



# Urgence thrombose sur cathéter : *Quelle coordination ville-hôpital ?* Cas clinique

Jeudi 23 avril 2026

---

**Centre de conférences | Poitiers**

---

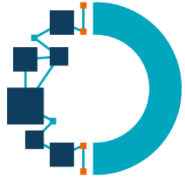


## Cas clinique & échanges

- Sur le thème :

Urgence de thrombose sur cathéter :  
*Quelle coordination ville-hôpital ?*

- Animation et modération :
  - Sophie MORIN – Médecin SOS  
*(Institut Bergonié, Bordeaux)*



# Programme

19H10 : CAS CLINIQUE | URGENCE THROMBOSE SUR CATHÉTER : QUELLE COORDINATION VILLE – HÔPITAL ?

Animation : Sophie MORIN – médecin SOS (Institut Bergonié, Bordeaux)

Erwan PAPIN – médecin généraliste (Cabinet libéral, Gironde)

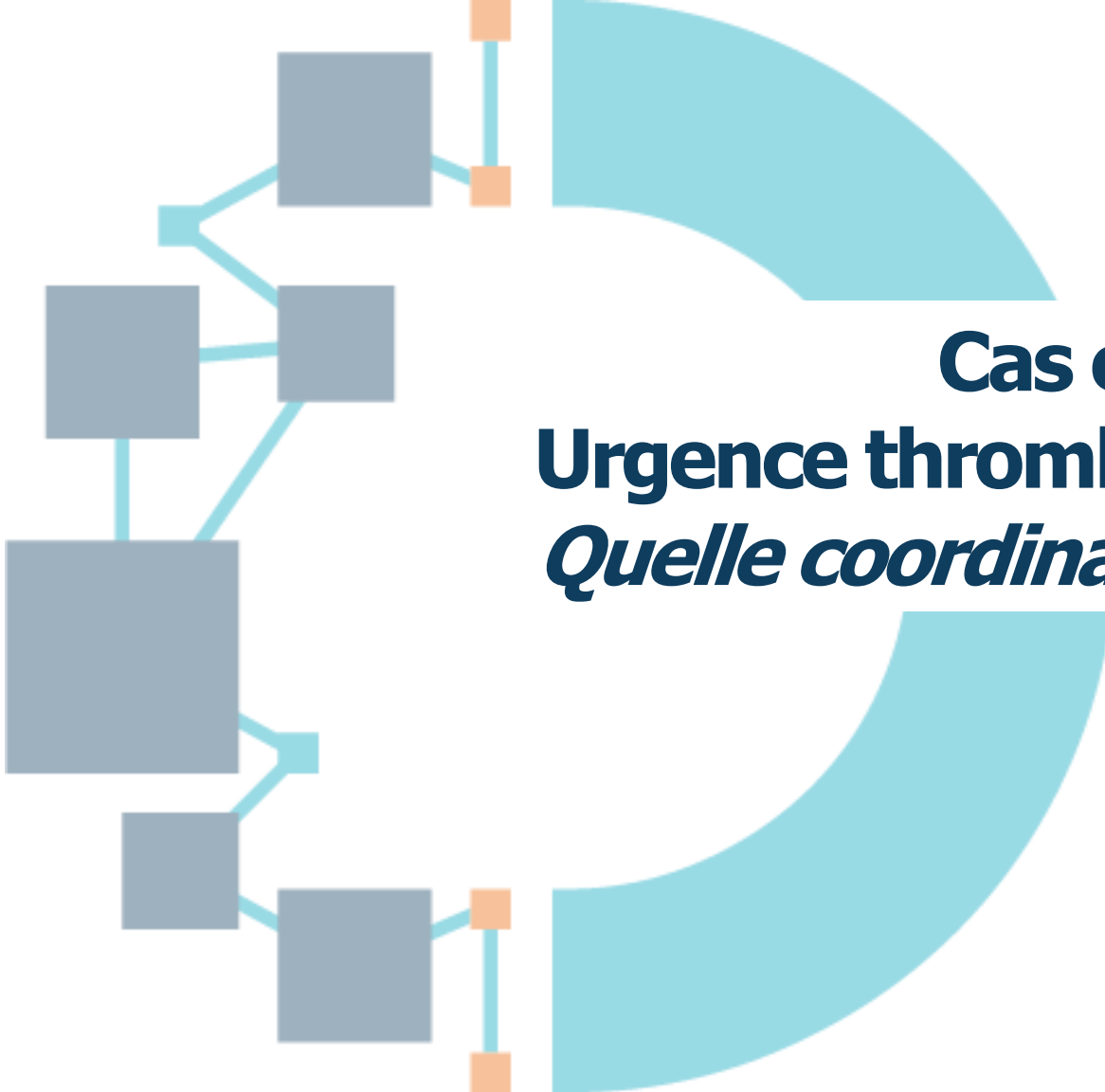
Aurélié FERRU – oncologue médicale (CHU Poitiers)

Rafik BELHADJ-CHAIDI – médecin vasculaire et angiologue (CHU Poitiers)

Guillaume HERBIN – pharmacien (CH Saintes)

Isabelle VARLET – infirmière diplômée d'état (Cabinet libéral, Parthenay)

19H45 : INTERACTIONS AVEC LA SALLE



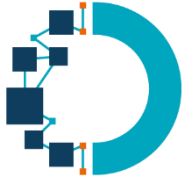
# Cas clinique

## Urgence thrombose sur cathéter : *Quelle coordination ville-hôpital ?*

---

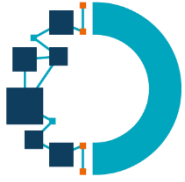
**Dr Erwan PAPIN**

---



# Méthodologie et objectifs

- **Méthodologie**
  - Relecture a posteriori de l'histoire de la maladie d'une patiente de médecine générale
  - Parcours d'une patiente atteinte de thrombose veineuse profonde au cours de son traitement de cancer
  - Parcours décrit du point de vue du médecin généraliste
- **Objectifs**
  - Améliorer le circuit de décision de prise en soins
  - Lever les freins et identifier les limites
  - Raccourcir les délais de prise en soins
- **Contexte :**
  - Cas clinique élaboré par des membres du GT Thrombose et cancer :  
Dr Erwan PAPIN, Dr Sophie SKOPINSKI, Mme Isabelle VARLET avec l'accompagnement d'Onco-NA



# Légende



Histoire du cancer



Histoire de la thrombose



Actions/informations du médecin généraliste

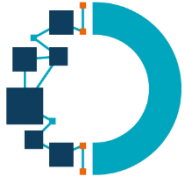


Problématiques rencontrées, éléments de discussion



Précisions sur les recommandations de prise en charge



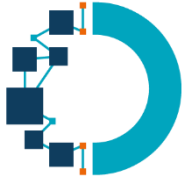


# Cas clinique

## Madame P. : histoire de la maladie

### MADAME P., née en 1981 :

- **Déc. 2021 : Découverte d'un carcinome canalaire infiltrant du sein droit** grade III, récepteurs hormonaux positifs CerbB2+ et Ki 60%
  - Bilan d'extension négatif – Tepsan, lésion isolée sans atteinte ganglionnaire
- **Janv. 2022 : Pose d'un picline veine basilique gauche**
- **Entre Janv. 2022 et Janv. 2023 :**
  - Traitement par chimiothérapie néoadjuvante Docétaxel (TAXOL®) / Trastuzumab (HERCEPTIN®) entre janvier et avril 2022 avec bonne tolérance et nette régression de la lésion du cadran interne
  - Tumorectomie : découverte d'un reliquat tumoral encore actif de 4mm
  - 2<sup>de</sup> ligne par Trastuzumab emtansine (KADCYLA®) (*14 injections de mai 2022 à avril 2023*)
  - Radiothérapie terminée en août 2022
- **Août 2022 : Bilan cardiologique de la patiente** avec échographie transthoracique sans anomalie (fraction FEVG 63%, pas de valvulopathie, cinétique homogène)
- **Sept 2022 : Hormonothérapie adjuvante** par Tamoxifène (NOLVADEX®)



# Cas clinique

## Madame P. : histoire de la maladie

### ➤ 5 janv. 2023 : Découverte de la thrombose :

- A ma consultation au cabinet médical : découverte d'une tuméfaction inflammatoire indurée en regard du picline de perfusion de longue durée, placée en bras gauche, 48 heures après une chimiothérapie
- Suspicion de thrombose superficielle
- Avis angiologue : réalisation d'un d'écho doppler veineux de membre supérieur gauche en urgence
- Injection au cabinet de 16 500 unités de Tinzaparine sodique (INNOHEP®) en sous cutanée



