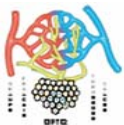


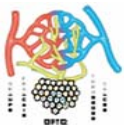
RCP prévention et traitement des thromboses sur cathéter central chez le patient cancéreux

Groupe de travail des SOR



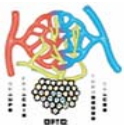
INTRODUCTION

- **Incidence** : 5% mais \uparrow Kc et VVC
- **Conséquences médicales**
 - Dysfonctionnement KT
 - EP
 - infection
- **Conséquences économiques**
 - T2A : + 1242 € / TVKTC
 - Changement KT (10% TVKTC) = 4500 €
 - \uparrow hospitalisation : MI = 3j, MS=5j, TVKTC = 9j

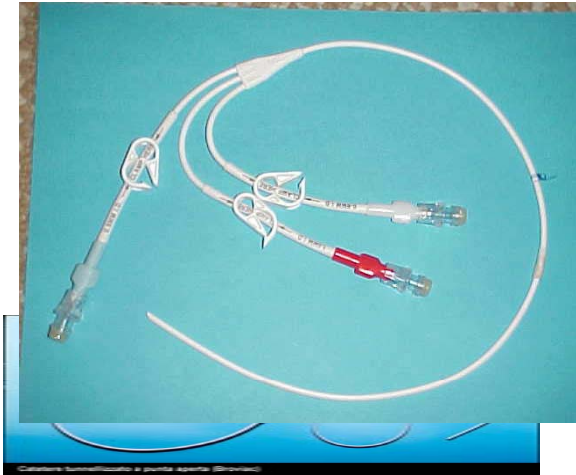


POURQUOI DES RCP TVKTC ?

- Pratiques hétérogènes
- Guidelines
 - ASCO, NCCN = 0
 - ACCP, AIOM = prévention pharmacologique
- Loi = plan cancer
 - Accès soins de support = mesure 42
 - Diffusion et utilisation RPC = mesure 35



