

<b>PRA-SOS-0907 THROMB</b>	<b>SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT – PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE EN CANCEROLOGIE</b>
	<b>Date de création : 15/01/2009</b> <b>Version validée le : 02/07/2009</b>

<b><u>Groupe de travail</u></b>	
Dr Assad Souad Mr Brunet Abdelmadjid Dr Bureau du Colombier Pascale Dr Chareyre Stéphane Dr Debourdeau Philippe Dr Demolombe Sylvie Dr Denis Jean Claude Dr Farsi Fadila Dr Fervers Béatrice Dr Laborier Frédéric Dr Magnet Marc Dr Roux Marielle	Hôpital Saint Luc Saint Joseph; Lyon Réseau ONCORA; Lyon (Méthodologiste projet) Hôpital Edouard Herriot; Lyon Médecin; Bron Hôpital Desgenettes; Lyon (Coordonnateur projet) Infirmerie protestante; Lyon Médecin; Bron Réseau ONCORA; Lyon (Coordonnateur réseau) Projet SOR ADAPT; Lyon Médecin; Lyon Soins et Santé (Hospitalisation à domicile); Lyon Hôpital Pierre Oudot; Bourgoin-Jallieu

<b>Rédacteur(s)</b>	<b>Vérificateur(s)</b>	<b>Approbateur(s)</b>	<b>Destinataire(s)</b>
DEBOURDEAU Philippe BRUNET Majid GROUPE DE TRAVAIL	DEBOURDEAU Phillippe BRUNET Majid	FARSI Fadila	

### Table des matières

Méthodologie.....	3
Population cibles.....	4
Prévention primaire de la MTEV, hors cathéter, en milieu médical.....	5
Prévention primaire de la MTEV, hors cathéter, en milieu chirurgical.....	6
Prophylaxie primaire de la thrombose de cathéter dans le territoire cave supérieur.....	7
Traitement curatif initial de la MTEV (< 10 j), hors thrombose de cathéter.....	8
Traitement curatif au long cours de la MTEV (> 10 j), hors thrombose de cathéter.....	9
Traitement curatif initial (< 10 j), thrombose de cathéter.....	10
Traitement curatif au long cours (> 10 j) , thrombose de cathéter.....	11
Annexes.....	12
Annexe 1 : Gestion des traitements .....	13
Annexe 2 : Tableau HBPM .....	14
Annexe 3 : Références bibliographiques.....	15

## Méthodologie

Travail réalisé dans le cadre du réseau ONCORA.

Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (médecine générale, médecine interne, cancérologie, pathologie vasculaire)

Evaluation des recommandations disponibles (ACCP, ASCO, AIOM, NCCN, SOR) par la grille AGREE

Adaptation des recommandations retenues avec la méthode ADAPT

Mise en forme des recommandations suivant le format du réseau ONCORA

Relecture externe par des membres du réseau ONCORA

Présentation de la méthodologie pour validation lors des journées interréseaux de mise en commun des référentiels en soins oncologiques de support (ONCORA / ONCOLOR; Lyon les 02 et 03 juillet 2009)

Les membres du groupe de travail ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt

## Populations cibles

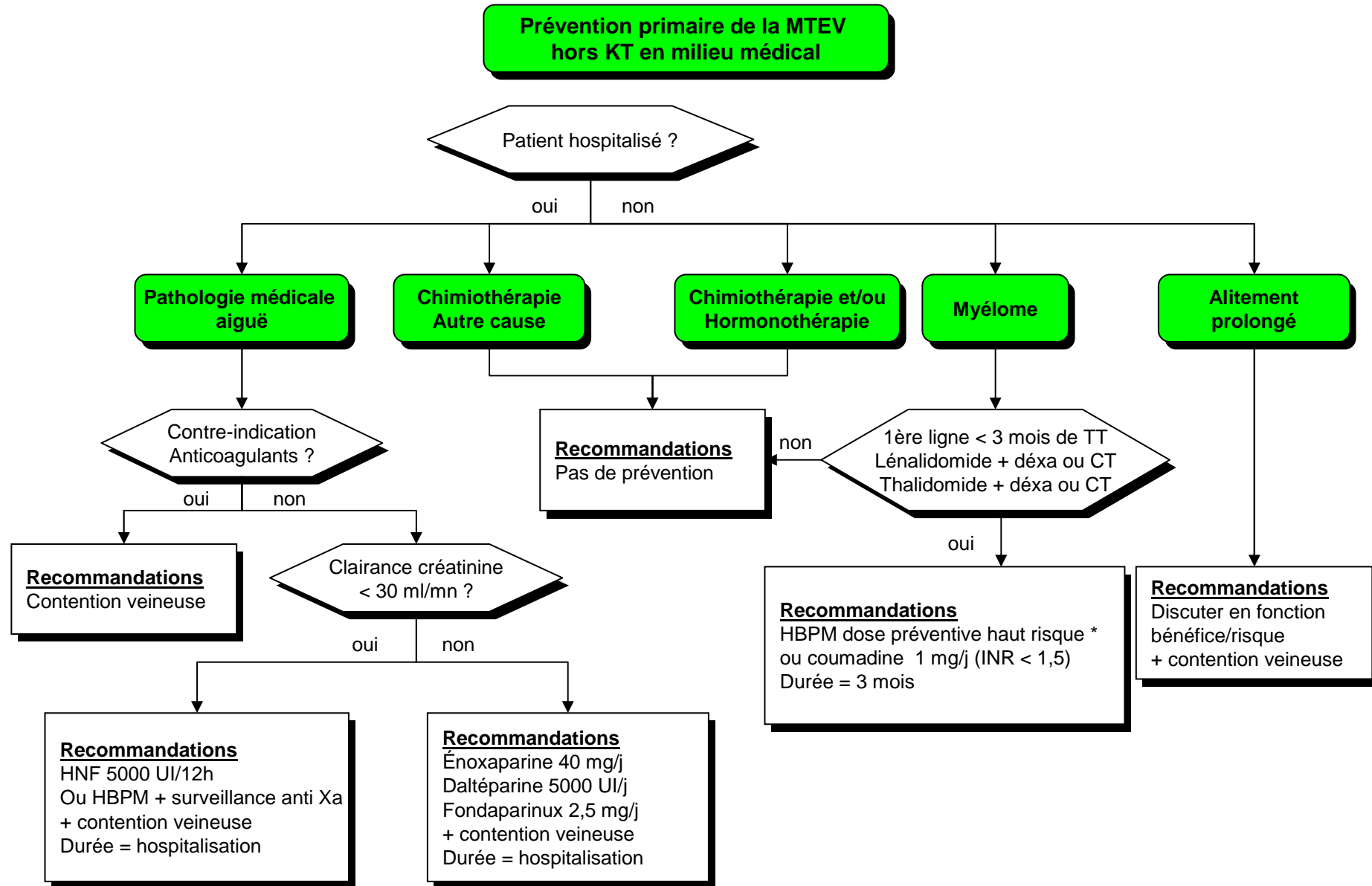
### Patients

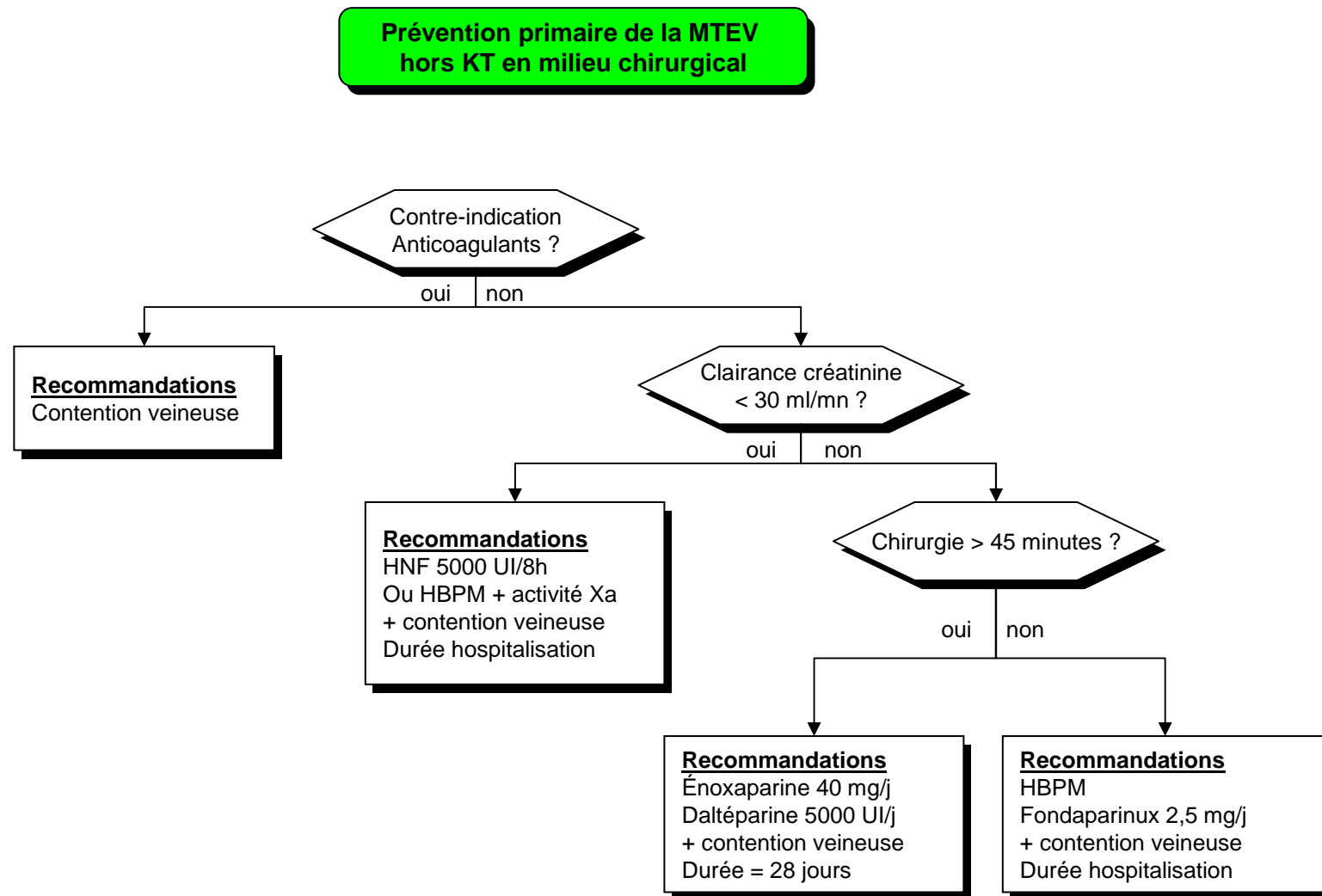
Sujets adultes âgés de plus de 18 ans atteints de cancer ou d'hémopathie maligne :

- Ayant développé une maladie thromboembolique veineuse (MTEV) c'est-à-dire de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP) ou de thrombose sur cathéter central (TVKTC)
- Ou à risque accru d'épisode thromboembolique veineux car :
  - Porteurs d'un cathéter central longue durée ( > 3 semaines) dans le territoire cave supérieur : soit avec chambre implantable, soit tunnélisé avec ou sans manchon de Broviac. Les patients porteurs de cathéter fémoral ou de cathéter central à insertion périphérique (PICC) ne sont pas inclus.
  - Devant avoir une intervention chirurgicale
  - Alité ou hospitalisé
  - Ayant un traitement thrombogène

### Professionnels de santé

- Etablissements membres et partenaires du réseau ONCORA (diffusion, implémentation)
- Médecins généralistes et spécialistes prenant en charge la MTEV au cours du cancer (prescription)
- Personnels paramédicaux prenant en charge la MTEV au cours du cancer (suivi des prescriptions)





## **Prophylaxie primaire thrombose sur cathéter central longue durée dans le territoire cave supérieur**

### **1- Matériel et pose du cathéter**

- Cathéter avec Groshong = cathéter sans Groshong
- Insertion côté droit sauf cancer du sein droit, poumon unique fonctionnel droit, KT central droit récent et désir patient
- Repérage échographique de la veine si ponction percutanée
- Extrémité distale du cathéter à la jonction veine cave supérieure - oreillette droite
- Si masse médiastinale > 6 cm, pas de cathéter longue durée dans le territoire cave supérieur en première intention mais à discuter après tentative de réduction tumorale (corticoïdes, radiothérapie ou chimiothérapie sur VVP ou VVC temporaire)
- Pose si possible par équipe entraînée