# Les différentes voies d'abord veineux

Dr Aurélie FERRU, CHU Poitiers

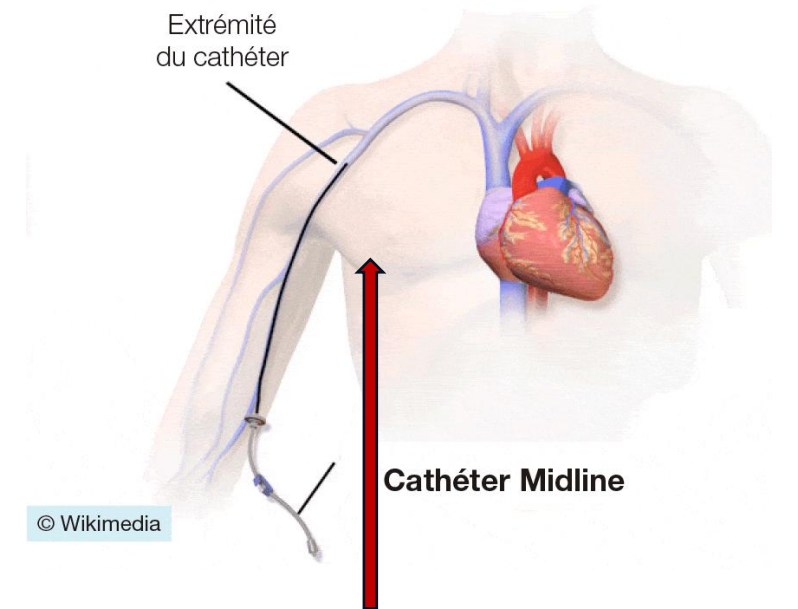
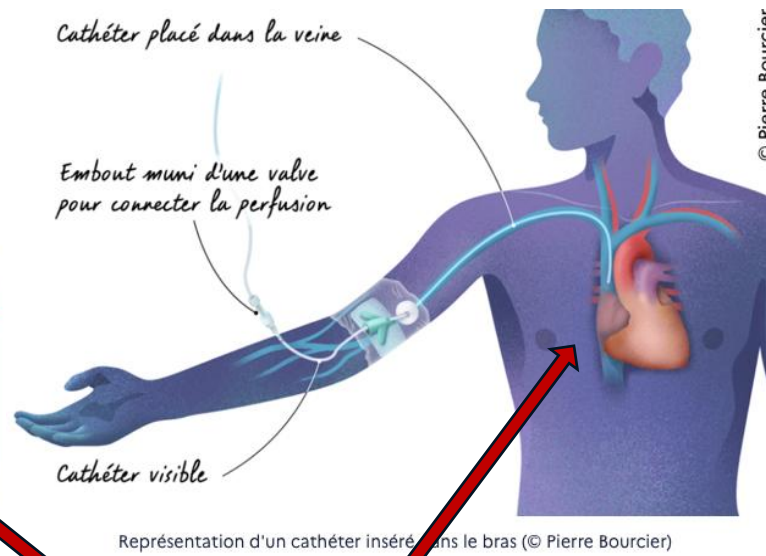
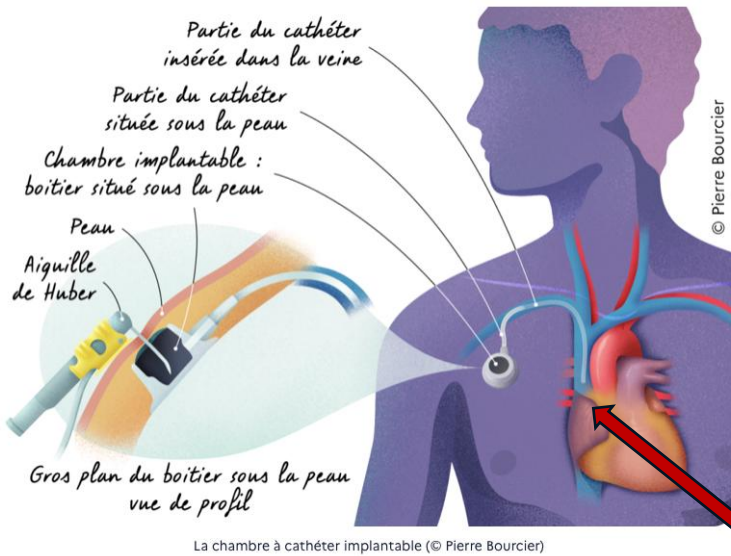
Voie veineuse centrale

Voie veineuse périphérique

Chambre implantable

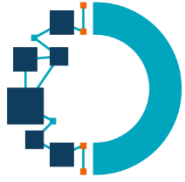
Cathéter central à insertion périphérique ou PICC line

Cathéter périphérique long ou Midline



Extrémité cavo-atriale

Extrémité sous la clavicule



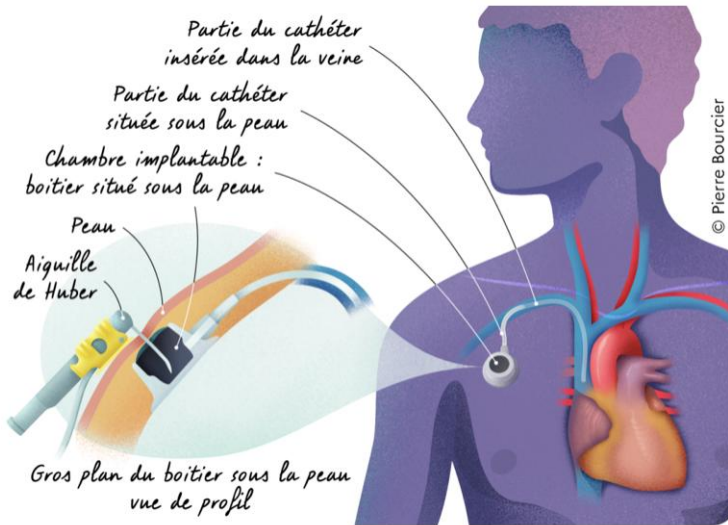
# Les différentes voies d'abord veineux

Dr Aurélie FERRU

Voie veineuse centrale

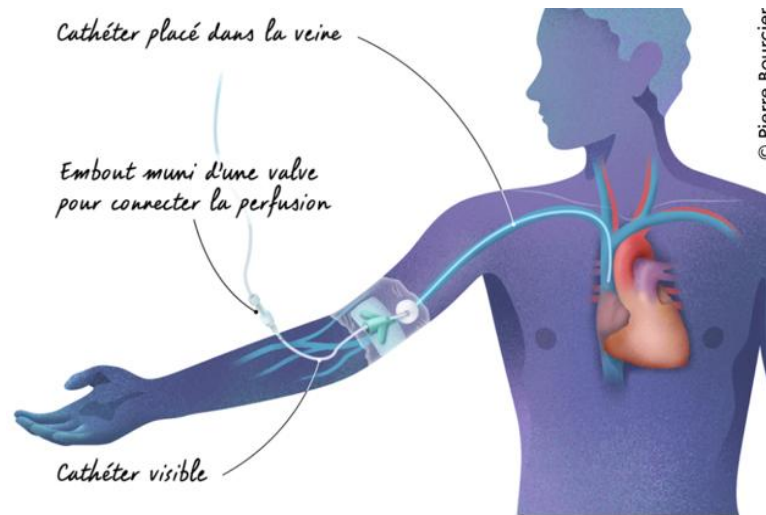
Voie veineuse périphérique

## Chambre implantable



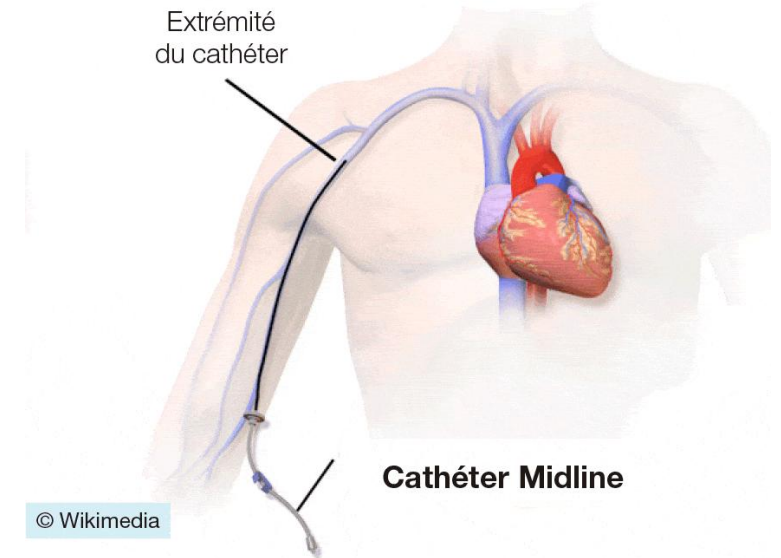
La chambre à cathéter implantable (© Pierre Bourcier)

## Cathéter central à insertion périphérique ou PICC line



Représentation d'un cathéter inséré dans le bras (© Pierre Bourcier)

## Cathéter périphérique long ou Midline

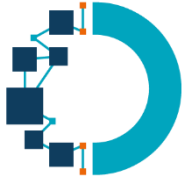


© Wikimedia



**Forte probabilité de confusion : même point d'émergence cutanée !**  
Risque d'injection veinotoxique sur Midline

	Chambre implantable	Piccline	Midline
<b>Voie</b>	centrale	centrale	périphérique
<b>Durée</b>	Non limitée	6 mois	30 jours
<b>Produits injectés</b>	<p><b>Chimiothérapie,</b> <b>Alimentation parentérale,</b> Antibiothérapie Transfusion</p> <p>L'hémodilution importante permet l'administration de produits concentrés, hypertoniques, hyperosmolaires, irritants ou vasoactifs</p>		<p><b>Produit NON irritant</b> &lt; 900mOs/L, 5&lt;pH&lt;9 <b>Traitement prolongé &gt; 8 jours</b> <b>(antibiotiques, analgésiques, hydratation ...)</b> <b>Patients ayant un faible capital veineux.</b></p>
<b>Entretien</b>	<p>Asepsie rigoureuse lors des soins Rinçage en pression positive Traçabilité des actes</p>	<p>Asepsie rigoureuse lors des soins <b>Rinçages</b> de manière <b>pulsée</b>. Surveillance clinique Utiliser un pansement <b>stabilisateur de fixation</b> (Grip-lock®, Stat-lock® ou à défaut des bandelettes adhésives stériles), couvrir avec un pansement stérile <b>transparent</b> <b>Changement de pansement tous les 7 jours</b> ou immédiatement <b>si souillé, humide ou décollé</b> <b>Traçabilité</b> du type de cathéter, des actes et surveillance</p>	



