



**7<sup>ème</sup> congrès national de la SAMEV**  
**3<sup>ème</sup> congrès francophone de Médecine Vasculaire**  
**21 et 22 Avril 2017**

# **Management de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse chez le patient atteint de cancer**

## **Référentiel Algérien**

Rapporteur Dr M. Baba Ahmed  
Vice président de la SAMEV



**SAMEV**

# Pourquoi un référentiel?

L'absence de référentiel national pour la prise en charge de la MTEV en cancérologie a été à l'origine de la mise en place d'un groupe d'experts sous l'égide de principales sociétés savantes impliquées dans ce contexte particulier.

Cette démarche est motivée par:

- L'avancée dans les connaissances sur la MTEV et sur ses conséquences pronostiques
- Les disparités constatées dans la PEC de la MTEV en raison de l'absence de recommandations nationales
- L'augmentation de la prévalence des ETEV en oncologie et la gravité du pronostic chez ce type de patient .



# 2015 – ACCP 2012

Les règles pour la bonne pratique clinique ont été élaborées sous l'égide des sociétés savantes suivantes:

- ▶ Société Algérienne d'Anesthésie-Réanimation, de Soins Intensifs et des Urgences (SAARSIU)
- ▶ Société Algérienne de Médecine Vasculaire (SAMEV).
- ▶ Société Algérienne d'évaluation et de traitement de la douleur (SAETD).
- ▶ Société Algérienne d'oncologie médicale (SAOM).
- ▶ Société Algérienne de Chirurgie



**SAMEV**

# Questions posées par le comité de rédaction

- 1** – Quelle est la relation entre la MTEV et le cancer ? R. Guermaz, M. Brouri
- 2** – Quelle thromboprophylaxie veineuse chez le patient atteint de cancer ?  
D. Rahou
- 3** – Quelles sont les stratégies diagnostiques des ETEV chez le patient atteint de cancer ? R. Mokretar Karroubi
- 4** – Quel traitement curatif de la thrombose constituée chez le patient atteint de cancer ? R. Guermaz, M. Brouri
- 5** – Quelles sont les particularités de la MTEV en cas de pose de cathéter veineux central chez le patient atteint de cancer ? L. Cherfi
- 6** – Quelles sont les particularités de la MTEV en cas d'hémopathies ? M. Boucelma

# Les grandes questions posées par l'association MTEV -cancer



## DIAGNOSTIQUES

### Face à une MTEV

- Faut-il rechercher un cancer occulte ?
- Avec quelle stratégie d'exploration ?

*Analyse de l'incidence du cancer au cours de la MTEV*

## THERAPEUTIQUES

### Face à un cancer

Faut-il prescrire un traitement préventif de la MTEV ?

*Analyse de l'incidence de la MVTE au cours du cancer*

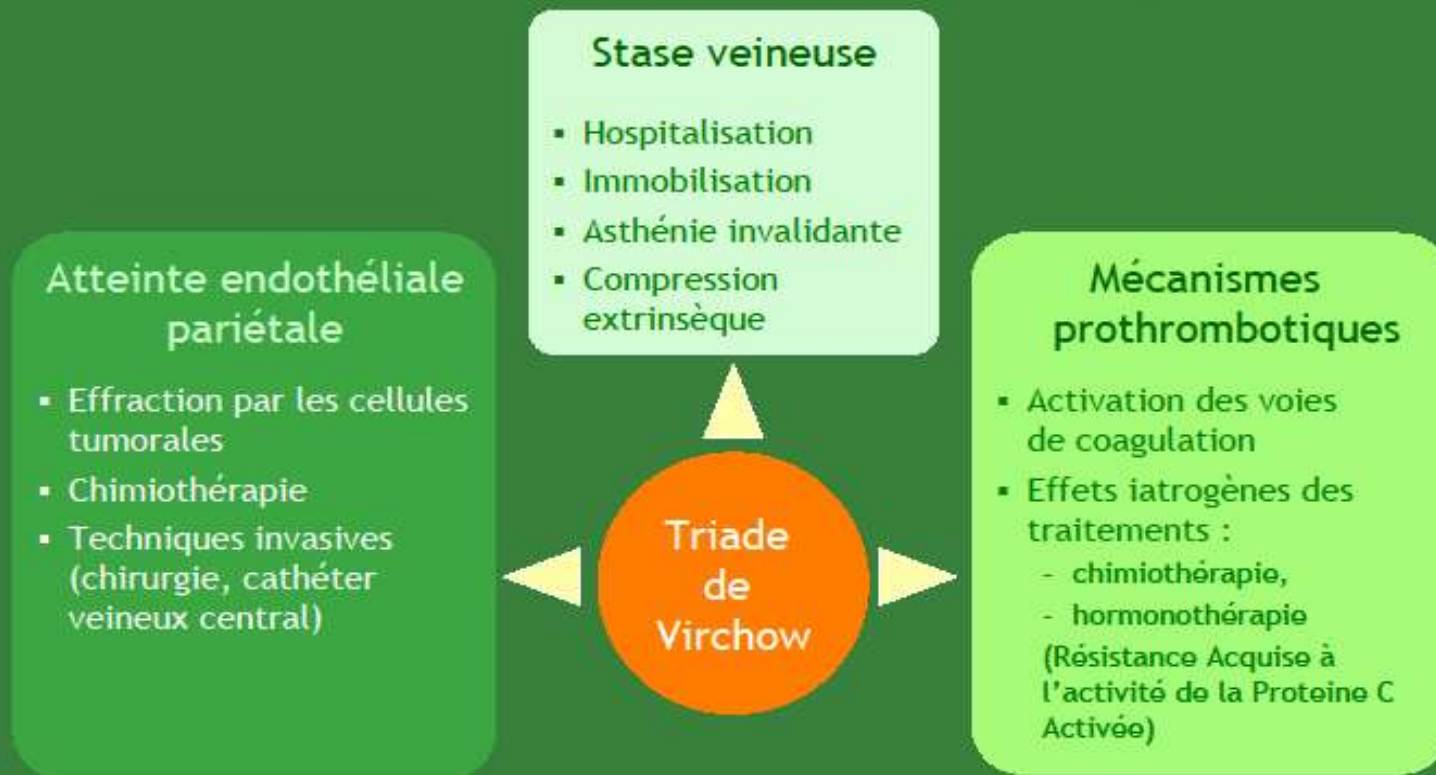
### Face à un cancer associé à une MTEV

Quel traitement curatif de la MTEV ?

Quel traitement du cancer ?