TYPES DE CATHETERS



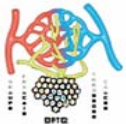
Hickman



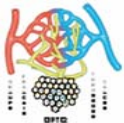
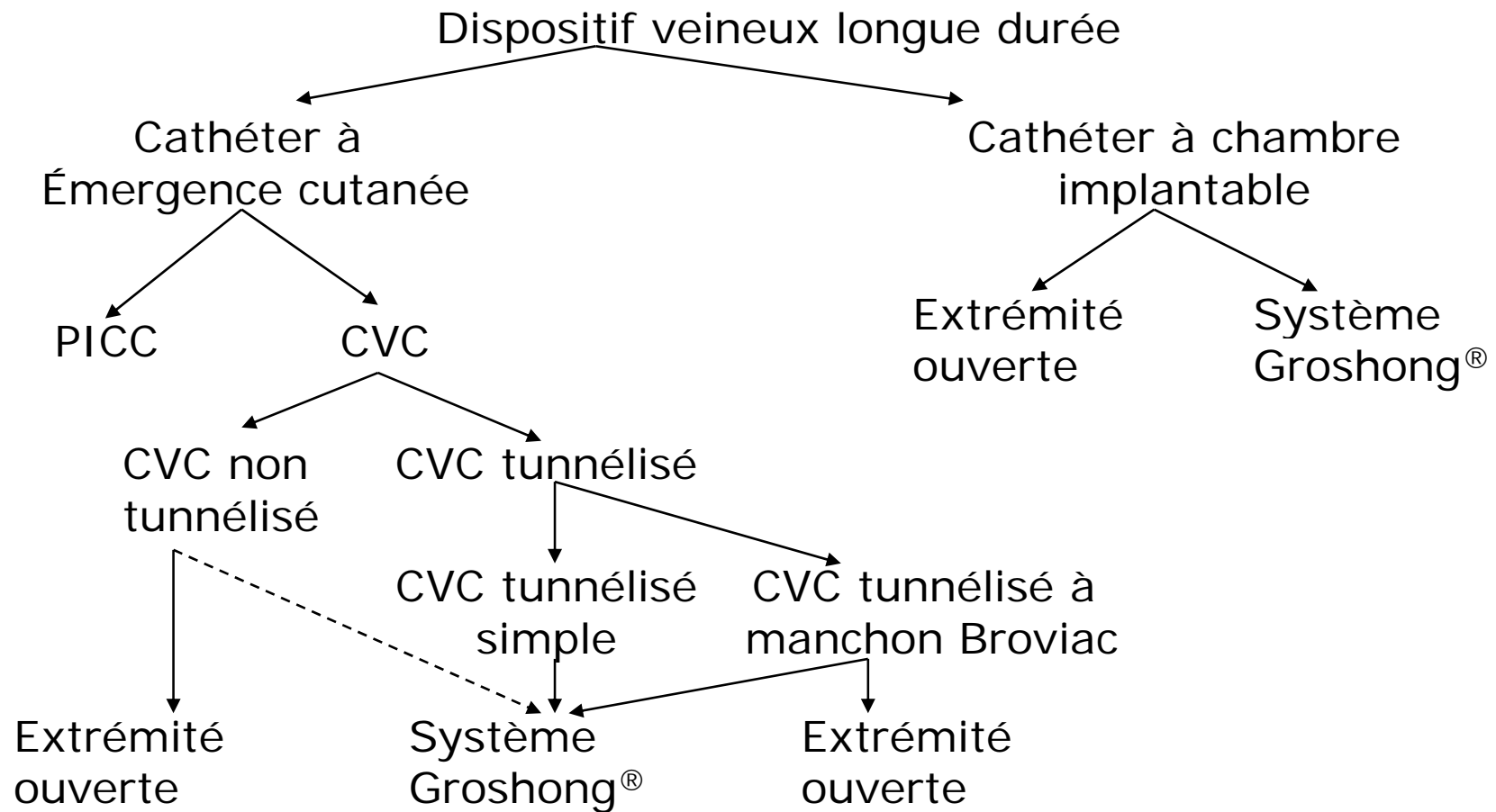
Groshong

Broviac tunnelisé
manchon fibreux orifice sortie

Chambre implantable



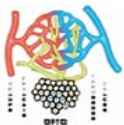
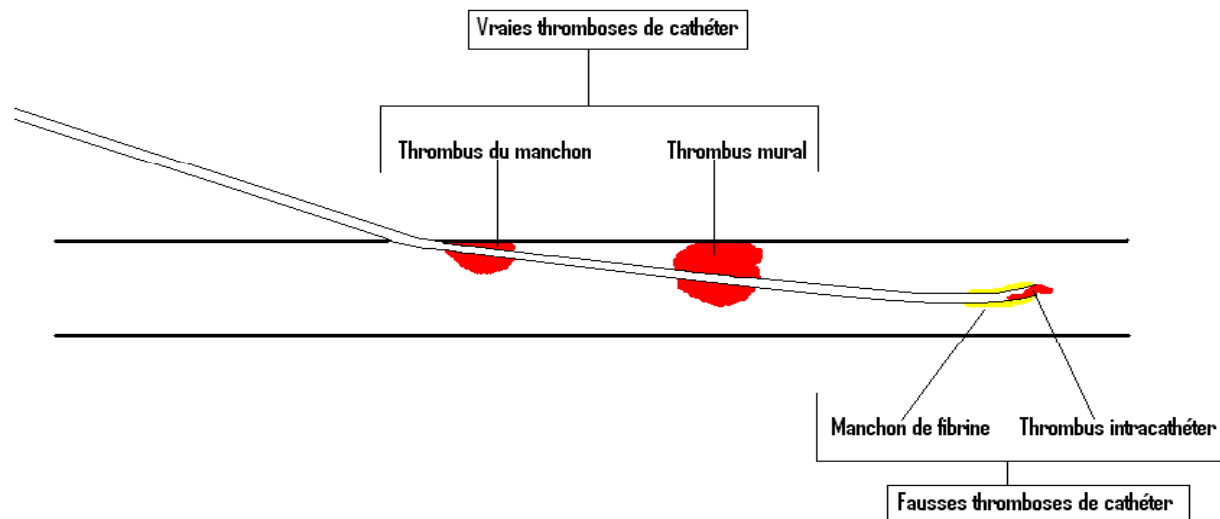
LES DIFFERENTS CATHETERS