# Cas clinique

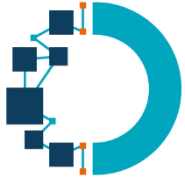
## Madame P. : histoire de la maladie

- **6 janv. 2023 : Avis angiologue : confirmation de thrombose de veine superficielle basilique gauche**
  - Poursuite du traitement : HBPM, 16500 unités/jour
  - Biologie : Hb 13,2 g/dl – Leucocytes 7,2 G/l – Plaquettes 111 G/l  
Vs 91 - crp 31 mg/l - creat 54 umol/l - DFG 109 ml/mn
- **9 janv. 2023 : Avis oncologue**
  - Décision d'organiser l'exérèse du picline basilique gauche
  - Poursuite du traitement par HBPM en attendant la chirurgie
- **17 janv. 2023 : Hospitalisation en service de chirurgie vasculaire**
  - Retrait du picline veine basilique gauche
  - Pose d'une CIP de longue durée en veine jugulaire interne gauche dans le même temps opératoire
  - Traitement :
    - Poursuite d'une anticoagulation par HBPM: Tinzaparine sodique (INNOHEP®) à 16500 unités/jour en sous cutanée*
    - Paracétamol 500 mg 2-2-2*
    - Tramadol 50 mg 1-1-1-1*

« Je décide de joindre le service d'oncologie de la patiente pour avis concernant son picline. »

Difficulté à joindre dans un délai raisonnable le bon service et le bon professionnel malgré les outils et moyens de contact actuels mis en place (tél/mail).

Difficulté des équipes hospitalières pour organiser l'hospitalisation en urgence.



# Cas clinique

## Madame P. : histoire de la maladie

- **19 janv. 2023 : Suivi post-opératoire en ambulatoire**
  - Retour de prélèvement d'exérèse du piccline en veine basilique gauche pour infection à staphylocoque
  - Traitement :  
*Acide fusidique (FUCIDINE®) 250 mg 2-0-2 pendant 7 jours*  
*Tinzaparine sodique (INNOHEP®) 16500 unités/j*  
*Arrêt Tramadol 50 mg (mal supporté)*
- **22 janv. 2023 : Nouvelle problématique urgente**
  - La patiente me contacte devant la réapparition d'une induration à partir de J5 post opératoire : inflammation en regard de la CIP jugulaire interne gauche posée le 17/01/2023
- **26 janv. 2023 : Exérèse de CIP jugulaire gauche et de son cathéter**
  - Traitement de sortie :  
*Antibiothérapie adaptée par Fluoroquinolones Ciprofloxacine (CIFLOX®) 500 mg 1-0-1*  
*Anticoagulation par Rivaroxaban (XARELTO®) 20 mg 1/J*

Difficulté de **coordination interprofessionnelle ville-hôpital** en cas de problématique (*infection, douleur, mauvaise tolérance au traitement,...*) dans le suivi post-opératoire

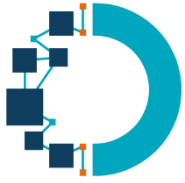
Difficultés **d'échanges entre médecin traitant et oncologue** sur le changement du traitement (switch HBPM/AOD en période aigüe de thrombose et d'infection)

« Je contacte le **service de chirurgie vasculaire** qui réorganise une réhospitalisation »

Difficulté à **joindre dans un délai raisonnable** le bon service et le bon professionnel malgré les outils et moyens de contact actuels mis en place (tél/mail)

Difficulté **d'expliquer au patient l'intérêt thérapeutique des HBPM** (cf. [vidéo patients](#))

**Cathéter retiré: durée de traitement de 3 mois**  
Décision de relais vers un traitement AOD



# Cas clinique

## Madame P. : histoire de la maladie

### ➤ 30 janv. 2023 : Angiologie : Echo doppler veineux de membre supérieur

- Séquelle d'une thrombose veineuse basilique avec extension au réseau veineux profond axillo sous clavier
- Reperméabilisation partielle avec pôle supérieur du thrombus flottant dans la lumière
- Décision d'anticoagulation à dose curative pour l'ensemble de la durée du traitement

### ➤ 2 fév. 2023 : Sortie d'hospitalisation

- Chirurgie vasculaire, thrombus persistant de veine basilique gauche
- Traitement :
  - Fluoroquinolones Ciprofloxacin (CIFLOX®) 750 1-0-1 jusqu'au 16/02/2023*
  - Rivaroxaban (XARELTO®) 20 MG 1/j*
  - Tamoxifène (NOLVADEX®) 1/j*
- Réalisation des pansements à domicile par **IDE libérale** toutes les 48h avec surveillance clinique et prise de photos de la cicatrice à transmettre au service de chirurgie vasculaire.

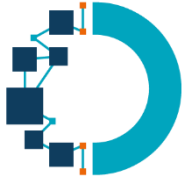
2 évènements thrombotiques distincts sur cathéter ?

Switch HBPM vers AOD

Demande de la patiente à l'équipe médicale d'arrêter les HBPM

Difficulté d'avoir accès aux comptes-rendus patient en temps réel afin d'organiser les soins

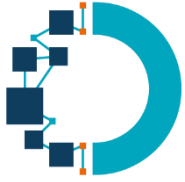
Difficulté de trouver un référent onco ou vasculaire en cas de questionnements sur les traitements prescrits/reco ?



# Cas clinique

## Madame P. : histoire de la maladie

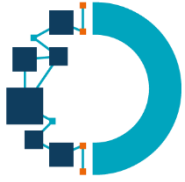
- **20 fév. 2023 : Consultation de suivi chirurgie vasculaire**
  - Bonne cicatrisation, pas de reprise d'inflammation locale
  - Maintien du traitement par Rivaroxaban (XARELTO®)
  
- **Avril 2023 : Dernière injection** de Trastuzumab emtansine (KADCYLA®)
  
- **12 avril 2023: Echo doppler veineux de contrôle**
  - Absence de thrombose veineuse profonde ou superficielle évolutive ou séquellaire du membre supérieur gauche
  - Décision d'arrêt d'anticoagulation Rivaroxaban (XARELTO®)
  
- **2 mai 2023 : Pose de stérilet en cuivre**
  
- **Juin 2023 : Patiente revue en consultation**
  - Traitement par Tamoxifène (NOLVADEX®) bien toléré
  - Poids stable : 88 kgs
  - Cardiologie : fraction d'éjection satisfaisante à 68 %
  - Tep scan rassurant
  - L'examen clinique retrouve uniquement les séquelles cutanées secondaires à l'irradiation et séquelles de cicatrisation au niveau du bras gauche, avec limitation de l'extension du bras
  - Bilan sénologique rassurant



# Cas clinique

## Madame P. : Histoire de la maladie

- **9 juin 2023 : Mammographie de contrôle**
  - **AC2R bilatéral**
- **1<sup>er</sup> déc. 2023 : Tepsan**
  - TEP scanner comparable à **juin 2023**
- **5 mai 2025 : Placard inflammatoire du sein droit**
  - Surinfection à staphylocoque traitée par Pristinamycine (PYOSTACINE®) pendant 15 j
- **7 mai 2025 : Mammographie**
  - Sein droit ACR 0; sein gauche ACR 2
- **19 juin 2025 : Bon état général**
  - **Poursuite de son traitement** par Tamoxifène (NOLVADEX®)
  - **Bilan radiologique sans particularités**



# Conclusion

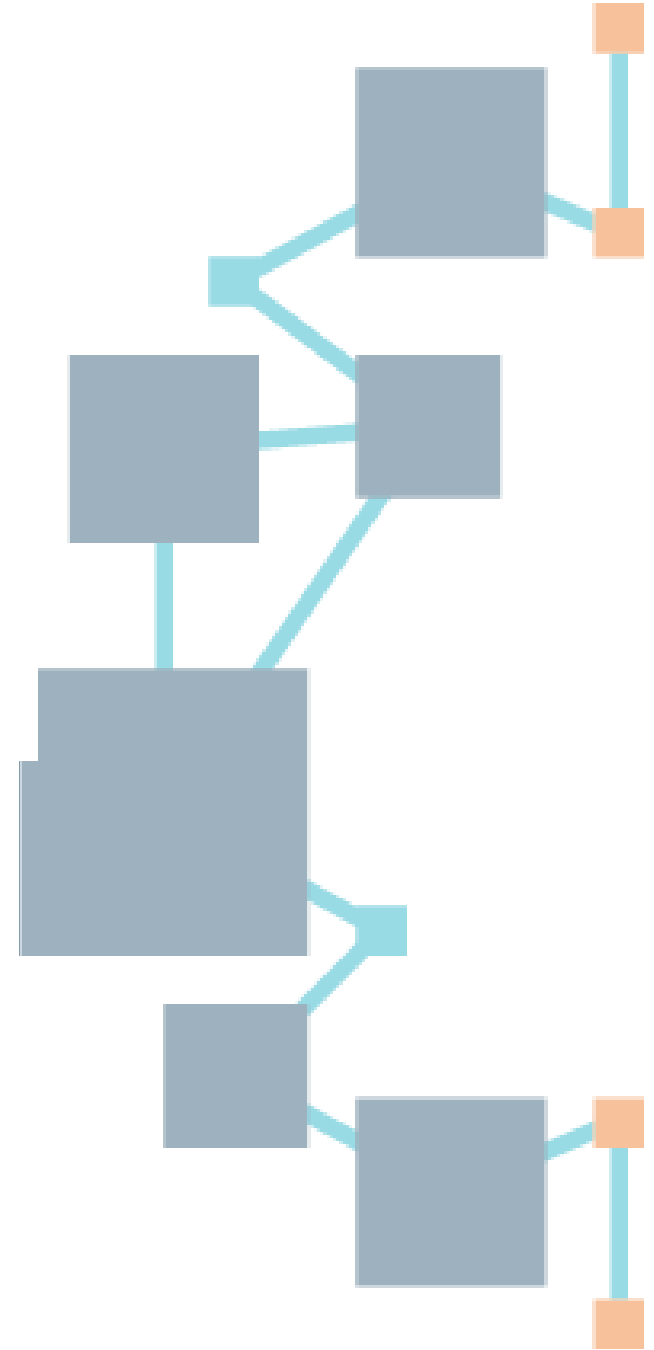
- **Dr Erwan Papin, médecin généraliste :**