### **2- Prévention médicamenteuse**

- Pas d'indication d'AVK à petites doses
- Pas d'indication d'HBPM à dose prophylactique
- Ne pas faire de rinçure héparinée :
  - pas d'effet sur thrombose,
  - même efficacité rinçure sérum physiologique
  - risque TIH



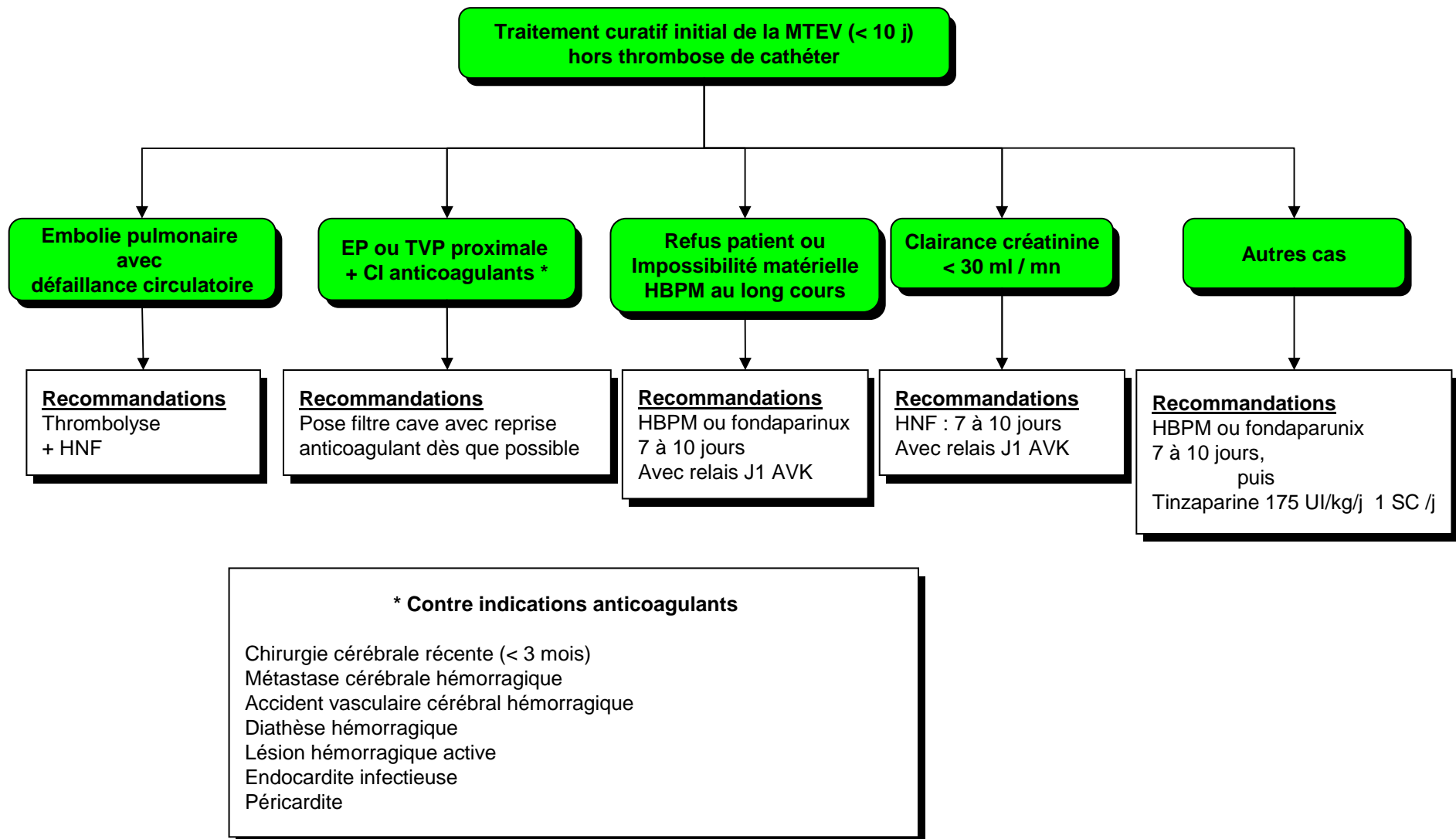
### **Dysfonctionnement de cathéter ≠ thrombose sur cathéter**

