

Savez-vous qu'il est possible de mesurer l'INR au doigt ?

Philippe Meurin, Jean-Yves Tabet, Ahmed Ben Driss

Les Grands Prés, Centre de réadaptation cardiaque de la Brie, Villeneuve Saint Denis (77)

Correspondance :

Philippe Meurin, Les Grands Prés, Centre de réadaptation cardiaque de la Brie, 77174 Villeneuve Saint Denis.
tél. : 01 60 43 59 59
fax : 01 60 43 07 47
philippemeurin@hotmail.com

Depuis des années, de nombreux patients diabétiques adaptent la posologie de leur insulinothérapie après mesure de la glycémie capillaire au doigt; le « dextro » contribue aussi au diagnostic et au suivi de certaines situations aiguës (acidocétose, hypoglycémie, etc.). Bref, cet examen simple permet probablement de sauver des vies au long cours (meilleur équilibre) et en urgence. Il existe depuis environ 10 ans un appareil identique permettant de mesurer l'INR des patients traités par des anticoagulants oraux sur une goutte de sang total; il est utilisé sans problème dans la plupart des pays européens (Allemagne, Suisse, Belgique, Luxembourg, etc., liste non limitative). Cet appareil, le coaguheck, n'est pas utilisé en France. Pourquoi ?

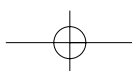
Fiabilité

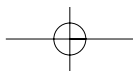
Ces appareils manquent-ils de fiabilité ? La réponse formelle ne peut découler que d'une analyse exhaustive de la littérature. Il semble cependant que la corrélation entre INR mesuré de façon classique au laboratoire et INR mesuré au doigt soit excellente, comme l'ont montré les experts de la *Mayo Clinic* [1].

Intérêt clinique: une rapide revue de la littérature

Manque-t-on d'études cliniques ? Il semble là aussi que la réponse soit négative. Pour ne revenir que sur les publications les plus récentes, le *British Medical Journal* [2] a publié en 2005 une étude randomisée portant sur 617 patients dans laquelle les patients du groupe coaguheck (ou « auto-gestion »), après formation, mesuraient eux-mêmes leur INR et adaptaient ensuite la posologie de warfarine. Après 1 an de suivi, les résultats du groupe « suivi classique » et ceux du groupe « auto-gestion » présentaient le même pourcentage de dosages situés dans la fenêtre thérapeutique (68 *versus* 70 %) et le même nombre d'événements graves (hémorragiques + thromboemboliques: 2,7/100 patients-années).

Dans une seconde étude randomisée, publiée en 2005 [3], portant sur 737 patients suivis pendant 1 an, le pourcentage d'INR adaptés était discrètement meilleur dans le groupe « auto-gestion »





Meurin P, Tabet JY, Ben Driss A

que dans le groupe « routine » (58,6 % versus 55,6 %; $p = 0,02$), et le nombre d'évènements graves (thromboemboliques + hémorragiques) était de 7,3 % dans le groupe routine contre 2,2 % dans le groupe « auto-gestion ». Bien entendu, le nombre d'INR réalisés était beaucoup plus important dans le groupe auto-gestion ($n = 15\,435$; 1 fois par semaine en moyenne) que dans le groupe routine ($n = 4\,712$; 1 fois par mois en moyenne). La discussion de fin d'article détaille plusieurs études antérieures aux deux précédentes portant sur un total de 1350 patients supplémentaires et dont les résultats sont superposables à ceux exposés ci-dessus. Enfin, une méta-analyse publiée par le *Lancet* en février 2006 [4] montre que l'autogestion du traitement anticoagulant par les patients est associée à une réduction significative du nombre d'évènements thromboemboliques (odds ratio: 0,27: 0,12-0,59) et de morts (0,37: 0,16-0,85), mais pas du nombre d'hémorragies sévères (0,93: 0,42-2,05) par rapport aux groupes contrôles.

Utilisation potentielle: surtout en ambulatoire dans un premier temps

La non utilisation de ce type d'appareil dans les hôpitaux français semble liée au fait que la législation impose à un biologiste d'hôpital d'être responsable du contrôle de qualité de tout appareil donnant un résultat biologique. Cela n'a semble-t-il cependant pas empêché la diffusion des kits de dosage du *Brain Natriuretic Peptide* (BNP) dans les services de cardiologie ou des lecteurs de glycémie dans les services de diabétologie. Il faut cependant reconnaître que la non disponibilité de ce type d'appareil dans les hôpitaux n'est pas un problème aigu: les INR peuvent être réalisés à la fréquence désirée et les résultats du laboratoire obtenus assez rapidement; il s'agit donc plus ici d'un problème de confort du patient (les prélèvements sanguins étant effectués à 6h30 le matin et la mesure au doigt pouvant être réalisée à une heure plus décente).

En ville, où la grande majorité des mesures d'INR sont réalisées, la non-utilisation de ce type d'appareil semble vraiment illogique.

Comme on l'a vu, le prélèvement au doigt permet des mesures et des adaptations plus fréquentes, et ceci abouti à une meilleure efficacité et à une moindre toxicité du traitement anticoagulant oral. Par ailleurs, il faut insister très fortement sur l'utilité éventuelle de ce type d'appareil chez l'enfant et le sujet impiquable.

Les obstacles sont ils financiers ?

Le rapport coût-efficacité de l'autogestion du traitement anticoagulant est bon [3, 5]; en d'autres termes, leur diffusion ne constituerait pas une charge financière accrue pour la société. Peut-on imaginer un frein des laboratoires de biologie qui craindraient une diminution de leur chiffre d'affaire par diminution du nombre de cotations d'INR? D'une part cela n'est pas démontré (rappelons que la proportion de patients susceptibles de s'autocontrôler est estimée à 1/3); d'autre part il ne serait pas éthique de refuser aux patients un tel bénéfice pour des raisons financières.

En conclusion, l'auto-contrôle du traitement anticoagulant par les patients est un problème sérieux qui mérite sans doute une plus longue réflexion que ce court éditorial.

L'objectif de celui-ci est simplement de faire connaître aux médecins français l'existence de ce type d'appareils. La question suivante reste posée: qu'attendons nous ?

Références

- 1 McBane RD 2nd, Felty CL, Hartgers ML, Chaudhry R, Beyer LK, Santrach PJ. Importance of device evaluation for point-of-care prothrombin time international normalized ratio testing programs. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005; 80: 181-6.
- 2 Fitzmaurice DA, Murray ET, McCahon D, Holder R, Raftery JP, Hussain S *et al*. Self management of oral anticoagulation: randomised trial. *BMJ*. 2005; 33: 11057-63.
- 3 Menendez-Jandula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat I, Quintana M, Gich I *et al*. Comparing self-management of oral anticoagulant therapy with clinic management. *Ann Intern Med*. 2005; 142: 1-10.
- 4 Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006; 367: 404-11.
- 5 Taborski U, Wittstamm FJ, Bernardo A. Cost effectiveness of self-managed anti-coagulant therapy in Germany. *Semin Thromb Hemost*. 1999; 25: 103-7.