DEFINITION

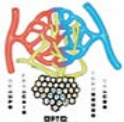
Thrombus à partir de la paroi dans lumière de la veine ± clinique

- 2 types thrombus vrais :
 - Manchon (agression paroi veine)
 - Mural

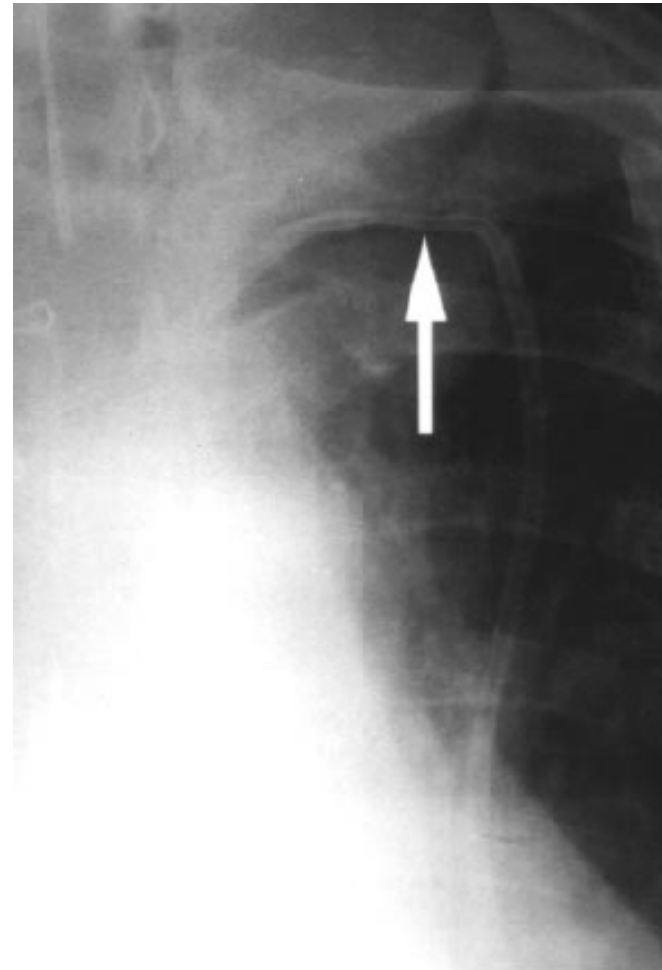
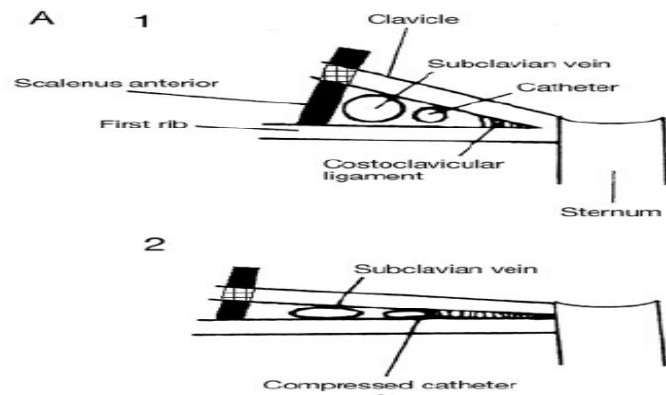