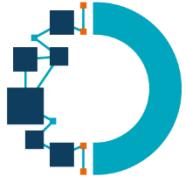
*« A la lumière de ce cas clinique, j'ai pu mesurer les difficultés dans le circuit de la décision médicale : difficulté de coordination, difficulté dans les délais de la prise en soins et donc nourrir ma réflexion sur la création de propositions locales afin de lever les freins de coordination et de délais : création d'une filière d'urgence oncologique avec des référents locaux identifiés en oncologie et en vasculaire. »*



# Les dernières recommandations en date

**Rafik BELHADJ**





# Thrombose sur KTc et cancer : recommandations

La Revue de médecine interne 45 (2024) 354–365



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

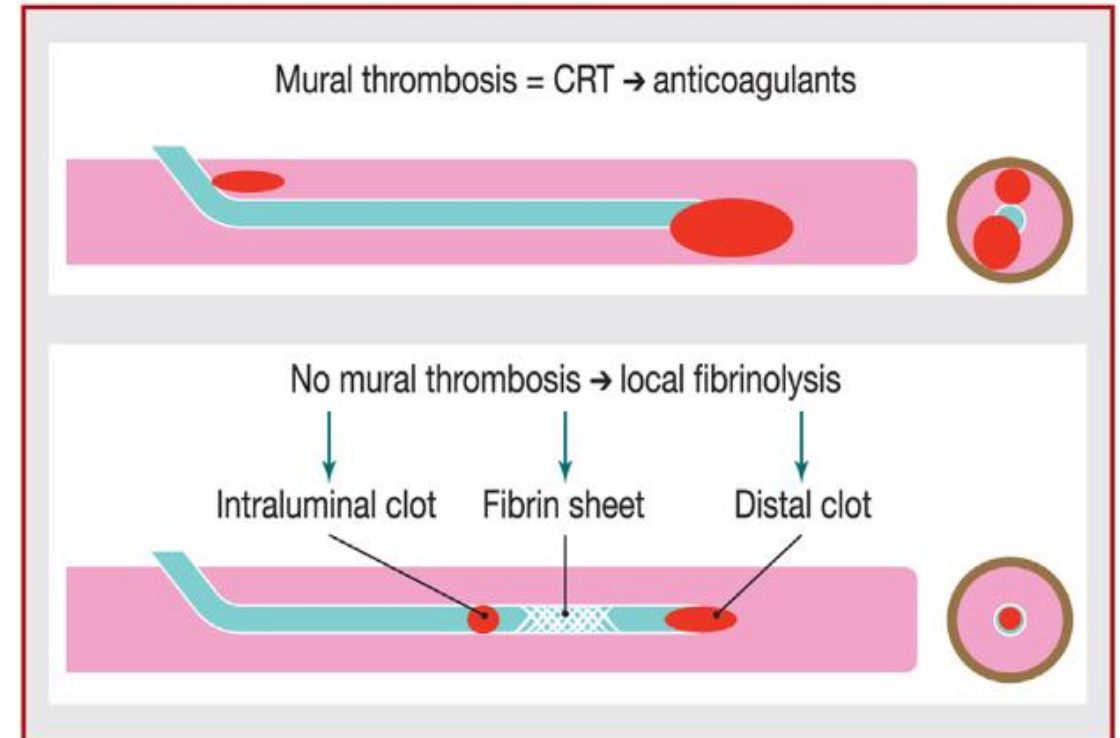


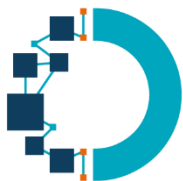
Revue générale

Traduction et republication de : « Thrombose veineuse profonde du membre supérieur associée à un cathéter veineux central chez les patients cancéreux : diagnostic et prise en charge thérapeutique »<sup>☆</sup>

Translation into French and republication of: “Central venous catheter associated upper extremity deep vein thrombosis in cancer patients: Diagnosis and therapeutic management”

A. Élias<sup>a,b,1,\*</sup>, P. Debourdeau<sup>b,c,1</sup>, O. Espitia<sup>d</sup>, M.-A. Sevestre<sup>b,e</sup>, P. Girard<sup>b,f</sup>, I. Mahé<sup>b,g,h,2</sup>, O. Sanchez<sup>b,h,i,2</sup>, INNOVTE CAT Working Group<sup>3</sup> Groupe de travail INNOVTE CAT





Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Revue générale

Traduction et republication de : « Thrombose veineuse profonde du membre supérieur associée à un cathéter veineux central chez les patients cancéreux : diagnostic et prise en charge thérapeutique »<sup>☆</sup>

Translation into French and republication of: “Central venous catheter associated upper extremity deep vein thrombosis in cancer patients: Diagnosis and therapeutic management”

A. Élias<sup>a,b,1,\*</sup>, P. Debourdeau<sup>b,c,1</sup>, O. Espitia<sup>d</sup>, M.-A. Sevestre<sup>b,e</sup>, P. Girard<sup>b,f</sup>, I. Mahé<sup>b,g,h,2</sup>, O. Sanchez<sup>b,h,i,2</sup>, INNOVTE CAT Working Group<sup>3</sup>Groupe de travail INNOVTE CAT



### Présentation clinique:

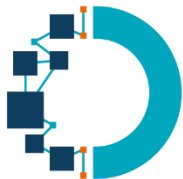
- ✓ Douleur latérocervicale
- ✓ Œdème du MS
- ✓ Dysfonctionnement de KT
- ✓ Syndrome cave supérieur
- ✓ Fièvre (thrombophlébite suppurée)

### Moyen diagnostiques:

- ✓ Doppler
- ✓ Scanner (phléboscaner)
- ✓ Opacification de KT

### Propositions du groupe d'experts

- Patients asymptomatiques  
Nous suggérons de ne pas effectuer de dépistage de la TVPMS chez les patients asymptomatiques atteints de cancer et porteurs d'un CVC, en raison de la faible performance diagnostique de l'échographie veineuse et de l'incertitude concernant la prise en charge et le rapport coût-efficacité.
- Patients symptomatiques avec suspicion de TVPMS associée à un CVC  
Les recommandations concernant les patients cancéreux soupçonnés d'être atteints d'une TVPMS associée à un CVC ont été extrapolées à partir des résultats d'études diagnostiques sur la TVPMS, qui incluent à la fois des patients avec ou sans CVC, et des patients avec ou sans cancer.  
Test de première intention chez les patients symptomatiques :
  - nous recommandons un test diagnostique en cas de douleur, d'œdème prenant le godet unilatéral ou bilatéral ou de dysfonctionnement du CVC ;
  - nous suggérons de ne pas utiliser le score clinique de Constans, seul ou en combinaison avec le dosage des D-dimères ;
  - nous suggérons de ne pas évaluer les patients avec un dosage des D-dimères dans le contexte d'un CVC et d'un cancer ;
  - nous recommandons l'échographie veineuse comme imagerie diagnostique initiale, avant d'autres techniques d'imagerie diagnostique (veinographie par tomodynamométrie, par résonance magnétique ou de contraste) ;
  - nous suggérons de répéter le test dans la semaine si l'échographie veineuse n'est pas concluante.  
Examens complémentaires chez les patients symptomatiques :
    - nous suggérons une veinographie par tomodynamométrie (phléboscaner) si l'échographie veineuse répétée reste non concluante, en cas de forte suspicion clinique de thrombose liée au cathéter ;
    - nous suggérons une veinographie par tomodynamométrie (phléboscaner) en cas de forte suspicion clinique de TVPMS centrale isolée et de résultats normaux ou non concluants à l'échographie veineuse ;
    - nous suggérons une veinographie par tomodynamométrie (phléboscaner) chez les patients présentant des anomalies intrathoraciques isolées en échodoppler et une forte suspicion de compression veineuse extrinsèque ;
    - nous suggérons une veinographie de contraste si une procédure médicale invasive est prévue.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Revue générale

Traduction et republication de : « Thrombose veineuse profonde du membre supérieur associée à un cathéter veineux central chez les patients cancéreux : diagnostic et prise en charge thérapeutique »<sup>☆</sup>

*Translation into French and republication of: "Central venous catheter associated upper extremity deep vein thrombosis in cancer patients: Diagnosis and therapeutic management"*

A. Élias<sup>a,b,1,\*</sup>, P. Debourdeau<sup>b,c,1</sup>, O. Espitia<sup>d</sup>, M.-A. Sevestre<sup>b,e</sup>, P. Girard<sup>b,f</sup>, I. Mahé<sup>b,g,h,2</sup>, O. Sanchez<sup>b,h,i,2</sup>, INNOVTE CAT Working Group<sup>3</sup>Groupe de travail INNOVTE CAT



### Traitement anticoagulant:

- Apixaban / HBPM
- Alternative: Rivaroxaban
- Minimum 3 mois

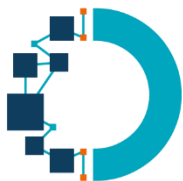
**Si KT fonctionnel, bien positionné, non infecté et indispensable:** poursuite du traitement anticoagulant tant que le KT est en place.

