

# THROMBOSE ET CANCER

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

# LE CANCER EN BRETAGNE

- En moyenne chaque année, **16 300** nouveaux cas de cancer

<b>Localisations les + fréquentes (en %) :</b>	<b>Mortalité (en%)</b>	<b>Incidence MTEV en fonction du site (en %) :</b> <small>source : California Cancer Registry</small>
<b>Sein :</b> 18	<b>Trachée, bronche et poumons :</b> 9,4	<b>Pancréas :</b> 14
<b>Prostate</b> 14,4	<b>Côlon rectum :</b> 5,8	<b>Cerveau :</b> 11
<b>Côlon rectum</b> 11,2	<b>VADS :</b> 3,9	<b>LAM et Estomac :</b> 7,4
<b>Trachée, bronches et poumons :</b> 8,3	<b>Sein :</b> 3,4	<b>Œsophage :</b> 5,8
<b>Voies aérodigestives :</b> 6,8	<b>Prostate :</b> 3,3	<b>Poumon :</b> 4,3

Source : Rapport INCA 2015

# PROJET **E**VALUATION DES **P**RATIQUES **P**ROFESSIONNELLES (EPP)

- Mener une réflexion sur des actions pouvant être menées en Bretagne
- EPP dans le but d'analyser la prise en charge de patients atteints de cancer qui ont eu une MTEV au cours de leur parcours de soin et de repérer les éventuelles périodes de rupture de traitements

## ETAPES DE L'EPP

- **I** : Sélection et recueil des informations sur dossiers
- **II** : Entretien avec les patients : analyse qualitative du parcours
- **III** : Analyse des informations recueillies
- **IV** : Retour d'expérience

# DOSSIERS ANALYSÉS

## 6 Dossiers auprès de 3 médecins (Finistère et Ille-et-Vilaine)

### AGE

- < 60 ans : 1
- Entre 60 et 75 : 2
- > 75 : 3

### SEXE

- Hommes : 2
- Femmes : 4

### TYPE DE CANCER

- Adénocarcinome gastrique : 2
- Adénocarcinome colique : 1
- Astrocytome : 1
- Carcinome canalaire : 1
- Adénocarcinome prostatique : 1

### MTEV ET CANCER

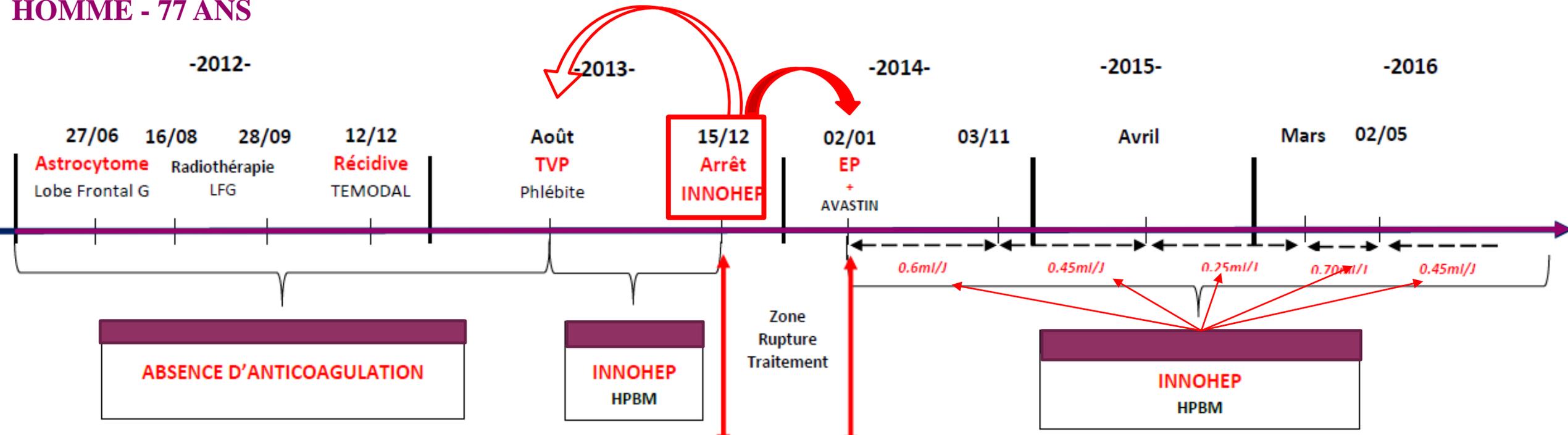
- 3 diagnostics de cancer révélés par une MTEV
- 3 récurrences de MTEV sous cancer

### PRISE EN CHARGE

- 3 ruptures de traitement ATC en ambulatoire
- 1 avec respect recommandations
- 1 avec doses non augmentée (dose max atteinte ?)
- 1 relais par NACO