# La relation thrombose et cancer est réciproque

Le cancer :  
un modèle d'hypercoagulabilité acquise (1-3)



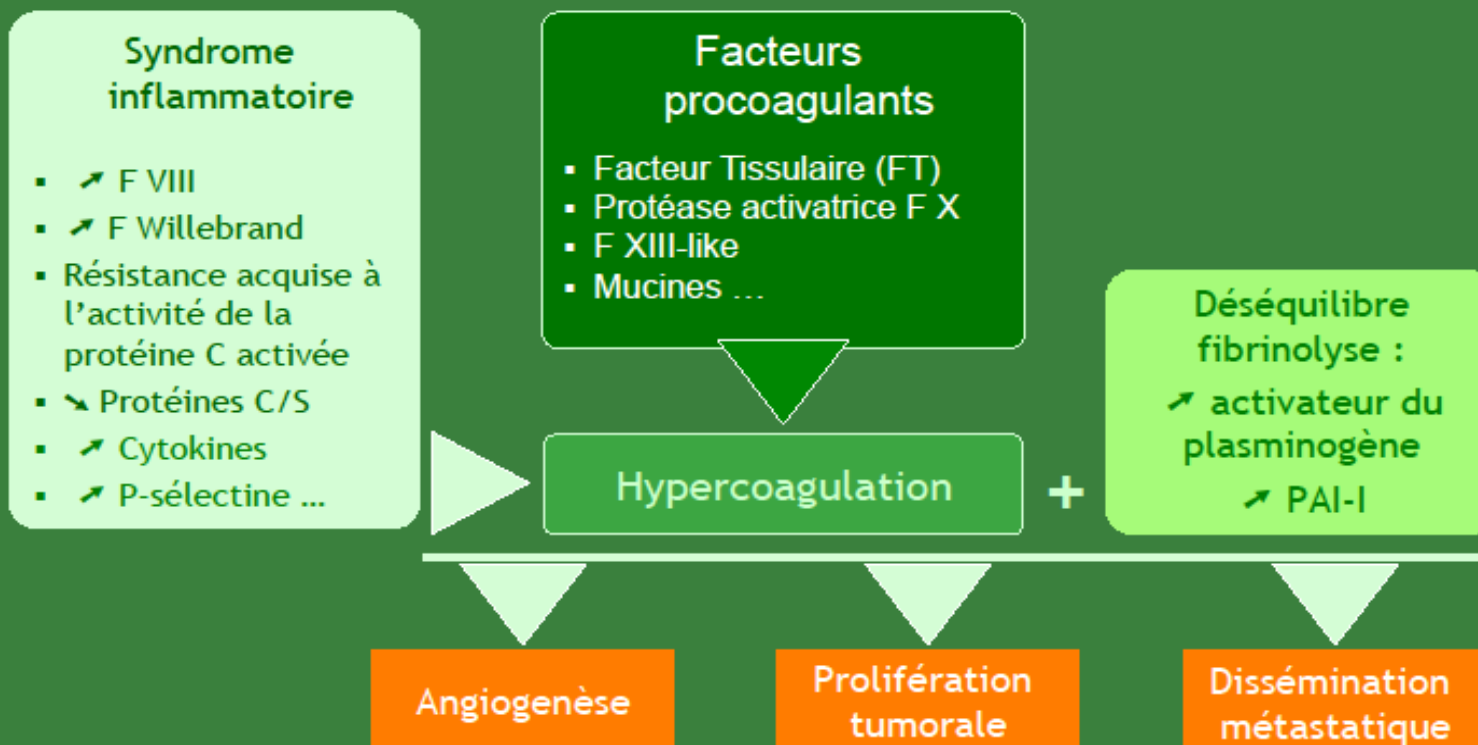
(1) Desauv C et Bonnetierre J. Traitements antitumoraux et complications thromboemboliques : thrombose et cancer. Bull Cancer 2006;93(2):171-8.

(2) Elalamy I, Gerotziapas G, Verdé E et al. Physiopathogénie de la maladie thromboembolique veineuse au cours du cancer. Pathol Biol 2008;56(4):184-94.

(3) De Cioio M. The prothrombotic state in cancer : pathogenic mechanisms. Crit Rev Oncol Hematol 2004;50:87-196.

# La relation thrombose et cancer est réciproque

## Des mécanismes prothrombotiques intriqués (1-12\*)





SAMEV



**10 %** des cancers se compliquent d'un ETEV

- Risque relatif X **3 à 6**
- Le caractère métastatique de la tumeur le X par **4 à 13** (OR19.8)
- La chimiothérapie **double** le risque



Près de **20%** des thromboses veineuses surviennent chez des patients atteints de cancer

Diagnostic de cancer **2 à 3 X** plus fréquent au cours de la 1<sup>ère</sup> année qui suit la thrombose





# Cancer et MTEV: quelles thromboses?

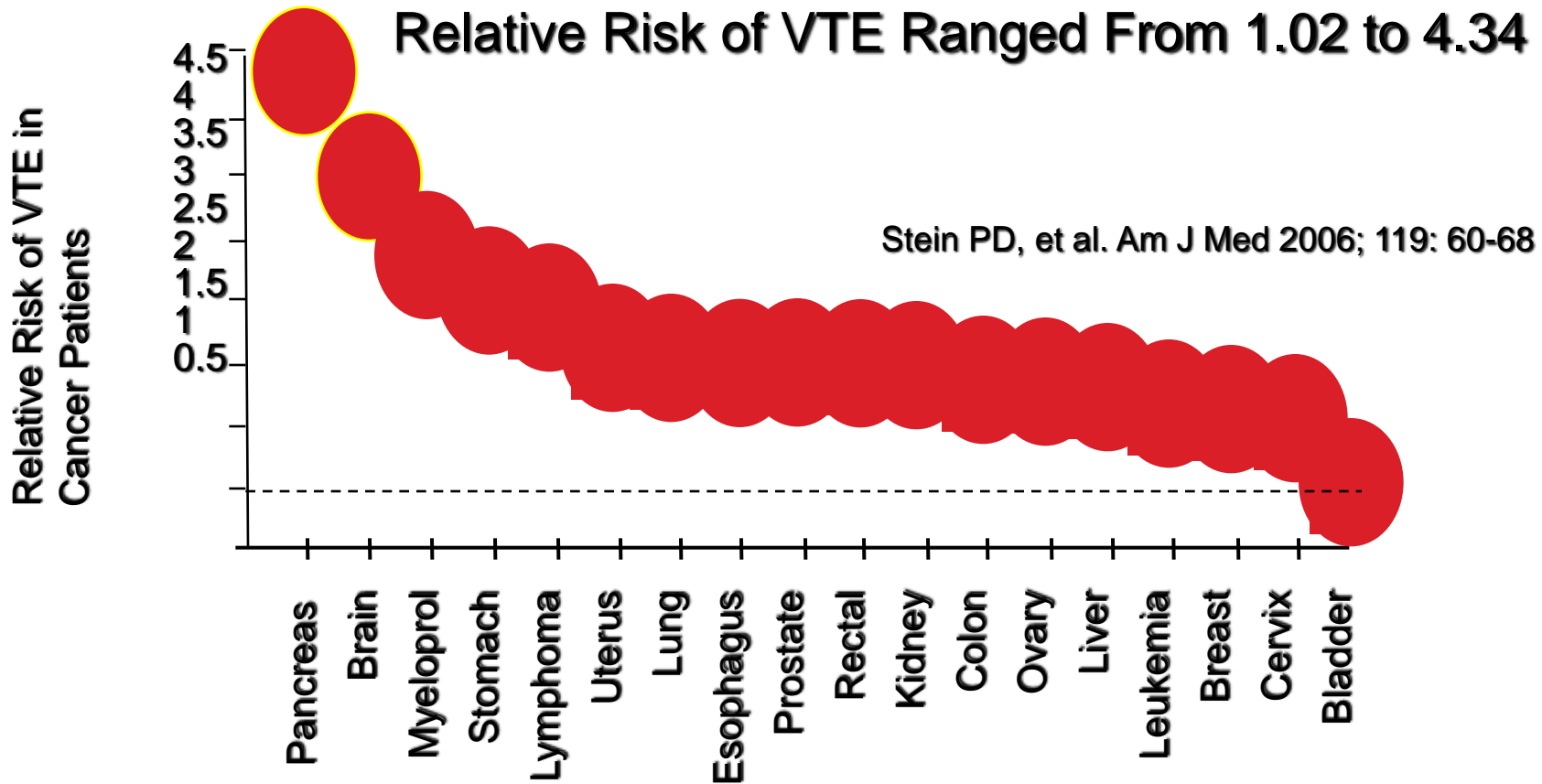
**Il existe une relation étroite entre thrombose idiopathique et cancer**

