

Réactions locales

Ne pas purger la seringue pour limiter les hématomes. Injecter lentement et varier les sites d'injection pour éviter les nodules fermes cutanés liés à un phénomène inflammatoire.

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

Surveillance plaquettaire

- Le traitement anticoagulant en lui-même ne justifie pas une surveillance systématique des plaquettes
- Peut être indiquée en fonction des comorbidités et de la gravité potentielle de la survenue d'une Thrombopénie Induite à l'Héparine.
- 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 G/L, contacter le service d'oncologie pour la conduite à tenir.

Surveillance du poids

Absolument nécessaire pour adapter la posologie des HBPM. Le médecin traitant doit être contacté en cas de variation significative du poids.

Surveillance de la fonction rénale

Les HBPM sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance < 30 ml/min mesurée selon la formule de Gault et Cockcroft). Entre 20 et 30 ml/min prendre un avis spécialisé. Une surveillance régulière est nécessaire. La fréquence dépend des traitements et des pathologies associées.

Surveillance de l'activité anti-Xa

Pas de surveillance systématique.

Surveillance des traitements associés

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

Pas d'injection en intramusculaire.

Mesures associées au traitement anticoagulant

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

- Port de bas de contention
- Respect des règles d'hygiène veineuse
- Lors des voyages et des vols en avion : réaliser des mouvements de flexion-extension des chevilles et marcher toutes les 2 h.

Optimiser l'observance

- Informer le patient sur sa maladie (cf plaquette patient)
- Expliquer les avantages et les inconvénients du traitement
 - un traitement bien compris est mieux accepté
- Prévenir le patient que le traitement va être long
- 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

Coordonnées du médecin spécialiste

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



Thrombose et cancer

Le patient atteint de cancer présente un risque majoré de développer une **Maladie Thrombo-Embolique 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 et harmonisées à cette prise en charge.

Cette prise en charge repose sur des recommandations clairement établies.

Recommandations

Résumé des Standards-Options-Recommandations (SOR)

En traitement initial jusqu'à 10 jours ———— STANDART

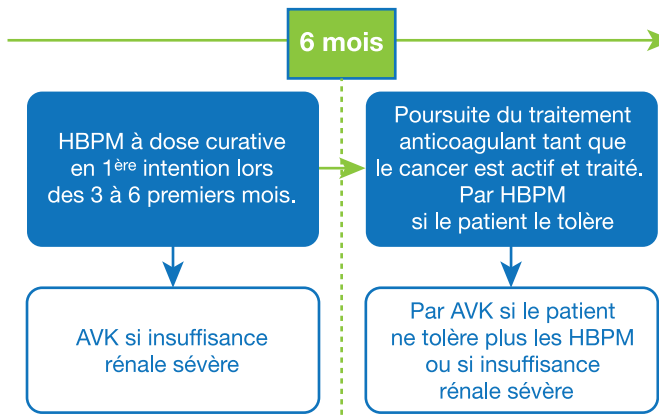
Il n'y a pas de spécificités pour le patient atteint de cancer et toutes les molécules ayant l'AMM peuvent être utilisées (HBPM, héparine non fractionnée (HNF), pentasaccharides, danaparoiide).

Au-delà des 10 premiers jours ———— STANDART

L'utilisation des HBPM à dose curative constitue le traitement de 1^{ère} intention lors des 3 à 6 premiers mois. Ce traitement a été validé dans la littérature aux posologies suivantes (cf tableau) :

- 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).
- Enoxaparine (Lovenox®) : 150 UI/kg une fois par jour (forme galénique non disponible en France, pas d'AMM).

Durée du traitement



En cas d'insuffisance rénale sévère ———— STANDART

(clairance < 30 ml/min selon la formule de Gault et Cockcroft), le traitement doit reposer préférentiellement sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par antivitamine K (AVK). Entre 20 et 30 ml/min prendre un avis spécialisé.

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 ———— 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 bénéfico-risque et de l'acceptabilité du traitement

Cas des thromboses sur cathéter ———— OPTION

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.

Posologie des molécules ayant l'AMM en France

INNOHEP® Tinzaparine 175 UI/kg (1 SC/j)	Poids (kg)	INNOHEP® Tinzaparine seringue graduée 175 UI/kg (1 SC/j)
0,90 mL/18000 UI	100 et +	0,9 mL/18 000 UI
0,85 mL/17000 UI	95	seringue graduée, dose à ajuster
0,80 mL/16000 UI	90	
0,75 mL/15000 UI	85	
0,70 mL/14000 UI	80	
0,65 mL/13000 UI	75	0,7 mL/14 000 UI
0,60 mL/12000 UI	70	seringue graduée, dose à ajuster
0,55 mL/11000 UI	65	
0,50 mL/10000 UI	60	0,5 mL/10 000 UI
0,50 mL/10000 UI	55	
0,45 mL/9000 UI	50	
0,40 mL/8000 UI	45	

sans excéder 18 000 UI/injection

Pour la Dalteparine
la dose est de 200 UI/kg le 1^{er} mois
diminuée à 150 UI/kg à partir du 2^{ème} mois

FRAGMINE® Dalteparine seringue	Poids (kg)	FRAGMINE® Dalteparine seringue dose
1er mois suivant l'événement 200 UI/kg (1 SC/j)		A partir du 2ème mois suivant l'événement 150 UI/kg (1 SC/j)
0,72 mL/18 000 UI	99 et +	0,72 mL/18 000 UI
0,72 mL/18 000 UI	98	0,6 mL/15 000 UI
	83	
0,6 mL/15 000 UI	82	0,5 mL/12 500 UI
	69	
0,5 mL/12 500 UI	68	0,4 mL/10 000 UI
	57	
0,4 mL/10 000 UI	56	0,3 mL/7500 UI
	40	

Pour les poids extrêmes (<45 kg et > 105 kg), prendre un avis spécialisé.