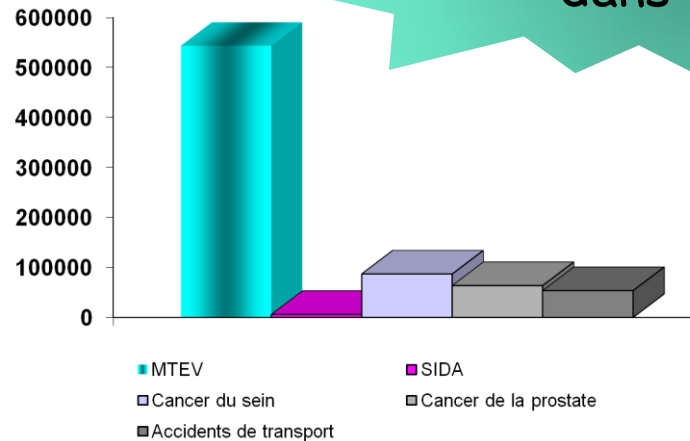


Maladie thromboembolique : problème majeur de santé publique

12% des décès annuels
dans l'UE

Décès/an



300 000 à 500 000
décès/an aux USA

Enquête thromboprophylaxie Hôpital Ibn Sina 2004 / 2007

En chirurgie 2004

- ▶ 200 malades chirurgicaux (viscérale, thoracique, urologie)
- ▶ Adéquation (hors durée de la prophylaxie): **14.5%**

En chirurgie 2007

- ▶ 100 malades (chirurgie viscérale)
- ▶ Degré d'adéquation (indication, dose, durée): **29%**

En médecine

- ▶ Analyse instantanée des patients hospitalisés dans les services médicaux (mai 2007) → N = 350
- ▶ Patients nécessitant une prophylaxie (ACCP 2004)
 - N = 225 (64.3%)
 - **Traités : N = 43 → 20%**

***Programme de Prévention de la
maladie Thromboembolique Veineuse
PPTV***

***Centre Hospitalier Ibn Sina
Rabat – Maroc***



- ▶ Enquête des pratiques
- ▶ Édition d'un guide de prophylaxie
- ▶ Diffusion de l'information
- ▶ Nouvelle enquête des pratiques
- ▶ Mise en place d'un registre



Hôpital sans Thrombose

Rappelez-vous: Plusieurs événements thromboemboliques peuvent être évités par une prévention systématique

- Evaluation du risque
- Prophylaxie appropriée

EVALUER LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR LE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE :

Guide de prévention de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV)

Comité PPTV*
CHU IBN SINA
RABAT

Rappelez que le risque de la maladie Thrombo-Embolique Persiste à la sortie de l'hôpital

1. Geerts WH.2004;126(Suppl):3385-4005
2. Nicolaides AN, ICS.Int Angiol.2006;25(2):101-161
* Programme de Prévention de la Thrombose Veineuse



