

DUREE DU TRAITEMENT

	TVP distale	TVP proximale ou EP
1 ^{er} épisode avec FDR transitoire	6 semaines	3 mois
1 ^{er} épisode idiopathique	≥ 3 mois selon contexte	≥ 6 mois (± au long cours si bonne tolérance)
FDR persistant	≥ 3 mois selon contexte	≥ 6 mois (prolongé tant que le FDR persiste)
TVP récidivante	≥ 3 mois selon contexte	Prolongé si récidive idiopathique

PREVENTION DE LA MTEV APRES CHIRURGIE

Dabigatran (PRADAXA®) : 220mg/j en 1 prise; (150mg/j selon précautions) ; de H1-H4 post-chirurgie à 10 jours (PTG) ou 28-35 jours (PTH).

Rivaroxaban (XARELTO®) : 10mg/j en 1 prise, de H6-H10 post-chirurgie à 2 semaines (PTG) ou 5 semaines (PTH).

Apixaban (ELIQUIS®) : 2,5 mg x 2/j ; de H12 -H24 post-chirurgie à 10-14 jours (PTG) ou 32-38 jours (PTH).

GROUPE FRANCOPHONE THROMBOSE ET CANCER

Bureau: Pr. Dominique Farge, présidente; Dr. Zora Marjanovic, trésorière; Dr. Christine Le Maignan, secrétaire.

Conseil d'Administration: Dr. Ilham Benzidia, Pr. Dominique Farge, Dr. Corinne Frère, Dr. Christine Le Maignan, Dr. Zora Marjanovic, Dr. Hanadi Rafii.

E-mail : groupe.gftc@gmail.com

SITE WEB ET PAGE FACEBOOK

<https://www.thrombose-cancer.com>

<https://www.facebook.com/groupe.francophone.thrombose.cancer/>

- **Maladie thromboembolique veineuse (MTEV) :** thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP).
- Plus de 70% des EP sont liées à une TVP des membres inférieurs.
- La MTEV est une affection multifactorielle fréquente et potentiellement grave (jusqu'à 20-25% de mortalité).
- L'incidence annuelle de la MTEV augmente avec l'âge : 0,01% avant 40 ans et 1% après 75 ans.
- Le risque de récurrence est élevé, compris entre 5 et 10%; il est maximal durant le 1^{er} mois.
- **Complications à long terme de la MTEV:**
 - pour l'EP : cœur pulmonaire chronique ou HTAP post-embolique, rare (<5%) mais grave
 - pour la TVP : syndrome post-phlébitique

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS & MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE

Réalisation: Dr. Romain GENDREAU, Dr. Ilham BENZIDIA, Dr. Benjamin CRICHI, Dr. Corinne FRERE, Pr. Dominique FARGE, pour le Groupe Francophone Thrombose et Cancer.

FACTEURS DE RISQUE DE MTEV

	Transitoire	Persistant
Majeur	Chirurgie avec anesthésie générale > 30 minutes dans les 3 derniers mois; fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois; Immobilisation > 3 jours pour motif médical aigu dans les 3 derniers mois; Contraception OP, grossesse, post-partum, traitement hormonal de la ménopause	Cancer Actif
Mineur	Chirurgie avec anesthésie générale < 30 minutes dans les 2 derniers mois; Traumatisme d'un membre inférieur non plâtré avec mobilité réduite ≥ 3 jours, Immobilisation < 3 jours pour motif médical aigu dans les 2 derniers mois; Voyage > 6 heures	MICI : Crohn, RCH

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE MTEV

① Score de Wells-TVP

Caractéristiques cliniques	Score
Cancer actif (en cours de traitement curatif ou palliatif ou découvert depuis moins de 6 mois)	1
Paralysie, parésie ou immobilisation du membre suspect	1
Alitement récent > 3 j ou chirurgie majeure datant de moins de 3 mois	1
Tension douloureuse localisée	1
Cédème global de tout le membre	1
Circonférence du mollet >3 cm par rapport au membre contro-latéral	1
Cédème prenant le godet	1
Circulation veineuse collatérale	1
Antécédent de thrombose veineuse	1
Autre diagnostic au moins aussi probable que la TVP	-2

Score 0 Probabilité faible	Score 1-2 Probabilité modérée	Score ≥3 Probabilité élevée
TVP=3%	TVP=17%	TVP=74%

