

Poids :      kg	Taille :	Allergie(s) :	<input type="checkbox"/> Aucune connue
Surface corporelle (m <sup>2</sup> ) :		Réactions indésirables aux médicaments :	

**DÉPARTEMENT DE PHARMACIE**

Prise en charge d'une thrombopénie induite par l'héparine soupçonnée

**CALCULER et ENCERCLER la probabilité clinique de TIH avec le score des 4T ( voir verso )**
**Probabilité faible (0-3 points)**  
 Aucune intervention requise

**Intermédiaire (4-5 points)**  
 Voir ordonnances médicales

**Élevée (6-8 points)**  
 Voir ordonnances médicales

**ORDONNANCES MÉDICALES**
**CESSER tout produit dérivé de l'héparine** (héparine et héparine-lock, énoxaparine, daltéparine)

**AJOUTER l'allergie «Héparine» avec la mention «TIH suspectée» dans le système OACIS** (dossier électronique du patient)

**REPLACER tout cathéter enduit d'héparine** (incluant cathéter d'artère pulmonaire, multi-lumière ou d'hémodialyse) **par un cathéter non enduit d'héparine**
**ANNULER toute ordonnance de warfarine ou d'acénocoumarol**
 **Test immunoenzymatique ELISA pour la détection des anticorps anti PF4-héparine** Aviser le laboratoire d'hémostase

◆ **Test d'activation plaquettaire (fonctionnel)**, à la sérotonine radiomarquée au carbone-14  
**À considérer uniquement** après l'obtention du résultat du test immunoenzymatique (envoi spécial à l'Université McMaster, Hamilton : SVP communiquer avec le laboratoire d'hémostase pour planifier l'envoi, cf. *algorithme au verso pour guider la demande*)

**MÉDICAMENTS : en attendant le résultat du test ELISA**
**1. Si le patient présente une probabilité élevée de TIH, est à faible risque de saignement ou présente une comorbidité nécessitant une anticoagulation thérapeutique, opter pour :**

- Argatroban** en perfusion IV si hospitalisation en soins critiques ou possibilité de procédure invasive (cf. *protocole page 2*)
- Fondaparinux** en injection sous-cutanée unique quotidienne si patient stable, absence d'insuffisance rénale aiguë ou sévère (ClCr > 30 mL/min, de préférence > 50 mL/min) et de procédure invasive anticipée
- < 50 kg : 5 mg s.c. die
  - 50-100 kg : 7,5 mg s.c. die
  - > 100 kg : 10 mg s.c. die

**2. Si le patient présente une probabilité intermédiaire de TIH ou un risque élevé de saignement, possibilité d'opter pour un régime prophylactique avec :**

- Danaparoïde** 750 unités s.c.       < 90 kg bid       ≥ 90 kg tid
- Fondaparinux** 2,5 mg s.c. die si patient stable, absence d'insuffisance rénale aiguë ou sévère (ClCr > 30 mL/min, préférablement > 50 mL/min) et de procédure invasive anticipée