Mise en place d'un guide pour la thromboprophylaxie

AVAIL MOROCCO / DIREG_L_04169

Audit of VTE Management In Hospital - Morocco

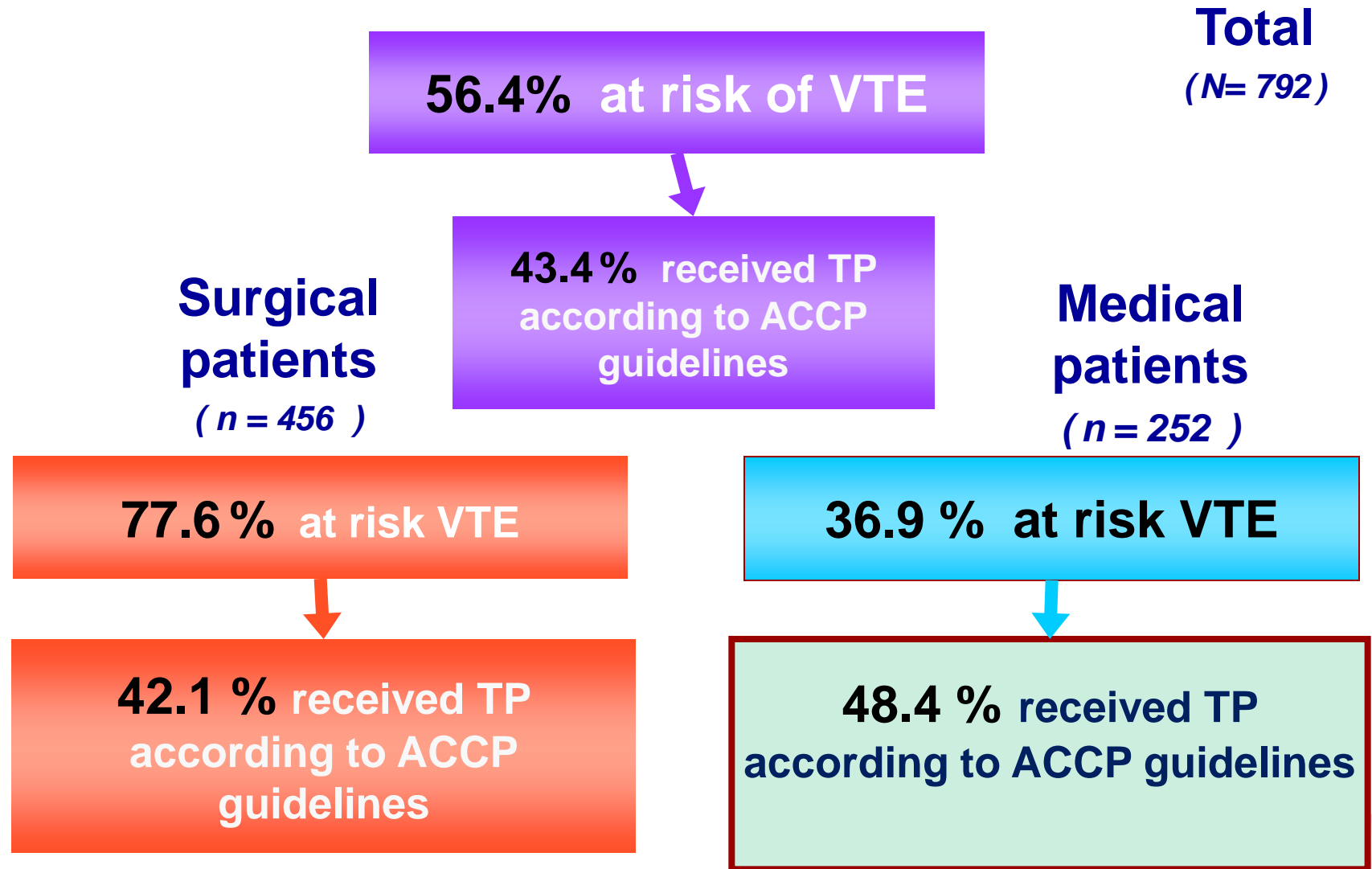
National, cross-sectional survey of the prevalence of VTE risk and prophylaxis use in hospital patients

AVAIL Maroc

Objectives:

To evaluate the hospital physicians practice regarding the prevention of VTE in its at risk population

Avail Morocco 2009 / results



Prophylaxie anticoagulante en fonction des facteurs de risque

Aucun	422	24,6
Insuffisance respiratoire aigue	12	41,70%
Affection inflammatoire aigues	17	58,80%
Infection aigue	29	31,00%
Cancer actif	127	20,50%
Traitement anticancéreux	23	26,10%
Accident vasculaire vertébral ischémique récent	17	64,70%
Pneumopathie chronique	24	41,70%
Insuffisance cardiaque chronique	27	59,30%
ATCD de maladie thromboembolique veineuse	5	60,00%
ATCD de thrombose veineuse superficielle	2	50,00%
Contrceptifs/THS	23	17,40%
Immobilité à long terme	44	61,40%
Obésité	67	25,40%
Cathéter Veineux central	14	42,90%

Maladie thromboembolique veineuse et patient cancéreux

Cancer

« Risque de décès »

x 3

- _ Johnson MJ et al Clin Oncol 1999
- _ Ferrari E et al. Arch Mal Cœur 2001

Groupe thrombose et cancer

Constitution groupe thrombose et cancer - Maroc

Recommandations pour la bonne pratique clinique ont été élaborées en collaboration avec

- ▶ **La Société Marocaine des Maladies Vasculaires,**
- ▶ **La Société Marocaine de Médecine Interne,**
- ▶ **La Société Marocaine d'Oncologie Médicale**
- ▶ **La Société Marocaine de Cancérologie**
- ▶ **La Société Marocaine d'Anesthésie Réanimation**
- ▶ **La Société Marocaine de Chirurgie**
- ▶ **La Société Marocaine des Sciences Médicales**



THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان





THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

Constitution groupe thrombose et cancer - Maroc

- ▶ Réunion du 1er Octobre 2010
- ▶ Création d'un groupe thrombose et cancer marocain
- ▶ **Les actions proposées**
 - ➔ Audit à réaliser en définissant un questionnaire à remplir un jour donné en oncologie.
 - ➔ Analyse des résultats enquête et action de FMC, (présentation des recommandations internationales)
 - ➔ 6 mois plus tard nouvel audit d'évaluation
 - ➔ En parallèle rédaction d'un référentiel marocain.



