



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

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



REVUE GÉNÉRALE

# Maladie veineuse thromboembolique et cancer



Venous thromboembolism and cancer

G. Meyer<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité, 75006 Paris, France

<sup>b</sup> Service de pneumologie, hôpital européen Georges-Pompidou, AP–HP, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 22 février 2014

## MOTS CLÉS

Thrombose ;  
Cancer bronchique ;  
Embolie pulmonaire ;  
Héparine de bas poids moléculaire ;  
Maladie veineuse thromboembolique ;  
Prophylaxie

## KEYWORDS

Thrombosis ;  
Pulmonary embolism ;  
Lung cancer ;

**Résumé** L'incidence de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE) chez les personnes atteintes de cancer est élevée, elle varie avec le type, le stade, le type anatomopathologique du cancer mais également avec le type de traitement et certains facteurs de risques propres au malade. Les études de prophylaxie au long cours n'ont encore pas produit de résultats très convaincants. Une fois la thrombose constituée, le risque de récurrence thromboembolique et le risque hémorragique sont particulièrement élevés. Si le traitement prolongé par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est plus efficace que les antagonistes de la vitamine K chez les personnes atteintes de MVTE et de cancer, il reste associé à un taux de récurrence et de saignement plus élevé que celui qui est observé chez des personnes indemnes de cancer. De plus, la nature du traitement souvent nécessaire après les six premiers mois de traitement et la conduite à tenir vis-à-vis des récurrences thromboemboliques ne sont pas consensuelles. Des données déjà anciennes suggèrent que les HBPM pourraient jouer un rôle adjuvant dans le traitement spécifique de la maladie tumorale. La confirmation clinique de ces données principalement biologiques tarde encore, mais plusieurs études explorent actuellement cette voie dans plusieurs types de cancer.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Incidence of venous thromboembolism (VTE) is high in patients with cancer and varies with the type, the stage and the histologic type of the cancer but also with some anti-cancer therapies and patient related risk factors. Therapeutic trials on long-term prophylaxis have not provided convincing results. In patients with established VTE, the risk of recurrence and bleeding is high. Although prolonged treatment with low molecular weight heparin (LMWH)

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guy.meyer@egp.aphp.fr](mailto:guy.meyer@egp.aphp.fr)

## Venous thromboembolism; Prophylaxis

is more efficient than vitamin K antagonists in patients with VTE and cancer, it is already associated with a risk of recurrence which is much higher than in non-cancer patients. The nature of the treatment to be administered after the initial six months, which is often required in this context and the treatment of recurrent VTE during anticoagulant treatment are still debated. Some long-standing data suggest that LMWH could play an adjuvant role as specific anticancer treatment. These data have still not been confirmed in clinical trials but several studies in different cancer types are ongoing.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La maladie veineuse thromboembolique (MVTE), représente avec les infections, la deuxième cause de mortalité chez les patients atteints de cancer ; elle en complique l'évolution dans près de 10% des cas, mais son incidence varie considérablement avec la nature et le stade du cancer ; le cancer bronchique étant l'un des cancers solides les plus thrombogènes. La prophylaxie prolongée qui ne permet qu'une faible réduction du risque en valeur absolue dans des populations peu sélectionnées, n'a pas été évaluée chez des malades à haut risque. Le traitement de la MVTE au cours du cancer repose sur l'utilisation prolongée des héparines de bas poids moléculaire (HBPM), au moins pendant les trois à six premiers mois. Le choix du traitement ultérieur ne repose pas sur des bases solides et doit être individualisé.

## Épidémiologie et facteurs de risque

La prévalence de la MVTE varie de 0,5 à 20% ; elle varie avec l'origine du cancer, son stade et son type histologique ; elle est également plus élevée au cours des premiers mois qui suivent le diagnostic du cancer [1,2]. Dans les cancers bronchiques, l'incidence de MVTE est de l'ordre de 40 pour 1000 patient-années ; vingt fois plus élevée que dans la population générale [2]. L'incidence est trois fois plus élevée pour les adénocarcinomes que pour les cancers épidermoïdes, six fois plus élevée dans les formes métastatiques que dans les formes localisées, quatre fois plus élevée pendant les six mois qui suivent le diagnostic que pendant les périodes ultérieures et trois fois plus élevée pendant les périodes de chimiothérapie [2]. Les thérapeutiques antitumorales et certains soins de support sont également des facteurs de risque : les interventions chirurgicales pour cancer sont associées à un risque de MVTE postopératoire plus élevé que les interventions pour pathologie bénigne ; la chimiothérapie, la radiothérapie, les transfusions sanguines, l'érythropoïétine, les facteurs de croissance des polynucléaires, augmentent également le risque de thrombose [3]. Le risque de MVTE varie avec le type de chimiothérapie et il semble que celui des sels de platine soit particulièrement élevé, ce qui pourrait en partie expliquer l'incidence élevée au cours des cancers bronchiques.

Certains marqueurs biologiques usuels tels qu'un taux d'hémoglobine < 10 g/dL, une thrombocytose et une hyperleucocytose ont été identifiés comme marqueurs de risque thromboembolique au cours du cancer. Parmi les marqueurs plus spécifiques, des taux élevés de D-dimères et de P-sélectine soluble sont associés à une augmentation de ce risque [4]. Si l'âge ne semble pas jouer un rôle majeur,

d'autres facteurs de risque classiques, antécédents thromboemboliques et obésité, ont été associés à un risque élevé de MVTE au cours du cancer [3]. Un score basé sur des variables cliniques et biologiques simples permet d'estimer le risque thromboembolique des patients atteints de cancer [5].

## Faut-il prévenir les thromboses chez les malades atteints de cancer ?

Ni les antagonistes de la vitamine K (AVK) employés à faible posologie, ni les HBPM ne diminuent significativement les thromboses symptomatiques sur cathéter veineux central de longue durée ; en revanche, il existe une augmentation non significative des saignements majeurs sous AVK mais pas sous HBPM [6]. Ces résultats négatifs sont liés en grande partie à la faible incidence de thrombose observée avec les matériels les plus récents, mais peuvent également être liés à un manque de puissance des essais.

Une étude ancienne avait suggéré une réduction de la MVTE par la warfarine chez les femmes traitées par chimiothérapie pour un cancer du sein métastatique [7]. Ces résultats n'ont jamais été reproduits et le risque hémorragique de ce type de traitement n'est pas négligeable dans cette population, si bien que les AVK ne sont pas recommandés dans cette indication [8].

Deux HBPM ont récemment été évaluées pour la prévention prolongée de la MVTE chez des patients atteints de cancer. La nadroparine, administrée à la dose de 3800 UI une fois par jour pendant quatre mois et la sémuloparine, administrée à la dose de 20 mg par jour pendant 3,5 mois. Les deux essais étaient réalisés en double aveugle chez des patients atteints de cancer localement avancé ou métastatique. Les deux HBPM obtiennent une réduction statistiquement significative des événements thromboemboliques mais la différence absolue n'est que de 2% en raison d'une incidence faible (4%) dans les groupes placebo [9]. Les complications hémorragiques n'étaient pas plus fréquentes chez les malades traités. Ces différences semblent trop faibles en valeur absolue pour mettre en œuvre un traitement injectable pendant 4 mois. Il semble que l'incidence soit plus élevée et la réduction absolue du risque plus importante chez les patients atteints de cancer bronchique, mais il s'agit d'une analyse a posteriori qui doit être confirmée. Dans cette attente, il ne semble pas justifié d'imposer un traitement préventif au long cours chez les malades atteints de cancer.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419565>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419565>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)