Risque cancer X10 si la thrombose veineuse est idiopathique et récidivante

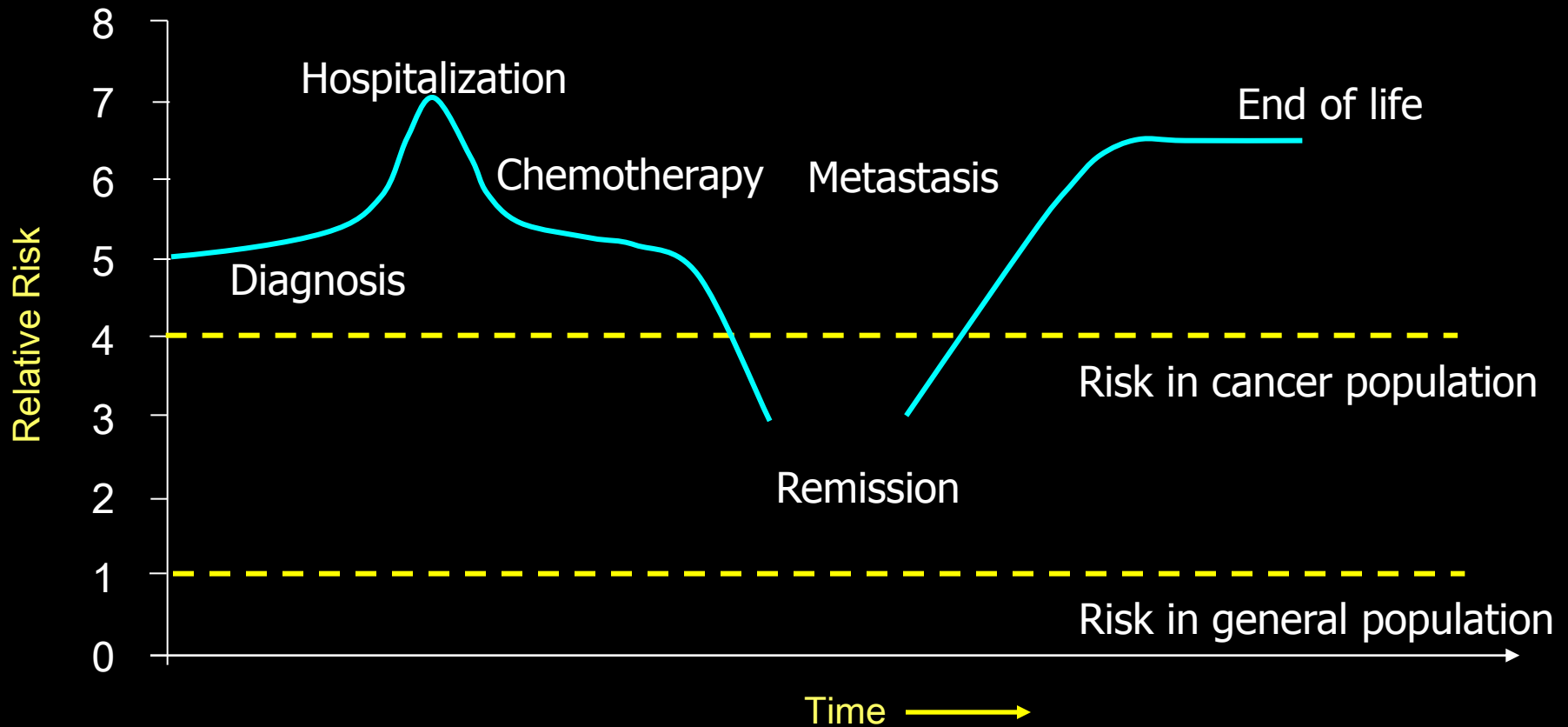
Le cancer est encore plus fréquent chez les sujets ayant une thrombose veineuse idiopathique **bilatérale**



# Le risque dépend du type de néoplasie



# Ce risque dépend de l'histoire naturelle de l'affection néoplasique





# Un autre facteur de risque.....

## La chirurgie chez les cancéreux

**double** le risque relatif de thrombose  
et **triple** le risque d'embolie pulmonaire fatale



# MTEV : chirurgie oncologique

## *The @RISTOS Registry*

Incidence à 30j des ETEV chez 2373 patients

Type de chirurgie

- 52% : générale
- 29% : urologique
- 19% : gynécologique

82% ont reçu une thromboprophylaxie à l'hôpital

31% ont reçu une thromboprophylaxie après la sortie de l'hôpital

---

## Résultats

L'incidence des ETEV symptomatiques est de 2.1% (fatal dans 0.8% )