Constitution groupe thrombose et cancer - Maroc

THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

- ▶ **Rédaction consensus marocain :**
 - « **Thrombose et cancer** »
- ▶ *Discussion d'une méthode de travail*
 - ➔ partir des recommandations internationales
 - ➔ identifier dans ces recommandations
 - d'une part ce qui est directement transposable et applicable au Maroc (sans doute 80 %)
 - et d'autre part ce qui est à discuter spécifiquement compte tenu du contexte local



Constitution groupe thrombose et cancer - Maroc

THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

▶ *Légitimité*

- Un texte fait par des experts de terrains/de la maladie et approuvé par les sociétés savantes aura une légitimité auprès des autorités de santé.
- Relecture par tiers mandaté par SMMS
- Il est souligné que la rédaction doit se faire en **toute transparence** et **hors conflit d'intérêt**.

▶ *Travail en sous-groupes*

- Groupe médecine-hématologie
- Groupe chirurgie
- Groupe « cathéter »



Constitution groupe thrombose et cancer - Maroc

THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

► Proposition de calendrier pour la rédaction des recommandations

- Novembre 2010 – Janvier 2011 : travail des deux sous-groupes : identifications de l'applicable + premières propositions pour la rédaction des parties spécifiques –**
- retour attendu des textes au plus tard le 1^{er} février 2011**
- réunion de présentation du travail de chaque sous-groupe, création officielle du groupe cancer et thrombose**
- Avril 2011: Finalisation de la rédaction des recommandations**
- Mai 2011 : Envoi pour relecture par la SMSM**
- Fin 2011 : Publication**



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™

Venous Thromboembolic Disease

V.2.2006

Continue

www.nccn.org

www.sor-cancer.fr



SUPPLEMENT TO CHEST
VOLUME 126 / NUMBER 3 (SUPPL) / SEPTEMBER, 2004

Periodicals Class USPS 157-06
ISSN 0912-3889

www.chestjournal.org



CHEST®

THE CARDIOPULMONARY
AND CRITICAL CARE JOURNAL

FOR PULMONOLOGISTS, CARDIOLOGISTS, CARDIOTHORACIC SURGEONS,
CRITICAL CARE PHYSICIANS, AND RELATED SPECIALISTS

The Seventh ACCP Conference on
Antithrombotic and Thrombolytic Therapy:
Evidence-Based Guidelines
Guest Editors: Jack Hirsh, MD, FCCP; Gordon Guyatt,
MD, FCCP; Gregory Albers, MD, FCCP; and Holger
Schunemann, MD, FCCP

OFFICIAL PUBLICATION OF
THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
330 Dundas Street, West, Toronto, ON M5G 1Z6
Retail Postage Guaranteed





Facteurs de risque thrombotiques en cas de cancer

▶ **lié au patient**

- âge > 65 ans
- co-morbidités
- antécédents de MTEV
- thrombocytose / hyperleucocytose / anémie
- thrombophilie connue
- obésité
- sexe féminin
- race noire

▶ **lié au cancer**

- site : estomac, pancréas, rein
- diagnostic > 3-6 mois
- métastases



Facteurs de risque thrombotiques en cas de cancer

- ▶ **lié aux thérapeutiques**
 - chirurgie majeure
 - hospitalisation
 - chimiothérapie
 - hormonothérapie
 - traitements anti-angiogéniques
 - facteurs de croissance
 - cathéter veineux central



Moyens de préventions

▶ Moyens mécaniques (MM)

- La contention élastique graduelle ou bas de contention
- La compression pneumatique intermittente (CPI)
- La compression plantaire

▶ Moyens pharmacologiques

▶ Héparines

→ HNF : Héparine calcique

- » Risque modéré : 5000 U 2x/j
- » Risque élevé : 5000 U 3x/j

▶ Fondaparinux :

→ Risque élevé : 2.5 mg/j

→ HBPM

- Tinzaparine
 - » Risque modéré : 2500 U /j
 - » Risque élevé : 3500 U/j
- Enoxaparine
 - » Risque modéré : 20 mg /j
 - » Risque élevé : 40 mg /j
- Daltéparine
 - » Risque modéré : 2500 U /j
 - » Risque élevé : 5000 U /j

Prophylaxie chez les patients cancéreux hospitalisés

- ▶ Les recommandations sont basées sur les sous-groupes des études de thromboprophylaxie en médecine.

