

« Prévenir la thrombose » : Ce que veulent savoir les patients atteints de cancer

par Julia A. Bayadinova, Laurie A. Sardo, Vanessa Higgins-Nogareda, Jill Scott, Brooke MacKinnon

INTRODUCTION

Deuxième d'une série consacrée à la prévention de la thrombose associée au cancer (Cancer-Associated Thrombosis, ou CAT en anglais), le présent article a pour but d'améliorer l'enseignement aux patients et leur état de santé. Le premier article, intitulé « Importance de la thromboembolie veineuse liée au cancer », expliquait la pathologie ainsi que les lacunes cernées dans les connaissances des patients atteints de cancer (Sardo, Bayadinova, Jenkins et Penton, 2021). Il mettait en lumière le fait que ces patients reçoivent très peu d'information sur le risque de thromboembolie veineuse (TEV). Les stratégies proposées dans le présent article visent à sensibiliser les patients atteints de cancer à la TEV, à fournir des outils d'enseignement aux patients et, en fin de compte, à réduire le fardeau de la thrombose associée au cancer.

L'IMPORTANCE DE LA SENSIBILISATION À LA TEV

Les soins du cancer sont complexes et, avec le diagnostic, les patients reçoivent énormément d'information sur le traitement et le pronostic. Dans le chaos qui accompagne l'annonce

de ce diagnostic bouleversant, l'enseignement sur la thrombose associée au cancer n'est probablement pas considéré comme une priorité. Toutefois, le cancer est un facteur de risque important et indépendant de thrombose, et la TEV est la deuxième cause de décès en importance chez les patients atteints de cancer, tout de suite après le cancer même (Khorana et al., 2007).

C'est dès le départ puis à différentes étapes du traitement que les patients et les proches aidants gagneront à être informés sur la thrombose associée au cancer, étant donné qu'une proportion considérable de patients atteints de cancer en souffriront (Matsuyama et al., 2013). Si les patients connaissent les signes, les symptômes et les signaux d'alerte de la TEV, ils seront moins susceptibles de les confondre avec les effets du cancer ou des traitements. En outre, selon les études, les patients sensibilisés à la TEV consulteront un médecin plus rapidement en cas de symptômes (Matsuyama et al., 2013).

Si elle n'est pas prise en charge promptement, la thrombose associée au cancer peut provoquer de graves complications, risquant d'entraîner le retard prolongé ou, dans les cas graves, l'arrêt complet des traitements du cancer. Si elle n'est

pas traitée ou qu'elle est diagnostiquée trop tard, les vaisseaux sanguins peuvent subir des dommages parfois irréversibles, ce qui engendre des complications débilantes et permanentes, comme un syndrome post-thrombotique, de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique, ou même la mort.

Comme le soulignent les études UK PELICAN et PELICANADA (Noble et al., 2015; 2019), la thrombose associée au cancer est une expérience pénible et complique la trajectoire des soins. Selon les patients, ne pas connaître les risques de caillot et de décès provoque une détresse importante. Il est intéressant de noter que, malgré la réticence des professionnels de la santé à transmettre cette information, les patients atteints de cancer préfèrent connaître tous les effets secondaires de la maladie et des traitements, même s'ils sont fatals (Matsuyama et al., 2013). Ces deux études ont conclu qu'il était possible d'apaiser une partie de la détresse attribuable à la thrombose associée au cancer en expliquant la pathologie, en offrant un accès aux spécialistes dès le début du suivi et en apportant du soutien émotionnel.

En résumé, voici trois raisons de parler aux patients de la thrombose associée au cancer :

1. Le problème est LOIN D'ÊTRE RARE! Environ 1 patient cancéreux sur 200 en souffrira. La TEV est la deuxième cause de décès en importance dans ce groupe, tout de suite après le cancer lui-même.
2. L'embolie pulmonaire peut être MORTELLE! En connaissant les signes et symptômes de la TEV, les patients consulteront un médecin plus rapidement, améliorant leurs chances de survie.
3. La thrombose associée au cancer peut causer de la DÉTRESSE, particulièrement si les patients manquent de soutien ou d'information. Ils veulent être informés!

