

# Traitement antithrombotique dans la Fibrillation Atriale du sujet âgé

Michel Chuzeville

Médecine du vieillissement – Cardiologie de la personne âgée  
Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon

# Déclarations légales

- Je déclare avoir les conflits d'intérêts suivants à ce jour dans le cadre de cette présentation

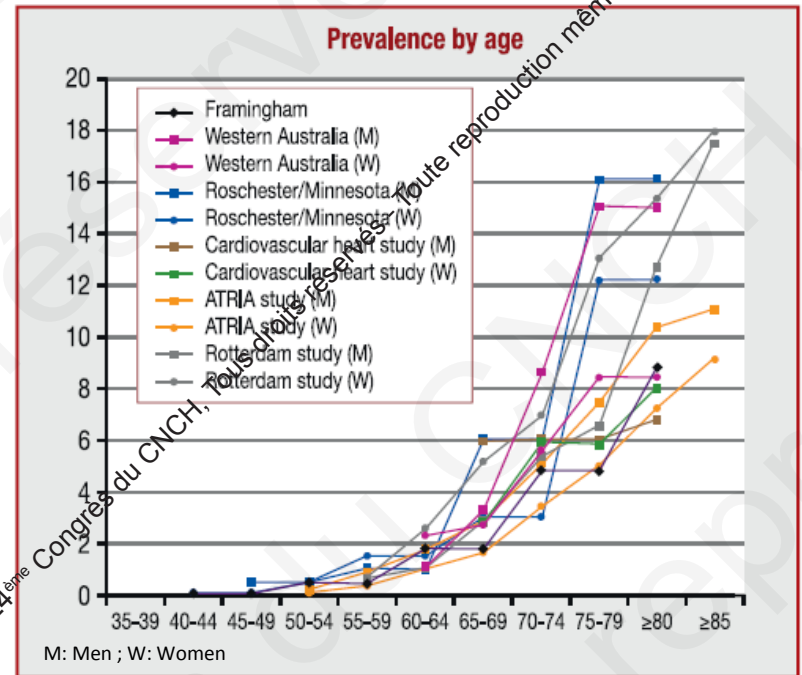
Nature	Financier (s)
Honoraires d'Expert et de Conférencier	Bayer, BMS, Boehringer, Pfizer, Astra-Zeneca, Novartis

- Loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du code de la santé publique) et décret du 28 mars 2007

- Je déclare ne faire état dans ma présentation que de données confirmées
  - article R.4127-13 du code de la santé publique

# Quelques chiffres concernant la FA du sujet âgé

- La FA concernerait **> 1 million de Français**
- Trouble du rythme le plus fréquent chez le sujet âgé
  - Prévalence x 2 tous les 10 ans après 50 ans
  - Touche selon les études, **jusqu'à 1 octogénaire/6**
- Au final
  - **2 FA /3** après 75 ans
  - **1 FA /2** après 80 ans



# Pronostic de la FA du sujet âgé

- **FA plus grave chez le sujet âgé**
  - Risque d'insuffisance cardiaque
  - **Risque thromboembolique systémique**

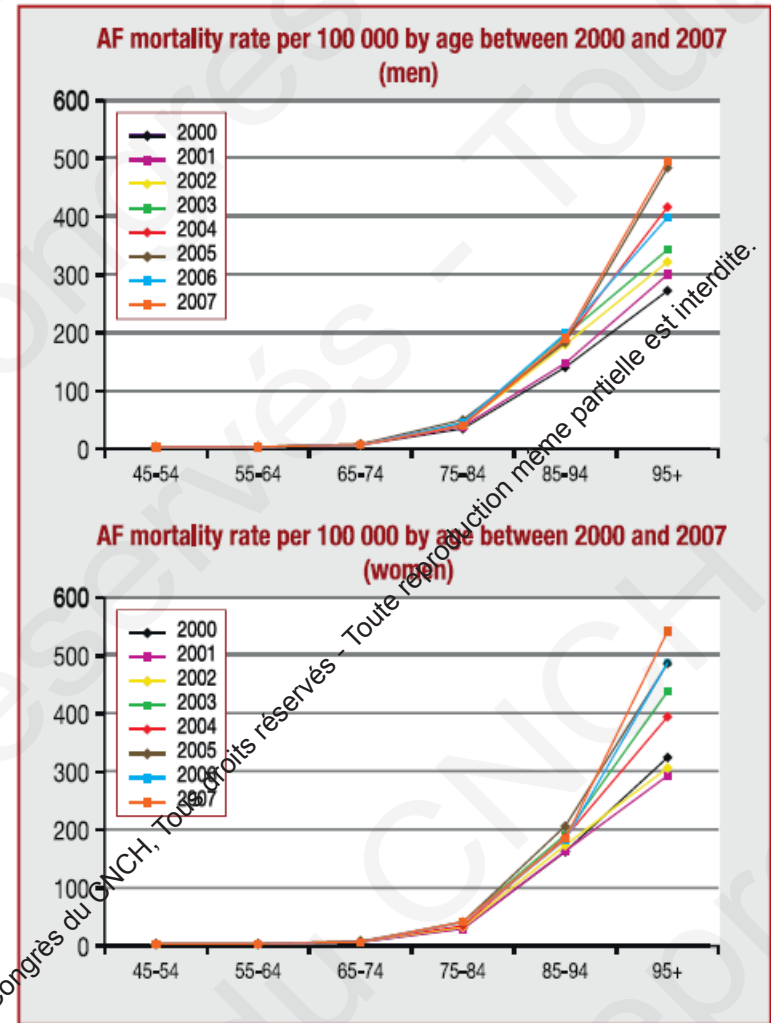
## The Swedish Cohort Atrial Fibrillation Study

Age	Risque relatif (IC 95%)
<65 ans	1,0 (référence)
65-74 ans	2,97 (2,54-3,48)
<b>≥75 ans</b>	<b>5,28 (4,57-6,09)</b>

