



INFORMATION PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**PRISE EN CHARGE DE LA
MALADIE THROMBOEMBOLIQUE
VEINEUSE SURVENANT AU COURS
D'UN CANCER**

Une thrombose pas comme les autres.



THROMBOSE ET CANCER

Le patient atteint de cancer présente un risque majoré de développer une Maladie ThromboEmbolique Veineuse (MTEV) : thrombose veineuse, embolie pulmonaire, thrombose veineuse sur cathéter.

La MTEV est une complication fréquente en oncologie, l'incidence pouvant atteindre 20 % chez les patients atteints de cancer (1).

La MTEV est un facteur de mauvais pronostic et majore le risque de mortalité (2).

Sous traitement anticoagulant, le patient ayant une MTEV associée au cancer présente à la fois **un risque de récurrence thromboembolique veineux et hémorragique** majorés par rapport à un patient ayant une MTEV sans cancer (3)



La prise en charge de la MTEV est spécifique chez les patients atteints de cancer et doit être coordonnée.

[1] : Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. J Thromb Haemost 2007;5:632-4

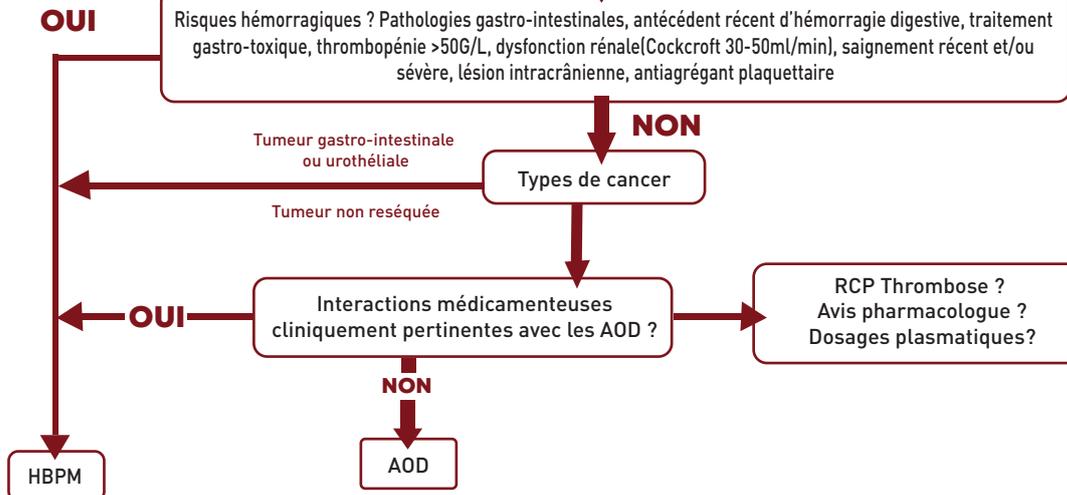
[2] JF. Timp et al ; Epidemiology of cancer associated venous thrombosis Blood 2013; 122 (10): 1712-1723.

[3] P Prandoni et al ; Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis Blood 2002; 100 (10): 3484-3488.



TRAITEMENT INITIAL

Traitement initial de la MTEV hors thrombose de cathéter
Cas usuels



Autres facteurs à prendre en compte

- Préférence du patient, après le rapport Bénéfices/Risques;
- IMC (préférer HBPM si IMC>40kg/m² ou poids>120kg);
- Stade du cancer, gravité de l'événement thrombotique (préférer HBPM chez les patients présentant des événements sévères);
- Fonction rénale (préférer HBPM chez les patients avec une clairance Cockcroft entre 20 et 50ml/min);
- Antécédents récents de chirurgie gastro-intestinale ou malabsorption : préférer HBPM;
- Interactions médicamenteuses éventuelles (Cytochrome P450, Pgp...)