	ASCO	NCCN	AIOM/ESMO	FNCLCC
Prevention of VTE in the hospitalized cancer patient				
Recommendation	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation in immobilized hospitalized cancer patients with acute medical illness	NA

Prevention of VTE in the hospitalized cancer patient

Recommendation	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation in immobilized hospitalized cancer patients with acute medical illness
Agent (s)	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux

	receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens
--	---	---	---

Prevention of VTE in cancer patients with central venous catheters

Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction
----------------	----	--	--	--



Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV en milieu médical

- ▶ Les patients ayant un cancer évolutif et hospitalisé pour une affection intercurrente doivent bénéficier d'une TP pour un risque élevé, à base d'HNF, d'HBPM ou de Fondaparinux.
- ▶ En cas de CI, une prophylaxie mécanique est recommandée



THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

Chirurgie, cancer et thrombose

Prophylaxie de la MTEV

	ASCO	NCCN	AIOM/ESMO	FNCLCC
Prevention of VTE in the hospitalized cancer patient				
Prevention of VTE in the surgical cancer patient				
Recommendation	<p><i>Initial Prophylaxis</i></p> <p>Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, laparoscopy, or thoracotomy lasting greater than 30 minutes</p> <p><i>Prolonged Prophylaxis</i></p> <p>Continue up to 4 weeks for major abdominal or pelvic surgery for cancer with high-risk features such as residual disease, obesity, or prior VTE</p>	<p><i>Initial Prophylaxis</i></p> <p>Prophylactic anticoagulation is recommended</p> <p><i>Prolonged Prophylaxis</i></p> <p>Continue up to 4 weeks post-operation for high risk abdominal or pelvic cancer surgery</p>	<p><i>Initial Prophylaxis</i></p> <p>Prophylaxis for cancer patients undergoing major cancer surgery</p> <p><i>Prolonged Prophylaxis</i></p> <p>Continue up to 28–35 days after major abdominal or pelvic surgery</p>	
Agent (s)	LMWH or UFH. Add mechanical methods in highest-risk patients	LMWH, UFH or factor Xa antagonists (+/- pneumatic venous compression)	LMWH or UFH	
Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction



Traitement prophylactique en chirurgie carcinologique

- ▶ **Début de la prophylaxie en chirurgie**
- ▶ Peu d'études se sont intéressés à cette notion.
- ▶ En pratique, il est recommandé de débiter la prophylaxie en pré-opératoire en cas de risque thrombo-embolique élevé et en l'absence de risque hémorragique.
- ▶ Il est à rappeler, que toute hospitalisation médicale pour les patients d'oncologie doit s'accompagner d'une TP.
- ▶ **« Il conviendrait donc d'extrapoler cette notion pour les patients chirurgicaux qui sont hospitalisés pour une préparation préopératoire et démarrer la TP chez ces patients à leur hospitalisation. »**

Traitement prophylactique en chirurgie carcinologique haut risque thrombotique

Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV en chirurgie carcinologique viscérale, urologique et gynécologique

Chirurgie à ciel ouvert

- ▶ L'utilisation de prophylaxie pharmacologique à doses élevées est recommandée (HBPM, HNF, fondaparinux).
- ▶ En cas de risque thrombo-embolique surajouté (lié au patient), il est fortement recommandé d'associer les moyens mécaniques.
- ▶ En cas de risque hémorragique élevé, il faut utiliser les méthodes mécaniques en attendant que ce risque de saignement baisse.
- ▶ La durée de prophylaxie est de 4 semaines post-opératoire au minimum.

