

QUI SOMMES NOUS?

Créé en 2009, le GFTC a conçu et développé à l'échelon national les réunions de concertation pluridisciplinaire de recours Thrombose et Cancer. En 2011 à l'initiative du GFTC, sous l'égide de l'INCa et en lien avec l'International Society of Thrombosis and Haemostasis (ISTH), des recommandations internationales pour la prophylaxie et le traitement curatif de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez les patients avec cancer ont été élaborées par un groupe d'experts multidisciplinaire, sur la base d'une revue systématique de la littérature. Le groupe de travail international «International Initiative on Thrombosis and Cancer» (ITAC), créé à l'initiative du GFTC, a mis à jour ces recommandations internationales en 2016 puis en 2019, en collaboration avec l'INCa et l'ISTH. Elles ont été publiées en langue anglaise dans la revue *Lancet Oncology*.

BUREAU DU GFTC

Pr. Dominique Farge, présidente; Dr. Zora Marjanovic, trésorière; Dr. Christine Le Maignan, secrétaire.

SITE WEB ET PAGE FACEBOOK

<https://www.thrombose-cancer.com>
<https://www.itaccme.com>
<https://www.facebook.com/groupe.francophone.thrombose.cancer/>

CONTACT

E-mail : groupe.gftc@gmail.com

- Le patient atteint de cancer présente un risque majoré de développer une maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse, embolie pulmonaire, thrombose veineuse sur cathéter).
- L'incidence de la MTEV est de 15 % à 20% chez les patients atteints de cancer et varie en fonction du stade du cancer, du type du cancer et des traitements anti-cancéreux.
- La MTEV est un facteur de mauvais pronostic et la seconde cause de décès chez les patients atteints de cancer.
- La prise en charge de la MTEV chez le patient atteint de cancer est spécifique. C'est pourquoi il est important que tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins disposent des informations essentielles à cette prise en charge.
- La prise en charge de la MTEV repose sur des recommandations clairement établies.*

* Farge D, Frere C et al. *Lancet Oncol.* 2019 Oct;20(10):e566-e581.

2019 ITAC Pocket Guidelines

PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE



Téléchargez l'application gratuite
pour smartphone

Réalisation : Pr. Dominique Farge & Dr. Corinne Frère,
pour le Groupe Francophone Thrombose et Cancer (GFTC).

① Traitement initial

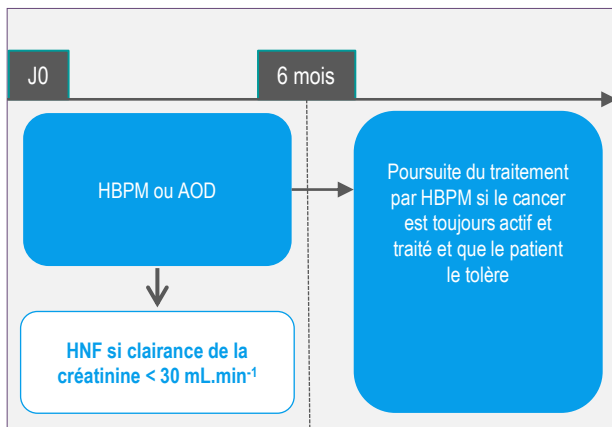
- Tous les anticoagulants ayant l'AMM dans le traitement des TVP et EP peuvent être utilisés.
- Chez les patients avec clairance de la créatinine $\geq 30 \text{ mL}\cdot\text{min}^{-1}$, utiliser de préférence HBPM [Grade 1B] ou AOD (rivaroxaban dès J1 ou edoxaban après 5 jours d'anticoagulation parentérale) en l'absence de risque élevé de saignement gastro-intestinal ou génito-urinaire [Grade 1B]. HNF et fondaparinux peuvent aussi être utilisés [Grade 2D].

② Traitement de maintenance (après 10 jours)

- HBPM préférées aux AVK si clairance de la créatinine $\geq 30 \text{ mL}\cdot\text{min}^{-1}$ [Grade 1A].
- AOD si clairance de la créatinine $\geq 30 \text{ mL}\cdot\text{min}^{-1}$, en l'absence d'interaction médicamenteuse, d'altération de l'absorption gastro-intestinale [Grade 1A]. A utiliser avec prudence en cas de cancer digestif, en particulier en cas de tumeur du tractus digestif supérieur, compte tenu du risque élevé de saignement observé avec l'edoxaban et le rivaroxaban.