### Sinon retrait du KT:

- Ablation après au moins 48h d'anticoagulation curative.
- Si KT infecté retrait rapide sans forcément attendre 48h d'anticoagulation.
- Après l'ablation du KT, maintenir l'anticoagulation pendant 1 mois puis arrêt.

### Propositions du groupe d'experts

- Nous suggérons une anticoagulation curative pendant au moins 3 mois pour les patients cancéreux souffrant d'une TLC symptomatique des veines profondes proximales (y compris les veines brachiales).
- En l'absence de comparaisons directes, nous suggérons d'administrer une dose curative d'une HBPM ou d'un inhibiteur direct du facteur Xa par voie orale (avec ou sans dose de charge), tout en respectant toutes les contre-indications de ces anticoagulants.
- Au-delà des trois premiers mois de traitement anticoagulant, nous suggérons de poursuivre l'anticoagulation tant que le cancer reste actif ou traité et que le cathéter est en place. Nous proposons les options suivantes : dose curative d'anticoagulant avec une HBPM ou un inhibiteur du facteur Xa par voie orale. L'arrêt de l'anticoagulation peut être une option dans certains cas (par exemple en cas de risque hémorragique élevé, de résolution complète du thrombus, de cancer qui n'est plus actif ou d'absence de traitement prothrombotique).
- Nous suggérons de ne pas retirer le cathéter tant qu'il est utilisé, fonctionnel, bien positionné avec une extrémité proximale à la jonction entre l'oreillette droite et la veine cave supérieure, qu'il n'est pas infecté et que l'évolution de la TLC est favorable sous anticoagulants.
- Pour les patients souffrant d'une TLC, nous suggérons de retirer le CV s'il n'est plus nécessaire.
- En l'absence d'infection associée au cathéter, nous suggérons de retirer le CVC après un minimum de 2 jours d'anticoagulation curative.
- Nous suggérons de poursuivre les anticoagulants pendant au moins 1 mois après le retrait du cathéter, avec une durée totale minimale d'anticoagulation de 3 mois après le début du traitement anticoagulant.
- En raison d'un risque hémorragique plus élevé, nous suggérons que la thrombolyse soit discutée dans des centres spécialisés chez les patients ayant une thrombose volumineuse (par exemple, syndrome cave supérieur) et n'ayant pas de contre-indications à la thrombolyse.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Revue générale

## Traduction et republication de : « Traitement anticoagulant de la maladie veineuse thromboembolique associée au cancer »<sup>☆</sup>

Translation into French and republication of: “Anticoagulant treatment of cancer-associated thromboembolism”

I. Mahé<sup>a,\*,b,c,1</sup>, D. Mayeur<sup>d,1</sup>, F. Couturaud<sup>c,e</sup>, F. Scotté<sup>f</sup>, Y. Benhamou<sup>c,g</sup>, A. Benmaziane<sup>h</sup>, L. Bertoletti<sup>c,i</sup>, S. Laporte<sup>c,j</sup>, P. Girard<sup>c,k</sup>, P. Mismetti<sup>c,l,2</sup>, O. Sanchez<sup>b,c,m,2</sup>,  
Groupe de travail INNOVTE CAT<sup>3</sup>



### 6 premiers mois:

Apixaban / HBPM

Alternative: Rivaroxaban

Réévaluation périodique du traitement anticoagulant

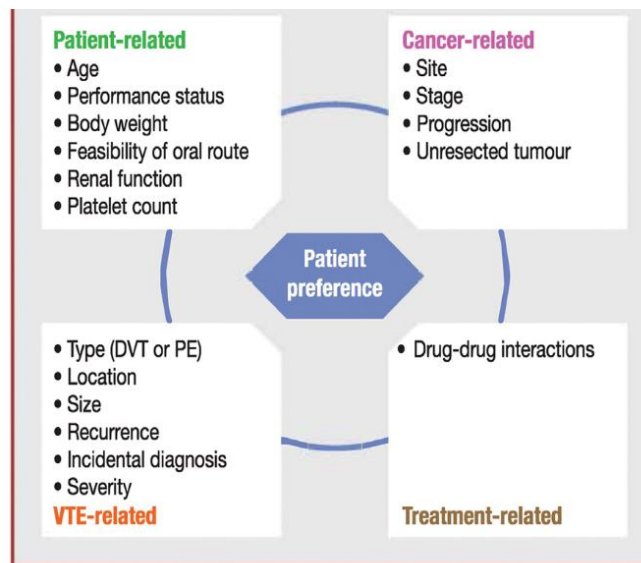
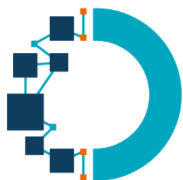


Fig. 1. Critères à prendre en compte pour le choix d'un traitement anticoagulant, lors de l'évaluation d'un patient atteint d'une maladie veineuse thromboembolique associée au cancer. DVT : thrombose veineuse profonde ; PE : embolie pulmonaire ; VTE : thromboembolie veineuse.

### Propositions du groupe d'experts

- Nous recommandons de traiter les patients atteints d'un cancer actif (tel que défini dans le [Tableau 7](#)) chez qui une TVP ou une EP proximale a été diagnostiquée pendant au moins 6 mois. *Classement du groupe d'experts : 3,77 sur 4,00.*
- Chez les patients atteints d'un cancer actif et ayant une TVP proximale ou une EP :
  - Nous recommandons l'apixaban ou une HBPM (sans relais AVK).
  - Comme alternative, à l'exception du cancer du tube digestif, du cancer urothélial ou du carcinome rénal, nous suggérons l'edoxaban ou le rivaroxaban.
  - *Classement du groupe d'experts : 3,33 sur 4,00.*
- Lors du choix de l'anticoagulant initial (HBPM ou inhibiteurs directs du facteur Xa (DXI), nous suggérons de prendre en compte les éléments suivants, en collaboration avec les oncologues :
  - type et sévérité de l'événement de MTEV de référence ;
  - risque perçu de saignement (préférer les médicaments à demi-vie plus courte en cas de risque élevé) ;
  - traitement anticancéreux en cours :
    - vérifier les interactions médicamenteuses (voir Section 2.2.4 ci-dessus) ;
    - tenir compte d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure invasive prévue ;
  - profil du patient (âge, numération plaquettaire, poids corporel, fonction rénale, état de performance)<sup>5</sup>
  - préférence du patient.
  - *Classement du groupe d'experts : 3,89 sur 4,00.*
- Chez tous les patients atteints de TAC, pendant le traitement du cancer, nous suggérons de reconsidérer périodiquement le type de traitement anticoagulant (HBPM ou DXI), en prenant en considération les éléments suivants, en collaboration avec les oncologues :
  - type et gravité de l'événement de MTEV de référence ;
  - risque perçu de saignement (préférer les médicaments ayant une demi-vie plus courte en cas de risque élevé) ;
  - traitement anticancéreux en cours :
    - vérifier les interactions médicamenteuses (voir Section 2.2.4 ci-dessous) ;
    - tenir compte d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure invasive prévue ;
  - profil du patient (âge, numération plaquettaire, poids corporel, fonction rénale, état de performance)<sup>5</sup>
  - préférence du patient.
  - *Classement du groupe d'experts : 3,82 sur 4,00.*



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Revue générale

Traduction et republication de : « Traitement anticoagulant de la maladie veineuse thromboembolique associée au cancer »<sup>☆</sup>

Translation into French and republication of: “Anticoagulant treatment of cancer-associated thromboembolism”

I. Mahé<sup>a,\*</sup>, D. Mayeur<sup>d,1</sup>, F. Couturaud<sup>c,e</sup>, F. Scotté<sup>f</sup>, Y. Benhamou<sup>c,g</sup>, A. Benmaziane<sup>h</sup>, L. Bertoletti<sup>c,i</sup>, S. Laporte<sup>c,j</sup>, P. Girard<sup>c,k</sup>, P. Mismetti<sup>c,l,2</sup>, O. Sanchez<sup>b,c,m,2</sup>, Groupe de travail INNOVTE CAT<sup>3</sup>



### Après les 6 premiers mois:

Poursuivre l'anticoagulation si cancer actif ou récurrence de la thrombose sous traitement

Apixaban / HBPM

Si Apixaban: dose réduite après 6 mois (Essai API-CAT, NEJM 2025)

Réévaluation périodique du traitement anticoagulant

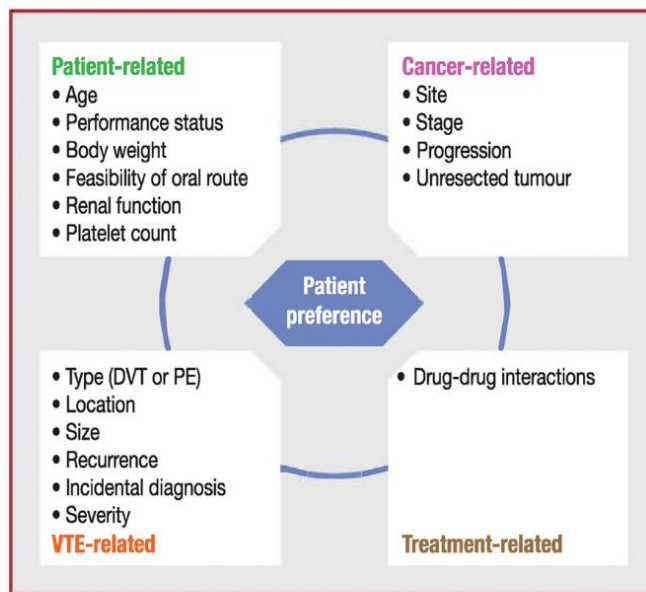
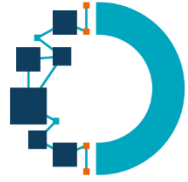


Fig. 1. Critères à prendre en compte pour le choix d'un traitement anticoagulant, lors de l'évaluation d'un patient atteint d'une maladie veineuse thromboembolique associée au cancer. DVT : thrombose veineuse profonde ; PE : embolie pulmonaire ; VTE : thromboembolie veineuse.