Chirurgie endoscopique

- ▶ Risque en est considéré comme faible ??
- ▶ L'utilisation de prophylaxie dépend du terrain du patient



Traitement prophylactique en chirurgie carcinologique haut risque thrombotique

Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV en chirurgie carcinologique thoracique

- ▶ Le risque en chirurgie thoracique est élevé.
- ▶ Prophylaxie pharmacologique à doses élevées recommandée (HBPM, HNF, fondaparinux).
- ▶ En cas de risque hémorragique élevé, il faut utiliser les méthodes mécaniques en attendant que ce risque de saignement baisse.
- ▶ La durée de prophylaxie : 2 à 4 semaines

Traitement prophylactique en chirurgie carcinologique haut risque thrombotique

Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV en neurochirurgie carcinologique

- ▶ Le risque en neurochirurgie est élevé.
- ▶ Les héparines n'augmentent pas le risque hémorragique
- ▶ Il est convenu de toujours utiliser des moyens mécaniques
- ▶ Moyens pharmacologiques (HNF, HBPM, fondaparinux) utilisés aux doses élevées :
 - 12h après la chirurgie en l'absence d'événement hémorragique, ou après contrôle TDM
 - En cas de risque thrombotique supplémentaire après discussion avec les chirurgiens
 - Après le 4-5^{ème} jour si le risque hémorragique élevé
 - La durée de prophylaxie est de 7 à 10 jours.



Traitement prophylactique en chirurgie carcinologique bas risque thrombotique

- ▶ **Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV en chirurgie carcinologique : Chirurgie mammaire / ORL**
- ▶ Le risque en chirurgie mammaire est modéré (mastectomie +/- curage)
- ▶ Le risque en chirurgie ORL est faible
- ▶ Utilisation des moyens mécaniques ou héparines aux doses modérés
- ▶ En cas de risque thromboembolique surajouté (lié au patient), il est fortement recommandé d'utiliser les héparines aux doses élevées
- ▶ La durée de prophylaxie est au minimum de 7 jours.



THROMBOSE ET CANCER
الجلطة والسرطان

Prophylaxie « primaire » chez les patients cancéreux en ambulatoire

Prophylaxie primaire au cours du cancer

FAMOUS : 385 patients avec tumeur solide avancée
Daltaparine 5,000 UI vs placebo x 1 an

Kakkar AK, et al. J Clin Oncol. 2004

Essai SCLC : Cancer anaplasique à petites cellules (n = 84)
Chimiothérapie + dalteparine 5000 UI/j SC 18 semaines

Altinbas et al. J Thromb Haemost 2004

CLOT : 293 malades, avec tumeurs solides localement avancées
ou métastases → Nadroparine curative 2 semaines ; puis mi-
dose 4 semaines