AUTEURES

Julia A. Bayadinova, B.Sc.inf., M.Sc.inf., IP-SSP, DNP(c), Infirmière praticienne, programme des maladies thrombotiques, St. Joseph's Healthcare, 50 Charlton Avenue East, bureau G727, Hamilton (Ontario) L8N 4A6. 905-522-1155, poste 33755; téléc. : 905-521-6105 ; Courriel : jbayadin@stjoes.ca

Laurie A. Sardo, inf. aut., B.A., B.Sc.inf., M.B.A., M.Sc.inf., IP-SSP, DNP(c), Infirmière praticienne, programme des maladies thrombotiques, St. Joseph's Healthcare, 50 Charlton Avenue East, bureau G727, Hamilton (Ontario) L8N 4A6 ; École de sciences infirmières de l'Université McMaster 905-522-1155, poste 33754 ; téléc. : 905-521-6105 ; Courriel : lsardo@stjoes.ca

Vanessa Higgins-Nogareda, inf. aut., B.Sc.inf. Clinique d'anticoagulation du centre de l'Alberta, clinique de spécialité médicale, hôpital régional de Red Deer, 3942-50A Avenue, Red Deer (Alberta) T4N 4E7; 403-406-5502; téléc. : 403-343-4531 Courriel : vanessa.higgins-nogareda@albertahealthservices.ca

Jill Scott, inf. aut., Hôpital général de Vancouver, clinique des maladies thrombotiques, 855 12th Avenue West, 6e étage, bureau 694, Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1M9 604-675-2481, poste 4 ; téléc. : 604-875-5071 ; Courriel : jscott4@bccancer.bc.ca

Brooke MacKinnon, B.Sc., Université de Hartford, 200 Bloomfield Avenue, West Hartford. Courriel : brookemackinnon1@gmail.com

STRATÉGIES D'ENSEIGNEMENT

Pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients, l'enseignement est l'un des piliers de la pratique infirmière, et est particulièrement pertinent en oncologie, où l'information médicale est très complexe (Truccolo et al., 2015). Le moment choisi pour transmettre cette information serait déterminant dans la capacité de compréhension et de rétention des patients. La phase aiguë d'hospitalisation, que ce soit pour le traitement du cancer ou à cause du diagnostic de TEV, est très stressante; ainsi pourrait-il s'avérer nécessaire de répéter l'enseignement une fois le stress passé ou le congé signé.

Littératie en santé des patients atteints de cancer

La littératie en santé correspond au degré auquel les personnes arrivent à obtenir, traiter, comprendre et communiquer l'information relative à la santé dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées dans ce domaine (Berkman et al., 2010). Lorsqu'il est question de santé, une mauvaise compréhension de l'information aura des conséquences défavorables, par exemple en augmentant le nombre de visites aux urgences, de séjours à l'hôpital et d'erreurs d'administration des médicaments (Berkman et al., 2011). Aux États-Unis, le département de l'Éducation (2006) a estimé que, chaque année, entre 50 et 73 milliards de dollars en dépenses de soins sont attribuables à une faible littératie en santé.

Plus de 65 % de tous les cancers surviennent chez les adultes de plus de 65 ans; cette population doit composer avec des défis de prise en charge de plus en plus complexes, des déficits cognitifs et sensoriels, ainsi que des obstacles intergénérationnelles. Ces facteurs (et d'autres) font que les patients âgés atteints de cancer possèdent l'un des niveaux de littératie en santé parmi les plus faibles (Almaraj et al., 2009). Selon les études, cette faible littératie nuit à leur état de santé et entraîne une hausse de la mortalité (Berkman et al., 2011).

Pour que l'apprentissage soit efficace, l'enseignement doit être adapté

au niveau de langue et de scolarité du patient, de même qu'à son âge. Le matériel doit être rédigé dans un style accessible pour des personnes ayant complété une cinquième année ou moins afin que tous les patients puissent comprendre, quel que soit leur niveau d'instruction (The Joint Commission, 2010). Utiliser la langue de prédilection du patient et intégrer des éléments visuels comme des diagrammes ou des images favorise la compréhension (The Joint Commission, 2010).

Théories de l'apprentissage

Il y a peu d'éléments probants permettant de déterminer le cadre théorique le plus efficace pour les patients souffrant de thrombose (Hews-Girard et al., 2017); toutefois, il existe quelques grandes théories de l'apprentissage chez les adultes élaborées par des psychologues et des neuroscientifiques. Selon le postulat de la théorie d'apprentissage multimodal de Gardner, l'utilisation de plus d'un sens (information écrite, auditive et visuelle) permet de couvrir différents styles d'apprentissage personnel, ce qui aidera le patient à assimiler l'information (Leshkovska & Spaseva, 2016). Il peut donc être utile de proposer aux patients atteints de cancer des ressources combinant vidéos, images et documents écrits.

