

**LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS  
D'UN CANCER AU CENTRE D'ONCOLOGIE, CHU MOHAMED VI MARRAKECH****\*Bensallam S., Oumghar N., Morjani T., El Omrani A. and Khouchani M.**

Service D'oncologie Radiothérapie - CHU Mohammed VI Marrakech.

**\*Corresponding Author: Bensallam S.**

Service D'oncologie Radiothérapie - CHU Mohammed VI Marrakech.

Article Received on 01/06/2017

Article Revised on 18/06/2017

Article Accepted on 04/07/2017

**ABSTRACT**

L'association entre la maladie thromboembolique veineuse et le cancer est parmi les plus redoutables, gravée d'une mortalité dramatique. Sa prise en charge est très spécifique et nécessite l'utilisation au premier plan des héparines de bas poids moléculaire Pour une durée minimale de trois mois. **L'objectif de l'étude:** nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) associées aux cancers; et revue de la littérature. **Patients et méthodes:** étude prospective, descriptive et analytique de 16 cas atteints de thrombose et cancer pris en charge au service d'oncologie, CHU Mohamed VI Marrakech, entre octobre 2012 et octobre 2013. Le bilan initial a comporté un examen clinique, une échographie doppler des vaisseaux et un bilan biologique. **Résultats:** l'Age moyen était de 49,75 ans, avec prédominance féminine. Les facteurs de risque étaient dominés par le sexe féminin (68,75%), la chimiothérapie (35,71%) et les métastases (28,57%). Les membres inférieurs étaient les plus touchés. Les veines iliaques (31,25 %) et fémorales (31,25 %) sont les plus atteints. Le traitement a consisté en une héparinothérapie (93,75%). L'évolution était favorable dans 75 % des cas. **Conclusion:** L'association MTEV et cancer est fréquente et grave; et ce n'est que par des mesures préventives, un diagnostic précoce et un traitement efficace qu'on parviendra à réduire sa fréquence et ses risques.

**KEYWORDS:** Cancer – maladie thromboembolique veineuse – thrombose profonde.**INTRODUCTION**

L'association entre MTEV et cancer est une situation clinique fréquente, connue sous le nom de « syndrome de Trousseau ». Cette relation est réciproque : le cancer prédispose à la survenue d'une thrombose et le développement du processus tumoral est lié à cet état d'hypercoagulabilité. La MTEV constitue la deuxième cause de mortalité en oncologie et entraîne une réduction significative de la survie à un an par rapport aux patients sans cancer.<sup>[1]</sup>

L'objectif de cette étude était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la MTEV associée aux cancers des patients du CHU Mohamed VI de Marrakech et revue de la littérature.

**MATERIELS AND METHODES**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique des patients pris en charge pour MTEV et cancer, menée dans le service d'oncologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, sur une période d'un an entre octobre 2012 et octobre 2013.

**Critères d'inclusion:** patients présentant une thrombose confirmée par l'imagerie et une pathologie néoplasique active.**Critères d'exclusion:** les patients dont l'âge inférieur ou égal à 15 ans, les MTEV ou néoplasie non confirmées, et les MTEV antérieures à la période étudiée.**RESULTATS****Caractéristiques épidémiologiques**

16 patients présentant une thrombose confirmée par l'imagerie et porteurs d'un cancer connu ou découvert en même temps. Il y avait une prédominance féminine (60,71 % de femmes contre 39,29 % hommes) avec un sexe ratio femme/homme de 1,54.

L'âge moyen de nos patients était de 49,75 ans avec des extrêmes d'âge allant de 17 ans à 75 ans.

**Facteurs de risques de la MTEV**

Les patients inclus présentaient en dehors du cancer, au moins un facteur de risque de la MTEV. Les plus fréquents étaient : le sexe féminin présent chez 11 patients soit 68,75 %, l'âge avancé ( $\geq 65$  ans) présent chez 2 patients (12,5 %), la comorbidité (diabète, HTA, insuffisance rénale) chez 3 patients (18,75%), le

tabagisme chez 2 patients (12,5 %). Un antécédent personnel de TV et l'obésité étaient retrouvés respectivement chez 6,25% et 18,75% des patients.

### Caractéristiques cliniques de la MTEV

Le délai moyen de survenue de la MTEV depuis le diagnostic de cancer était de 7,5 mois.

Les membres inférieurs sont les plus touchés soit 87, 5%. Le côté gauche est le plus atteint (56, 25% pour les membres inférieurs). L'atteinte bilatérale est retrouvée dans 6, 25% des cas de TV des membres inférieurs. Le signe clinique prédominant est l'œdème.

Les veines iliaques (31,25 %) et fémorales (31,25 %) sont les plus touchées. Un cas de thrombose de la veine jugulaire et de la veine rénale était recensé.

### Caractéristiques de la pathologie cancéreuse

Les carcinomes associés à la MTEV étaient majoritairement représentés par l'origine gynécologiques (37,5%) et digestifs (25%). L'adénocarcinome était le type histologique prédominant (31,25%).

50% des patients étaient métastatiques.

50% de nos patients étaient sous chimiothérapie et 12,5% étaient sous hormonothérapie.

### Prise en charge diagnostique de la MTEV

15 patients ont bénéficié d'un diagnostic de certitude par imagerie – Echographie doppler des vaisseaux – Une TDM thoracique a permis le diagnostic de la thrombose de la veine cave supérieure chez un patient

### Bilan para clinique complémentaire

L'intégralité de nos patients, a eu une numération formule sanguine, une numération plaquettaire et une créatinémie.