Klerk et al. J Clin Oncol 2005

Résultats + pour patients de bon pronostic

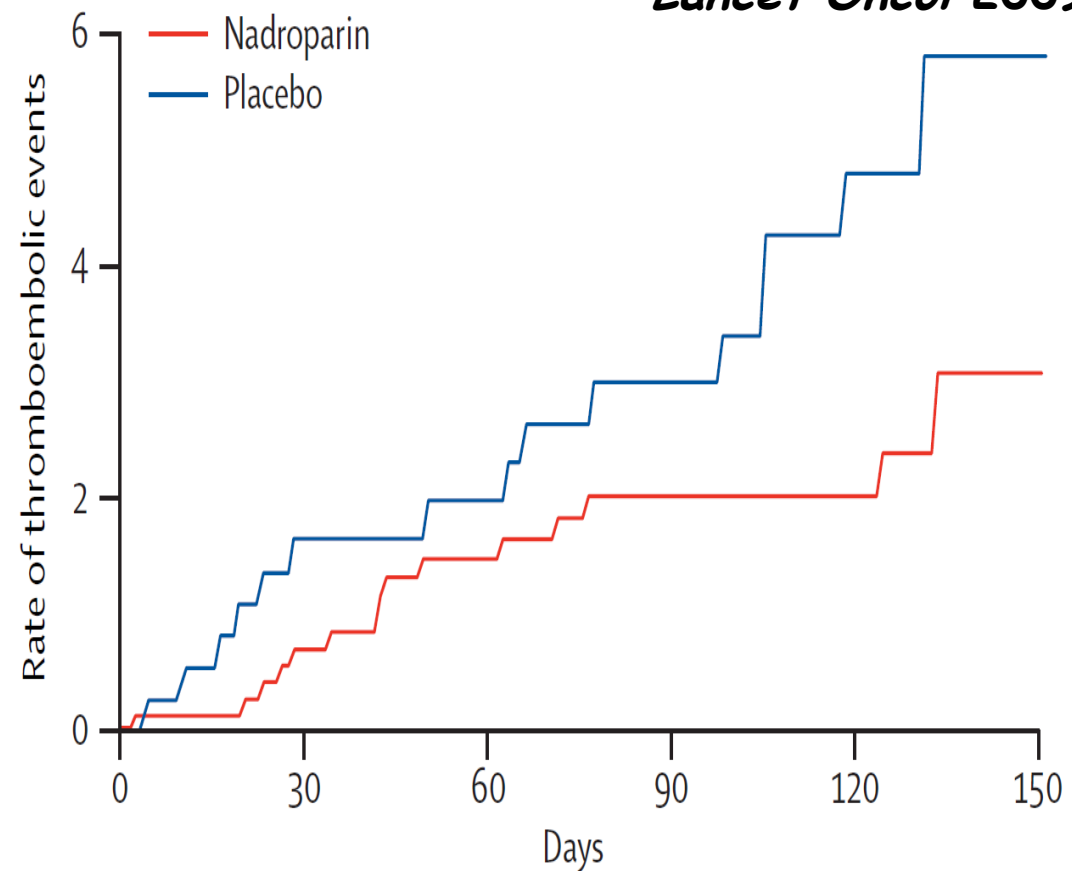
	ASCO	NCCN	AIOM/ESMO	FNCLCC
Prevention of VTE in the hospitalized cancer patient				
Recommendation	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation in immobilized hospitalized cancer patients with acute medical illness	NA
Agent (s)	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux	Low-dose UFH, LMWH or fondaparinux	NA
Prevention of VTE in the surgical cancer patient				
Prevention of VTE in the ambulatory cancer patient				
Recommendation	Not recommended with the exception of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	Not recommended with the exception of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	Not recommended with the exception of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	Not recommended with the exception of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens
	of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	exception of patients with multiple myeloma receiving thalidomide/lenalidomide-based combination regimens	
Prevention of VTE in cancer patients with central venous catheters				
Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction

Nadroparin for the prevention of thromboembolic events in ambulatory patients with metastatic or locally advanced solid cancer receiving chemotherapy: a randomised, placebo-controlled, double-blind study



*G. Agnelli, PROTECT Investigators
Lancet Oncol 2009*

- ▶ 2003-2007, 1150 patients ambulatoires
- ▶ Kr poumon, tube digestif, pancréas, sein, ovaire,
- ▶ Randomisation : nadroparine 3800 IU vs placebo
- ▶ Plus de 4 mois de traitement
- ▶ TVP dans 15 patients (2.0%) traités vs 15 non TTT (3.9%) (**p=0.02**).



Prophylaxie primaire en l'absence de thrombose veineuse

- ▶ **Recommandations pour le traitement prophylactique de la MTEV chez les patients sous chimiothérapie**
- ▶ Un traitement par HBPM n'est pas recommandé en première intention chez des patients recevant une chimiothérapie.

Prophylaxie primaire en l'absence de thrombose veineuse

- ▶ **Cas particuliers : Myélome multiple** (*International Myeloma Working Group*)
- ▶ **Thalidomide :**
 - ➔ Patients sous thalidomide seul : Traitement anticoagulant non recommandé
 - ➔ Patients nouvellement diagnostiqués sous thalidomide + dexaméthasone \pm melphalan : AVK (INR : 1.5-2), ou HBPM à dose prophylactique à risque élevé (durée?)
 - ➔ Patients nouvellement diagnostiqués sous thalidomide + doxorubicine associés au bortezomib : HBPM aux doses risque élevé
- ▶ **Lenalidomide :**
 - ➔ Patients sous lenalidomide seul : traitement anticoagulant non recommandé
 - ➔ Patients sous lenalidomide + dexaméthasone à faible dose, melphalan ou doxorubicine : Aspirine recommandée (si absence ou présence d'1 facteur de risque)
 - ➔ Patient sous dexaméthasone à forte dose : HBPM ou AVK.
- ▶ **Traitement en cas de TVP sous thali/lenali au cours du MM :**
 - ➔ Arrêter le traitement par thalidomide ou lenalidomide et le reprendre quand l'anticoagulation est bien établie et contrôlée. Le traitement par HBPM ou AVK au long cours doit être maintenu durant toute la durée du traitement par thalidomide ou lenalidomide.