**Signature :**
**Permis n° :**
**Date :**
**Heure :**

Prise en charge de thrombopénie suspectée induite par l'héparine

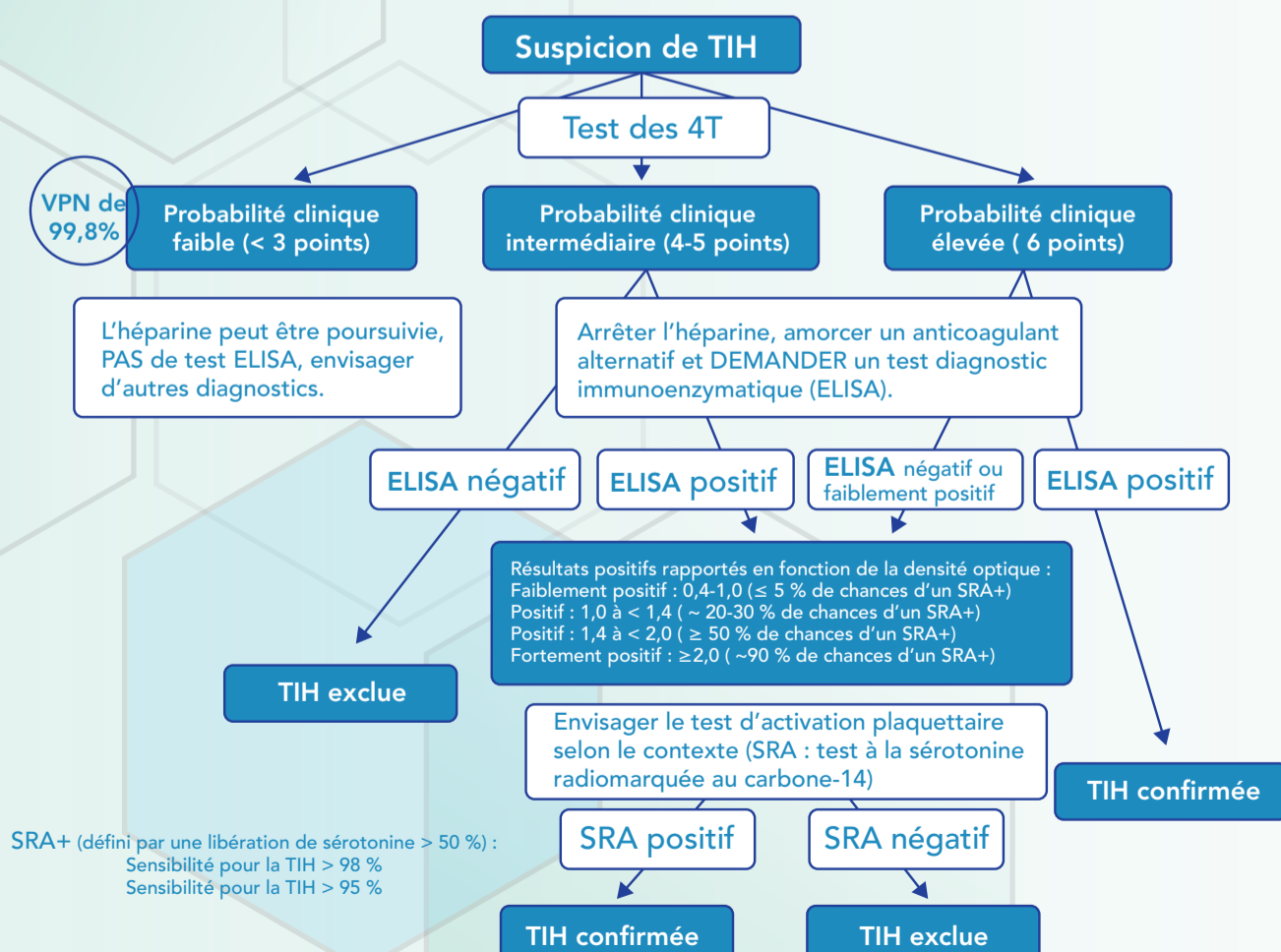
Probabilité clinique de TIH : score des 4T

Le premier jour d'exposition à l'héparine = le jour zéro\*

\* En cas de chirurgie, le jour zéro est le jour de la reprise de l'héparine en post-op OU le jour même de la chirurgie si de l'héparine a été administrée durant l'opération (donc = jour 0 même si le patient recevait déjà de l'héparine en préop.) Le jour où le décompte plaquettaire commence à chuter est considéré comme le jour de l'apparition de la chute des plaquettes.

POINTS			
	0	1	2
<b>Thrombopénie</b>	Chute relative des plaquettes <30 % avec nadir <10 x 10 <sup>9</sup> /L	Chute relative des plaquettes de 30 à 50 % ou nadir entre 10 et 19 x 10 <sup>9</sup> /L	Chute relative des plaquettes >50 % avec nadir ≥ 20 x 10 <sup>9</sup> /L
<b>Temps</b>	Chute des plaquettes avant le jour 4 sans exposition préalable à l'héparine	Chute des plaquettes après >10 jours, antécédent incertain ou dès le jour 1 si exposition à l'héparine entre les jours 31 et 100.	Chute des plaquettes entre jours 5 et 10, ou dès le jour 1 si exposition à l'héparine dans les 30 derniers jours
<b>Thrombose</b>	Aucune	Extension ou récurrence de thrombose, plaques érythémateuses ou thrombose <b>suspectée</b>	Nouvelle thrombose <b>documentée</b> nécrose cutanée ou réaction systématisée aiguë
<b>Autres causes de thrombopénie</b>	Définie	Possible	Aucune évidente
<b>Score</b>	<b>Faible (0-3 points)</b>	<b>Intermédiaire (4-5 points)</b>	<b>Élevé (6-8 points)</b>
<b>Probabilité de TIH</b>	< 1 %	~ 10 %	~ 50 %