# FOCUS CAS N°1 : TVP TRAITÉE PAR HBPM PUIS ARRÊT À M4 SUIVI D'UNE EP

HOMME - 77 ANS



## FOCUS CAS N°1 : DISCUSSION

- Sur quoi sont basés ces diminutions progressives des doses ? Pourquoi des écho doppler à répétition (indiqués dans surveillance ?)
- Au regard des ATCD de MTEV, une **coopération angéiologue de ville / oncologue** à travers d'avantage de communication aurait-elle pu être mise en place ? (à noter le retour vers l'angéiologue en Mai 2016 après RCP pour laisser le traitement par **INNOHEP®** à 4500UI/J)
- TVP en Août 2013 et 4 mois après arrêt de l'anticoagulant, quelle **application des recommandations**, qui s'appliquent aussi pour les patients atteints d'une tumeur cérébrale ?

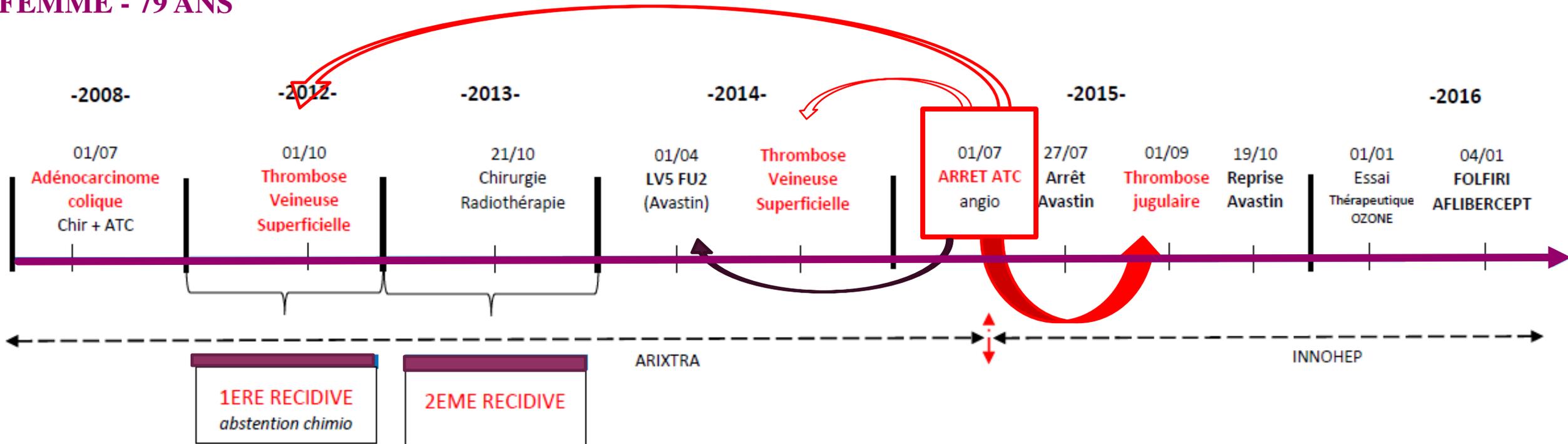
➤ *Le traitement de la MTEV chez le patient atteint de cancer doit reposer sur l'utilisation d'HBPM à visée curative pendant une durée optimale de 6 mois*

*RECOMMANDATIONSTHROMBOSE ET CANCER INCA 2008*

- La mise en place effective d'un **score d'OTTAWA** serait-elle pertinente dans ce type de prise en charge ?