Traitement curatif de TVP en cas de cancer



Traitement curatif TVP + cancer HBPM vs AVK

Study	Design	Length of Therapy (Months)	N	Recurrent VTE (%)	Major Bleeding (%)	Death (%)
CLOT Trial (Lee 2003)	Dalteparin OAC	6	336 336	9 17	6 4	39 41
CANTHENOX (Meyer 2002)	Enoxaparin OAC	3	67 71	11 21	7 16	11 23
LITE (Hull ISTH 2003)	Tinzaparin OAC	3	80 87	6 11	6 8	23 22
ONCENOX (Deitcher ISTH 2003)	Enox (Low) Enox (High) OAC	6	32 36 34	3.4 3.1 6.7		

RECOMMENDATIONS INTERNATIONALES

Issues	ASCO	ACCP	NCCN
Prophylaxis in hospitalized	➤ All pts	➤ High risk pts, bed ridden	➤ All pts without CI
Prophylaxis in ambulatory	➤ Not recommend for routine	➤ LMWH or warfarin recommend in MM receiving thalidomide or lenalidomide + CMT or dexamethasone	➤ LMWH or warfarin recommend in MM receiving thalidomide or lenalidomide + CMT or dexamethasone
Prophylaxis in undergoing surgery	➤ Major surgery: low dose UFH or LMWH without CI, ASAP in postoperative period	➤ Higher-risk surgery: low dose UFH TID or LMWH or Fondaparinux without CI,	
Treatment of VTE and prevention of recurrence	<ul style="list-style-type: none"> ➤ LMWH initial 5-10 days with cancer established VTE, ➤ 6mo treatment in active cancer, ➤ Vena cava filter only indicated in anticoagulant CI and resistant anticoagulation therapy <p>Lyman GH, et al. Am J Hematol 2007;82:777-82. Geerts WH, et al. Chest 2008;133(6 suppl):381s-453s. NCCN Guideline. VTE 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ LMWH for 1st 3-6 mo of long term coagulation therapy ➤ Subsequent treatment by warfarin or LMWH until cancer is resolved ➤ Evaluation risk-benefit ratio periodically 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Initial treatment: LMWH or Fondaparinux ➤ LMWH without warfarin if prefer for proximal DVT, PE in active cancer ➤ LMWH or warfarin (INR 2-3) ➤ Minimum duration 3-6 mo (DVT), 6-12 mo in PE ➤ Lifelong for active cancer or persistent risk factors

*Anticoagulation for the **initial treatment**
of venous thromboembolism in patients
with cancer (Review) Akl EA, et al. 2009*

- ▶ 13 études comparant HNF / HBPM
- ▶ Mortalité diminuée avec HBPM RR → 0.71;
- ▶ Baisse du risque de récurrence RR → 0.78;

*Anticoagulation for the **long term treatment**
of venous thromboembolism in patients with
cancer (Review) Akl EA et al. 2009*

- ▶ Meta analyse de 6 études → HBPM vs AVK
- ▶ Bénéfice sur la survie → HR = 0.96; 95%CI 0.81-1.14
- ▶ Réduction significative des récurrences → HR = 0.47



Traitement curatif MTEV + cancer

- ▶ Pour le traitement initial d'une TVP et/ou EP (10 premiers jours), l'HNF, les HBPM ou le fondaparinux peuvent être utilisés aux doses conventionnelles, avec une préférence pour les HBPM.
- ▶ Au-delà des dix premiers jours, le traitement de la MTEV chez le patient atteint de cancer doit reposer sur l'utilisation d'HBPM à visée curative pendant une durée optimale de 6 mois et à défaut 3 mois minimum. Ce traitement a été validé aux posologies suivantes :
 - Dalteparine* 200 UI/Kg 1 fois/jour pendant un mois puis 150 UI/Kg 1 fois /j
 - Tinzaparine 175 UI/Kg une fois par jour ;
 - Enoxaparine* 150 UI/Kg une fois par jour.
- ▶ **En cas de refus ou d'impossibilité de traitement pour 3 mois d'HBPM, un relais précoce par AVK pour au moins 3 mois, peut être proposée.**
- ▶ Entre 3 et 6 mois, il est recommandé de poursuivre le traitement anticoagulant à visée curative par HBPM aux mêmes doses ou à défaut par AVK.