Friberg L. EHJ **2012**, 33: 1500-1510

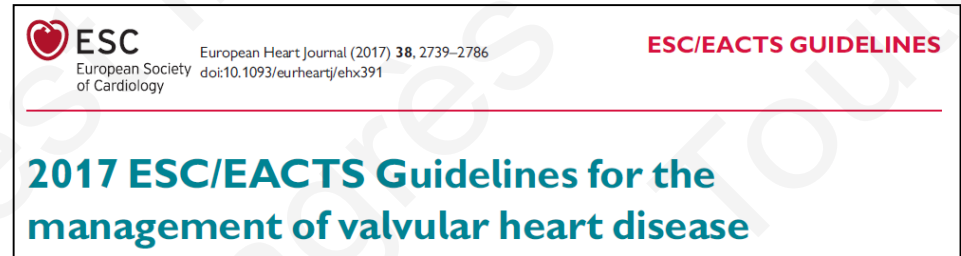
- **Mortalité : apanage FA du sujet âgé**
- **La FA ↑ la mortalité chez le sujet âgé**
  - Mortalité toute cause: **x 1,31**
  - Mortalité CV: **x 1,41**

**4747 décès en France en 2007 (3440 en 2000)**



Mortalité de la FA en France  
(pour 100 000 personnes) entre 2000 et 2007

# Prévention du risque T.E. de la **FA valvulaire**



- **FA valvulaire** = **Sténose mitrale modérée à sévère**  
**Prothèse valvulaire mécanique**
- **Dans les FA valvulaires les AVK sont recommandés**

Vitamin K antagonist therapy (INR 2.0–3.0 or higher) is recommended for stroke prevention in AF patients with moderate-to-severe mitral stenosis or mechanical heart valves.

I

B

- **Auto-mesures de l'INR recommandées** sous réserve qu'une formation appropriée et un contrôle qualité soient assurés

Vitamin K antagonist therapy (INR 2.0–3.0 or higher) is recommended for stroke prevention in AF patients with moderate-to-severe mitral stenosis or mechanical heart valves.

I

B

- **Dans les FA valvulaires les AOD sont contre-indiqués**


The use of NOACs is contraindicated.<sup>45</sup>

III

B

# Prévention du risque TE de la **FA non valvulaire**

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016



European Heart Journal  
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

**ESC GUIDELINES**

---

**2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS**

Recommandations	Classe	Niveau
<b>Evaluer le risque TE de la FA avec le score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</b>	<b>I</b>	<b>A</b>

Recommandations	classe	niveau
<b>Chez l'homme</b> , traitement anticoagulant oral si <b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc <math>\geq</math> 2</b>	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>Chez la femme</b> , traitement anticoagulant oral si <b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc <math>\geq</math> 3</b>	<b>I</b>	<b>A</b>

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Quels sujets âgés avec une FANV doit-on décoaguler ?

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> - VASc	
Facteurs de risque	Score
<b>Insuffisance cardiaque</b> Signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque ou FEVG altérée	1
<b>HTA</b> PA de repos > 140/90 mmHg à au moins 2 occasions ou traitement antiHTA en cours)	1
<b>Age ≥ 75 ans</b>	<b>2</b>
<b>Diabète</b> Glycémie à jeun > 7 mmol/l (1,25 g/l) ou traitement par ADO et/ou insuline	1
<b>Antécédents d'AVC, d'AIT ou de Thromboembolie systémique</b>	2
<b>Pathologie vasculaire</b> ATCD d'IDM, artériopathie périphérique, plaque aortique	1
<b>Age 65-74 ans</b>	1
<b>Sexe féminin</b>	<b>1</b>

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> - VASc	Risque TE ajusté (%/an)	Patients (n=7329)
0	0%	1
1	1,3%	422
<b>2</b>	<b>2,2%</b>	1230
3	3,2%	1709
4	4,0%	1718
5	6,7%	1159
6	9,8%	679
7	9,6%	294
8	6,7%	82
9	15,2%	14

A partir de 75 ans tout patient qui fait ou a fait de la FA doit en principe recevoir un traitement anticoagulant oral au long cours quel que soit le type de FA (paroxysmique, persistante ou permanente)

# Reste-t-il une place pour les antiplaquettaires?

- **ESC 2012**

- Le risque de **saignement majeur** ou d'**hémorragie intracranienne avec les antiplaquettaires** n'est **pas significativement différent de celui des anticoagulants oraux** spécialement **chez le sujet âgé**

The risk of major bleeding with antiplatelet therapy (with aspirin–clopidogrel combination therapy and – especially in the elderly – also with aspirin monotherapy) should be considered as being similar to OAC.

IIa

B

Les AAP ne sont pas une vraie alternative aux Anticoagulants chez le sujet âgé

- **ESC 2016**

**Les antiplaquettaires ne sont pas recommandés** pour la prévention de l'AVC chez les patients en FA quel que soit le risque d'AVC

Antiplatelet monotherapy is not recommended for stroke prevention in AF patients, regardless of stroke risk.

III  
(harm)

A



# Et le risque hémorragique des anticoagulants ?

European Heart Journal Advance Access published August 23, 2016



European Heart Journal  
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

ESC GUIDELINES

## 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

- Les scores de risque hémorragique\* doivent être pris en considération chez les patients en FA sous traitement anticoagulant

\* HASBLED, HEMORR<sub>2</sub>HAGES, ORBIT, ABC bleeding score

Bleeding risk scores should be considered in AF patients on oral anticoagulation to identify modifiable risk factors for major bleeding.

Ila

B

- Ils ne doivent généralement pas conduire à renoncer au traitement anticoagulant mais permettre d'identifier les facteurs de risque d'hémorragie majeure et de traiter les facteurs modifiables

HTA (surtout si PAS > 160 mmHg)

Labilité de l'INR ou TTR < 60 % sous AVK

Médicaments prédisposant au saignement (AAP, AINS)

Excès d'alcool (> 8 verres/semaine)

Anémie

Insuffisance rénale

Insuffisance hépatique

Thrombopénie

Âge > 65 ans et ≥ 75 ans

ATCD d'hémorragie majeure

ATCD d'AVC

Dialyse ou transplantation rénale

Cirrhose hépatique

Cancer

Facteurs génétiques

Troponine HS

GF15

Créatininémie / Clairance estimée

# Comment évaluer le risque hémorragique ?

## Score HAS-BLED

ESC Guidelines 2010

	HASBLED	score
H	HTA non contrôlée	1
A	Anomalies fonction rénale et/ou hépatique	1 ou 2
S	<b>AVC</b>	1
B	Hémorragie	1
L	Labilité de l'INR	1
E	<b>Sujet âgé</b> (> 65 ans)	1
D	<b>Médicaments</b> ou alcool	1 ou 2
		Max 9