### Propositions du groupe d'experts

- Au-delà de 6 mois de traitement pour TAC, nous recommandons la poursuite du traitement anticoagulant :
  - SOIT en cas de cancer actif (tel que défini dans le [Tableau 7](#)), y compris l'augmentation des biomarqueurs et la poursuite planifiée du traitement anticancéreux (hormonothérapie incluse) pour les 6 prochains mois ;
  - OU en cas de récurrence de MTEV au cours des 6 premiers mois de traitement.
    - Classement du groupe d'experts : 3,63 sur 4,00.
- Lorsque le traitement anticoagulant est poursuivi au-delà de six mois, nous recommandons l'utilisation d'un inhibiteurs directs du facteur Xa (DXI) ou d'une HBPM si elle est bien tolérée, efficace et acceptée par le patient :
  - dans l'attente des résultats des recherches en cours, nous suggérons de ne pas utiliser de doses réduites de DXI.
    - Classement du groupe d'experts : 3,60 sur 4,00.
- Chez les patients qui n'ont plus de cancer actif (comme défini dans le [Tableau 7](#)), nous suggérons de prendre en compte les éléments suivants lors du choix de la stratégie anticoagulante à long terme appropriée (arrêt, switch, dose réduite), en collaboration avec les oncologues :
  - risque de récurrence du cancer, en cas de rémission ;
  - traitement anticancéreux en cours, le cas échéant ;
  - type, tolérance et acceptabilité du traitement anticoagulant au cours des 6 premiers mois ;
  - type et gravité de l'événement thromboembolique veineux de référence ;
  - profil du patient (âge, numération plaquettaire, poids corporel, fonction rénale).
  - Classement du groupe d'experts : 3,70 sur 4,00.



# Recommandations françaises 2023 et 2025

## sur tous les aspects de la thématique T et K



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Guidelines

The management of cancer-associated thromboembolism: Proposals from the French multidisciplinary INNOVTE CAT Working Group

Isabelle Mahé<sup>a,b,\*</sup>, Ygal Benhamou<sup>c</sup>, Asmahane Benmaziane<sup>d</sup>, Laurent Bertoletti<sup>e</sup>, Virginie Bichon<sup>f</sup>, Coralie Bozec<sup>g</sup>, Ariel Cohen<sup>h</sup>, Francis Couturaut<sup>i</sup>, Philippe Debourdeau<sup>j</sup>, Pascale Dielenseger<sup>k</sup>, Éric Douriez<sup>l</sup>, Antoine Elias<sup>m</sup>, Olivier Espitia<sup>n</sup>, Corinne Frère<sup>h,z</sup>, Yoann Gaboreau<sup>o</sup>, Pascale Gendron<sup>p</sup>, Philippe Girard<sup>q</sup>, Olivier Hanon<sup>r</sup>, Ahmed Idbaih<sup>s,z</sup>, Silvy Laporte<sup>e</sup>, Didier Mayeur<sup>t</sup>, Farès Moustafa<sup>u</sup>, Gilles Pernod<sup>v</sup>, Pierre-Marie Roy<sup>w</sup>, Marie-Eve Rouge Bugat<sup>x</sup>, Jeannot Schmidt<sup>l</sup>, Florian Scotte<sup>k</sup>, Marie-Antoinette Sevestre<sup>y</sup>, Patrick Mismetti<sup>e</sup>, Olivier Sanchez<sup>b,f</sup>



- Traitement anticoagulant de la maladie veineuse thromboembolique associée au cancer.
- Thrombose veineuse profonde du membre supérieur associée à un **cathéter veineux central** chez les patients cancéreux : diagnostic et prise en charge thérapeutique.
- Maladie thromboembolique veineuse **récurrente** chez les patients cancéreux anticoagulés : diagnostic et traitement.
- Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients atteints de **tumeurs cérébrales malignes**.
- Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse associée au cancer chez les **populations vulnérables** (personnes âgées, insuffisance rénale, thrombopénie).
- **Traitement à domicile** des patients atteints de maladie veineuse thromboembolique associée au cancer.
- Évènements thromboemboliques **artériels** liés au cancer.
- Traitement de la maladie thromboembolique veineuse associée au cancer chez les patients en **soins palliatifs**.

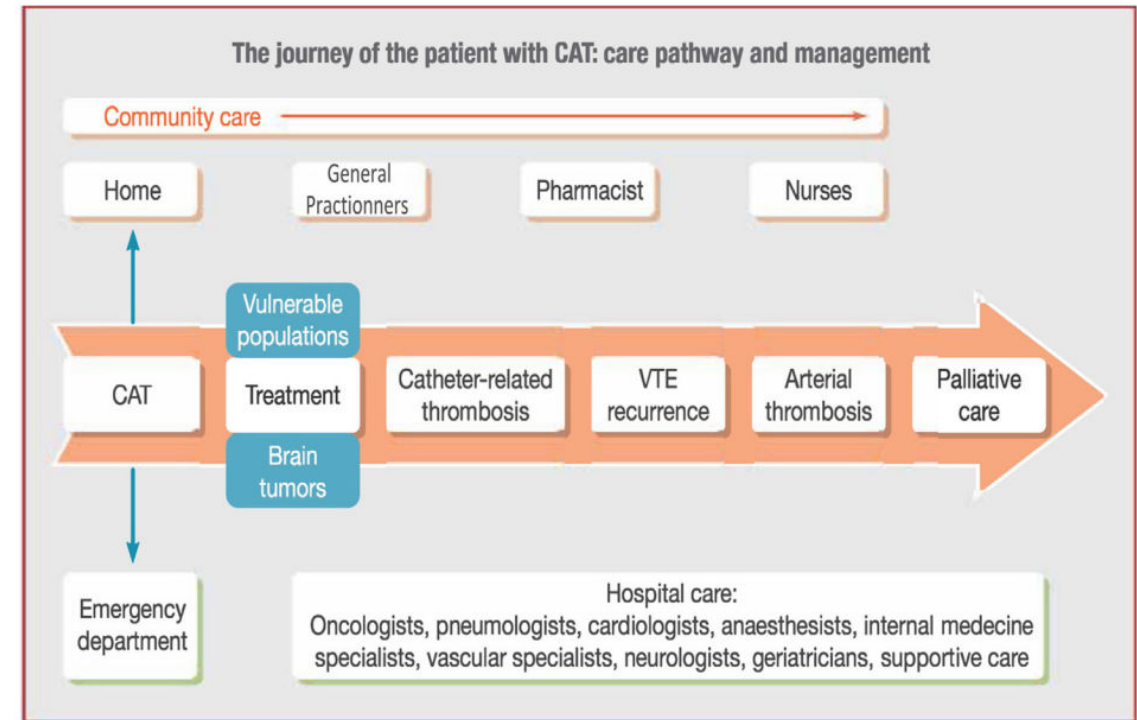
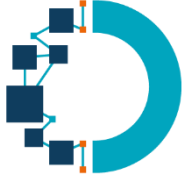


Fig. 1. The journey of the patient with cancer-associated thrombosis (CAT). VTE: venous thromboembolism.