En soins infirmiers, les théories de l'apprentissage sont axées sur la relation infirmière-patient, la formulation d'objectifs communs et un apport constant d'information au patient. Les rendez-vous individuels avec l'infirmière, où cette dernière transmet son enseignement, aident à établir une relation thérapeutique et à prodiguer des soins adaptés aux besoins rapportés par le patient.

Selon le modèle des croyances relatives à la santé, le comportement d'un patient dépend de la manière dont il perçoit la gravité de la maladie, de sa prédisposition à cette maladie, des avantages à prendre des mesures préventives et des obstacles l'empêchant de le faire (Hews-Girard et al., 2017). Le modèle souligne l'importance d'enseigner aux patients atteints de cancer le risque de TEV, les signes et les symptômes à surveiller et les conséquences

qu'aurait la thrombose associée au cancer sur leur qualité de vie.

La technologie comme outil d'enseignement

Certains patients préfèrent les rendez-vous en personne, d'autres, les rendez-vous virtuels. La pandémie de COVID-19 est venue compliquer les choses, car il a fallu réduire les soins en personne pour protéger les patients et les professionnels de la santé, et pour préserver les ressources du système de santé (Giuliani et al., 2020). Les services ont donc migré vers le format numérique dans la majorité des situations. Il peut être utile d'inciter les patients à adopter les outils numériques, puisque ces derniers permettent d'accéder en tout temps à différentes modalités d'apprentissage en ligne ou d'utiliser des applications sur téléphone intelligent. Toutefois, comme il en a été question précédemment, la majorité des patients atteints de cancer sont âgés et ne maîtrisent pas ces outils. Si elles constatent que les patients ont du mal à utiliser ces technologies, les infirmières doivent demander aux membres de la famille et aux proches aidants de les aider.

POINTS D'ENSEIGNEMENT : CE QUE LES PATIENTS DOIVENT SAVOIR SUR LA TEV

Les patients souffrant de cancer sont sept fois plus à risque de TEV (Blom et al., 2005). Il est donc essentiel d'expliquer ce risque à tous ceux qui reçoivent un diagnostic de cancer. Pour qu'ils comprennent bien la pathologie, il faut la définir et l'expliquer clairement. Il est extrêmement important de décrire les signes et symptômes de la thrombose pour que les patients ne les confondent pas avec les symptômes du cancer ou les effets secondaires du traitement et pensent alors qu'ils n'ont pas besoin de voir un médecin ou attendent trop longtemps avant de le faire. Enfin, il faut aussi présenter les facteurs de risque de la thrombose associée au cancer pour que les patients concernés demeurent vigilants, particulièrement pendant la période de traitement, où le risque est élevé. L'annexe A présente un modèle de brochure sur la thrombose résumant

les grands points de l'enseignement à dispenser aux patients qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer. Les auteurs autorisent l'utilisation de ce document destiné aux patients à des fins éducatives. Le site Web de Thrombose Canada propose également des vidéos d'animation sur la thrombose associée au cancer. Elles sont faciles à comprendre et constituent une excellente ressource pour les apprenants visuels (voir la vidéo intitulée « Thrombose veineuse et cancer », offerte en anglais et en français, sur <https://thrombosiscanada.ca/resourcepage/patient-family-information/>).

Qu'est-ce que la thrombose associée au cancer?

La thrombose peut être artérielle ou veineuse; cependant, la TEV est plus courante chez les patients atteints de cancer (Abdol Razak et al., 2018). Différents endroits du corps peuvent être touchés, les plus fréquents étant la thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs ou supérieurs et l'embolie pulmonaire (EP).

