de famille. Or, nous croyons que les pharmaciens ont les compétences nécessaires pour assumer des responsabilités dans ce domaine. En écrivant cet éditorial, notre objectif est d'accélérer le transfert de ces responsabilités des médecins vers les pharmaciens.

De récentes études et sondages ont montré que l'on pourrait enrichir considérablement la pratique fondée sur l'expérience clinique appliquée à divers aspects de la prise en charge de la thromboembolie veineuse. Par exemple, la thromboprophylaxie est souvent sous-

utilisée à la fois en médecine générale chez les malades hospitalisés et après une chirurgie abdominale à risque élevé, mais le renversement de la suranticoagulation à la warfarine avec de la vitamine K est souvent inadéquate²⁻⁴ (Panju, A. « Hamilton area audit of thrombo-prophylaxis in general medical inpatients », données non publiées). En 2001, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* a publié un rapport intitulé « Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices »⁵ en réponse à l'analyse des erreurs « médicales », de l'*Institute of Medicine*⁶. Dans cette revue systématique des données, 79 interventions visant la sécurité des patients ont été classées en fonction de la solidité des observations⁷ qui appuient l'application de ces interventions à plus grande échelle. L'intervention ayant la plus haute cote était celle faisant appel à l'« utilisation adéquate de la prophylaxie pour prévenir la thromboembolie chez les patients à risque ». Ce classement était fondé sur des solides observations à l'effet que la thromboprophylaxie réduit les effets délétères chez le patient ainsi que les coûts globaux.

Nous croyons qu'une plus grande participation des pharmaciens améliorerait de nombreux aspects de la prévention et de la prise en charge de la thromboembolie veineuse. Des études de cohortes⁸ et un essai comparatif randomisé⁹ ont montré que les résultats thérapeutiques des patients traités lors d'une séance d'anticoagulothérapie dirigée par le pharmacien étaient équivalents ou supérieurs à ceux des patients traités par le médecin en pratique normale. Nous avons montré, comme d'autres, qu'un programme d'anticoagulothérapie interne géré par le pharmacien à l'intention de patients qui ont subi un remplacement valvulaire, pouvait améliorer divers aspects de la prise en charge de ces patients^{10,11}. Dans notre programme, le pharmacien agit comme prescripteur indépendant de warfarine et de vitamine K, non soumis au protocole. Nous avons aussi mis au point un algorithme de détection et de suivi de la thrombocytopenie causée par l'héparine¹².



Il a maintenant été démontré que la prise en charge externe de la thromboembolie veineuse aiguë était possible pour la plupart des patients, et nous croyons que les pharmaciens constitueraient les intervenants idéaux à la fois pour coordonner ces programmes et prendre en charge l'anticoagulothérapie de ces patients. En outre, la disponibilité accrue des séances d'anticoagulothérapies dirigées par le pharmacien pourrait améliorer le traitement d'une variété d'autres événements thromboemboliques, avec un ajout modeste de ressources. Par exemple, l'administration périopératoire adéquate des anticoagulants oraux nécessite que la personne qui prend en charge le traitement connaisse la durée d'action des divers anticoagulants et le risque d'événements thrombotiques ou hémorragiques pour chaque patient ; le concours du pharmacien pourrait ainsi prévenir les hospitalisations inutiles pré et postopératoires et pourrait aussi optimiser l'utilisation des héparines de faible poids moléculaire.

Un petit nombre — toujours croissant — de pharmaciens d'hôpitaux au Canada prennent déjà en charge le traitement des thromboembolies veineuses, et des programmes de formation de pharmaciens communautaires ciblés pour le traitement d'anticoagulants oraux chez des patients ambulatoires sont aussi en cours. Nous encourageons les directeurs de pharmacies d'hôpitaux, les chefs cliniciens et les médecins administrateurs à affecter ou à rediriger des ressources à la formation des pharmaciens ainsi qu'à l'agrément et au maintien de programmes de traitement des thromboses dirigés par les pharmaciens dans nos établissements de santé. Cette action aura pour effet souhaité d'améliorer les soins aux patients, de libérer le médecin qui pourra s'attarder à d'autres priorités médicales et, peut-être, d'accroître la satisfaction professionnelle des pharmaciens.

Références

1. Dalen, J., J. Hirsh et G.H. Guyatt, éditeurs. « Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy », *Chest*, 2001; 119(1 Suppl) : 1S-370S.
2. Aujesky, D., E. Guignard, A. Pannatier et J. Comuz. « Pharmacological thromboembolic prophylaxis in medical inpatients: room for improvement » [résumé], *J Gen Intern Med*, 2002 ; 17 : 120.
3. Stratton, M.A., F.A. Anderson, H.I. Bussey, J. Caprini, A. Comerota, S.T. Haines et coll. « Prevention of venous thromboembolism: adherence to the 1995 American College of Chest Physicians consensus guidelines for surgical patients », *Arch Intern Med*, 2000 ; 160 : 334-40.

4. Arnold, D.M., S.R. Kahn et I. Shrier. « Missed opportunities for prevention of venous thromboembolism », *Chest* 2001 ; 120 : 1964-71.
5. Shojania, K.G., B.W. Duncan, K.M. McDonald et R.M. Wachter, éditeurs. « *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Rep/Technol Assessment 43* ». Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Publ 01-E058.
6. Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson, éditeurs. « *To err is human: building a safer health system* », Washington (DC), National Academy Press, 2000.
7. Collins, R., A. Scrimgeour, S. Yusuf et R. Peto. « Reduction in fatal pulmonary embolism and venous thrombosis by perioperative administration of subcutaneous heparin. Overview of results of randomized trials in general, orthopedic and urologic surgery », *N Engl J Med*, 1988 ; 318 : 1162-73.
8. Chiquette, E., M.G. Amato et H.I. Bussey. « Comparison of an anticoagulant clinic with usual medical care », *Arch Intern Med*, 1998 ; 158 : 1641-7.
9. Anderson, D., J. Wilson, E. Burton, P.S. Wells, G. Lewis et M. Kovacs. « Anticoagulation clinic vs. family physician based warfarin monitoring: a randomized controlled trial » [résumé P813]. Assemblée de l'International Society of Thrombosis and Haemostasis, Paris, 2001.
10. Giotis, A., F. Paradiso-Hardy, W.R. Bartle et B. Hardy. « Pharmacy-directed warfarin dosing program in post-operative heart valve replacement patients » [résumé]. *Can J Hosp Pharm* 1998 ; 51 : 88.
11. Tschol, N., D. Lai et G. Brown. « Physician and pharmacist managed warfarin treatment in open heart surgery patients », *J Informed Pharmacother*; 2002 ; 8 : 408-11.
12. Paradiso-Hardy, F., C. Bucci, P. Madorin, K. George et B. Bartle. « Pharmacy-based heparin-induced thrombocytopenia surveillance program for heart valve replacement patients » [résumé], *Can J Hosp Pharm*, 2002 ; 55(Suppl. 1) : S49.

William R. Bartle, Pharm. D., FSCPH, est coordonnateur clinicien du département de pharmacie et membre du service de thromboembolie du Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre et University of Toronto, à Toronto, en Ontario.

William Geerts, MD, FRCPC, est consultant auprès du service de thromboembolie du Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre et University of Toronto, à Toronto, en Ontario.

Adresse de correspondance :

D^r William R. Bartle
 Pharmacy Department
 Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre
 2075 Bayview Avenue
 Toronto (ON)
 M4N 3M5

courriel : bill.bartle@swchsc.on.ca