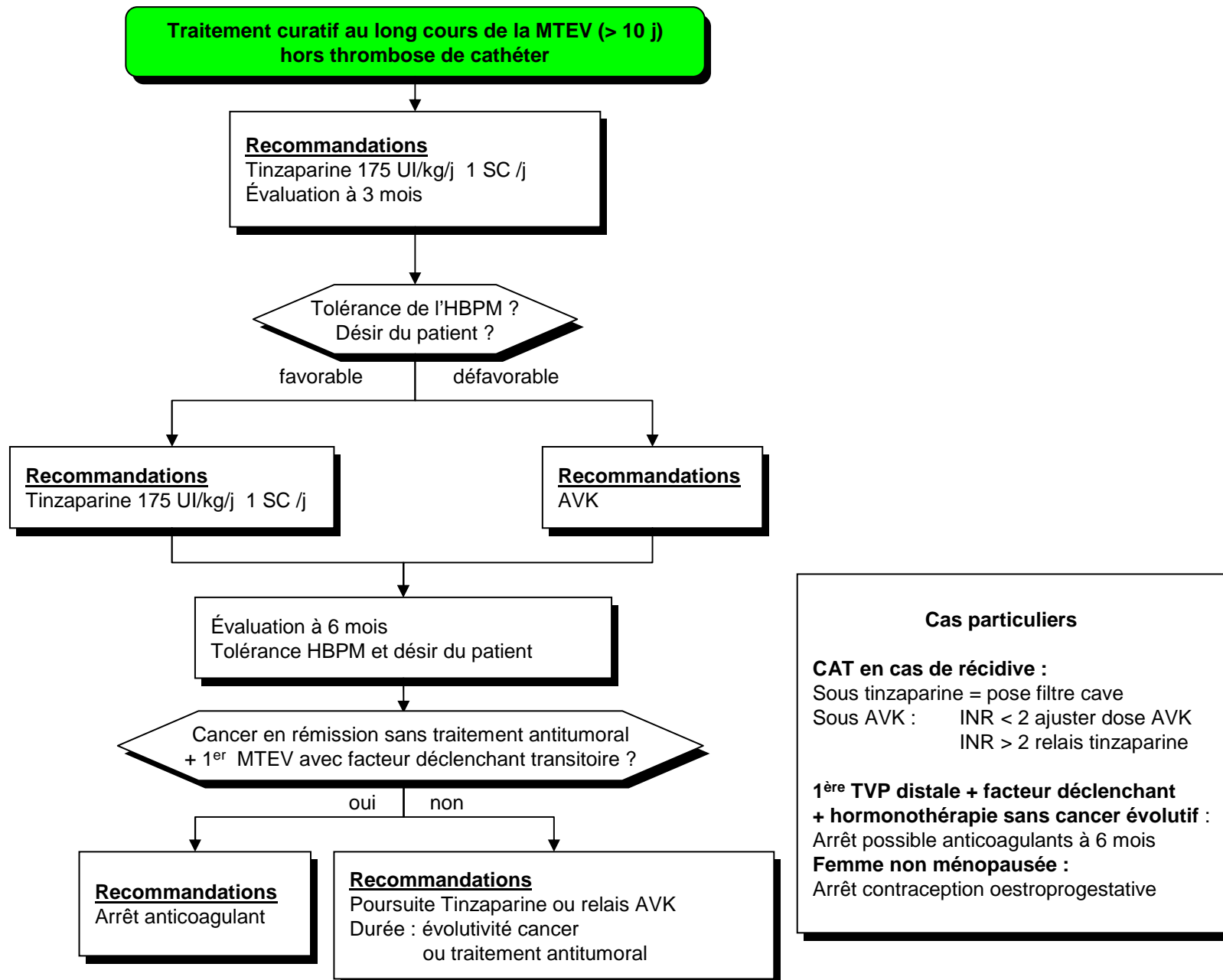
Dysfonctionnement de cathéter = impossibilité à aspirer ou perfuser