Épidémiologie

La thrombose associée au cancer est un important facteur de mortalité et de morbidité chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer (Streiff et al., 2021). Différentes études ont

montré qu'entre 4 et 20 % des patients cancéreux ont souffert de thrombose à un certain moment de leur expérience du cancer, les premiers mois après le diagnostic représentant les risques les plus élevés et on estime que chaque année, 0,5 % des patients atteints de cancer auront une thrombose (Abdol Razak et al., 2018). Le risque de TVP des membres supérieurs est particulièrement élevé : près de 1 % des patients atteints de cancer en souffriront (Poh et al., 2019). Toutefois, chez les patients qui ont un cathéter veineux central, l'incidence de TVP des membres supérieurs atteint 66 %. De plus, jusqu'à 25 % des patients ayant eu une TVP des membres supérieurs causée par un cathéter développeront aussi une embolie pulmonaire (Verso et Agnelli, 2016).

Pathophysiologie

L'hémostase est la réaction normale au saignement. Toutefois, en cas de thrombose pathologique, le mécanisme physiologique normal de l'hémostase est altéré, entraînant une occlusion partielle ou complète d'un vaisseau sanguin. Plusieurs mécanismes contribuent à l'apparition de la thrombose associée au cancer; la triade de Virchow en illustre les différents facteurs (Mukai & Oka, 2018) (voir la figure 1).

Le premier facteur contributif attribuable au cancer est l'hypercoagulabilité et l'activation, par les globules blancs et les cellules cancéreuses, d'une cascade de coagulation. Viennent ensuite les lésions endothéliales, une conséquence fréquente de nombreux traitements du cancer, notamment des interventions chirurgicales, de la pose d'une voie centrale et de la chimiothérapie, particulièrement le thalidomide, le bevacizumab et le lénalidomide (Charalel et Vedantham, 2017). Le dernier facteur de la triade, la stase veineuse, peut être exacerbé par la compression exercée par la tumeur, la présence d'une voie centrale et l'immobilité.

Symptômes

La thrombose associée au cancer peut être asymptomatique ou causer des symptômes incommodes (résumés dans le tableau 1). L'embolie pulmonaire provoque une douleur thoracique pleurétique, l'apparition ou l'aggravation d'un essoufflement, une syncope ou une présyncope, une hémoptysie et de la tachycardie (Chapuy et Connors, 2020). Si la TVP est logée dans les jambes, les signes et symptômes comprennent œdème, érythème, chaleur et douleur dans le membre touché, ainsi que dilatation des veines superficielles ou présence d'un cordon veineux palpable (Ramzi et Leeper, 2004). La TVP des membres

Figure 1

Triade de Virchow pour la thrombose associée au cancer. (Mukai et Oka, 2018)