établi sur population âge moyen 66 ans

Chez le sujet âgé  
polypathologique

Evaluation gériatrique globale

## Score HEMORR<sub>2</sub>HAGES

Gage BF Am Heart J 2006; 151 : 713-19

HEMORR <sub>2</sub> HAGES	Score
Maladies Hépatiques et Rénales	1
Alcoolisme	1
<b>Affections Malignes</b>	1
<b>Age ≥ 75 ans</b>	1
Thrombopénie	1
Risque de récurrence hémorragique	2
HTA non contrôlée	1
<b>Anémie</b>	1
Facteur génétique (CYP 2C9, VKORC1)	1
<b>Chute ou maladie neuropsychiatrique</b>	1
<b>AVC</b>	1
	Maxi 12

établi sur population âge moyen 80 ans

# La fragilité chez le sujet âgé en FA

- Problématique croissante en Rythmologie



Europace (2017) 0, 1–7  
doi:10.1093/europace/eux288

EP WIRE

## Frailty syndrome: an emerging clinical problem in the everyday management of clinical arrhythmias. The results of the European Heart Rhythm Association survey

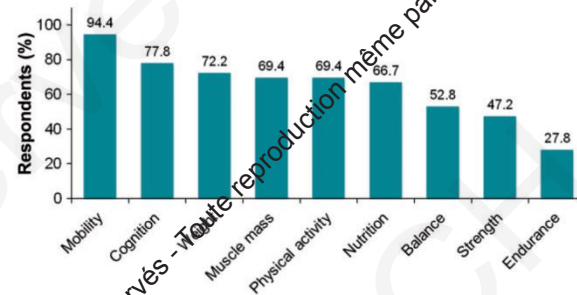
Stefano Fumagalli<sup>1\*</sup>, Tatjana S. Potpara<sup>2</sup>, Torben Bjerregaard Larsen<sup>3</sup>,  
Kristina H. Haugaa<sup>4</sup>, Dan Dobreanu<sup>5</sup>, Alessandro Proclemer<sup>6</sup>, and Nikolaos Dargatzis<sup>7</sup>

# European Heart Rhythm Association Survey

Europace. 2017 Nov 1;19(11):1896-1902

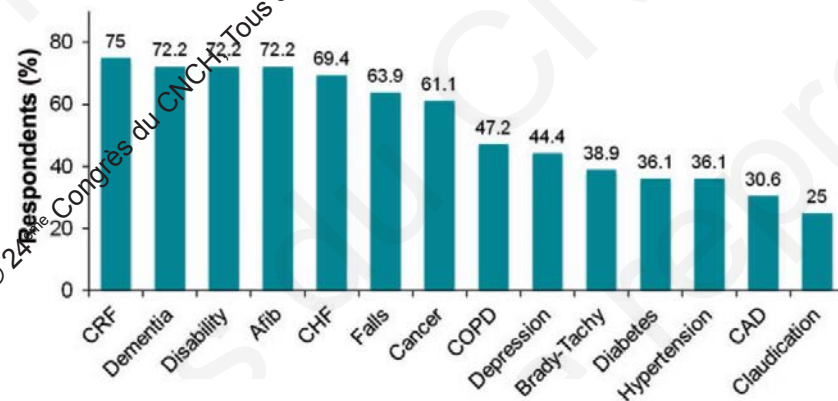
- Questionnaire Web complété en juin 2017 dans 14 pays européens,
- **53 %** de la population traitée **> 70 ans**,
- **Patients âgés fragiles = 10 %**,
- **91.7 %** des centres rapportent avoir traité des sujets fragiles l'année précédente.
- **Reconnaissance de la fragilité** habituellement **basée sur la présence de problèmes de:**

- **mobilité**
- **nutrition**
- **cognition**
- **perte inappropriée de poids et de masse musculaire**



- **Comorbidités** les plus rapportées comme **facteurs de fragilité:**

- **l'insuffisance rénale**
- **la démence**
- **l'invalidité**
- **La fibrillation atriale**
- **l'insuffisance cardiaque**
- **les chutes**
- **le cancer**



# Comment faire chez le sujet âgé fragile

- **Evaluation gériatrique a minima**, lors de la prescription du traitement anticoagulant **pour réduire le risque hémorragique**:

➔ **Chutes** / **Cognition** / **Comédications** / **Cockcroft**

## Chutes

- Fréquentes ?
- Graves ? Peut se relever ?
- **Evitables ?** (aide technique, nutrition)

## Cognition et Thymie

- **Observance ?**
- Nécessité pilulier ? IDE ?
- **Signes d'alerte d'hémorragie ?**

## Comédications

- ↑ risque hémorragique (**AINS, AAP**)
- ↑ Risque hypoTA - **Anti HTA**  
- **Psychotropes**

## Cockcroft

- **Risque hémorragique ++ chez IR**
- **Choix anticoagulant**
- **Adaptation dose anticoagulant**