### Prise en charge thérapeutique de la maladie thromboembolique veineuse

L'heparinothérapie à faible poids moléculaire à dose curative a été prescrite chez 15 patients. Un délai de 6 mois a été respecté par deux patients. Dans un cas il existait une contre-indication aux anticoagulants. Le relai par les AVK n'a été effectué chez aucun cas.

### Evolution

Favorable dans 75 % des patients. Trois patients (18,75 %) n'ont pas fini toute la procédure thérapeutique ; un patient est décédé et deux autres ont été perdus de vue. Un cas de récurrence a été noté.

### DISCUSSION

La MTEV concerne 10 à 20% des patients atteints de cancer. Elle représente la deuxième cause de mortalité chez ces patients. La mortalité imputée à la MTEV au décours de l'hospitalisation s'élevait à 12% témoignant

du pronostic sombre des patients atteints d'un cancer développant une thrombose veineuse.<sup>[1,2,3,4,5]</sup>

La MTEV est survenue au cours des sept premiers mois suivant le diagnostic du cancer. Nos résultats sont similaires à ceux de deux larges cohortes,<sup>[6-7]</sup> confirmant que le risque thromboembolique veineux est majeur dans les premiers six mois suivant le diagnostic du cancer.

Les néoplasies majoritaires étaient représentés par les cancers gynécologiques (37,5%) et digestifs (25%). Ces résultats concordent en partie avec ceux de l'étude de Khorana.<sup>[8]</sup> Les adénocarcinomes semblent être pourvoyeur de la MTEV dans plusieurs études.<sup>[9]</sup>

Au sein de notre population, 50% des patients étaient métastatiques, 50% étaient sous chimiothérapie, et 38% avaient subi une chirurgie récente. Ces résultats confirment le risque majoré par le stade du cancer et ces thérapeutiques.

L'imagerie diagnostique (échographie doppler) a confirmé le diagnostic dans 93,75% des thromboses symptomatiques.

Concernant le traitement curatif, trois essais randomisés, CANTHANOX,<sup>[10]</sup> Clot,<sup>[11]</sup> et LITE<sup>[12]</sup> ont conduit à recommander l'utilisation des HBPM au long cours pendant 3 à 6 mois chez les patients présentant cancer et MTEV. La prise en charge à la phase aiguë dans notre étude était conforme aux recommandations dans 93,75% des cas. L'évolution à court terme était favorable dans 75%.

L'application de la thromboprophylaxie reste très limitée, l'étude Endorse, ayant inclus plus de 60 000 patients dans 35 pays différents, a bien souligné la sous-utilisation de la prophylaxie. Elle n'a été administrée que chez un seul patient dans notre série.

### CONCLUSION

L'association MTEV et cancer est de plus en plus fréquente et grave par ses. Complications ; et ce n'est que par des mesures préventives, un diagnostic précoce et un traitement efficace en se basant sur des recommandations récentes qu'on parviendra à réduire sa fréquence et ses risques.

### REFERENCE

1. Khorana A, Francis C, Cukalova E. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost*, 2007; 5: 632-4.
2. Sorensen H, Mellekjaer J, Steffensen F, et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *N Engl J Med.*, 1998; 338: 1169-73.

3. Sorensen H, Mellekjær L, Olsen J, et al. Prognosis of cancer associates with venous thromboembolism. *N Engl J Med.*, 2000; 343: 1846-50.
4. Bura A, Cailleux N, Bienvenu B, et al. Incidence and prognosis of cancer associated with bilateral venous thrombosis: a prospective study of 103 patients. *J Thromb Haemost*, 2004; 2(3): 441-4.
5. Levitan N, Dowlati A, Remick S, et al. Rates of initial and recurrent thromboembolic disease among patients with malignancy versus those without malignancy. Risk analysis using Medicare claims data. *Medicine (Baltimore)*, 1999; 78(5): 285-91.
6. Chew H, Wun T, Harcey D, et al. Incidence of venous thromboembolism and its effect on survival among patients with comon cancer. *Arch Intern Med.*, 2006; 166: 458-64.
7. White R, Chew H, Wun T. Targeting patients for anticoagulant prophylaxis trials in patients with cancer: who is at highest risk? *Thromb Res.*, 2007; 120(suppl 2): S29-S40.
8. Khorana AA et al. Risk factors for chemotherapy-associated venous thromboembolism in a prospective observational study. *Cancer*, 2005; 104(12): 2822.
9. Blom JW, Osanto S, Rosendaal FR. The risk of a venous thrombotic event in lung cancer patients: higher risk for adenocarcinoma than squamous cell carcinoma. *J Thromb Haemost*, 2004; 2(10): 1760-5.
10. Meyer G, Marjanovic Z, Valcke J. Comparison of low-molecular-weight heparin and warfarin for the secondary prevention of venous thromboembolism in patients with cancer: a randomised controlled study. *Arch Intern Med.*, 2002; 162(1729-1735).
11. Lee A, Levine M, Baker R, et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med.*, 2003; 349: 146-53.
12. Hull R, Pineo G, Brant R, et al. Long-term low-molecular-weight heparin versus usual care in proximal deep vein thrombosis patients with cancer. *Am J Med.*, 2006; 119: 1062-72.