Causes dysfonctionnement :

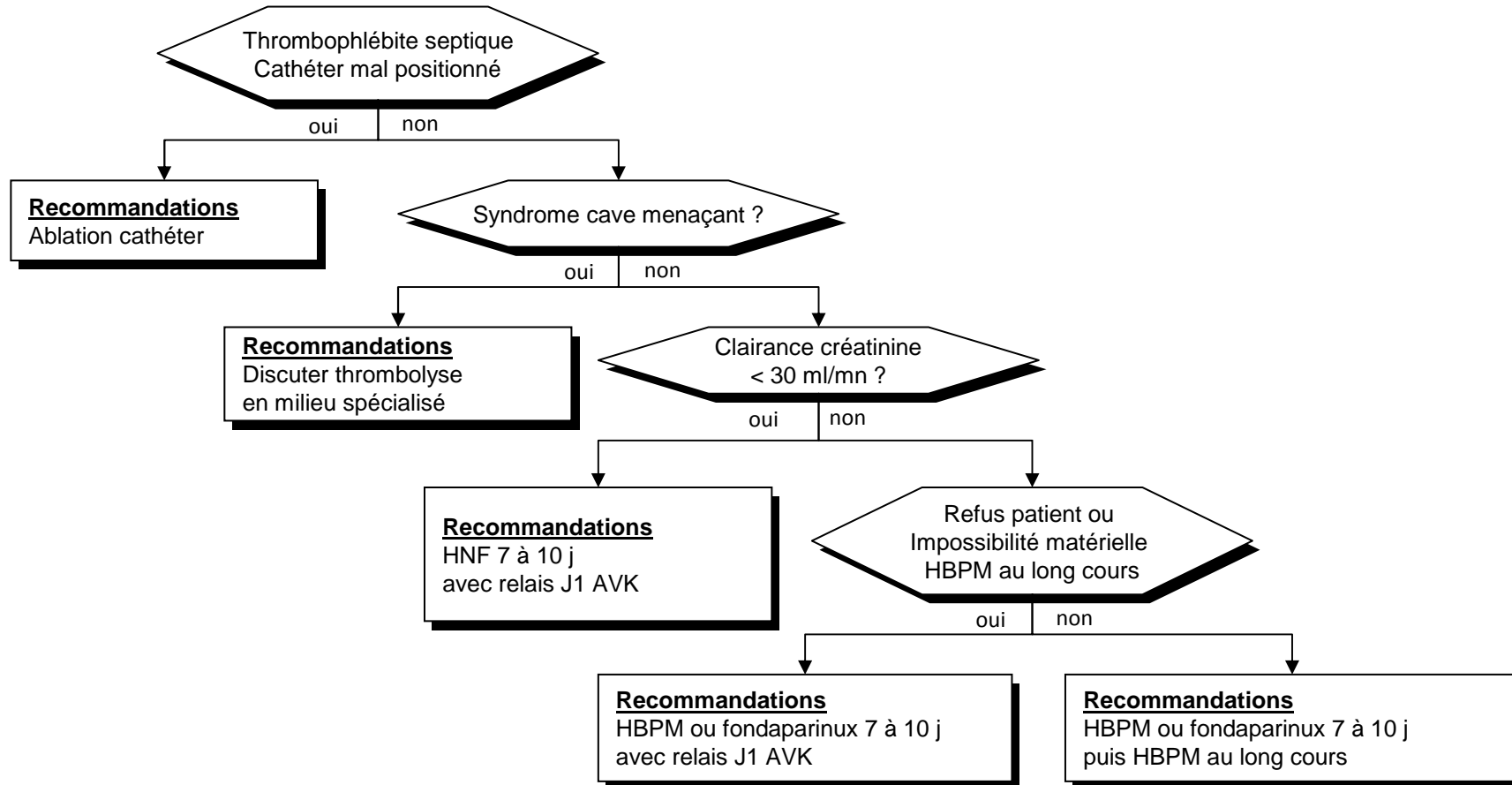
- manchon de fibrine
- thrombus limité extrémité du KT
- pinch off
- thrombose sur cathéter