# Chutes et démence

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016



European Heart Journal  
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

ESC GUIDELINES

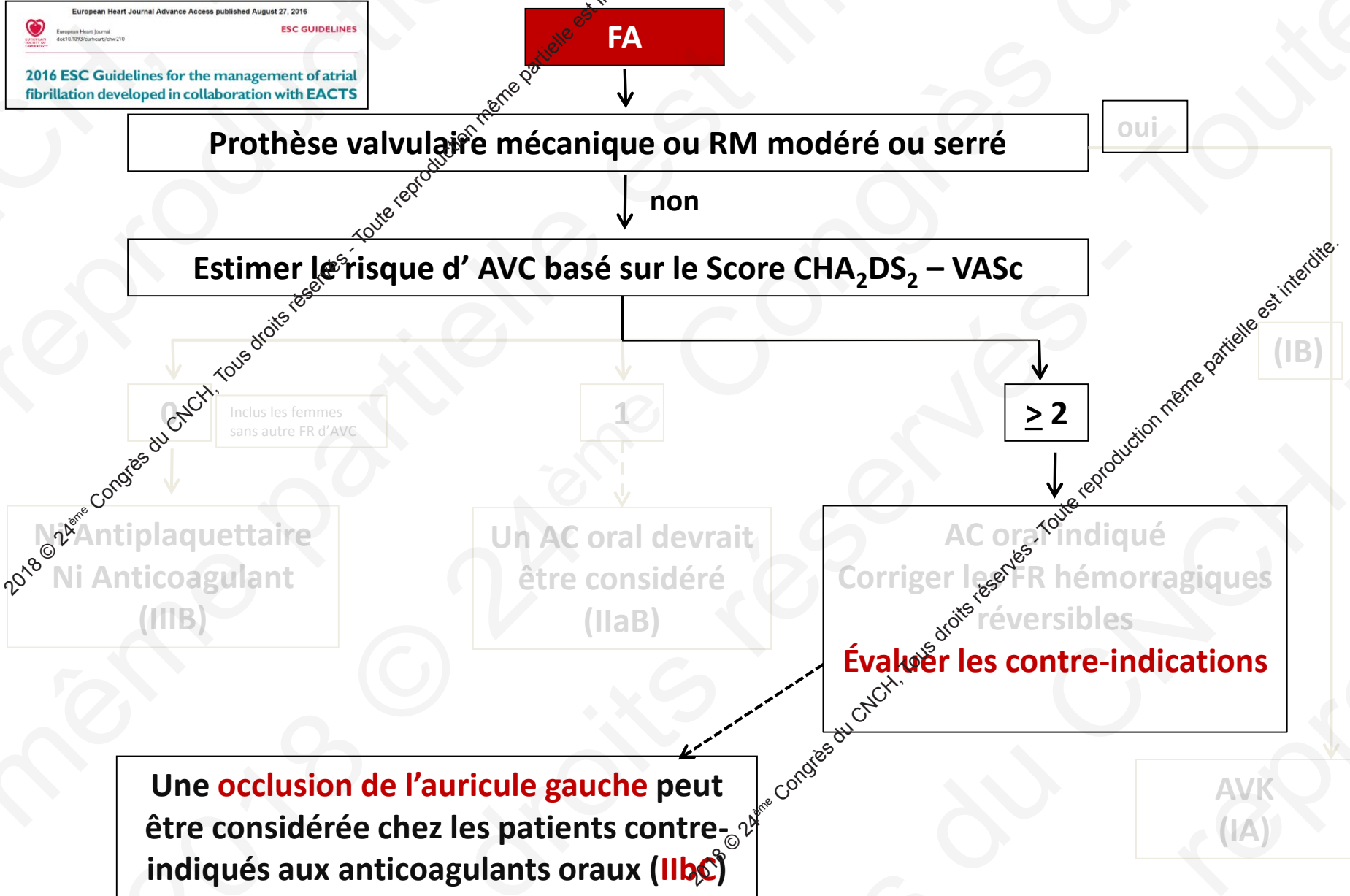
## 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

- Augmentent la mortalité des patients en FA sans évidence pour une augmentation marquée du risque d'hémorragie intracrânienne
- Par conséquent:
  - Il faut **s'assurer des conditions d'observance** en cas de troubles cognitifs
  - on ne doit **s'abstenir de traitement anticoagulant que si les chutes sont graves et non contrôlables**

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

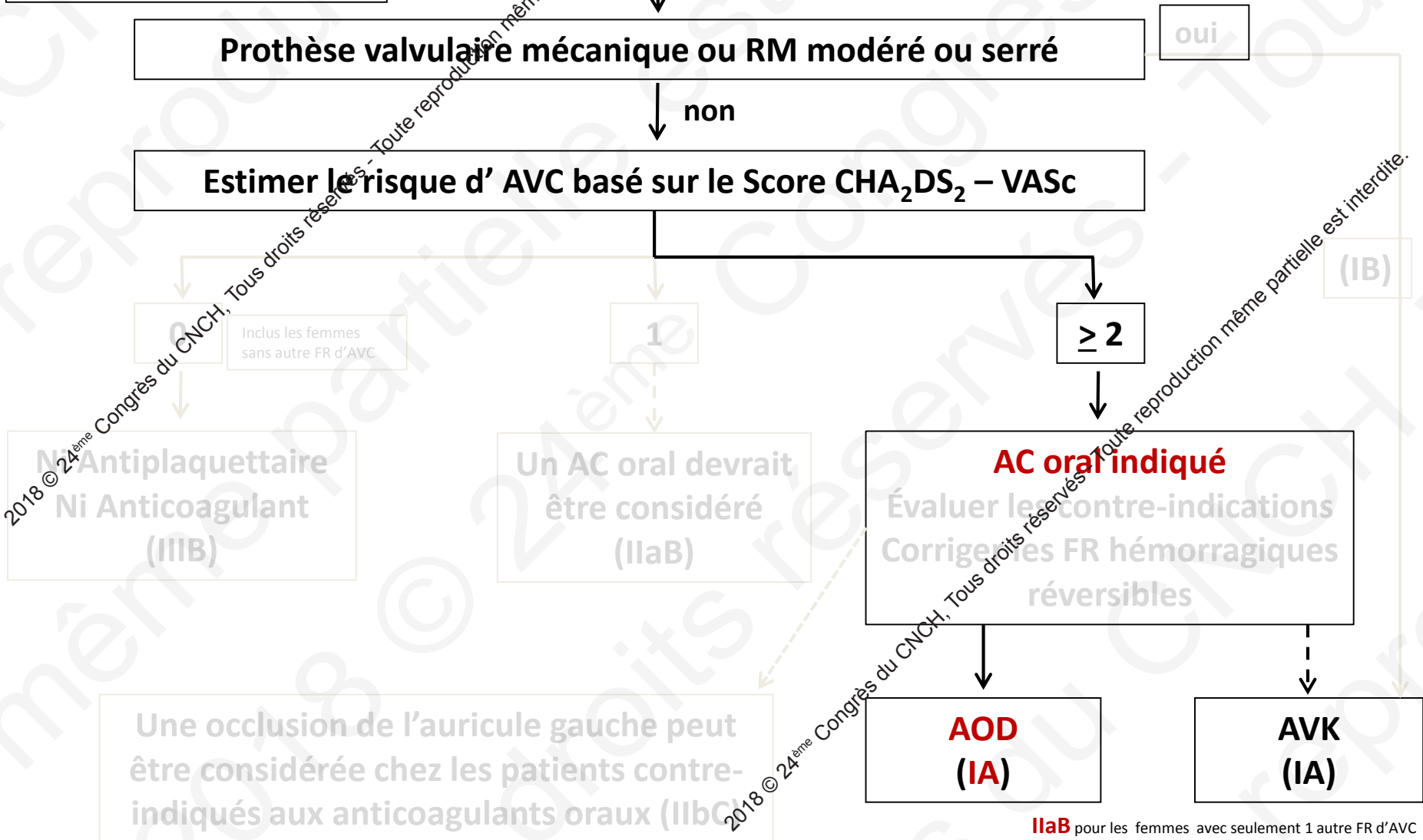
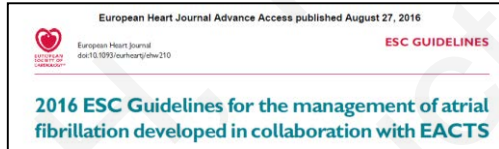
# Et si finalement contre-indication aux anticoagulants



2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Quel anticoagulant dans la FA en 2018?