THROMBUS ET FAUX THROMBUS DE KTC

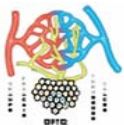
	Vraies thromboses de cathéter		« Fausses thromboses de cathéter »	
	Thrombus manchon	Thrombus mural	Manchon de fibrine	Thrombus intraluminal
Composante pariétale veineuse	Oui	Oui	Non	Non
Fréquence	+	+/-	+++	+
Survenue / pose de cathéter	Précoce	Retardée	Précoce	NP
Topographie	Point d'entrée du KT dans la veine	A distance du point d'entrée KT	Face externe extrémité distale KT	Extrémité distale de la lumière du cathéter
Traduction clinique	Dysfonction : mauvais débit, absence de reflux TVP Mb Sup : oedème, douleur (cou, bras épaule), circulation collatérale Embolie pulmonaire		Dysfonctionnement : mauvais débit, absence de reflux	
Traitement	Anticoagulants		Fibrinolytiques locaux	



DYSFONCTIONNEMENT ≠ TVKTC

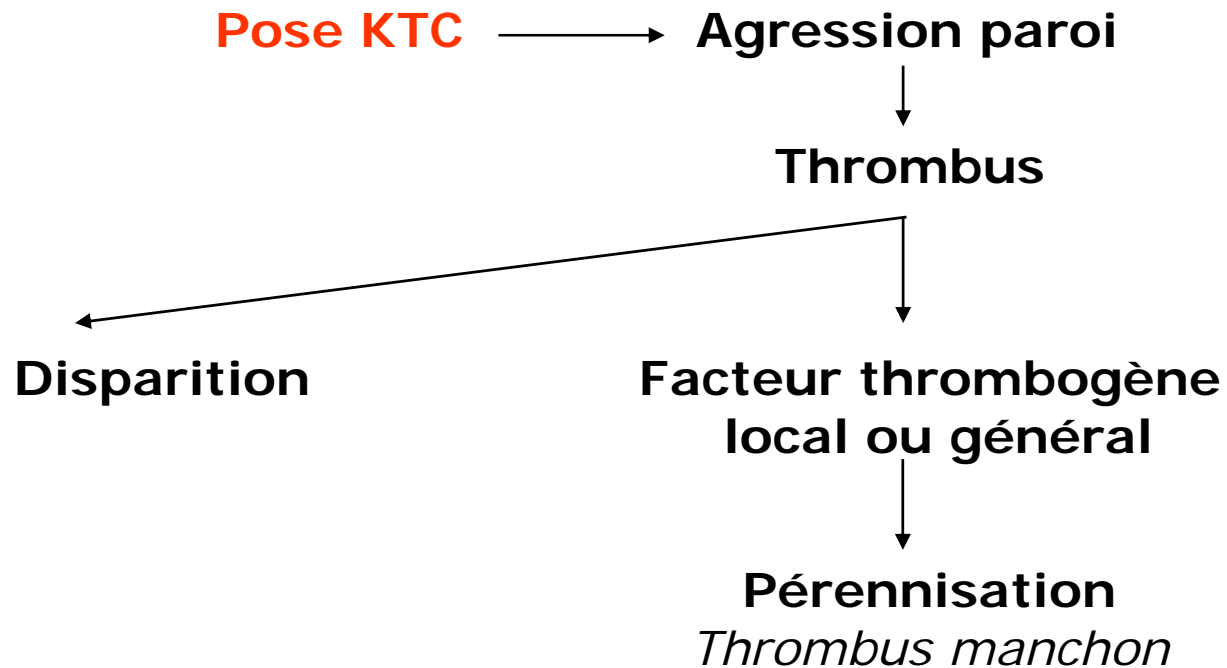


« Pinch off » : coudure du cathéter



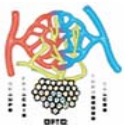
PHYSIOPATHOLOGIE

2 MECANISMES



Formation secondaire à distance de la pose du cathéter

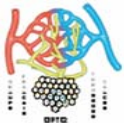
Thrombus mural



HNF FIBRINOLYTIQUES PREVENTION PRIMAIRE

HNF	1 essai randomisé [ABDELKEFI 2004]
Concordance	non applicable
Conclusion	Il est impossible de conclure sur l'efficacité et la tolérance des HNF dans la prévention primaire des thromboses veineuses sur cathéter chez les patients atteints de cancer

