

Éditorial

Editorial

T. Vogel

© Lavoisier SAS 2015

La commercialisation des anticoagulants oraux directs (AOD), ex-NACO (nouveaux anticoagulants oraux) dès 2008 en France a marqué un véritable changement des pratiques dans la prise en charge, d'abord de la fibrillation atriale (FA), puis de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV).

Pour la première fois, il est devenu possible de prescrire un anticoagulant oral au long cours, en s'affranchissant de tout contrôle biologique et donc de toute prise de sang, dont on a tendance à oublier et banaliser le côté « désagréable ».

Tous les AOD ont été comparés à la warfarine dans les études princeps de non-infériorité de phase III. Que ce soit dans la FA ou la MTEV, les AOD se sont montrés non inférieurs (voire supérieurs) à la fois sur des critères d'efficacité et de sécurité. De tels résultats ont pu être confirmés par des méta-analyses...

Alors pourquoi cette méfiance, cette hésitation, tout particulièrement de la part des gériatres, pour proposer ces molécules innovantes aux personnes âgées ?

Les raisons sont multiples. Nous n'aborderons pas l'inertie médicale qui n'est pas spécifique aux AOD. Les raisons concernent la méthodologie des études où le soutien systématique de l'industrie pharmaceutique et les nombreux liens d'intérêt des auteurs avec l'industrie a pu générer des inquiétudes. Par ailleurs, toutes les études princeps qui ont évalué l'efficacité et la sécurité des AOD, comparativement à la warfarine, sont des études de non-infériorité, qui stricto sensu, sous-entendent une part d'infériorité consentie, laquelle est souvent définie sur un rationnel peu compréhensible.

Un des freins majeurs à la prescription des AOD chez les sujets âgés et surtout très âgés semblent être les caractéristiques des populations des études de phase III. Il s'agit d'abord de « jeunes sujets âgés » dans la FA avec un âge moyen d'environ 72 ans et de « très jeunes sujets âgés »

dans la MTEV avec un âge moyen d'environ 56 ans. Mais au-delà de l'âge chronologique, les caractéristiques cliniques, souvent mal précisées, des sujets inclus apparaissent différentes de celles de nos malades très âgés que nous soignons. La polyopathie, la polymédication, la dénutrition, les syndromes gériatriques, comme la fragilité, les chutes ou la confusion mentale, si fréquemment observés chez nos malades n'apparaissent pas chez les sujets inclus dans les études.

Peut-on alors légitimement généraliser les résultats obtenus dans les populations d'étude à nos malades soignés ? La réponse demeure incertaine...

L'*evidence based medicine* tente d'approcher la problématique avec des études complémentaires incluant des études de sous-groupes des études princeps, des études de pharmacovigilance et des études médico-économiques. Les résultats apparaissent globalement positifs au sens où l'efficacité et la sécurité d'utilisation des AOD semblent être conservées chez les sujets âgés. La qualité méthodologique de l'ensemble de ces travaux ne peut cependant rivaliser avec les études initiales de phase III. Les conclusions doivent donc rester nuancées et leur déclinaison dans la vraie vie doit rester prudente.

À défaut de preuves scientifiques irréfutables concernant l'utilisation des AOD chez les sujets âgés, ce sont finalement l'expérience et le jugement du prescripteur qui vont être déterminants.

C'est toute la philosophie de ce numéro spécial des *Cahiers de l'Année Gérontologique*, consacré aux AOD chez le sujet âgé. Nous vous proposons ainsi les points de vue de différents médecins du CHRU de Strasbourg qui sont confrontés dans leur pratique quotidienne à l'utilisation des AOD : le pharmacologue, le médecin référent du centre régional de pharmacovigilance, le cardiologue, l'anesthésiste, l'urgentiste, l'interniste et bien entendu le gériatre. L'objectif n'est pas de vous apporter une vérité gravée dans le marbre, mais de vous faire partager des réflexions complémentaires actualisées.

Un grand merci à tous les médecins qui ont activement participé à la préparation de ce dossier thématique !

T. Vogel (✉)

Pavillon Schutzenberger, hôpital de la Robertsau,
83 rue Himmerich, F-67091 Strasbourg cedex
e-mail : Thomas.vogel@chru-strasbourg.fr