# FOCUS CAS N°2 : ARRÊT FONDAPARINUX PUIS TVP À M2

FEMME - 79 ANS

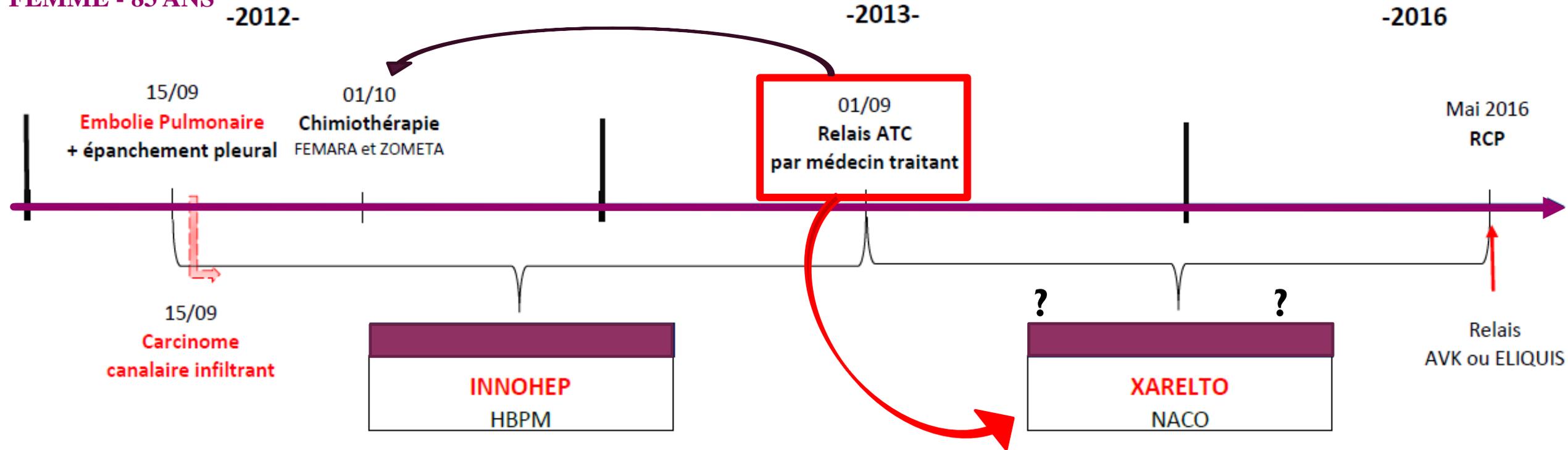


## FOCUS CAS N°2 : DISCUSSION

- Des **échanges spécifiques** entre l'hôpital et la ville ont-ils eu lieu ?
  - Un retour auprès de l'angéiologue sur les recommandations ?
- Quelle place pour le score d'**Ottawa** ?

# FOCUS CAS N°3 : RELAIS HBPM PAR NACO

FEMME - 83 ANS

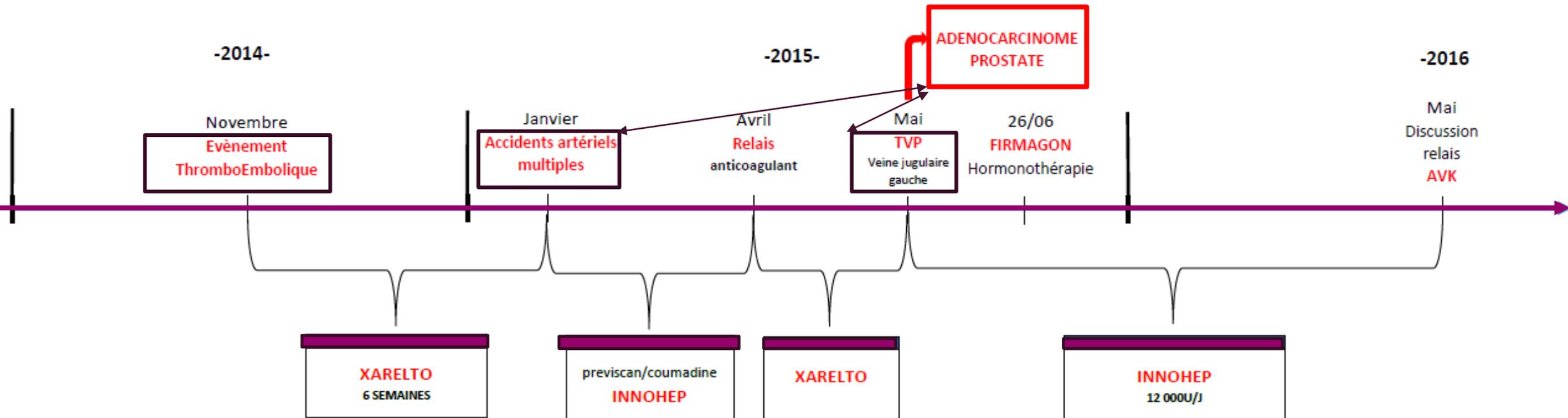


## FOCUS CAS N°3 : DISCUSSION

- Pourquoi faire un relais par **XARELTO**<sup>®</sup> et non par **AVK** ? Place de la RCP avant décision de relais ?
- 3 ans plus tard, pourquoi envisager un relais par **AVK** ou par **ELIQUIS**<sup>®</sup> alors que le traitement **XARELTO**<sup>®</sup> semble efficace ?
- De quelles informations disposent les médecins généralistes sur l'utilisation des **NACO** et plus particulièrement en cas de cancer ?