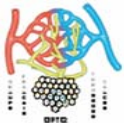
Fibrinolytiques	1 étude prospective non randomisée [KALMANTI 2002]
Concordance	non applicable
Conclusion	Il est impossible de conclure sur l'efficacité et la tolérance des fibrinolytiques dans la thromboprophylaxie des TVKTC chez les patients atteints de cancer



AVK

PREVENTION PRIMAIRE

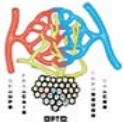
Etudes	<p>5 essais randomisés (4 concordants) [BERN1990] [COUBAN2005] [HEATON2002] [RUUD2006] [YOUNG2005]</p> <p>2 synthèses méthodiques [KLERK2003] [CUNNINGHAM2006]</p> <p>5 méta-analyses (4 concordantes) [CARRIER 2007] [AKL 2007] [RAWSON 2007] [KIRKPATRICK 2007] [CHAUKIYAL 2007]</p> <p>Association 5 FU : 3 études non randomisées concordantes [MASCI2003] [MAGAGNOLI2003] [MAGAGNOLI2006].</p>
Conclusion	<p>La warfarine, à dose fixe de 1 mg/jour avec un INR < 1,5, ne présente pas de bénéfice dans la prévention des thromboses veineuses sur cathéter en territoire cave supérieur chez les patients atteints de cancer.</p> <p>Les données de la littérature montrent un effet délétère (augmentation de l'INR avec risque hémorragique) des AVK à faibles doses lorsqu'ils sont associés au 5-FU.</p>



HBPM

PREVENTION PRIMAIRE

Etudes	6 essais randomisés
Concordance	5 essais randomisés concordants et de bonne qualité méthodologique [KARTHAUS2006] [MISMETTI2003] [VERSO2005] [CICCO2006] [NIERS2007]), 1 essai non concordant [MONREAL 1996]
Conclusion	Chez les patients atteints de cancer, les HBPM, n'entraînent pas un excès d'accidents hémorragiques et ne présentent pas de bénéfice en termes de prévention des thromboses symptomatiques en territoire cave supérieur.

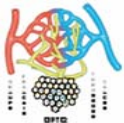


TYPE DE KT

POSITION ET TECHNIQUE D'INSERTION

PREVENTION PRIMAIRE

Etudes	<p>2 essais randomisés [BIFFI2001] [CARLO2004]</p> <p>5 études prospectives [LABOUREY2004] [LEE2006] [LUCIANI2001] [NIGHTINGALE1997] [MORAZIN2005]</p> <p>4 séries rétrospectives) [CAERS2005] [CADMAN2004] [CRAFT1996] [EASTRIDGE1995]</p>
Concordance	<p>oui</p>
Conclusion	<p>Les résultats concordants des études soulignent le caractère <u>moins thrombogène</u> de certaines techniques de pose des cathéters centraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> •extrémité du cathéter au niveau de la jonction OD-VCS •insertion du cathéter du côté droit, <p>A l'inverse sont plus <u>thrombogènes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> •le nombre de ponctions >2 et la durée de pose > 25 mn •une masse médiastinale > 6 cm contre-indiquant la pose de cathéter dans le territoire cave supérieur •le positionnement du cathéter au niveau fémoral



RECOMMANDATIONS 2008

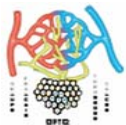
Prévention primaire des thromboses sur cathéter chez les patients atteints d'un cancer

Standards

- **L'extrémité distale du cathéter central doit être située à la jonction de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite.**
- **La prévention primaire de la TVP KTC par anticoagulants n'est pas recommandée chez le patient atteint de cancer.**

