

SURVEILLANCE

Réactions locales :

Afin d'éviter les hématomes au point d'injection :
ne pas purger la seringue.

Afin d'éviter les nodules cutanés inflammatoires :
varier les sites d'injection.

Ces réactions ne sont pas un motif d'arrêt de traitement.

Surveillance plaquettaire :

N'est pas systématique pour les HBPM dans cette indication, dans la majorité des cas. **Une numération plaquettaire de départ est indispensable.**

La surveillance est nécessaire uniquement si contexte traumatique ou chirurgical récent ainsi que chez les patients ayant des antécédents d'exposition à l'HNF ou aux HBPM dans les 6 derniers mois ou atteints de comorbidités importantes.

En cas de traitement anti-tumoral, une surveillance de l'hémogramme peut être préconisée par l'oncologue. Sa fréquence dépend du protocole et des comorbidités du patient. En cas de thrombopénie $< 50\ 000 /\text{mm}^3$, contacter le service d'oncologie pour la conduite à tenir. (à valider avec oncologues CHU et Mr Naillet)

Surveillance du poids :

Absolument nécessaire. Toute variation de poids doit être signalée au médecin.

La posologie des HBPM doit être adaptée en fonction.

Surveillance de la fonction rénale :

Les HBPM sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance $< 30\text{ml}/\text{min}$ selon formule de Gault et Cockcroft).

Une surveillance régulière est nécessaire.

Surveillance des traitements associés :

Prévenir le patient des risques d'automédication (AINS, aspirine à dose antalgique...)

Pas d'injection en intramusculaire.

Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

***Pensez à mettre à jour
les informations sur
le carnet de liaison du patient***

Conseils et recommandations pour la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse survenant dans un contexte de cancer



Tél. ONCOTEL : 03 81 47 99 99

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). L'incidence est de 15 % (50% de forme occulte sur autopsie) 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 représentant la seconde cause de décès chez les patients atteints de cancer : **une prise en charge optimale est indispensable.**

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.

Cette prise en charge repose sur des recommandations clairement établies*.

Une meilleure connaissance des recommandations permettra d'assurer un suivi cohérent tout au long du parcours du patient.

A propos des traitements anticoagulant en cas de thrombose et cancer :

- **HBPM** : recommandées
- **AVK** : uniquement si insuffisance rénale ou après 6 mois si intolérance aux HBPM
- **Fondaparinux** : non recommandé
- **AOD** : non recommandé

*SOR 2008. www.e-sor-cancer.fr

RECOMMANDATIONS

Résumé des Standards-options-Recommandations*

En traitement initial (jusqu'à 10 jours) :

Il n'y a pas de spécificités pour le patient atteint de cancer et toutes les molécules ayant l'AMM peuvent être utilisées (HBPM, héparine non fractionnée (HNF), fondaparinux).

Au-delà des 10 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 dans la littérature aux posologies suivantes :

- **Dalteparine (FRAGMINE®)** 200 UI/kg une fois par jour pendant un mois puis 150 UI/kg une fois par jour (AMM).
- **Tinzaparine (INNOHEP®)** 175 UI/kg une fois par jour (AMM).

En cas d'insuffisance rénale sévère

(clairance < 30ml/min selon Gault et Cockcroft) : Le traitement doit reposer sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par antivitamine K (AVK) au moins 3 mois.

En cas de MTEV chez un patient atteint de tumeur cérébrale

Les indications et les modalités du traitement de la MTEV sont les mêmes que chez les patients cancéreux ayant une localisation tumorale non cérébrale.

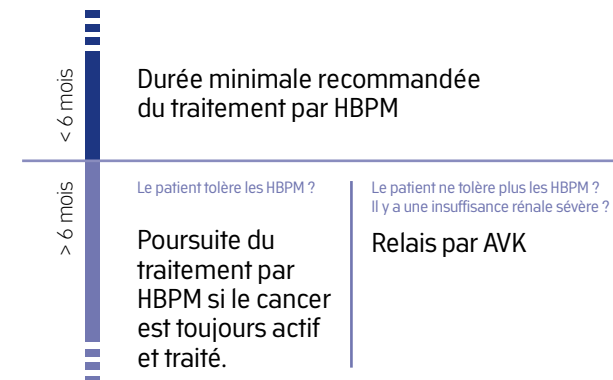
Au-delà de 6 mois :

Le traitement anticoagulant doit être poursuivi tant que le cancer est présent ou traité. Le choix entre HBPM et AVK dépend de la balance bénéfice-risque et de l'acceptabilité du traitement.

Cas des thromboses sur cathéter :

Le traitement repose sur l'utilisation prolongée d'HBPM. Le maintien du cathéter nécessite qu'il soit indispensable, bien positionné, non infecté et fonctionnel (...). Le traitement anticoagulant doit être maintenu tant que le cathéter est en place.

TRAITEMENT PAR HBPM



LES POINTS CLÉS

- Attention à l'association Cancer et Thrombose
- Attention à la rédaction de l'ordonnance
- Prescrire en Unités Internationales
- Attention à la durée du traitement
- Bénéfice HBPM par rapport aux AVK et pas d' AOD
- Pas de surveillance plaquettaire systématique

OPTIMISER L'OBSERVANCE

- Informer le patient sur sa maladie
- Expliquer les avantages et les inconvénients du traitement : un traitement bien compris est mieux accepté
- Expliquer les modalités de traitement :
 - une injection quotidienne,
 - à heure régulière,
 - sous forme d'une seringue pré remplie,
 - en sous cutané (en variant les sites d'injection)
 - l'injection peut être faite par une infirmière à domicile ou par le patient après une éducation par celle-ci,
 - une surveillance biologique adaptée.