

THROMBOSE ET CANCER

LIAISONS (TRÈS) DANGEREUSES

La Revue Pharma fait le point sur les recommandations de la société de pneumologie de langue française pour la prise en charge des maladies thrombo-emboliques veineuses associées au cancer, deuxième cause de mortalité des patients après le cancer lui-même.

Par Julien Dabjat

Deuxième cause de mortalité des patients atteints de cancer - après la maladie elle-même -, les maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV) sont une complication fréquente. Le Dispositif Spécifique Régional du Cancer en Île-de-France parle d'une incidence de 15 à 20 %, qui varie selon le type de cancer, son stade et les traitements associés. Plusieurs études évoquent un risque de survenue d'évènement thromboembolique 4 à 7 fois supérieur par rapport à la population générale.

Une multitude de facteurs en cause

Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire et thrombose veineuse sur cathéter central : le mécanisme sous-jacent au déclenchement des MTEV associées au cancer est multifactoriel. Certaines causes sont toutefois bien établies : production de facteurs procoagulants par les cellules cancéreuses, dommages vasculaires en lien avec les traitements - chimiothérapie, chirurgie, insertion d'un cathéter veineux central -, mais aussi certains facteurs propres au patient, tels que son âge, son poids, ses habitudes de vie, le fait qu'il soit ou non alité, la présence ou non de comorbidités... Dans certaines situations, la MTEV peut même précéder le diagnostic du cancer.

Un traitement au long cours

Historiquement, le traitement des MTEV associées au cancer, reposait sur l'administration d'héparine à bas poids moléculaire (HBPM) : énoxaparine (Lovenox et biosimilaires), tinzaparine (Innohep), dalteparine (Fragmine). Dans la mise à jour de ses recommandations de 2021, la Société de pneumologie de langue française inclut les anticoagulants oraux directs (AOD) : apixaban (Eliquis) et rivaroxaban (Xarelto). ■

→ Pour thrombose veineuse profonde proximale et embolie pulmonaire

Pendant les 6 premiers mois :

- Héparine de bas poids moléculaire ou apixaban.
- En alternative : rivaroxaban, sauf en cas de cancer digestif ou urogénital.

Et après ?

Après ces 6 mois, si le cancer n'est plus actif (absence de maladie tumorale détectable et absence de traitement anticancéreux depuis plus de 6 mois et en l'absence de récurrence d'une MTEV pendant les 6 premiers mois), **il est recommandé d'interrompre le traitement.**

Au contraire, en cas de cancer actif, de poursuite d'un traitement anticancéreux, ou

de récurrence d'une MTEV pendant les 6 premiers mois, le traitement anticoagulant doit être poursuivi et réévalué tous les 6 mois.

Quels traitements après 6 mois ?

En cas de poursuite du traitement anticoagulant, il est recommandé :

- De poursuivre l'HBPM si elle est bien tolérée et efficace, ou de la remplacer par un AOD si ce n'est pas le cas ;
- De poursuivre l'AOD s'il est bien toléré et efficace.

En cas de récurrence sous traitement anticoagulant

- Si le patient est traité par HBPM, augmenter la dose de 25 % ou revenir à la posologie curative en cas de dose inférieure à la dose curative (la posologie de l'HBPM est adaptée en fonction de la variation pondérale) ;
- Si le patient est traité par AOD, remplacer par une HBPM à dose curative.

→ Le cas particulier des thromboses sur cathéters veineux centraux

- Elles se traitent pendant au moins 3 mois, que le cathéter soit retiré ou non, par HBPM, AOD ou AVK.
- Le traitement est maintenu si le cathéter est laissé en place et que le cancer est actif.