Option

- **Il faut privilégier l'insertion du KTCV du côté droit, le repérage échographique de la veine et la pose en milieu spécialisé.**

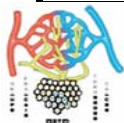


HBPM FIBRINOLYTIQUES

TRAITEMENT CURATIF

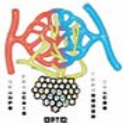
HBPM	1 étude prospective non randomisée [SAVAGE1999]
Concordance	non applicable
Conclusion	Les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'efficacité et la tolérance des HBPM avec un relais précoce par AVK dans le traitement curatif des TVKTC chez les patients atteints de cancer

Thrombolyse	3 études non randomisées [RODENHUIS1993] [PUCHEU1996] [SCHINDLER1999]
Concordance	oui
Conclusion	Il est impossible de conclure sur l'efficacité et la tolérance de la thrombolyse, utilisée par voie systémique ou localisée. La faisabilité de son administration, y compris chez des patients traités par chimiothérapie intensive, a été montrée dans la littérature



RETRAIT DU KT TRAITEMENT CURATIF

Etudes	1 série rétrospective [FRANK2000]
Concordance	non applicable
Conclusion	<p>Les données de la littérature sont insuffisantes (une seule étude) pour conclure sur l'intérêt du retrait du cathéter.</p> <p>En cas de retrait du cathéter, il n'existe aucune donnée sur la chronologie optimale entre le retrait et le début du traitement anticoagulant.</p>

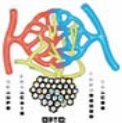


RECOMMANDATIONS 2008

Standards

Traitement curatif des thromboses sur cathéter chez les patients atteints d'un cancer

- **Le traitement curatif des thromboses sur cathéter doit reposer sur l'utilisation prolongée des HBPM.**
- **En cas d'insuffisance rénale sévère, le traitement doit reposer sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par AVK.**
- **Le maintien du cathéter nécessite qu'il soit indispensable, fonctionnel, bien positionné et non infecté, avec une évolution clinique favorable sous surveillance rapprochée. Dans ce cas, le traitement anticoagulant doit être poursuivi tant qu'un cathéter est en place.**
- **En cas de retrait du cathéter, il n'y a pas d'attitude standard concernant la chronologie de la mise en route d'un traitement anticoagulant par rapport au retrait.**

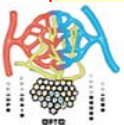


RECOMMANDATIONS 2008

Options

Traitement curatif des thromboses sur cathéter chez les patients atteints d'un cancer

- **En cas de nécessité de poser un nouveau cathéter, il convient d'évaluer au préalable l'état du réseau veineux cave supérieur par scanner ou ECD.**
- **En cas de refus ou d'impossibilité de traitement prolongé par HBPM, l'utilisation d'HBPM avec relais par AVK peut être proposée.**
- **Les fibrinolytiques peuvent être envisagés en milieu spécialisé en cas de mauvaise tolérance clinique (syndrome cave supérieur) et en l'absence de contre-indications.**
- **Durée du traitement anticoagulant en cas de retrait de cathéter :**
 - le cathéter est retiré et le cancer est en progression ou en cours de traitement : il est recommandé 3 à 6 mois de traitement par HBPM suivi par un relais par AVK (cf. chapitre MTE hors cathéter) ;
 - le cathéter est retiré et le cancer n'est pas en progression ni en cours de traitement : il est recommandé 6 semaines de traitement par HBPM.



PROBLEMES DE L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Malgré des recommandations connues et diffusées, le taux d'application est limité

- **ETUDE ENDORSE**

- Prévention globale chirurgicale = 59% (11613/19842)

- France = 71% (511/718)

- Seulement 37% si Kc

- Prévention globale en milieu médical = 40%

- **Registre MASTER et RIETE**

- 30 à 50% d'HBPM au long cours

- 2 fois plus de filtre si cancer

- **La marge de progression des HBPM sur le cancer est donc importante**