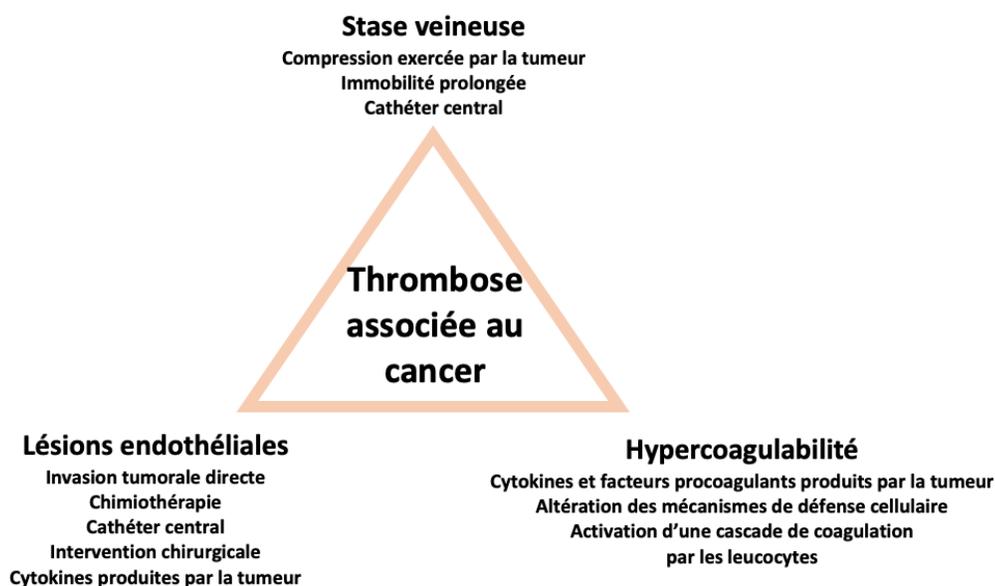


Tableau 1

Symptômes de la thrombose associée au cancer

Embolie pulmonaire	TVP des membres inférieurs (restreinte au membre touché)	TVP des membres supérieurs (restreinte au membre touché)
<ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée/aggravation d'un essoufflement • Douleur thoracique pleurétique • Hémoptysie • Tachycardie/tachypnée • Syncope/présyncope 	<ul style="list-style-type: none"> • Œdème dans toute la jambe • Érythème ou chaleur • Douleur le long du réseau veineux profond (face interne proximale du mollet, fosse poplitée, intérieur de la cuisse) • Dilatation des veines superficielles de la cuisse • Cordons veineux palpables 	<ul style="list-style-type: none"> • Œdème au bras ou au cou • Érythème ou chaleur • Douleur le long du réseau veineux profond (face interne du haut du bras) • Dilatation des veines superficielles dans le haut du bras ou la paroi thoracique antérieure • Cordons veineux palpables • Voie centrale défectueuse

supérieurs est souvent asymptomatique, particulièrement chez les patients ayant un cathéter veineux central. Chez les patients symptomatiques, les symptômes les plus courants sont le gonflement d'un bras ou du cou, une douleur dans le bras, de l'érythème, la distension des veines superficielles (due à une occlusion veineuse profonde) ou une voie centrale défectueuse. Malheureusement, comme la TVP des membres supérieurs est asymptomatique pour une grande partie des patients, les premiers symptômes à se manifester seront ceux de l'embolie pulmonaire (Verso et Agnelli, 2016).

Diagnostic et traitement

La phlébographie de contraste est la méthode par excellence pour diagnostiquer la TVP, mais étant donné sa nature invasive, on lui préfère généralement l'échographie de compression. Le diagnostic d'embolie pulmonaire se fait habituellement par scintigraphie de ventilation-perfusion ou par angiographie pulmonaire par tomographie (Chapuy et Connors, 2020).

La thrombose associée au cancer est habituellement traitée avec des anticoagulants administrés sous forme de comprimés ou d'injections. En général, le traitement est de trois mois minimum, mais peut être plus long si le cancer demeure actif (Lyman et al., 2021). Les caractéristiques individuelles des patients et les facteurs de risque de thrombose et de saignement déterminent la trajectoire du traitement. Des recommandations thérapeutiques détaillées feront l'objet d'un article à paraître dans cette série. Malgré certaines méprises courantes,

il n'est pas nécessaire, en cas de TVP des membres supérieurs causée par une voie centrale, de retirer le cathéter à moins qu'il ne soit plus fonctionnel, qu'il soit devenu inutile ou qu'il y ait présence d'une infection (Rajasekhar et Streiff, 2019).

Facteurs de risque de la TEV

Il est maintenant prouvé que les patients atteints de cancer ayant plus de 65 ans sont davantage à risque de souffrir d'une TEV. L'immobilité, particulièrement l'alitement pendant au moins trois jours, augmente aussi considérablement le risque. Les risques sont d'autant plus grands en présence de multiples comorbidités, notamment l'insuffisance rénale, la coronaropathie, l'obésité et les infections respiratoires (Abdol Razak et al., 2018). De plus, il existe de nombreux facteurs propres au cancer, comme le traitement, de même que le type et le stade de cancer. Les cancers primaires du pancréas, de l'utérus, du poumon, de l'estomac, du rein et du cerveau sont ceux qui présentent le taux le plus élevé de TEV. Lorsque le cancer est au stade avancé ou métastatique, le risque de TEV est aussi plus élevé. Les trois à six premiers mois après le diagnostic constituent la période la plus critique. Enfin, les traitements tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie, particulièrement lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, augmentent tous le risque de TEV (Abdol Razak et al., 2018). Les patients les plus à risque de thrombose associée au cancer peuvent se voir offrir un traitement anticoagulant préventif pour réduire le risque de TEV.

D'ailleurs, l'un des prochains articles de la série abordera les récents essais cliniques ayant montré l'effet bénéfique des anticoagulants pour la prévention primaire de la TEV chez les patients atteints de cancer.

CONCLUSION

La thrombose est une grave complication relativement courante du cancer qui a pour conséquence d'augmenter les taux de morbidité et de mortalité. Les patients atteints de cancer veulent être prévenus des risques associés, des symptômes et de la prise en charge avant d'en recevoir le diagnostic. Grâce à ces connaissances, ils sauront qu'ils doivent consulter un médecin rapidement si les symptômes se présentent, ce qui évitera les retards de diagnostic et de traitement, deux éléments importants du pronostic.