ÉVALUATION A 3 MOIS ET 6 MOIS

Durée de traitement de 6 mois minimum

AOD / Anti-tumoraux : exemples d'interactions non recommandées (liste non exhaustive : nécessité de consultation pharmaceutique)

Associations non recommandées	Interactions à prendre en compte
Ibrutinib : interaction pharmacodynamique [risque de saignement]	Imatinib, nilotinib, panobinostat ponatinib, venetoclax, ruxolitinib
Apalutamide, enzalutamide	Cobimetinib, Dabrafenib, trametinib, vemurafenib
Tucatinib	Imatinib, ifosfamide
Idelalisib, dasatinib	Lapatinib, Neratinib, ribociclib, alpelisib, tamoxifène
Mitotane	Niraparib, Rucaparib
	Cabozantinib, abiraterone, sunitinib, temsirolimus, Tivozanib
	Regorafenib, sorafenib, ramucirumab, encorafenib
	Brigatinib, ceritinib, crizotinib, lorlatinib, entrectinib
	Laroctrectinib
	Ipilimumab
	Trastuzumab-emtansine

Traitement	DCI	Nom commercial	Dose curative	Cancérologie
HBPM Pas de surveillance systématique	Daltéprine	FRAGMINE	200 UI/kg/j x 1 mois puis 150 UI/kg/j	AMM spécifique en cancérologie
	Tinzaparine	INNOHEP	175 UI/kg/j	
	Enoxaparine	LOVENOX	100 UI/kg (1mg/kg) 2x/jour pendant 5 à 10 jours puis 150 UI/kg (1,5 mg/kg) 1x/jour	Pas de remboursement en cancérologie
AOD Surveillances, clairances et transaminases	Rivaroxaban	XARELTO	15 mg 2x/jour pendant 21 jours puis 20 mg 1x/jour	Pas d'AMM en cancérologie
	Apixaban	ELIQUIS	10 mg 2x/jour pendant 7 jours puis 2x/jour	Evaluation spécifique en cancérologie



TRAITEMENT APRÈS LES 6 PREMIERS MOIS

Il est recommandé de poursuivre l'anticoagulant au-delà des 6 mois en cas de :

Cancer actif

Récidive thromboembolique pendant les 6 premiers mois de traitement

Un cancer est dit actif si :

- le patient a reçu un traitement potentiellement non curatif de son cancer.
- l'évolution montre que le traitement du cancer n'a pas été curatif (récidive ou progression sous traitement).
- le traitement du cancer est en cours.



CHOIX DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT

Tenir compte des facteurs suivants :

1

Type de tumeur : gastro-intestinale haute ou génito-urinaire

3

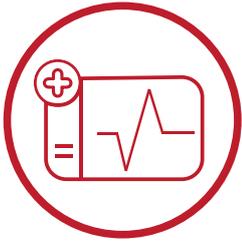
Interactions médicamenteuses potentielles avec le traitement anticancéreux

2

Facteurs de risque additionnels :
-Maladies cancéreuses avec métastases cérébrales,
-Thrombocytopénie
-Insuffisance rénale

4

Préférence du patient



SURVEILLANCE

Surveillance de la fonction rénale :

- Si clairance créatinine entre 20 et 30 ml/min, prendre un avis spécialisé.
- Si clairance créatinine < 20 ml/min, le traitement repose sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par AVK.

Contrôle plaquettaire :

Non systématique sauf situations particulières :

- Contexte chirurgical (en particulier orthopédique ou traumatologique)
- Hémorragies
- Récidives de la maladie thromboembolique veineuse
- Thrombopénie (en cas de suspicion de thrombopénie induite par l'héparine, contacter le service spécialisé pour la conduite à tenir)

Surveillance des traitements associés :

- Prévenir le patient des risques de l'automédication (AINS, aspirine...)
- Pas d'injection IM



CONSEILS AU PATIENT POUR OPTIMISER L'OBSERVANCE

S'assurer de la bonne compréhension du traitement injectable car un traitement bien compris est mieux accepté.

Une injection quotidienne :

- A heure régulière.
- Par voie sous cutanée. Les sites d'injection sont : zone péri ombilicale et faces antéro externes des cuisses.
- Réalisée par une infirmière ou par le patient après une éducation.
- Seringues à jeter dans une boîte jaune DASRI.

Afin d'éviter les hématomes au point d'injection :

- Ne pas purger la seringue.
- Ajuster la dose seringue vers le bas.
- Varier les sites d'injection.



Référentiel AFSOS

PARTIES PRENANTES