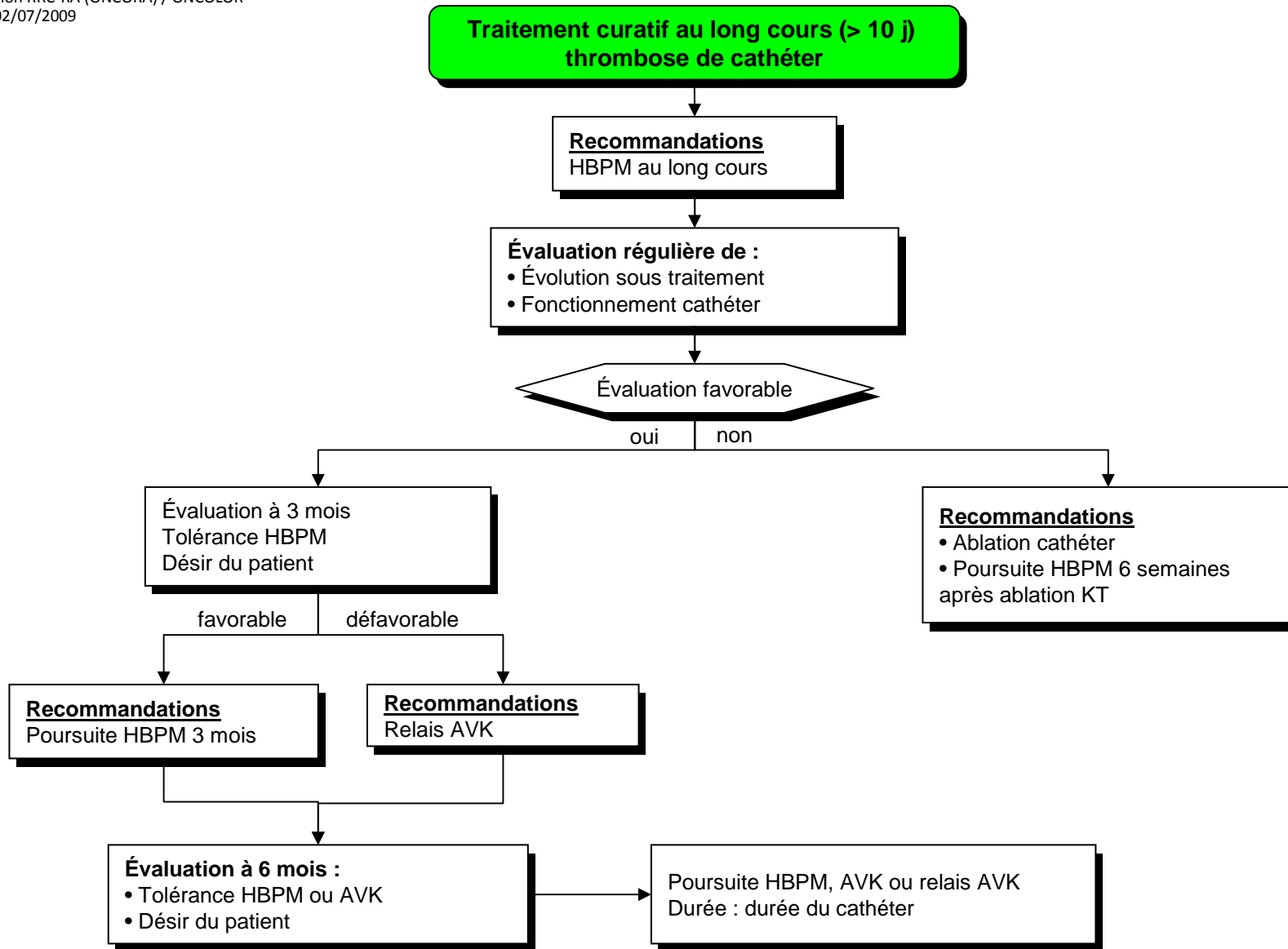
La thrombose sur cathéter ne se traduit pas toujours par un dysfonctionnement





**Traitement curatif initial (< 10 j)  
thrombose veineuse sur cathéter central**





# Annexes

## **Gestion des traitements**

### **1. Patient traité par HNF**

#### **A dose curative**

- Si IV, bolus 5000 UI IVD puis 450 à 500 UI/kg/j, TCA 4 à 6 h
- En SC 500 UI/kg/j en 2 à 3 injections, TCA à 6 h
- TCA entre 2 et 3 fois le témoin ou héparinémie entre 0,3 et 0,7 UI/ml