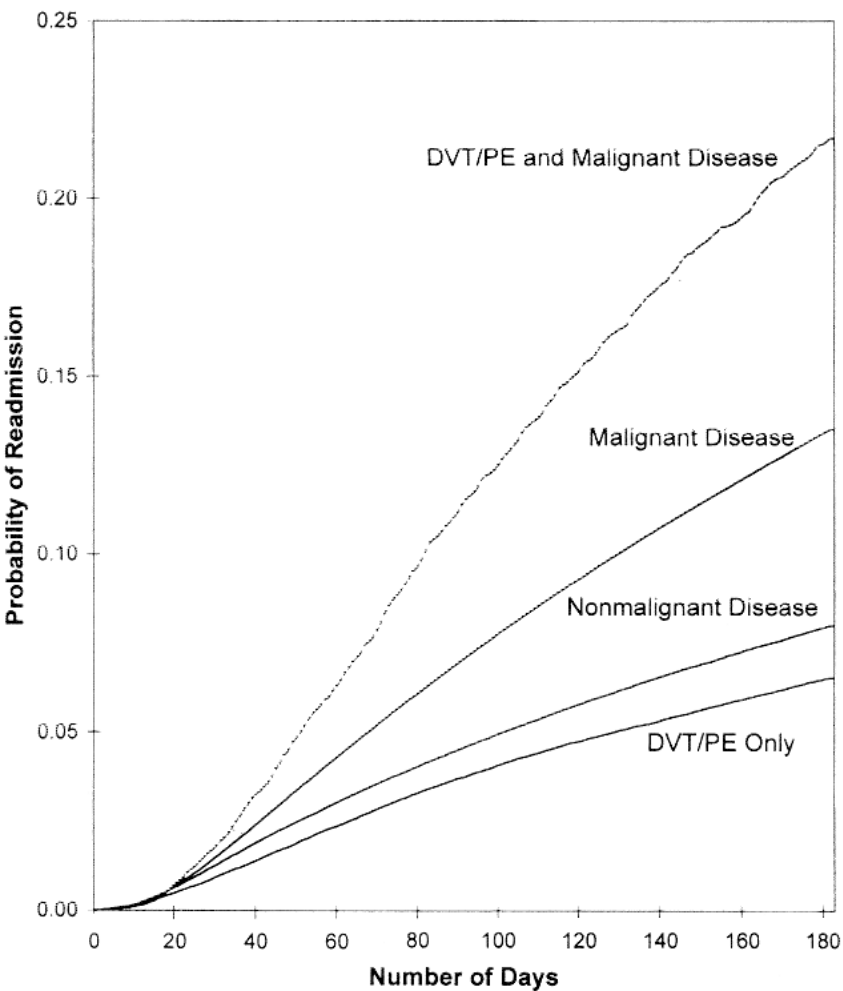
La majorité des ETEV sont survenus après la sortie de l'hôpital