L'enseignement aux patients doit être adapté à leurs besoins d'apprentissage ainsi qu'à leur niveau de littératie en santé. Le présent article décrit les points à aborder avec les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer. Un document-modèle à remettre aux patients et une ressource vidéo sont fournis pour faciliter la création d'un programme de sensibilisation à la thrombose associée au cancer, dans le but ultime d'améliorer l'état des patients. Les autres articles de la série « Prévention de la THROMBOSE » seront axés sur le traitement et l'optimisation des connaissances des professionnels de la santé au sujet de cette complication importante mais sous-estimée.

REMERCIEMENTS

Les auteures souhaitent souligner le soutien de LEO Pharma pour la publication d'un article sur cet important sujet. Diffuser

RÉFÉRENCES

- Abdol Razak, N.B., Jones, G., Bhandari, M., Berndt, M.C., & Metharom, P. (2018). Cancer-associated thrombosis: An overview of mechanisms, risk factors, and treatment. *Cancers*, 10, 380. <http://dx.doi.org/10.3390/cancers10100380>
- Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C., & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*, 23(4), 369-375.
- Berkman, N.D., Davis, T.C. & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9-19. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Blom, J. W., Doggen, C. J., Osanto, S., & Rosendaal, F. R. (2005). Malignancies, prothrombotic mutations, and the risk of venous thrombosis. *JAMA*, 293(6), 715-722. <https://doi.org/10.1001/jama.293.6.715>
- Chapuy, C. I., & Connors, J. M. (2020). Diagnosis, treatment, and prevention of cancer-associated thrombosis. In Niederhuber, J.E., Kastan, M.B., Tepper, J.E., Armitage, J.O., & Doroshow, J.H. (Eds.), *Abeloff's Clinical Oncology* (pp. 523-543). Springer. <https://doi-org.libaccess.lib.mcmaster.ca/10.1016/B978-0-323-47674-4.00033-5>
- Charalel, R. A., & Vedantham, S. (2017). Deep vein thrombosis interventions in cancer patients. *Seminars in Interventional Radiology*, 34(1), 50-53. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597763>
- Guiliani, M., Papadakos, T., & Papadakos, J. (2020). Propelling a new era of patient education into practice-cancer care post-COVID-19. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 108(2), 404-406.
- Hews-Girard, J., Guelcher, C., Meldau, J., McDonald, E., & Newall, F. (2017). Principles and theory guiding development and delivery of patient education in disorders of thrombosis and hemostasis: Reviewing the current literature. *Research Practice of Thrombosis & Haemostasis*, 1, 162-171. <https://doi.org/10.1002/rth2.12030>
- Khornana, A. A., Francis, C. W., Culaikova, E., Kuderer, N., & Lyman, H. (2007). Frequency, risk factors, and trends for venous thromboembolism among hospitalized cancer patients. *Cancer*, 110(10), 2339-2346. <https://doi.org/10.1002/cncr.23062>
- Leshkovska, E. A., & Spaseva, S. M. (2016). John Dewey's educational theory and educational implications of Howard Gardner's Multiple Intelligences Theory. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education*, 4(2), 57-66. <http://dx.doi.org/10.5937/IJCRSEE1602057A>
- Lyman, G. H., Carrier, M., Ay, C., Di Nisio, M., Hicks, L. K., Khorana, A. A., Leavitt, A. D., Lee, A. Y. Y., Macbeth, F., Morgan, R. L., Noble, S., Sexton, E. A., Stenehjem, D., Wiercioch, W., Kahale, L. A., & Alonso-Coello, P. (2021). American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: Prevention and treatment in patients with cancer. *Blood Advances*, 5(4), 927-974. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003442>
- Matsuyama, R. K., Kuhn L. A., Molisani, A., & Wilson-Genderson, M.C. (2013). Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Education Counselling*, 90(1), 96-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.009>. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23058682.
- Mukai, M., & Oka, T. (2018). Mechanism and management of cancer-associated thrombosis. *Journal of Cardiology*, 72(2), 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2018.02.011>
- Noble, S., Nelson, A., Scott, J., Berger, A., Schmidt, K., Swarnkar, P., & Lee, A. (2019). Patient experience of living with cancer-associated thrombosis in Canada (PELICANADA). *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 4(1), 154-160. <http://dx.doi.org/10.1002/rth2.12274>
- Noble, S., Prout, H., & Nelson, A. (2015). Patients' experience of living with cancer associated thrombosis: The PELICAN study. *Patient Preference and Adherence*, 9, 337-345. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S79373>
- Poh, C., Brunson, A., Mahajan, A., Keegan, T., & Wun, T. (2019). Upper extremity deep venous thrombosis in 10 common malignancies: Analysis of incidence, risk factors, and effect on mortality from the California Cancer Registry. *Journal of Clinical Oncology*, 37(15 Suppl), e18190. http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.e18190
- Rajasekhar A., & Streiff, M. B. (2019). Etiology and management of upper-extremity catheter-related thrombosis in cancer patients. In: Soff G. (eds), *Thrombosis and hemostasis in cancer* (pp. 117-137). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20315-3_8
- Ramzi, D. W., & Leeper, K. V. (2004). DVT and pulmonary embolism: Part I. Diagnosis. *American Family Physician*, 69(12), 2829-2836.
- Sardo, L. A., Bayadinova, J. A., Jenkins, S., & Penton, L. (2021). The significance of VTE in cancer: Introduction of the 'Spot the Clot' series. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 31(4), 500-503.
- Streiff, M. B., Ali Abutalib, S., Farge, D., Murphy, M., Connors, J. M., & Piazza, G. (2021). Update on guidelines for the management of cancer-associated thrombosis. *The Oncologist*, 26(1), e24-e40. <https://doi-org.libaccess.lib.mcmaster.ca/10.1002/onco.13596>
- The Joint Commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*. The Joint Commission.
- Thrombosis Canada (2021). *Patient & family information*. <https://thrombosiscanada.ca/resourcepage/patient-family-information/>
- Truccolo, I., Mis, C., Cervo, S., Maso, L., Bongiovanni, M., Bearz, A., Sartor, I., Baldo, P., Ferrarin, E., Fratino L., Mascarin, M., Roncadin, M., Annunziata, M., Muzzatti, B., & Paoli, P. (2015). Patient-centered cancer care programs in Italy: Benchmarking global patient education initiatives. *Journal of Cancer Education*, 31, 405-412.
- US Department of Education. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
- Verso, M., & Agnelli, G. (2016). Venous thromboembolism associated with long-term use of central venous catheters in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21(19), 3665-3675. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2003.08.008>