#### **A dose préventive**

- 5000 UI en SC toutes les 8 heures en chirurgie
- 5000 UI en SC toutes les 12 heures en médecine

#### **Surveillance plaquettes 2 à 3 fois par semaine**

### **2. Patient traité par HBPM**

- Pas d'activité anti Xa sauf patient > 100 kg ou < 40 kg et clairance créatinine entre 30 et 60 ml/mn
- Dans le traitement curatif, privilégier la gestion en ambulatoire chaque fois que possible
- Surveillance plaquettes 2 fois par semaine pendant un mois
- Au-delà d'un mois d'HBPM pas de surveillance des plaquettes

### **3. Patient traité par AVK**

- En association HNF, HBPM ou fondaparinux pendant au moins 5 j à la phase initiale en curatif
- INR entre 2 et 3 en curatif
- Fréquence de la surveillance adaptée à l'équilibre de l'INR
- A dose préventive faire au moins un INR pour s'assurer qu'il est inférieur à 1,5

### **4. Contention veineuse :**

#### **Prévention de la TVP**

- Pendant l'hospitalisation ou plus si alitement
- Bas cuisse de contention classe 2

#### **Prévention maladie veineuse post phlébitique**

- Si TVP MI symptomatique, non indiqué TVP MS
- De classe 3 par collant ou chaussette en fonction de la tolérance et des capacités d'habillage
- Indication à nuancer avec la survie du patient

### **5. Pas de repos au lit, lever dès que le patient est anticoagulé efficacement.**

Annexe 2

Héparines de bas poids moléculaires

HBPM		Activité anti Xa / anti IIa	Dose préventive haut risque	Dose curative
DCI	Nom commercial			
Enoxaparine	LOVENOX®	3 à 4	40 mg/j	1 mg/kg/12h
Daltéparine	FRAGMINE®	2 à 3	5000 UI/j	100 UI/kg/12h
Nadroparine	FRAXIPARINE®	3 à 4	57 UI /kg	85 UI/kg/12h (0,1 ml/10kg/12h)
	FRAXODI®		pas en préventif	171 UI/kg/j (0,1 ml/10kg/j)
Réviparine	CLIVARINE®	3,5	3436 UI/j (0,60 ml)	71 UI /kg/12h

Traitement	Voie d'administration	Heure de prélèvement	Résultats biologiques
Héparinothérapie curative	SC 2 injections/j	3 à 4 h après injection	TCA non modifié Anti-Xa :0,5-1 UI/mL
	SC 1 injection/j	4 à 6 h après injection	TCA parfois modifié Anti-Xa < 1,5-1,8
Héparinothérapie préventive	SC 1 injection/j	Au pic 3 à 4 h après injection	TCA non modifié Anti-Xa : -Rmodéré :0,2 UI/mL - R élevé : 0,4 UI/mL

### Références

**Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes. HAS février 2007.**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method\\_process\\_adaptation\\_rpc\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method_process_adaptation_rpc_2.pdf)

**Grilles d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique.**

The AGREE collaboration, version française, HAS 2002.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/grille.pdf>

**NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Venous Thromboembolic Disease: V2 2008**

[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/vte.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/vte.pdf)

**Venous thromboembolism and cancer: Guidelines of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM).**

M. Mandalà.

Critical Reviews in Oncology/Hematology 59 (2006) 194–204.

**American Society of Clinical Oncology (ASCO) Guideline:**

Recommendations for Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer.

G Lyman.

J Clin Oncol 2007;25 : 5490-505.

**American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). ACCP**

Prevention of Venous Thromboembolism

W Geerts.

Chest 2008; 133:381S–453S.

Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease.

C Kearon.

Chest 2008; 133:454–545S.

**Standards, Options : Recommandations 2008 SOR**

Traitement curatif de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients atteints de cancer.

Prévention et traitement des thromboses veineuses sur cathéter chez les patients

atteints de cancer.

<http://www.sor-cancer.fr/index.php?tg=articles&topics=70>