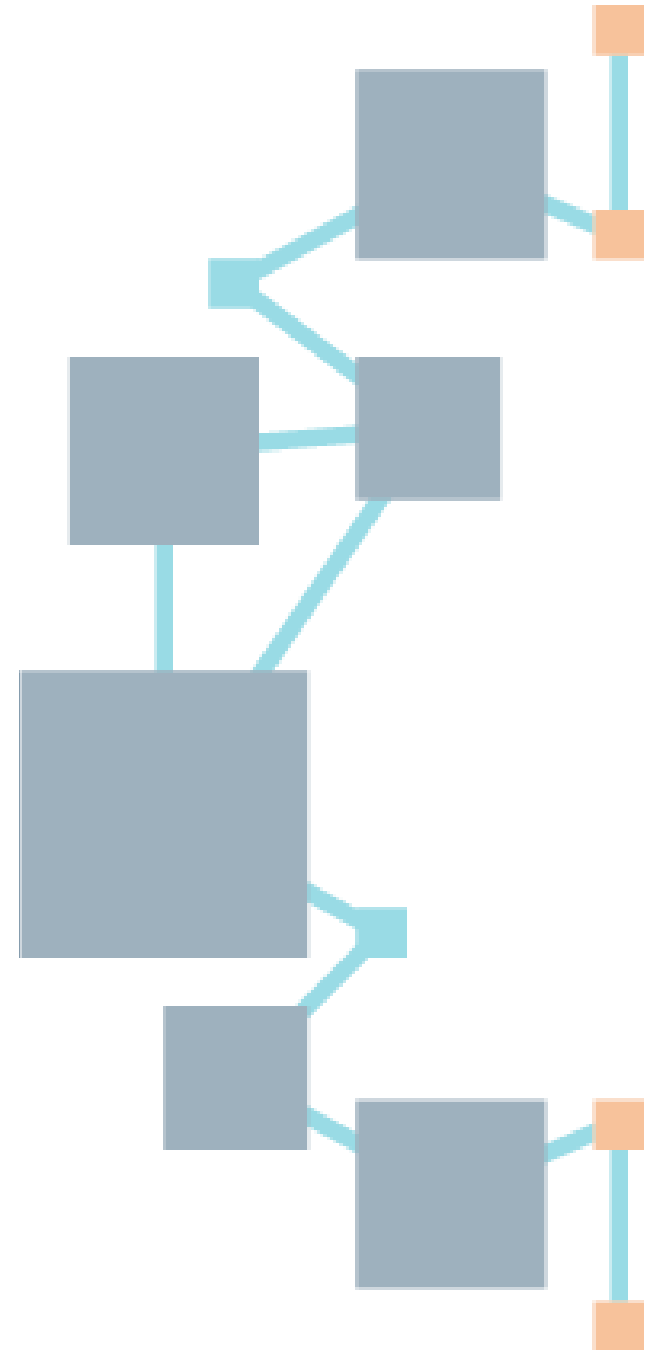
## En pratique

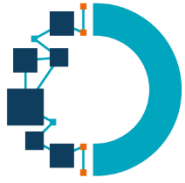
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Informer l'oncologue
- Demande de Doppler au CHU:
  - Tél: 0549443570
  - Mail: [sec.consult.medvasc@chu-poitiers.fr](mailto:sec.consult.medvasc@chu-poitiers.fr)
  - → bientôt e-RDV
- Cas compliqués: RCP thrombose ([rccp.thrombose@chu-poitiers.fr](mailto:rccp.thrombose@chu-poitiers.fr))



# Optimisation thérapeutique, conciliation et interaction médicamenteuse

**Guillaume HERBIN**

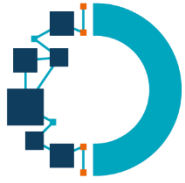




# Risque d'interactions médicamenteuses avec les Anticoagulants Oraux Directs (AOD)

**Apixaban ELIQUIS® et Rivaroxaban XARELTO®**

- **Interactions pharmacodynamiques** : Médicaments augmentant le risque de saignement
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : Ibuprofène, Kétoprofène
  - Antiagrégants plaquettaires : Aspirine, Clopidogrel
  - Certains antidépresseurs (ISRS/IRSNa) : Sertraline, Fluoxétine
  - Certains anticancéreux : anti-VEGF (bêvacizumab, certaines TKI), niraparib, gemcitabine, etc ... (thrombopéniants)
- 👉 Augmentation du risque hémorragique (digestif, cérébral, etc.)  
MAIS risque connu et maîtrisé (la plupart du temps)



# Risque d'interactions médicamenteuses avec les Anticoagulants Oraux Directs (AOD)

**Apixaban ELIQUIS® et Rivaroxaban XARELTO®**

- Interactions pharmacocinétiques :
  - Pas ou peu d'effets attendus des AOD sur les autres médicaments
  - Par contre, risque d'interactions parfois importantes de certaines médicaments ou plantes sur l'AOD
  - Pourquoi ? Apixaban et Rivaroxaban = substrats majeurs du CYP3A4 et de la P-gp d'où un fort impact des inducteurs ou des inhibiteurs puissants

## ► Inhibiteurs enzymatiques : ↓ élimination donc ↑ concentration d'AOD

- Antifongiques azolés : Kétoconazole, fluconazole, ...
- Macrolides : Clarithromycine, érythromycine
- Antiviraux (VIH) : Ritonavir, etc ...
- Cannabidiol (CBD)

👉 Effet : risque de saignements ++

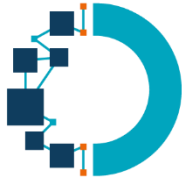


## ► Inducteurs enzymatiques : ↑ élimination donc ↓ concentration d'AOD

- Antiépileptiques : Carbamazépine, Phénytoïne
- Antibiotique : Rifampicine
- Plante : Millepertuis

👉 Effet : diminution de l'efficacité anticoagulante, risque de thrombose





# Risque d'interactions médicamenteuses avec les Anticoagulants Oraux Directs (AOD)

**Apixaban ELIQUIS® et Rivaroxaban XARELTO®**



- Interactions pharmacocinétiques avec les anticancéreux

Inhibiteurs puissants CYP3A4 et P-gP

ex : Tucatinib TUKYSA®

=> Peut doubler les concentrations de Rivaroxaban

▪ Inducteurs puissants CYP3A4 et/ou P-gP

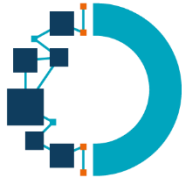
▪ Ex : Apalutamide ERLEADA®, Enzalutamide XTANDI®

▪ Baisse de 47% à 90% des concentrations de Rivaroxaban



## Conduite à tenir

- Changer l'AOD ? Moins d'interactions avec le Dabigatran
- Changer l'anticancéreux ? Pas forcément d'équivalent, pas d'AMM validée
- Baisser la posologie de l'inducteur/inhibiteur ou du substrat : empirique ..
- Dosage pharmacologique possible des anticancéreux, test anti-Xa non recommandée



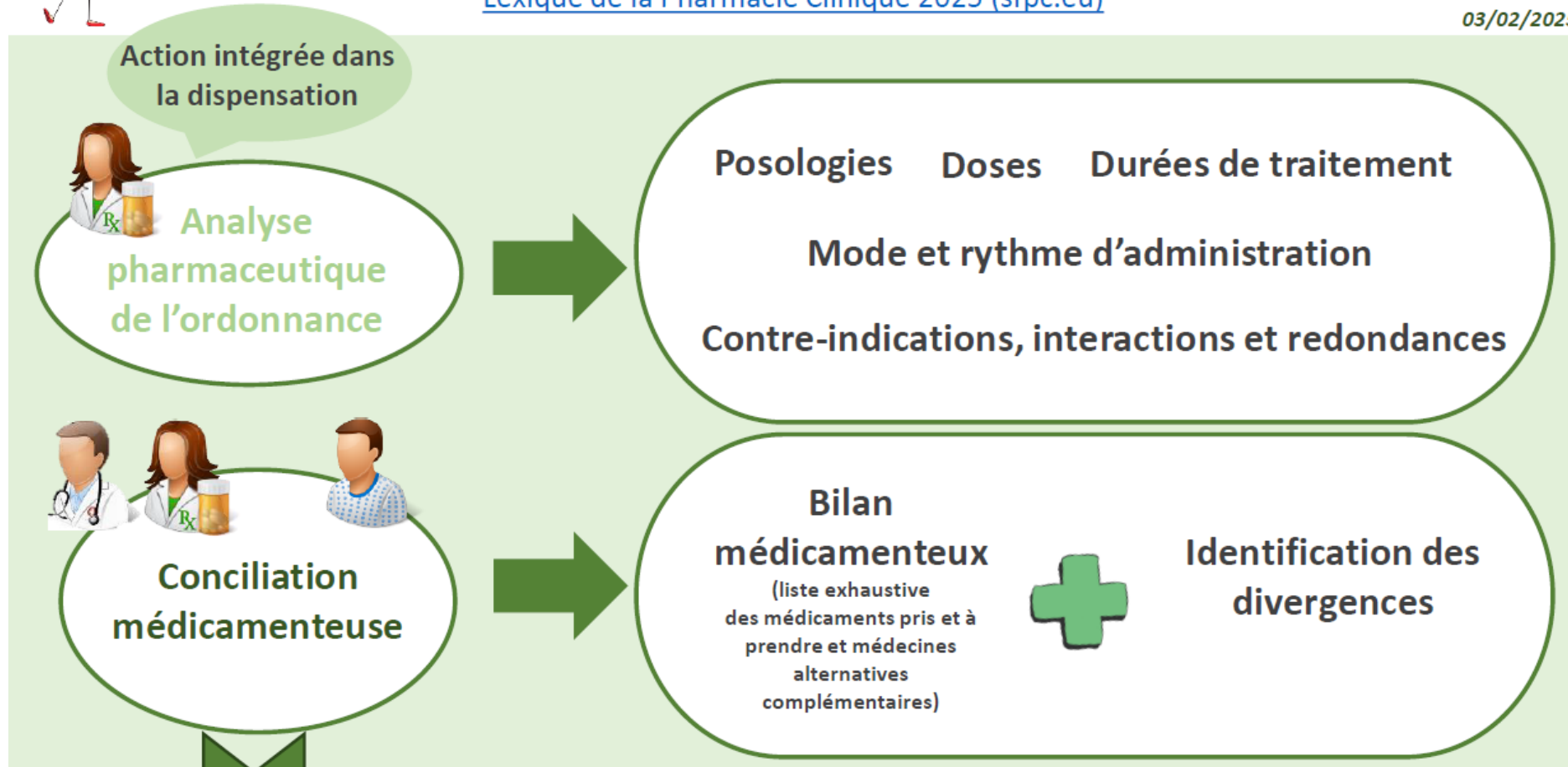
# Rôles du pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse



Zoom sur le lexique de pharmacie clinique par 

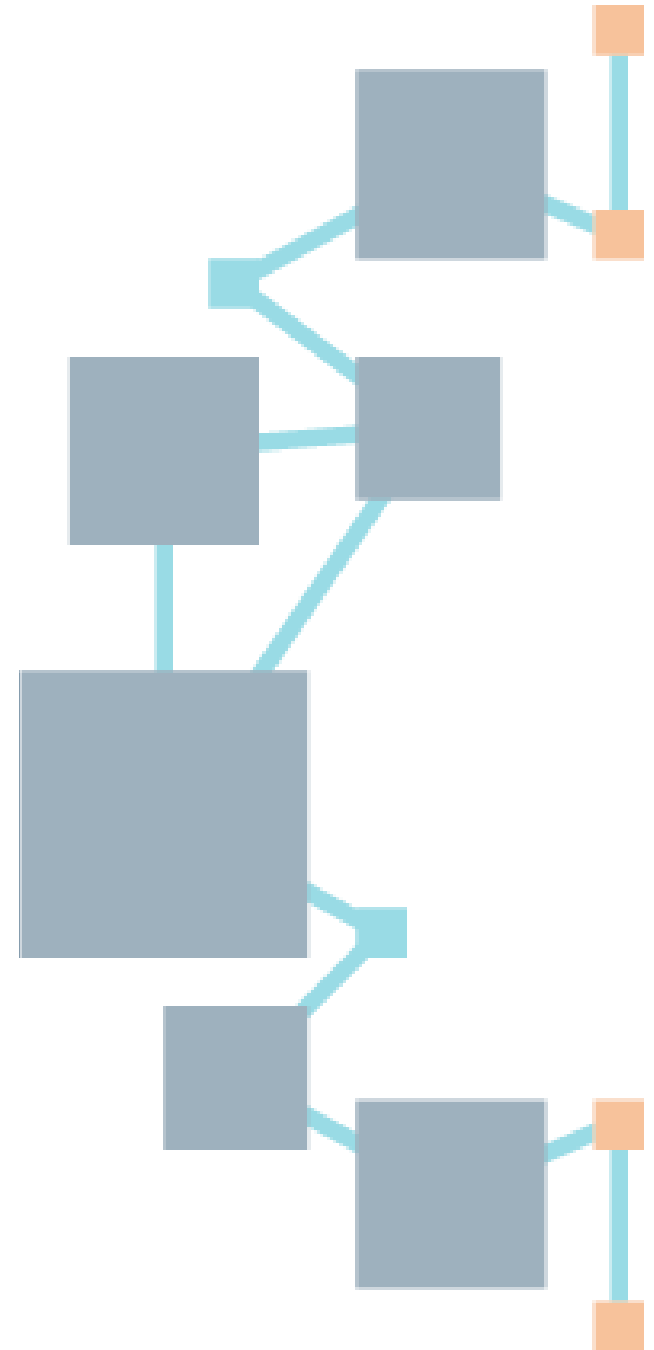
[Lexique de la Pharmacie Clinique 2025 \(sfpc.eu\)](http://sfpc.eu)

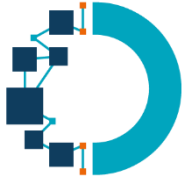
03/02/2025





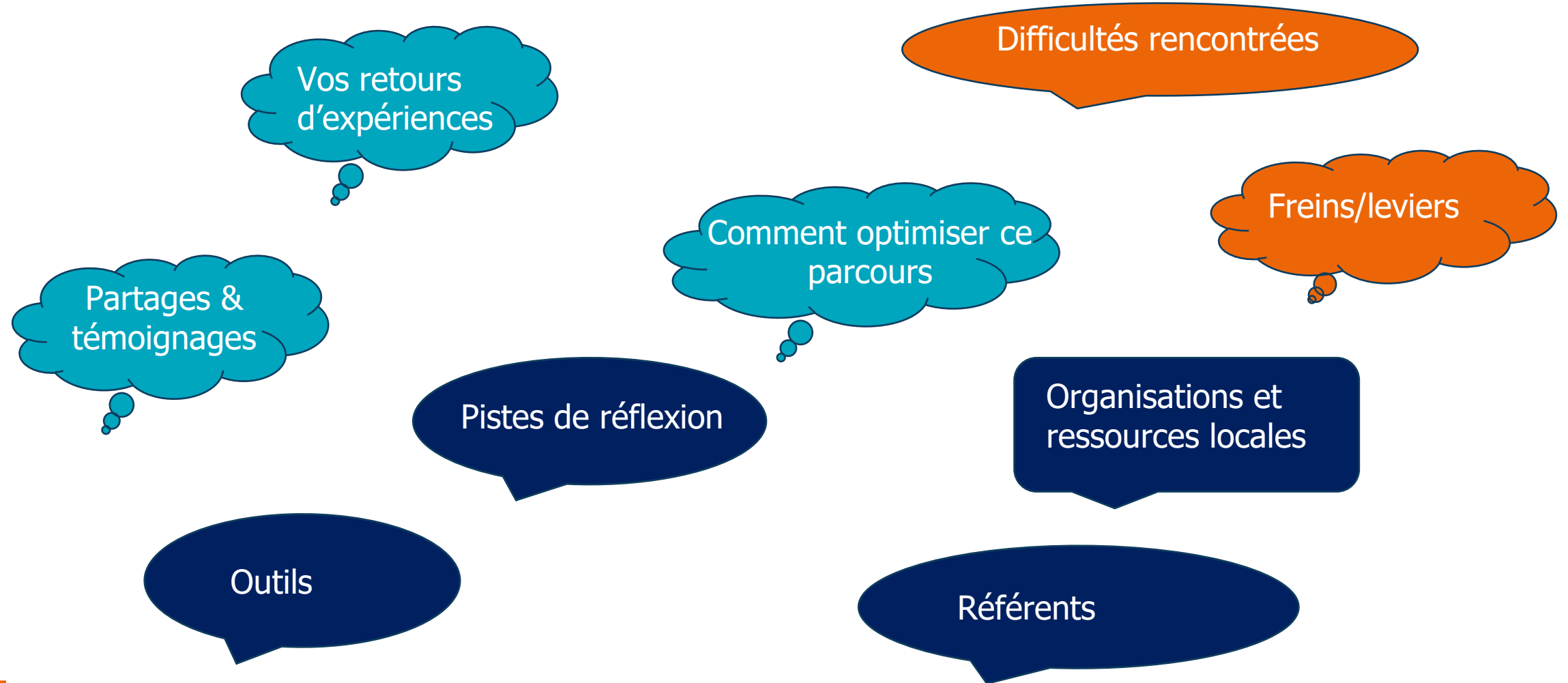
# **Collaboration Ville-Hôpital :** Rôle de l'IDE libérale dans cette prise en charge **Isabelle VARLET**

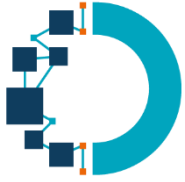




# Discussions

La parole est à vous !



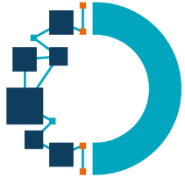


# Ressources

- Pour avoir de plus amples informations sur la thématique Thrombose et cancer, rendez-vous sur le site du Dispositif Spécifique Régional du Cancer [Onco-Nouvelle-Aquitaine](#) :
  - [Plaquette d'information professionnel de santé](#)
  - [Plaquette d'information patient](#)
  - [E-learning Thrombose et cancer](#)
  - [Vidéo Patient d'information et de sensibilisation](#)
  - [Podcast Lab'Oncorif](#)
- [RCP Thrombose et cancer](#)

Accéder aux ressources :





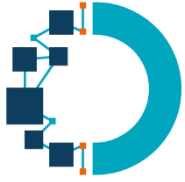
# Ressources

## Autres liens utiles :

- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/prise-charge-de-maladie-thromboembolique-veineuse-cancerologie/>
- Le Groupe Francophone Thrombose et Cancer (GFTC) et l' International Initiative on Thrombosis and Cancer (ITAC CME) : <https://www.itaccme.com/fr/>
- La Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) : <https://www.portailvasculaire.fr/>
- Le Collège Français de Pathologie Vasculaire (CFPV) : <https://www.cfpv.fr/>
- Base de données publiques des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

## Publications réseau Innovte :

- <https://www.innovte-thrombosisnetwork.eu/recommandations-du-reseau-innovte>



# Journée du ROCA

**Vendredi 18 septembre 2026 – Palais de la Bourse, Bordeaux**

## ➤ Réseau d'Onco-Cardiologie Nouvelle-Aquitaine :

Cardiologues, oncologues, onco-radiothérapeutes, imageurs et pharmaciens engagés dans l'amélioration du parcours cardiologique du patient atteint de cancer en pré-thérapeutique, lors du suivi et à distance des traitements.



## ➤ Les outils du ROCA :

- Un **annuaire des professionnels** engagés pour faciliter l'adressage des patients
- Une **fiche standardisée de demande d'évaluation cardio-oncologique** (*avant / pendant / après le traitement antinéoplasique*)
- Un **outil de téléexpertise pour les demandes d'avis semi-urgents** *avant de débuter un traitement ou en cas de suspicion de toxicité (réponse sous 2 jours ouvrés en moyenne hors week-end)*

## ➤ Infos pratiques sur le site du ROCA : [www.roca-na](http://www.roca-na)