Traitement curatif MTEV + cancer

- ▶ En cas d'insuffisance rénale sévère avec une CC < 30 ml/mn, un traitement par HNF avec relais précoce AVK est de mise
- ▶ La surveillance plaquettaire est de mise chez le patient atteint de cancer. Elle est bihebdomadaire le premier mois, puis mensuelle.
- ▶ En cas de thrombopénie <30.000/mm³ il est suggéré d'interrompre le traitement anticoagulant, et de réduire de moitié la dose en cas de thrombopénie entre 30 et 50.000/mm³
- ▶ La surveillance de l'activité anti-Xa** n'est pas nécessaire en dehors de certaines situations (CC entre 30 et 50, poids extrêmes < 50 kg ou > 100 kg, âge supérieur à 75 ans)



Traitement curatif MTEV + cancer

- ▶ Le traitement anticoagulant peut être arrêté après 6 mois, s'il s'agissait d'un premier événement thrombo-embolique veineux provoqué par un événement intercurrent et en l'absence de maladie cancéreuse en progression ou en cours de tout traitement complémentaire.
- ▶ Au delà de 6 mois, le traitement anticoagulant devra être poursuivi tant que le cancer est évolutif ou que son traitement est en cours (chimiothérapie, hormonothérapie). Le choix entre la poursuite de l'HBPM et l'instauration d'un traitement par AVK dépendra des interactions médicamenteuses, de l'état général du patient, de l'acceptabilité du traitement et du risque hémorragique.
- ▶ En cas de récurrences embolique sous AVK, un traitement au long cours par HBPM est indiqué en dehors d'une contre-indication.

Prophylaxie primaire de thrombose de KT
Traitement curatif de thrombose de KT



Thromboses de KTC patients cancéreux

▶ Fréquence

- 1 à 5 % de TVKTC symptomatique
- 27 à 66 % de TVKTC si phlébographie

▶ Délai de survenue

- 30 à 60 % 1^{ère} semaine / 60 à 90% 1^{er} mois
- ≈100% 6 à 8 semaines

▶ Complications

→ Embolie pulmonaire

- 12 à 25 % selon les études (≈ 15%)
- Potentiellement mortelle (15% ?)

→ Syndrome post phlébitique

- Œdème / Cyanose / Douleur

	ASCO	NCCN	AIOM/ESMO	FNCLCC
Prevention of VTE in the hospitalized cancer patients				
Recommendation	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation considered for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	NA
Agent (s)	Low-dose UFH, LMWH	Low-dose UFH, LMWH	Low-dose UFH, LMWH	NA
Prevention of VTE in the surgical cancer patients				
Recommendation	<i>Initial Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	<i>Initial Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	<i>Initial Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	NA
	<i>Prolonged Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	<i>Prolonged Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	<i>Prolonged Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy, thoracotomy lasting 30 minutes or longer	NA

7.0 Cancer Patients **ACCP 2008**

7.0.3. For cancer patients with indwelling central venous catheters, we recommend that clinicians not use either prophylactic doses of LMWH (Grade 1B). or minidose warfarin (Grade 1B) to try to prevent catheter-related thrombosis.

Prevention of VTE in cancer patients with central venous catheters				
Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction

Prevention of VTE in cancer patients with central venous catheters				
Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction



Recommandations pour prévention primaire de thrombose de KT

- ▶ **Techniques de pose de CVC**
- ▶ insertion de préférence du côté droit
- ▶ extrémité distale positionnée au niveau du tiers inférieur de la veine cave supérieure à la jonction de l'oreillette droite.
- ▶ **Traitement antithrombotique** → non recommandé (AVK, HNF, HBPM, fibrinolytiques)

Recommandations pour la prise en charge des TVC :

- ▶ **Si CVC laissé en place**
- ▶ traitement anticoagulant à doses curatives (préférer HBPM)
- ▶ durée 3 à 6 mois, puis relais AVK à maintenir tant que le CVC est en place
- ▶ **Si CVC retiré**
- ▶ traitement HBPM 6 semaines si cancer non évolutif
- ▶ traitement HBPM 3 à 6 mois HBPM puis relais AVK, tant que le cancer est évolutif



Groupe thrombose et cancer - Maroc

- ▶ ***Proposition de calendrier pour l'enquête « un jour »***
 - Validation du questionnaire par le groupe pour fin novembre 2010
 - Enquête à réaliser une journée dans les services, au mois de décembre 2010
 - Analyse des résultats de l'enquête au mois de janvier
 - FMC jusqu'en juillet 2011
 - 2^{ème} enquête « un jour » : septembre 2011