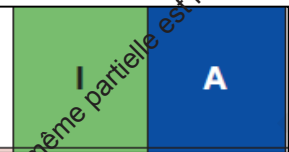


# Quel anticoagulant dans la FA en 2018?



- En dehors des FA valvulaires (prothèses mécaniques et RM moyen à serré) si patient éligible, **les AOD sont introduits de préférence aux AVK**

When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban), a NOAC is recommended in preference to a Vitamin K antagonist.



## Commission de transparence du 24.01.2018

- AOD et AVK sont des médicaments de première intention** dans la prévention de l'AVC et des embolies systémiques **dans la FA non valvulaire** lorsque la prescription d'un anticoagulant est envisagée

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Quel niveau de preuve pour les AOD dans la FA du sujet âgé ?

- **Beaucoup de sujets âgés dans les grands essais cliniques**

Etude	Nbre de patients $\geq 75$ ans	%/Effectif global de l'étude
RE-LY (Dabigatran)	7258	40 %
ROCKET-AF (Rivaroxaban)	6229	43 %
ARISTOTLE (Apixaban)	5678	31 %
ENGAGE-AF (Edoxaban)	8474	40 %
<b>Total</b>	<b>27 574</b>	<b>38 %</b>

- **Et beaucoup de sujets très âgés ( $\geq 80$  ans)**

- RE-LY : **3027** patients (**16,7%**)
- ARISTOTLE : **2654** patients (**13%**)
- ROCKET – AF: **2517** patients (**18%**)

# AOD et patients fragiles

- **Commission de transparence du 24.01.2018**

- Pas d'étude de haut niveau de preuve réalisée spécifiquement dans les populations les plus fragiles (patients âgés, de petit poids ou insuffisants rénaux).
- Populations cependant incluses dans les essais pivots
  - $\geq 75$  ans = **31% à 43%** des patients
  - $\geq 80$  ans = **13% à 17%** des patients
- Etudes observationnelles françaises (**SNIIRAM**):
  - $\geq 80$  ans = **35%** des patients



**Recommandations applicables**

# Quel bénéfice des AOD dans la FA après 75 ans ?

Méta-analyse 2014 **29 099 ≥ 75 ans** (sur 71 683 participants en FA)

- AVC et Embolies systémiques: = **- 8% NS**
- AVC hémorragiques et hémorragies intracrâniennes: ≈ **- 50%**
- Décès toute cause: **- 10%**
- Hémorragies gastrointestinales : **+ 25%**

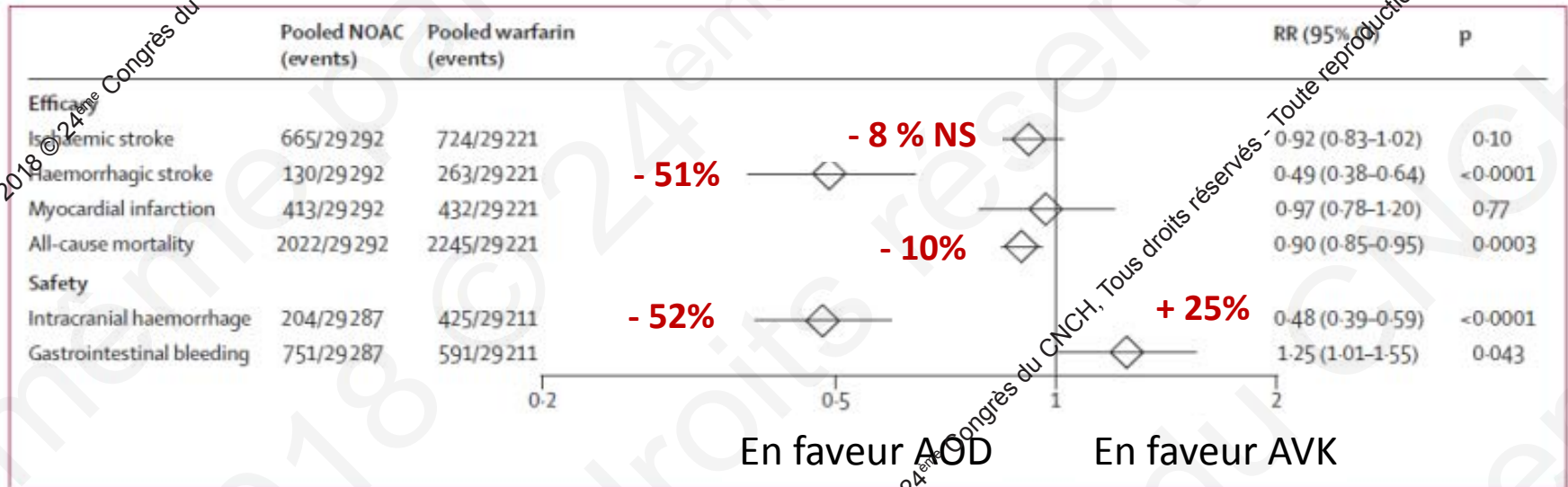
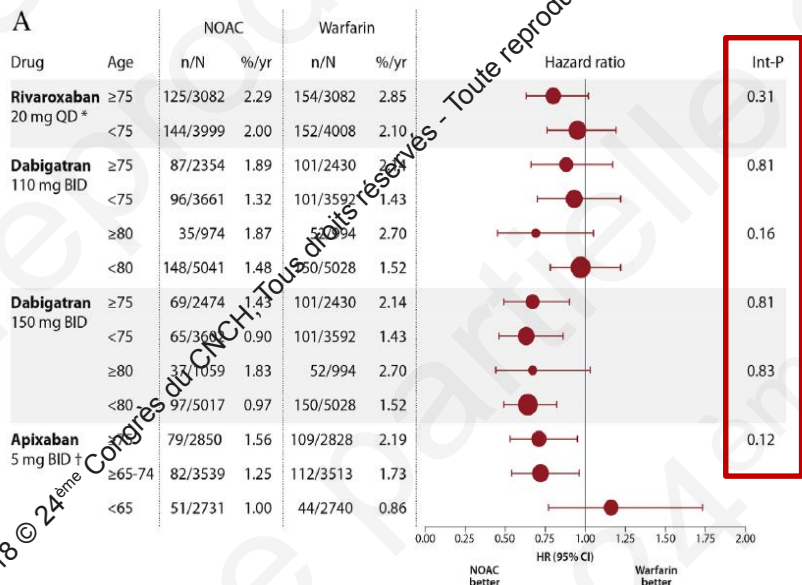