② Score de Genève modifié – EP

Facteurs de risque	Points
Age > 65 ans	1
Cancer Actif	1
Chirurgie ou fracturé récente	1
Antécédents de TVP ou EP	1
Symptômes	
Douleur spontanée du mollet	1
Hémoptysie	1
Signes cliniques	
Signes cliniques de TVP	1
Fréquence cardiaque 75-94	1
Fréquence cardiaque >95	1

Score ≥4 → probabilité d'EP >60% ; score 2-4 → probabilité d'EP 30-40% ; score < 2 → probabilité d'EP < 10%

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Pour la TVP : a) D-dimères si probabilité clinique faible ou intermédiaire, VPN > 97-98%; b) écho-doppler veineux : méthode de référence; incompressibilité de la veine +++

Pour l'EP : a) D-dimères (positifs si > 500 ng/mL ou > âge x 10 après 50 ans); b) Angio-TDM spiralé thoracique : examen de 1^{ère} intention ; c) Si non réalisable (IR sévère, allergie au produit de contraste), scintigraphie pulmonaire ventilation / perfusion , excellente VPN donc la normalité exclut l'EP; si zones segmentaires avec défaut perfusionnel = diagnostic d'EP; d) ECG : tachycardie sinusale, déviation axiale droite, S1Q3T3, BBD, HAD (onde P > 2,5mm en DII), ondes T inversées de V1 à V3(V4) et DIII; e) Gazométrie: Hypoxie-Hypocapnie (effet shunt); f) Radiographie pulmonaire: élévation d'une coupole diaphragmatique, épanchement pleural, atélectasie en bande, opacité,

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Pour la TVP : Rupture de kyste synovial, déchirure/hématome intramusculaire, érysipèle/lymphangite, algodystrophie.

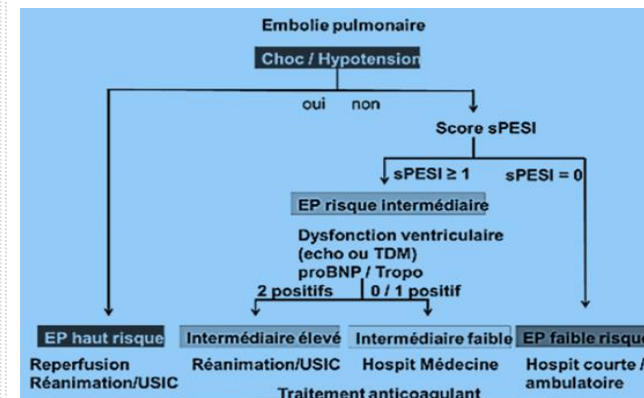
Pour l'EP : IDM, péricardite, dissection aortique, pneumothorax/pleurésie, pneumonie

PRONOSTIC DE L'EP ET ALGORITHME DE PEC

Score simplifié de sévérité de l'embolie pulmonaire (sPESI)

Age > 80 ans	1
Histoire de Cancer	1
Histoire d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire	1
Fréquence cardiaque > 100/min	1
Tension artérielle systolique < 100 mm Hg	1
SaO2 <90%	1

Score=0 → faible risque de mortalité (1% à 1 mois versus 10% si score ≥ 1)



TRAITEMENT CURATIF ET DES RECIDIVES

Dabigatran (PRADAXA®): 150 mg x 2 par jour (matin et soir), après 5 à 10 jours d'anticoagulation parentérale (HNF, HBPM ou Fondaparinux)

⚠ 110mg matin et soir si patients ≥ 80 ans, association avec amiodarone / vérapamil / quinidine, IR modérée (30-50ml/min), gastrite/oesophagite /RGO, risque de saignement modéré à majeur.

Rivaroxaban (XARELTO®): 15mg x 2 par jour (matin et soir) pendant 3 semaines, puis 20mg/j.

⚠ Après les 3 semaines initiales, 15mg par jour en 1 prise par jour si clairance entre 30 et 49ml/min.

Apixaban (ELIQUIS®): 10mg x 2 par jour (matin et soir) pendant 7 jours, puis 5mg x 2 par jour (matin et soir)

+ Compression veineuse élastique classe 3 à porter 2 ans (Immobilisation non indiquée),