

Points de vigilance!

L'administration par voie sous-cutanée peut entraîner la survenue d'hématomes au point d'injection **surtout en cas de non-respect de la technique d'injection**

- ▶ **Attention : ne pas purger la seringue**
- ▶ **Ajuster la dose seringue vers le bas**
- ▶ Des nodules fermes cutanés liés à un phénomène inflammatoire peuvent apparaître :
- ▶ **Varié les sites d'injection**

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

Optimiser l'adhésion au traitement

- ▶ 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 préremplie
 - ▶ 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
 - ▶ une surveillance biologique adaptée

Conseiller des mesures associées

Le risque de thrombose peut être réduit de différentes manières en dehors du traitement anticoagulant :

- ▶ Port de bas de contention
- ▶ Lors des voyages et des vols en avion : réaliser des mouvements de flexion-extension des chevilles et marcher régulièrement

Prise charge de la maladie thromboembolique veineuse survenant chez un patient atteint de cancer

Conseils et recommandations

Coordonnées du médecin spécialiste

Ce document a été réalisé en collaboration avec
▶ Oncomip, le Réseau Régional de Cancérologie de Midi-Pyrénées
▶ L'Université Paul Sabatier
▶ L'Union Régionale des Professionnels de Santé : Médecins, Pharmaciens, Infirmières



Thrombose et cancer

Le patient atteint de cancer présente un risque majoré de développer une maladie thrombo-embolique veineuse.

L'incidence est de 15 % et varie en fonction du stade du cancer, du type du cancer et des traitements anticancéreux.



Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV)

Thrombose veineuse, embolie pulmonaire, thrombose veineuse sur cathéter

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.

Durée du traitement

Au moins 3 mois, mais à poursuivre tant que le cancer est actif ou traité

3 à 6 mois

HBPM
Durée recommandée : 3 à 6 mois

AVK si insuffisance rénale

Poursuite du traitement par HBPM si le cancer est toujours actif et traité et que le patient le tolère

AVK si insuffisance rénale ou si le patient ne tolère plus les injections

Recommandations

Résumé des Standards-Options-Recommandations

(SOR 2008. www.e-sor-cancer.fr)

En traitement initial jusqu'à 10 jours

STANDARD

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, danaparoiïde).

Au-delà des 10 premiers jours

STANDARD

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. Deux molécules validées dans la littérature ont l'AMM en France aux posologies suivantes :

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

STANDARD

En cas d'insuffisance rénale sévère

(clairance < 30ml/min selon la formule de Cockcroft) :
Le traitement doit reposer sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par antivitamine K (AVK).

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 3 à 6 mois

OPTION

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

STANDARD

Cas des thromboses sur cathéter ou dispositif intraveineux de longue durée

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

Points de vigilance !

Pour minimiser le risque d'erreurs médicamenteuses, l'ANSM attire l'attention des professionnels de santé et les invite à être vigilants devant toute prescription d'HBPM. Plus particulièrement, il est recommandé

- ▶ Aux prescripteurs
 - ▶ de rédiger leurs prescriptions en mentionnant la dénomination complète de la spécialité d'HBPM : nom de la spécialité avec la quantité totale en unité anti-Xa et le volume total en mL contenus dans la seringue, en fonction des indications préventives ou curatives,
 - ▶ de préciser la posologie soit en mL/jour soit en UI/jour,
 - ▶ de respecter les recommandations posologiques mentionnées dans les autorisations de mise sur le marché (AMM)
- ▶ Aux infirmiers et pharmaciens
 - ▶ de se rapprocher du prescripteur en cas de prescription incomplète, ne mentionnant pas l'intégralité de la dénomination de la spécialité prescrite (incluant la quantité totale en unité anti-Xa et le volume total en mL contenus dans la seringue).