Figure 2: Secondary efficacy and safety outcomes

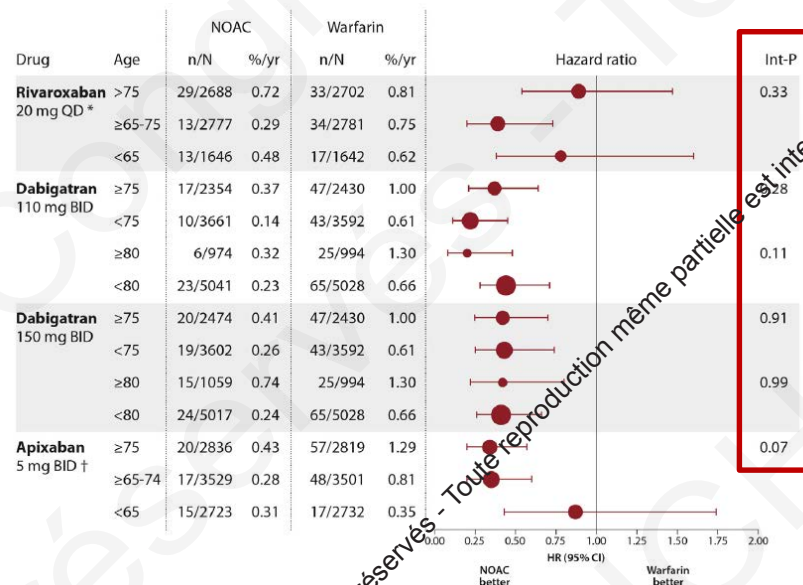
# Essais de phase 3 AOD/Warfarine

## Pas d'influence de l'âge en terme d'efficacité

### AVC et embolies systémiques



### Hémorragies intracrâniennes

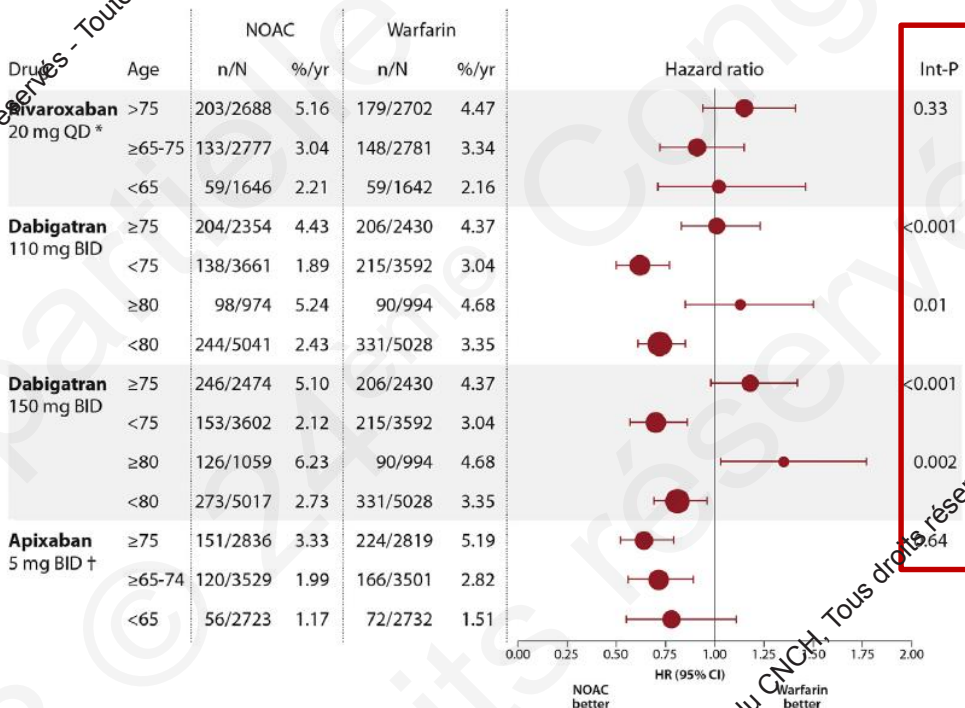


# Essais de phase 3 AOD/Warfarine

## Influence variable de l'âge sur la sécurité

### Saignements majeurs

B

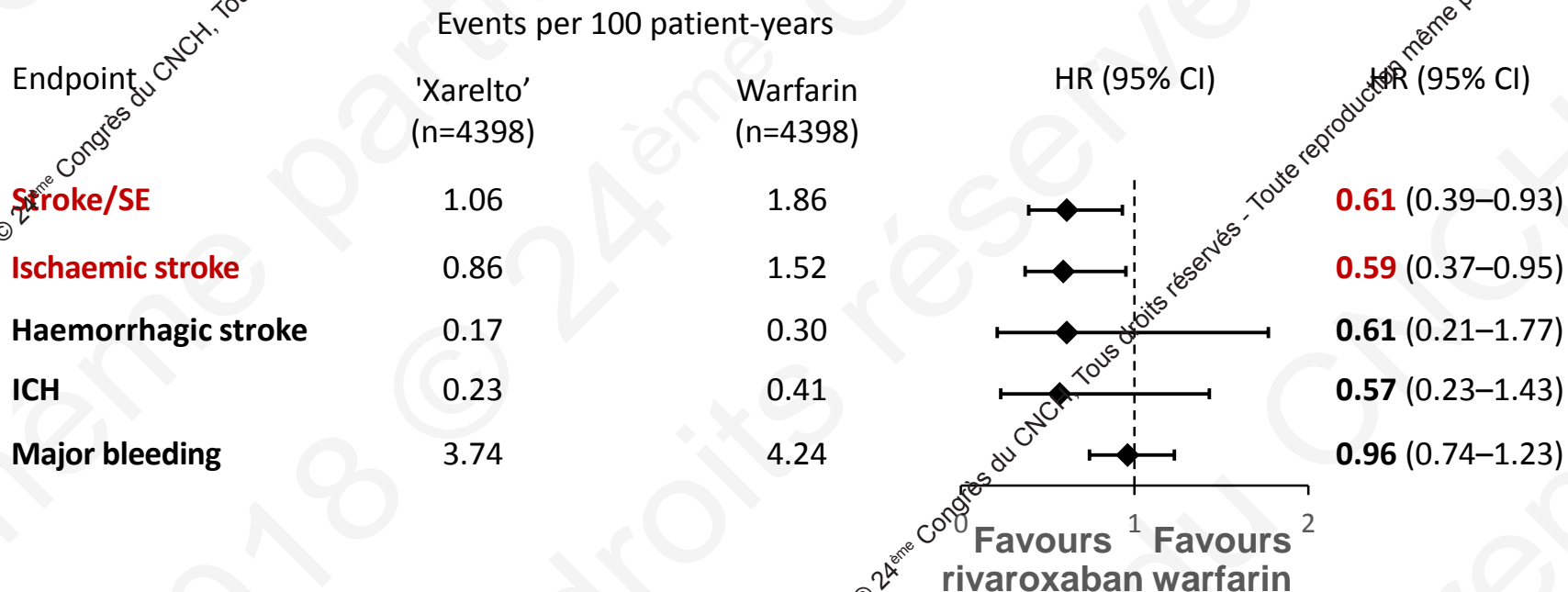


# Rivaroxaban versus Warfarine dans la FANV après 80 ans

**Coleman C et al (2017)**

**Real  
World**

- **U.S. MarketScan claims database**
- Novembre 2011- Mars 2016
- 4398 patients sous Rivaroxaban (dont 43,4% sous 15 mg/j) / 4398 patients sous Warfarine
- **Âge moyen: 84 ans**



# Rivaroxaban versus Warfarine dans la FANV

## Etude BROTHER

Avis de transparence HAS (24/01/2018)

Real  
World

Source: SNIIRAM

Date index : 1ère dispensation d'un Anticoagulant oral en **2013** ou **2014**

**Suivi : 2 ans** après la date index ou jusqu'au décès ou la fin de l'étude (31/12/2015)

### • Rivaroxaban/Warfarine

- **Moins d'AVC ischémiques** (uniquement avec 20 mg de Rivaroxaban)
- **Moins d'hémorragies majeures et de saignements significatifs**
- **Moins de décès**
- **Pas plus d'évènements coronariens**

	Rivaroxaban 15 mg vs AVK		Rivaroxaban 20 mg vs AVK	
	R 15 n=23 356	AVK n=23 356	R 20 n=31 563	AVK n=31 563
Femmes	52,5 %	52,5 %	38 %	38 %
Age moyen (ans)	80,1	80,1	71,2	71,2
≥ 80 ans	60,4 %	60,8 %	20,7 %	20,2 %
Au moins 1 ALD	72,2 %	74,4 %	67,6 %	72,2 %
Score CHA2DS2-VASc moyen	3,52	3,77	2,66	2,71
Score HAS-BLED moyen	2,22	2,23	1,86	1,90

	Résultats à 12 mois					
	Rivaroxaban 15 mg vs AVK			Rivaroxaban 20 mg vs AVK		
	R 15 n=23 356	AVK n=23 356	HR [IC95%]	R 20 n=31 563	AVK n=31 563	HR [IC95%]
AVC ischémiques (ou non précisé)/ES	2,3 %	2,3 %	0,99 [0,88-1,13]	1,5 %	1,9 %	0,80 [0,70-0,92]