Les décès sont observés dans le mois qui suit l'intervention

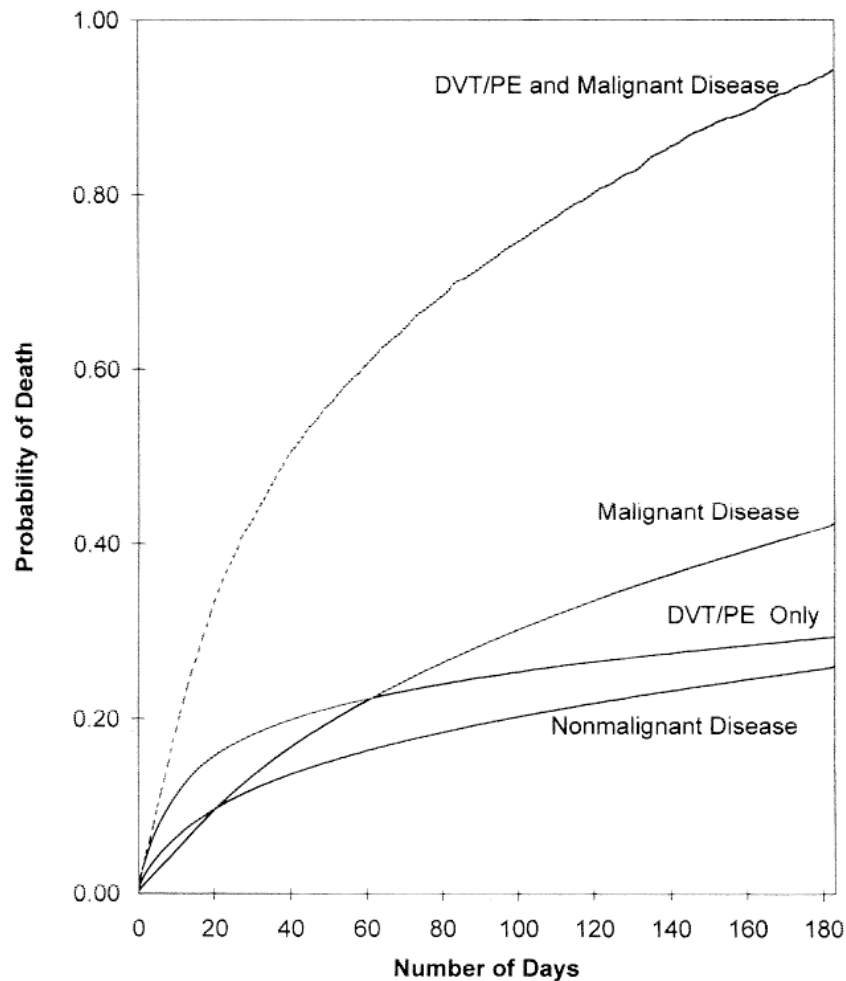


# MTEV = marqueur de mauvais pronostic

## 2<sup>ème</sup> cause de mortalité au cours du cancer



Ré-hospitalisations

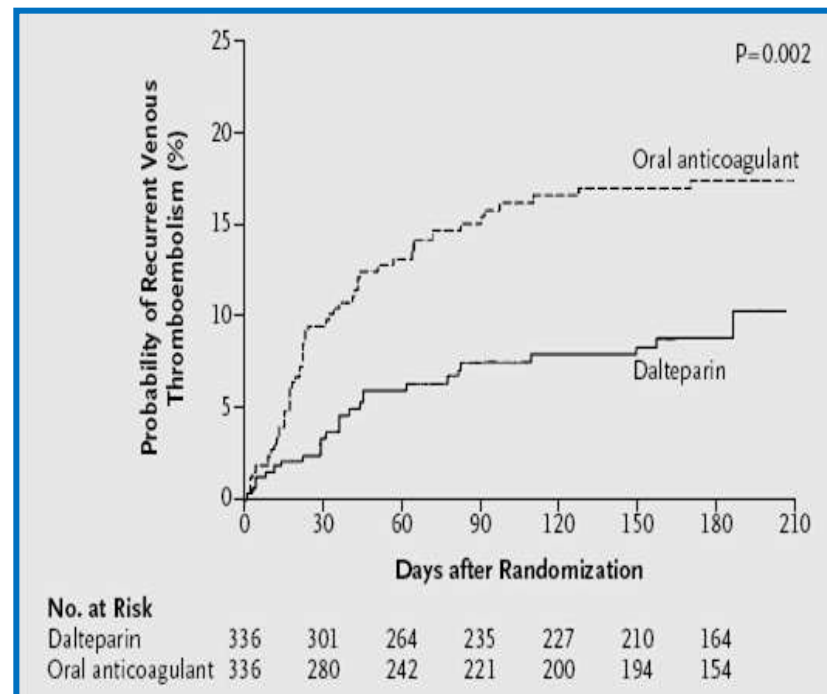
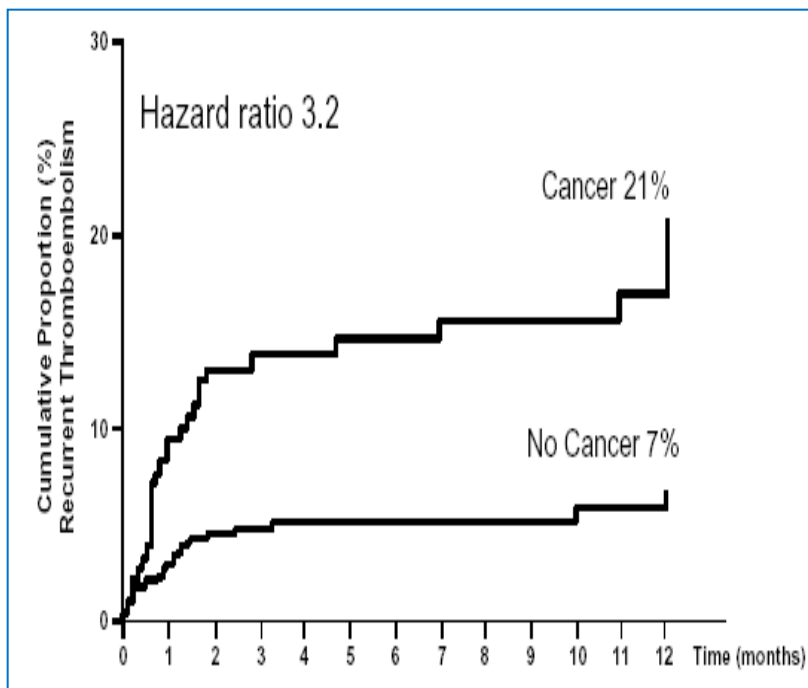


Décès

Causes of death during 10 years after first event of VTE

Cause of death	<i>n</i>	% of all deaths
Cancer*	72	28
Myocardial infarction	50	20
Other cardiac death	40	16
Ischemic stroke	24	9
Infection	21	8
Pulmonary embolism	13	5
Major hemorrhage	7	3
Respiratory failure	7	3
Aortic aneurysm	4	2
Renal failure	4	2
Sudden death of unknown cause	2	1
Dementia	2	1
Other <sup>†</sup>	10	

# Cancer-MTEV : Place de l'HBPM ?



## Étude CLOT : Daltéparine, 6 mois vs Warfarine

Lee A et coll. N Engl J Med. 2003 Jul 10 ; 349(2) : 146-53

## Récidive de MTEV sous AVK

Prandoni P, Blood 2002



# Cancer-MTEV : Place de l'HBPM systématique?

## **Antineoplastic Properties of Heparins**

---

- Inhibition of thrombin and fibrin formation
  - Modulation of immune system
  - Block of tumor cell adhesion to host cells (endothelial cells, platelets, leukocytes)
  - Inhibition of neoangiogenesis
  - Inhibition of endothelial cell proliferation
  - Induction of apoptosis
  - Inhibition of tumor cell-derived heparinase activity
  - Interference with tumor cell glycosaminoglycans
- 

Piccioli A, Sem in Thromb Haemost 2006,32;7 : 694-9

- L'héparine systématique dans les protocoles de chimiothérapie représente-t-elle un espoir dans le futur?
- Trop tôt pour l'affirmer avec certitude?

# Recommendations

# Quelle thromboprophylaxie veineuse chez le patient atteint de cancer?

- Tout patient **hospitalisé pour tumeur maligne et alité**, doit bénéficier d'une **thromboprophylaxie par HBPM** (ou HNF en cas d'insuffisance rénale sévère) pour une **durée minimale de 14 jours**.
- Pour les patients recevant un traitement anti-tumoral en **ambulatoire** et dont le score de **Khorana est  $\geq 3$** , nous suggérons une **thromboprophylaxie par HBPM** en dehors de toute contre-indication.

# Quelle thromboprophylaxie veineuse chez le patient atteint de cancer?

- Chez les patients recevant un antiangiogénique (ex: Bévacizumab) ou un TRT hormonal par antioestrogènes (tamoxifène) ou anti androgène , **la thromboprophylaxie n'est pas recommandée**
- Dans le cadre de **la chirurgie pour cancer**, il est recommandé de **prolonger la thromboprophylaxie par HBPM à 4 semaines**, en dehors de contre-indications

L'association de **moyens physiques** de prophylaxie est fortement recommandée.

# Quelle thromboprophylaxie veineuse chez le patient atteint de cancer?

## Situations particulières

- Neurochirurgie:

Une **thromboprophylaxie par HBPM** doit être instaurée en post-opératoire, le lendemain, en l'absence de syndrome hémorragique, pour une **durée de 7-10 jours**

- En cas de syndrome hémorragique,

Une **contention élastique exclusive** sera prescrite

- Les recommandations de la **chirurgie carcinologique majeure par voie laparoscopique** = la chirurgie par laparotomie

- **Laparoscopie exploratrice**, la thromboprophylaxie n'est pas systématique



# Stratégies diagnostiques

- **La recherche de TVP** par des examens paracliniques chez le patient porteur de cancer **n'est pas systémique**.  
Cette recherche doit être orientée par des signes d'appels et par un examen clinique régulier.
- **La recherche d'un Kc occulte est systématique devant toute TVP d'allure idiopathique:**
  - Chez le sujet de moins de 65 ans sans FR identifiés
  - Devant une récurrence ou extension de TVP sous traitement AVK bien conduit
  - Devant un site insolite en dehors des membres inférieurs
  - Devant une TVP bilatérale et/ou à bascule