Durée optimale du traitement

- Au moins 6 mois à poursuivre tant que le cancer est actif ou traité



Thrombose sur cathéter central symptomatique

- HBPM pour une durée de 3 mois [Avis d'experts] ou HBPM relais AVK
- Le cathéter central peut être laissé en place s'il est fonctionnel, bien positionné, non infecté et si l'évolution des symptômes est favorable sous traitement anticoagulant

Situations spéciales

- **Insuffisance rénale** : Si $\text{ClCr} < 30 \text{ mL}/\text{min}$ \Rightarrow traitement par HNF ou HBPM à doses adaptées avec surveillance de l'activité anti-Xa [Avis d'experts]
 \Rightarrow demander 1 avis d'expert
- **Thrombopénies** : si plaquettes $> 50 \text{ G/L}$ sans signe hémorragique, HBPM doses curatives; si plaq. $< 50 \text{ G/L}$
 \Rightarrow demander 1 avis d'expert
- **Tumeurs cérébrales** : HBPM ou AOD pour le traitement curatif de la MTEV [Grade 2B]; chez les patients atteints de tumeur cérébrale devant subir une intervention neurochirurgicale, une prophylaxie primaire par HBPM ou HNF, débutée en post opératoire, est recommandée [Grade 1A].

Récidives sous traitement bien conduit

- **Patient sous HBPM** \Rightarrow \nearrow la dose d'HBPM de 20-25%
 \Rightarrow demander 1 avis d'expert
- **Patient sous AOD** \Rightarrow switcher sous HBPM
 \Rightarrow demander 1 avis d'expert
- **Patient sous AVK** \Rightarrow switcher sous HBPM ou AOD
 \Rightarrow demander 1 avis d'expert

PRÉVENTION DE LA MTEV EN MILIEU CHIRURGICAL

- HBPM en 1 injection par jour ou HNF en 3 injections par jour [Grade 1A]; la thromboprophylaxie doit être débutée 12 à 2 heures avant l'intervention & poursuivie au moins 7 à 10 [Grade 1A].
- Utiliser la dose prophylactique d'HBPM la plus élevée [Grade 1A].
- Une prophylaxie prolongée (4 semaines) est indiquée après chirurgie majeure par laparotomie [Grade 1A] ou laparoscopie [Grade 2C] chez les patients à haut risque de MTEV et à faible risque hémorragique.

PRÉVENTION DE LA MTEV EN MILIEU MEDICAL

Patients atteints de cancer hospitalisés et à mobilité réduite: prophylaxie par HBPM, HNF ou fondaparinux [Grade 1B].

Patients avec un cancer du pancréas localement avancé ou métastatique et faible risque hémorragique: HBPM [Grade 1B].

Patients ambulatoires traités par chimiothérapie systémique à risque intermédiaire ou élevé de MTEV (cancer du pancréas ou score de Khorana ≥ 2), en l'absence de saignement actif et en l'absence de risque hémorragique élevé: AOD (rivaroxaban ou apixaban) [Grade 1B].

Score de Khorana

Prediction du risque de MTEV des patients avec cancer évalué avant chimiothérapie

Caractéristiques	Point
Site du cancer - Très haut risque : Estomac, Pancréas - Haut risque : Lymphome, Poumon, Vessie, Gynécologique, Testicule	2 1
Plaquettes $\geq 350 \text{ G/L}$	1
Hémoglobine $< 10 \text{ g/dL}$ ou utilisation ASE	1
Leucocytes $> 11\,000/\text{mm}^3$	1
IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$	1

Score = 0 : Risque Faible ($< 1\%$) ; Score = 1 ou 2 : Risque modéré ; Score ≥ 3 : Risque élevé

Patients atteints de myélome multiple et traités par IMiDs + corticoïdes et/ou chimiothérapie (doxorubicine): une prophylaxie de la MTEV est recommandée [Grade 1A]; AVK à doses réduites ou thérapeutiques, HBPM à dose préventive ou faibles doses d'aspirine (effets similaires sur la prévention de la MTEV) [Grade 2C]