Hémorragies majeures	2,3 %	2,8 %	0,81 [0,71-0,93]	1,5 %	2,1 %	0,69 [0,61-0,79]
dont AVC hémorragique	0,5% [0,4-0,6]	0,8% [0,6-0,9]		0,4% [0,3-0,5]	0,5% [0,5-0,6]	
Saignement cliniquement significatif	4,3 %	5,0 %	0,86 [0,79-0,95]	3,3 %	3,8 %	0,87 [0,79 - 0,95]
gastro-intestinal urogénital	1,6% [1,0-1,8] 0,6% [0,5-0,7]	1,4% [1,3-1,6] 0,8% [0,7-0,9]		1,3% [1,2-1,5] 0,7% [0,6-0,8]	1,1% [1,0-1,3] 0,7% [0,6-0,8]	
Mortalité toutes causes	9 %	10,6 %	0,86 [0,81-0,92]	3,9 %	5,9 %	0,65 [0,60-0,71]
Événement coronarien aigu (IDM, angor instable)	1,5 %	1,6 %	0,91 [0,77-1,07]	1,2 %	1,5 %	0,77 [0,66-0,89]





## ‘Ten Commandments’ of the EHRA Guide for the Use of NOACs in AF

Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) are an alternative for vitamin K antagonists (VKAs) to prevent stroke in patients with atrial fibrillation (AF), and have emerged as the preferred choice, particularly in patients newly started on anticoagulation. Both physicians and patients are becoming more accustomed to the use of these drugs in clinical practice. However, many unresolved questions on how to optimally use these agents in specific clinical situations remain. In 2013, the first “EHRA Practical Guide” was published to provide practical guidance for situations; an update was published in 2015. Below are 10 important take-aways from the 2018 EHRA NOAC Practical Guide:

### 10

#### Ne pas sous-traiter les patients fragiles et âgés

- L'AVC est un événement grave chez ces patients,
- Il entraîne souvent une incapacité et l'impossibilité de retourner à une vie normale.
- Les AOD apportent également chez ces patients à haut risque une efficacité et une sécurité substantielle par rapport aux AVK.

severe over-/underweight or reduced kidney function). This should only be done under the guidance of a coagulation expert and acknowledging that hard clinical outcome data do not exist for such a strategy.