# Traitement de la thrombose veineuse chez le patient atteint de cancer

- Les **HBPM au long cours** sont plus efficaces que les AVK pour le TRT curatif de la MTEV chez les patients atteints de cancer.
- Nous recommandons pour le TRT d'une MTEV chez un patient atteint de Kc, l'utilisation d' HBPM au long cours pendant **au moins 3 – 6 mois**.
- La poursuite du TRT anticoagulant **au-delà des 6 mois** est licite: Kc actif
  - tant que le Kc reste évolutif,
  - chez le patient qui reçoit un TRT à risque (chimiothérapie, hormonothérapie)
  - lorsqu'il existe des lésions métastatiques



# Traitement de la thrombose veineuse chez le patient atteint de cancer

- Le maintien de l'HBPM ou le switch vers l'AVK dépend de la balance bénéfique/risque du TRT.
- En cas de **contre-indication définitive ou temporaire**, les autres options thérapeutiques sont représentées par:
  - La thrombolyse
  - Le filtre-cave
  - La compression veineuse





# Pose de cathéter veineux central (CVC)

- Le risque de thrombose de CVC est élevé les premières semaines après la pose du CVC.
- **La technique de pose peut minimiser ce risque:**
  - Position jugulaire interne droite, profondeur entre D3 et oreillette,
  - Praticien expérimenté et ponction écho guidée,
  - Rinçage régulier par du sérum salé.
- **Il n'est pas recommandé de thromboprophylaxie** après la pose d'un CVC
- Le diagnostic de thrombose sur CVC est suspecté cliniquement et confirmé par **Echo-Doppler**

# Pose de cathéter veineux central (CVC)

- Devant une thrombose de CVC, celui-ci est retiré s'il est mal positionné, non fonctionnel ou non indispensable ou si la thrombophlébite est septique
- Le CVC est maintenu s'il est fonctionnel, en bonne position, non infecté avec une bonne réponse au traitement anti-thrombotique
- Le traitement anti-thrombotique est basé sur **les HBPM** en dehors de toute contre-indication
- La durée du traitement varie :
  - De 6 semaines en l'absence de cancer actif ou de TRT anti tumoral
  - A 3 ou 6 mois en cas de cancer évolutif ou en cours de traitement, et tant que le CVC est en place



# Myélome multiple

- Les patients atteints d'un myélome récemment diagnostiqué ou sous chimiothérapie doivent bénéficier d'une **thromboprophylaxie par HBPM**
- Les **antivitamines K ne sont pas recommandées** dans la thromboprophylaxie médicale.
- Au cours du myélome multiple, les patients traités par des IMiDs avec de fortes doses de dexaméthasone ou de la doxorubicine ou qui présentent au moins un FR de MTEV, doivent bénéficier d'une **HBPM à dose prophylactique**.
- En l'absence de FDR de MTEV, l'**aspirine (100-375mg/j)** est recommandée



# Myélome multiple

- Devant toute thrombose splanchnique, au cours d'un syndrome myéloprolifératif, est recommandée une anticoagulation à doses curatives par une HBPM suivie d'un relais par des anti-vitamines K
- La durée du traitement anticoagulant au cours d'une thrombose splanchnique est fortement dépendante du niveau de risque de récurrences

La mutation homozygote du FV de Leiden et de la prothrombine sont des FDR majeurs.



# Traitement à Domicile et Cancer

- En pratique, traiter une TVP à domicile dans un contexte carcinologique reste du domaine possible mais à condition de respecter quelques règles élémentaires :
  - **Privilégier plutôt un traitement par HBPM que par AVK**, ce qui est en phase avec les recommandations actuelles .
  - **Être vigilant et scrupuleux sur la surveillance de l'anti coagulation**
  - **Tenir compte des traitements associés**  
(chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie), ils peuvent devenir des facteurs d'aggravation voire d'hospitalisation.



# Au final : 10 repères

- La MTEV peut être le premier signe d'un cancer occulte.
- A ce titre un cancer doit être recherché en cas de TVP idiopathique, récidivante ou de localisations atypiques.
- Cette recherche doit être basée sur des données cliniques orientées par des examens paracliniques orientés.

Mise en place :

de Réseaux de PEC multidisciplinaires

de structures d'HDJ

de structures d'HAD

CAC

sans « THROMBOSE »

- Tout traitement doit être évolutif.
- La prise en charge doit être globale et curative.
- L'usage de médicaments doit être basé sur l'orientation de la prise en charge.
- La prise en charge doit être basée sur des données cliniques orientées par des examens paracliniques orientés.
- Le risque de saignement doit être évalué.
- Les HB doivent rester le traitement de référence dans la prophylaxie ou le traitement curatif de la MTEV.
- La contention élastique, en complément du traitement pharmacologique, ou seule en cas de contre indication à ce traitement (hémorragie) doit être prescrite.



OPERATION : **H**ôpital **S**ans **T**hrombose



# MTEV

## un gros problème de santé publique

- **Répandue**

Annuellement, **1.5 millions ETEV** se produisent au sein de l'Union européenne<sup>1</sup> et **900 000** aux Etats-Unis<sup>2</sup>

- **Associée à une mortalité très importante**

**Plus de 500.000 décès par an** sont dues aux **complications liées à la MTEV**, plus que le nombre de décès associant le **SIDA**, le **cancer du sein** et les **accidents de la circulation**<sup>2</sup>

**3 ème cause des maladies cardio-vasculaires**

(1) Cohen AT, VITAE assessment study group. VITAE thrombosis study: prevalence and burden of venous thromboembolic disease (VTE) in Europe a clear need for implementation of preventative measures. EFIM 5th Annual Congress . 2005. Abstract  
(2) Eurostat Panorama of the European Union. Health statistics. Key data on health 2002 (data 1970-2001). Last accessed July 17th 2006.



## MTEV

### un gros problème de santé publique

- Complications sur le long terme

- *Insuffisance veineuse chronique* : gonflement, œdème, douleur, couleur obscurcie

- *Syndrôme post-thrombotique* : douleurs, ulcères de chevilles nécessitant des soins....<sup>1,2</sup>

- *Embolie pulmonaire* peut se développer chez **60%** des patients après un 1er épisode de TVP<sup>1</sup>

- *Hypertension pulmonaire chronique*<sup>3</sup>

**Après un ETEV les patients ne sont pas à l'abri d'une récurrence<sup>2</sup>**

6 % à 3 mois , 30% à 8 ans

1. Brandjes DP, et al. Lancet 1997 349(9054):759-62 ,2. Geerts WH. Chest. 2004;126(suppl):338S-400S., 3. Pengo V et al. N Engl J Med 2004;350:2257-64.