ALGORITHME POUR GUIDER LA PRISE EN CHARGE D'UNE TIH SOUPÇONNÉE



Poids :            kg	Taille :	Allergie(s) :	<input type="checkbox"/> Aucune connue
Surface corporelle (m <sup>2</sup> ) :		Réactions indésirables aux médicaments :	

**DÉPARTEMENT DE PHARMACIE**
**ARGATROBAN pour la thrombopénie induite par l'héparine SUSPECTÉE OU PROUVÉE**
**Laboratoires AVANT de débiter l'argatroban**

PTT et RNI, si non déjà faits au cours des 24 dernières heures  
 AST, ALT et bilirubine totale de base, si non déjà dosés en cours d'hospitalisation

**POIDS ACTUEL** du patient: \_\_\_\_\_ kg

**DÉBUTER ARGATROBAN en soluté 100 mg dans 100 mL D5% (1 mg/mL)**

OBLIGATION de programmer le débit de la pompe IV en **mcg/kg/min**

- 1 mcg/kg/min**
- 0,5 mcg/kg/min** si dysfonction hépatique OU défaillance multiorganique OU risque hémorragique accru
- Autre débit (préciser) \_\_\_\_\_ mcg/kg/min**

**SUIVI**

- ◆ **PTT demandés en STAT 3 h après l'amorce de l'argatroban ET 3 h après chaque ajustement**
- ◆ **PTT die si 2 valeurs de PTT consécutives dans la cible visée**
- ◆ **Hb, Ht, plaquettes, FSC, RNI die**

**AJUSTEMENT DU DÉBIT pour une cible PTT visée de 50 à 70 secondes**

- PTT < 40 sec : augmenter le débit de 40 % (donc le multiplier x 1,4)
- PTT entre 40-49 sec : augmenter le débit de 20 % (donc le multiplier x 1,2)
- PTT entre 50-70 sec : aucun ajustement requis**
- PTT entre 71-84 sec : diminuer le débit de 20 % (donc le multiplier x 0,8)
- PTT entre 85-99 sec : diminuer le débit de 40 % (donc le multiplier x 0,6)
- PTT ≥ 100 sec : SUSPENDRE et AVISER MD pour une nouvelle ordonnance

Aviser MD si PTT ≥ 100 sec OU non atteinte du PTT cible après 2 ajustements successifs

**NE PAS DÉPASSER la dose maximale de 10 mcg/kg/min**

**TRANSITION de l'argatroban I.V. vers la warfarine per os (cf. guide au verso)**

Selon l'évolution, devra être prescrite et spécifiée par le MD traitant

<b>Signature :</b>	<b>Permis n° :</b>	<b>Date :</b>	<b>Heure :</b>
--------------------	--------------------	---------------	----------------

## Guide sur la transition de l'argatroban vers la warfarine per os

### PRINCIPES GÉNÉRAUX

- ◆ Attendre un décompte plaquettaire  $> 150 \times 10^9/L$  avant de débiter la warfarine
- ◆ Avec la warfarine, l'argatroban produit un prolongement additif sur le RNI mesuré
- ◆ En présence d'argatroban, les doses de charge de warfarine ( $> 5$  mg) ne sont pas recommandées
- ◆ En général, un chevauchement argatroban-warfarine de  $\geq 5$  jours est nécessaire
- ◆ Durée de l'anticoagulation avec la warfarine en cas de TIH avérée :  $\geq 30$  jours si pas de thrombose et 3 à 6 mois si thrombose constatée

### Si la perfusion d'argatroban est à $\leq 2$ mcg/kg/min :

L'argatroban peut être cessé si le RNI, sous la combinaison warfarine et argatroban, est  $> 4$ . Refaire une mesure du RNI 4 à 6 heures après l'arrêt de l'argatroban. Si le RNI obtenu est sous-thérapeutique, l'argatroban pourrait devoir être repris. Répéter cette procédure jusqu'à ce que le RNI désiré soit atteint avec warfarine en monothérapie.

### Si la perfusion d'argatroban est à $> 2$ mcg/kg/min :

Pour estimer le RNI sous la warfarine en monothérapie, il faut réduire temporairement la perfusion d'argatroban à 2 mcg/kg/min et mesurer le RNI 4 à 6 heures après la réduction. L'argatroban peut être cessé si le RNI avec la combinaison warfarine et argatroban est  $> 4$ . Refaire une mesure du RNI 4 à 6 heures après l'arrêt complet de l'argatroban. Si le RNI obtenu est sous-thérapeutique, l'argatroban pourrait devoir être repris au débit initial. Répéter cette procédure jusqu'à ce que le RNI désiré soit atteint sous la warfarine en monothérapie.