- (8) In patients with CAD and AF, use of **NOACs in combination with antiplatelet therapy is feasible (and preferred over VKA)**. Duration of triple therapy should be as short as reasonably possible, depending on the risk for stroke, (athero)thrombosis, and bleeding. A default strategy of 1 week triple therapy after elective stenting and 3 months after stenting during an acute coronary syndrome may be considered as starting point for individualization.
- (9) In selected NOAC treated patients with an acute stroke, **endovascular thrombectomy** is preferred if indicated and possible. **Thrombolysis** can only be administered when no NOAC effect can be assumed (e.g.  $\geq 48$  h after last intake), confirmed by specific coagulation assay, or reversed (by idarucizumab in the case of dabigatran).
- (10) **Do not undertreat frail and elderly patients**. Stroke is a severe event in these patients, frequently leading to disability and inability to return to their normal lives. NOACs have a consistent efficacy and safety (vs. VKA) also in these high-risk patients.



# ‘Ten Commandments’ of the EHRA Guide for the Use of NOACs in AF

## 6

### Évaluer la fonction rénale

- Dosage de la **créatinine** et calcul de la **clairance** de la créatinine à **intervalles réguliers et pré-spécifiés**.
- Une règle de base possible:

**intervalle entre 2 contrôles (en mois) = CrCl Cockcroft/ 10**

- ing that hard clinical outcome data do not exist for such a strategy.
- (8) In patients with CAD and AF, use of **NOACs in combination with antiplatelet therapy is feasible (and preferred over VKA)**. Duration of triple therapy should be as short as reasonably possible, depending on the risk for stroke, (athero)thrombosis, and bleeding. A default strategy of 1 week triple therapy after elective stenting and 3 months after stenting during an acute coronary syndrome may be considered as starting point for individualization.
  - (9) In selected NOAC treated patients with an acute stroke, **endovascular thrombectomy** is preferred if indicated and possible. **Thrombolysis** can only be administered when no NOAC effect can be assumed (e.g.  $\geq 48$  h after last intake), confirmed by specific coagulation assay, or reversed (by idarucizumab in the case of dabigatran).
  - (10) **Do not undertreat frail and elderly patients.** Stroke is a severe event in these patients, frequently leading to disability and inability to return to their normal lives. NOACs have a consistent efficacy and safety (vs. VKA) also in these high-risk patients.



# ‘Ten Commandments’ of the EHRA Guide for the Use of NOACs in AF

## 4

### Posologies

- Dans la mesure du possible, **utiliser la dose standard d’AOD testée** pour fournir un bénéfice optimal pour le patient.
- **Les réductions de dose sont principalement guidées par les critères utilisés dans les grands essais de phase III.**

val in months = CrCl/10.

- (7) There is **no need for routine assessment of NOAC plasma levels**. NOAC plasma level measurement may be considered in rare situations, like emergencies (severe bleeding, urgent surgery, and stroke) or complex patient profiles (e.g. multiple relevant drug–drug interactions, severe over-/underweight or reduced kidney function). This should only be done under the guidance of a coagulation expert and acknowledging that hard clinical outcome data do not exist for such a strategy.
- (8) In patients with CAD and AF, use of **NOACs in combination with antiplatelet therapy is feasible (and preferred over VKA)**. Duration of triple therapy should be as short as reasonably possible, depending on the risk for stroke, (athero)thrombosis, and bleeding. A default strategy of 1 week triple therapy after elective stenting and 3 months after stenting during an acute coronary syndrome may be considered as starting point for individualization.
- (9) In selected NOAC treated patients with an acute stroke, **endovascular thrombectomy** is preferred if indicated and possible. **Thrombolysis** can only be administered when no NOAC effect can be assumed (e.g.  $\geq 48$  h after last intake), confirmed by specific coagulation assay, or reversed (by idarucizumab in the case of dabigatran).
- (10) **Do not undertreat frail and elderly patients**. Stroke is a severe event in these patients, frequently leading to disability and inability to return to their normal lives. NOACs have a consistent efficacy and safety (vs. VKA) also in these high-risk patients.

# Adaptation de posologie des AOD chez le sujet âgé

## • Dabigatran:

- $\geq 80$  ans
- Vérapamil, Quinidine (inhibiteurs puissants de la P-gp)
- Entre 75 et 80 ans\* (surtout si poids  $\leq 50$  kg)
- Cockcroft 30-59 ml/mn\*
- Oesophagite, Gastrite, RGO\*

150 mg x 2/j  110 mg x 2/j

\* Adaptation après évaluation individuelle

## • Rivaroxaban: pas de critère d'âge

- Cockcroft 15-49 ml/mn

20 mg x1/j  15 mg x1/j

## • Apixaban:

- $\geq 80$  ans\*
- Poids  $\leq 60$  kg\*
- Créatininémie  $\geq 133$   $\mu\text{mol/l}$ \*

5 mg x2/j  2.5 mg x2/j

\* Adaptation si 2 critères/3

# Take Home message

- Malgré l'augmentation du risque hémorragique avec l'âge, il est recommandé de **décoaguler toutes les FA au delà de 75 ans**
- Chez le sujet âgé , **les AAP ne sont pas une alternative** au traitement anticoagulant dans la FA
- **Une évaluation gériatrique minimale est nécessaire** lors de l'introduction du traitement anticoagulant (**C**hute / **C**ognition / **C**omédications / **C**ockcroft)
- L'évaluation du risque hémorragique n'a pas pour but de contre-indiquer le traitement anticoagulant mais de **corriger les FR hémorragiques corrigibles**
- **Pas d'alternative aux AVK si prothèse mécanique ou sténose mitrale**
- **Les AOD** sont au moins aussi efficaces que les AVK. Ils réduisent le risque d'hémorragie intracranienne de 50% par rapport aux AVK. Ils sont recommandés en **1<sup>ière</sup> intention**.
- Un traitement AOD se surveille sur le plan biologique (**Cockcroft**)
- Une **éducation thérapeutique** est indispensable
  - carte d'information et de surveillance
  - Signes d'alerte du risque hémorragique
  - Situations intercurrentes à risque
  - Automédication
  - Surveillance biologique