*Beaucoup de ces ETEV et décès  
pourraient être prévenus par l'utilisation  
d'une **thromboprophylaxie**  
systématique et appropriée*

MEDENOX

Une prévention bien conduite  
réduit le risque relatif de MTEV de **63%**



# Programme Hôpital **S**ans **T**hrombose



## Conçu pour :

- **Améliorer** la qualité des soins hospitaliers en réduisant les ETEV et les complications tardives
- **Aider à répondre** aux normes de performances des soins pour avoir des guidelines locaux en s'inspirant des recommandations internationales
- **Réduire** les coûts globaux de prise en charge



# Ses objectifs



- **Prendre conscience** du risque d' ETEV chez les patients hospitalisés et **illustrer** les avantages de la prévention pour améliorer la PEC du malade et la qualité de soins dans nos hôpitaux
- Mettre en œuvre des **fiches d'évaluation** des facteurs de risque avec l'initiation d'un protocole de prophylaxie à l'hôpital.
- Mettre en place un **outil de mesure** contre la thrombose: OMCT



# Ses actions



- **Sensibiliser** le personnel de santé sur l'importance du dépistage des patients à risque TEV, et **optimiser** la prise en charge de la maladie thromboembolique en milieu hospitalier
- Expliquer comment **identifier** les patients à risque de MTEV.
- **Etablir** des directives pour mettre en application un programme d'évaluation des risques thromboemboliques et de thromboprophylaxie.

# Les 4 étapes du programme **H**ôpital **S**ans **T**hrombose

1/ Création du comité hôpital  
sans thrombose de l'hôpital X



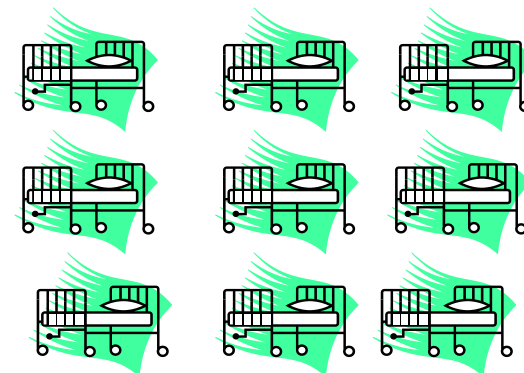
2/ Systématisation des fiches  
techniques d'évaluation des  
facteurs de risque à l'admission  
des patients



3/ Protocole de prophylaxie doit  
toujours accompagner la fiche  
technique d'évaluation des  
facteurs de risque



4/ Evaluer le progrès  
du programme  
par l'OMCT



# Dans chaque **Hôpital**, il y aura un comité composé

*Des services de médecine avec :*

- **1 Interniste**
- **1 Réanimateur médical**
- **1 Cardiologue**
- **1 Pneumologue**
- **1 Rhumatologue**
- **1 Infectiologue**
- **1 oncologue**
- **1 Rééducateur fonctionnel**

*Des services de chirurgie avec :*

- **1 Orthopédiste**
- **1 Gynécologue**
- **1 Anesthésiste réanimateur**
- **1 Chirurgien (viscéral – carcinologue)**
- **1 Urologue**

**1 coordonnateur**

*D'un administrateur*



## Ce Comité aura pour tâches



- **Évaluer les pratiques courantes de la prophylaxie** en identifiant les forces et faiblesses
- **Créer et incorporer l'évaluation systématique du risque TEV** suivie systématiquement du protocole de prophylaxie des ETEV
- **Élaborer et exécuter des outils de mesure de suivie**
- **Organiser un planning de FMC** et faire des présentations dans les différents services pour l'ensemble du personnel clef
- **Maintenir une sensibilisation constante au sein de l'hôpital** pour motiver le changement et faire vivre le projet dans le temps



Chaque service concerné par ce programme aura pour Aide mémoire des posters indiquant les lignes directrices de prise en charge

## Service de chirurgie

**Hôpital sans thromboses**

Rappelez-vous : plusieurs événements thromboemboliques peuvent être évités par une prévention systématique

- Evaluation du risque
- Prophylaxie appropriée

**EVALUER LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR LE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE**

**Patients chirurgicaux**  
(Chirurgie : vasculaire, abdominale, pelvienne, gynécologique ou urologique)

Evaluation du risque thromboembolique<sup>1,2</sup>

- Faible** : Grade C, recommandation : Bas de contention, désambulation précoce, hydratation adéquate<sup>2</sup>
- Modéré** : Initier une thromboprophylaxie appropriée<sup>1,2</sup>
- Élevé** : Réévaluer le risque à la sortie et maintenir la prophylaxie appropriée<sup>1,2</sup>

Rappelez-vous que le risque de la maladie Thromboembolique persiste à la sortie de l'hôpital

1. Green WR, Chen ZH, Cifuentes JM, et al. 2016. 2. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016. 3. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016.

**En avoir conscience. Se mobiliser. Prévenir.**

## Service de chirurgie orthopédique

**Hôpital sans thromboses**

Rappelez-vous : plusieurs événements thromboemboliques peuvent être évités par une prévention systématique

- Evaluation du risque
- Prophylaxie appropriée

**EVALUER LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR LE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE**

**Patients de chirurgie orthopédique**

Evaluation du risque thromboembolique<sup>1,2</sup>

- PTG** : Thromboprophylaxie pour au moins 10 jours
- PTH** : Thromboprophylaxie de 4 à 5 semaines
- CFH\*** : Thromboprophylaxie de 4 à 5 semaines

Rappelez-vous que le risque de la maladie Thromboembolique persiste à la sortie de l'hôpital

1. Green WR, Chen ZH, Cifuentes JM, et al. 2016. 2. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016. 3. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016.

**En avoir conscience. Se mobiliser. Prévenir.**

## Service de médecine

**Hôpital sans thromboses**

Rappelez-vous : plusieurs événements thromboemboliques peuvent être évités par une prévention systématique

- Evaluation du risque
- Prophylaxie appropriée

**EVALUER LES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR LE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE**

**Patients admis pour une pathologie médicale aiguë**

Evaluation risque thromboembolique<sup>1,2</sup>

- Pour les patients à risque** : Initier une thromboprophylaxie appropriée

Rappelez-vous que le risque de la maladie Thrombo-Embolique persiste à la sortie de l'hôpital

1. Green WR, Chen ZH, Cifuentes JM, et al. 2016. 2. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016. 3. Boushah EA, Cifuentes JM, et al. 2016.