# FOCUS CAS N°4 : DIAGNOSTIC CANCER APRÈS 3 ETE

HOMME - 49 ANS



## FOCUS CAS N°4 : DISCUSSION

- Eclaircir la succession de traitement et leur durée de Janvier à Avril 2015 : COUMADINE® puis PRÉVISCAN® mais un INR difficile à équilibrer donc mis sous HBPM. Relais en avril car patient qui ne supportait plus le traitement, donc mis sous XARELTO®
- Après le 2<sup>ème</sup> ETE, patient hospitalisé avec bilan hémato complet négatif.
- Après le diagnostic de cancer et la mise sous INNOHEP® pendant un an (jusqu'à ce jour), le patient n'a pas représenté d'ETE et les **recommandations ont été suivies**. RCP prévue en mai 2016

➤ *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*

RECOMMANDATIONS THROMBOSE ET CANCER INCA 2008

# PISTES D'ACTION ET PERSPECTIVES

- Liens ville/hôpital : améliorer la communication et la concertation avant changement traitement?
- Recommandations auprès des libéraux ? : Référentiel régional ?
- RCP thrombose et cancer, la généraliser au niveau régionale ?

## **A SUIVRE** (sous réserve accord CNIL, demande en cours)

- Chaînage informations ville/hôpital
- Entretiens avec patients indispensables : compliance patients aux différents traitements ?

# APPLICATION RECOMMANDATIONS THROMBOSE ET CANCER



Recherche ...



LE GFTC

PROJETS

PUBLICATIONS

ESPACE SOIGNANTS

ESPACE PATIENTS

CALCULATEURS DU GFTC

INTERNATIONAL GUIDELINES



## Application Mobile

ITAC-CME lance l'application mobile dont le but est la mise en application des recommandations internationales dans la prise en charge de la Maladie Thrombo-embolique Veineuse et le cancer.





Prophylaxie primaire >

### MTEV hors thrombose sur cathéter central

Traitement de la MTEV hors thrombose sur cathéter central

Traitement initial  
(5 à 10 jours) >

Traitement d'entretien précoce  
(≥ 10 jours - 3 mois) >

Traitement à long terme  
(≥ 3 mois) >

Récidive de la MTEV sous traitement anticoagulant  
(≥ 10 jours) >



## Le patient présente-t-il une contre-indication aux traitements anticoagulants?

+ Plus d'informations

Oui

Non



> Données sur le patient

### Traitement conseillé:

- Continuez le traitement par HBPM ou faites passer le patient à un AVK.
- Si vous faites passer le patient à un AVK, surveillez l'INR et ajustez la posologie de l'AVK en conséquence.
- Réévaluez le patient au bout de 6 mois.



Dosage >

Retour à l'accueil >

## Score de Khorana

*Calculateur du Risque de MTEV des patients avec cancer,  
avant mise en route d'une chimiothérapie.*

IMC>35	<input type="checkbox"/>
Plaquettes préchimio $\geq$ 350 G/l	<input type="checkbox"/>
Hgb Préchimio $<$ 100 g/l	<input type="checkbox"/>
Leucocytes Préchimio $>$ 11 G/l	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'EPO	<input type="checkbox"/>
Cancer Estomac ou Pancréas	<input type="checkbox"/>
Cancer Poumon, Lymphome, Ovaire	<input type="checkbox"/>
Autres cancers	..... ▾

Score de Khorana:

RESET

### Résumé:

Le score de Khorana prédit le risque de MTEV sous chimiothérapie. Le taux de MTEV symptomatique sur une période de 2.5 mois est de 0.3% pour les bas risques 2% pour les risques intermediaires et 6.7% pour les haut risques.

\*\*\*

Les recommandations internationales ne préconisent pas de prophylaxie primaire systematique. Celle ci peut se discuter au cas par cas, en fonction des risques hemorragiques chez les patients avec un score de Khorana élevé.

### Références

Khorana AA, Kuderer NM, Culakova E, Lyman GH, Francis CW. [Blood. 2008 111:4902-7.](#)

Retour Accueil

**Score d'OTTAWA Modifié pour le risque de recurrence de MTEV chez le patient avec cancer**



+1	Femme	<input type="checkbox"/>
+1	Cancer du poumon	<input type="checkbox"/>
-1	Cancer du sein	<input type="checkbox"/>
-1	TNM* stade I ou II	<input type="checkbox"/>
+1	Antécédents de MTEV	<input type="checkbox"/>



RESET

**Le score d'Ottawa Modifié ( Louzada et Al ) permet de classer le risque de MTEV pour le patient avec cancer à partir de 4 critères**

- Le sexe
- Le type de cancer
- Le stade d'évolution du cancer ( -1 pour les stade I et II)
- Les antécédents de MTEV

**Ce score donne trois niveaux de risque de survenue de MTEV: Faible  $\leq -1$ , intermédiaire (0), Elevé  $\geq 1$ )**

**Dans la cohorte de validation externe de Den exter, les risques cumulatifs de récurrence de MTEV (sous HBPM ou AVK) dans les 6 mois étaient respectivement de:**

- 2,4% groupe à risque faible (12% de la cohorte),
- 8,8% intermédiaire (43% de la cohorte)
- 15,9% élevé (44% de la cohorte).

**[Voir l'article dédié sur le site du GFTC](#)**

Retour Accueil