**En avoir conscience. Se mobiliser. Prévenir.**



# Les supports Techniques



**Kit Staff de présentation du programme  
fourni aux coordinateurs nationaux avec illustration  
par des cas cliniques servant de support aux FMC  
destinées à l'équipe hôpital**

**Fiche technique  
d'évaluation des facteurs de risque**

Outil mis à la disposition du corps médical au niveau de chaque service

# Les supports Techniques

## Le choix d'une Prophylaxie appropriée pour les patients à risque

( en fonction des recommandations)

- **Prophylaxie thérapeutique :**
  - HBPM
  - HNF
  - AVK
- **Prophylaxie mécanique quand la prophylaxie thérapeutique est contre indiquée ou en association :**
  - Bas à compression Progressive (BCP)
  - Compression pneumatique intermittente (PCI)

## Évaluation des facteurs de risque thromboembolique<sup>(1)(2)</sup>

Nom du patient(e) : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Kg

Logo de l'hôpital à centrer dans la case. Le logo ne doit pas être plus grand que la case.  
Supprimer la bordure de la case avant d'adresser pour impression. Le logo doit être uniquement au format tif, jpeg ou eps.

### Cocher les réponses adaptées :

#### Chaque facteur de risque représente 1 point

- Âge : de 41 à 60 ans
- Intervention chirurgicale mineure prévue
- Antécédents de chirurgie majeure
- Varices
- Antécédents de maladie inflammatoire intestinale
- Œdème des membres inférieurs en cours
- Obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Infarctus du myocarde (IDM > 1 mois)
- Insuffisance cardiaque congestive (ICC) (< 1 mois)
- Sepsis (< 1 mois)
- Affection respiratoire grave dont pneumonie (≥ 1 mois)
- Trouble fonctionnel respiratoire (BPCO)
- Patient médical alité
- Autres facteurs de risque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Chaque facteur de risque représente 3 points

- Âge ≥ 75 ans
- Antécédents de TVP/EP, TVS
- Antécédents familiaux de TVP/EP
- Présence de facteur V Leiden
- Présence de prothrombine 20210A
- Homocystéinémie élevée
- Présence d'anticoagulant lupique
- Anticorps anticardiolipine élevés
- Thrombopénie induite par l'héparine (TIH)
- Autre thrombophilie congénitale ou acquise  
Si oui, type \_\_\_\_\_
- IMC > 50 (Syndrome de stase veineuse)
- Chirurgie majeure (2 à 3 heures)

#### Chaque facteur de risque représente 2 points

- Âge : de 60 à 74 ans
- Arthroscopie (> 60 mn)
- Antécédents de cancer
- Intervention chirurgicale majeure (> 60 minutes)
- Laparoscopie (> 60 minutes)
- Alitement (> 72 heures)
- Obésité (IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup>)
- Voie veineuse centrale

#### Chaque facteur de risque représente 5 points

- Arthroplastie majeure sur membre inférieur
- Fracture de hanche, du bassin ou de membre inférieur (< 1 mois)
- AVC (< 1 mois)
- Polytraumatisme (< 1 mois)
- Lésion médullaire aiguë (paralysie) (< 1 mois)
- Intervention chirurgicale majeure (durée > 3 heures)

#### Femme uniquement (chacun = 1 point)

- Contraception orale ou hormonothérapie substitutive
- Grossesse ou post-partum (< 1 mois)
- Antécédents d'accouchement inexplicable d'un enfant mort-né, d'avortements spontanés récidivants (≥ 3), de naissance prématurée avec toxémie, ou de nourrisson avec retard de croissance

AVC = Accident Vasculaire Cérébral  
BPCO = BronchoPneumopathie Chronique Obstructive.  
EP = Embolie Pulmonaire.  
TVP = Thrombose Veineuse Profonde.  
TVS = Thrombose Veineuse superficielle.

Score total de facteurs de risque:

## Schéma de prévention :

Score total de facteurs de risque	Incidence des TVP*	Niveau de risque	Thromboprophylaxie†	Abréviations
0-1	< 10 %	Faible	Aucune mesure spécifique ; reprise précoce et intensive de la marche	<b>BCP</b> : Bas à Compression Progressive
2	10-20 %	Modéré	HNFFD (5 000 UI ttes les 12 h), HBPM*, BCP ou CPI	<b>CPI</b> : Compression Pneumatique Intermittente
3-4	20-40 %	Élevé	HNFFD (5 000 UI ttes les 8 h), HBPM**, ou CPI	<b>HNFFD</b> : Héparine Non Fractionnée à Faible Dose
5 ou plus	40- 80 %	Maximal	HBPM*** ; fondaparinux (orthopédie) ; warfarine, INR 2-3 (orthopédie) ; ou CPI/BCP + HNFFD/HBPM†	<b>HBPM</b> : Héparine de Bas Poids Moléculaire <b>TVP</b> : Thrombose Veineuse Profonde

## Précautions d'emploi : (cochez la case si la réponse est "OUI")

### Anticoagulants : facteurs associés à un accroissement des saignements

- Présence d'un saignement actif ?
- Présence ou antécédents de thrombopénie induite par l'héparine ?
- Numération plaquettaire < 100 000/mm<sup>3</sup>?
- Traitement en cours par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (par ex. AINS, clopidogrel, salicylés) ?
- Présence d'une anomalie de la clairance de la créatinine ?

Indiquer la valeur : .....

Si l'une des cases ci-dessus est cochée, un traitement anticoagulant peut ne pas être indiqué et d'autres mesures préventives doivent être envisagées tel que bas de compression progressive (BCP) ou Compression Pneumatique Intermittente (CPI).

### Compression pneumatique intermittente (CPI)

- Artériopathie périphérique sévère ?
- Insuffisance cardiaque congestive ?
- Thrombose veineuse profonde aiguë ou thrombose veineuse superficielle ?

Si l'une des cases ci-dessus est cochée, un traitement par CPI peut ne pas être indiqué et d'autres mesures préventives doivent être envisagées.

Adapté avec autorisation de State-of-the-art venous thromboembolism prophylaxis. *Scope*, 2001 ; 8 : 228-240.

\* Sur la base de l'incidence des TVP rapportée chez les patients chirurgicaux lors de la septième conférence de l'ACCP sur les traitements antithrombotiques et thrombolytiques et de celle décrite lors de nombreux essais cliniques.

† Consultez les recommandations posologiques figurant dans la notice du produit.

Signature du médecin examinateur

Date : ...../...../.....





# **HST** = stratégie simple



Prise de Conscience des ETEV

+

Evaluation systématique du risque

+

Prophylaxie effective

=

**Amélioration de la sécurité des patients dans  
nos hôpitaux**



# A ce jour



## 5 hôpitaux sont inclus dans le projet

Structure	Sétif	T.Ouzou	Blida	BEO	Birtraria
coordonnateur	Malek	Taleb	Taleb	Houacine	Guermaz

- Constitution des comités d'hôpitaux
- Séances de travail
  - entre coordonnateurs
  - au sein de chaque établissement
- Mise en place des fiches d'évaluation



# Adhérons au Programme



***Ensemble nous pouvons rendre  
nos hôpitaux sans THROMBOSES***



MERCI