ANNEXE A – MODÈLE DE DOCUMENT SUR LA THROMBOSE ASSOCIÉE AU CANCER À REMETTRE AUX PATIENTS

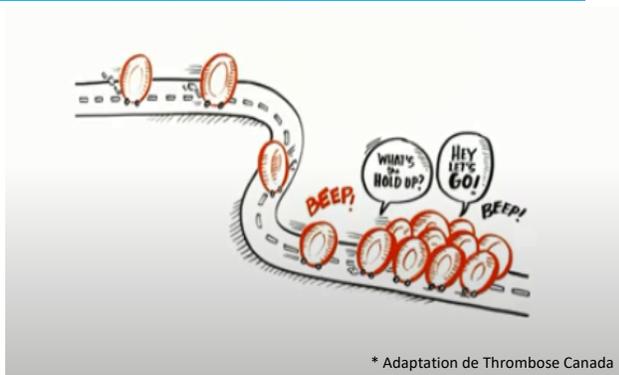
Nous vous invitons à distribuer un document d'information aux patients. Les auteures autorisent l'utilisation et la reproduction de ce document à des fins d'enseignement aux patients, mais pas à des fins commerciales. Si vous souhaitez discuter d'autres utilisations, n'hésitez pas à communiquer avec les auteures.

CANCER ET CAILLOTS

- Si vous avez reçu un diagnostic de cancer, vous êtes à risque de caillot sanguin. Vous devez donc rester à l'affût de certains signes et symptômes pour obtenir rapidement de l'aide médicale s'ils se produisent.
- Ces caillots sanguins sont appelés « thrombose associée au cancer », car le cancer et les traitements que vous recevez augmentent le risque de caillot.
- Chez une personne en santé, le risque de caillot est de 1 sur 1 000. Ce risque est de 1 sur 200 chez les personnes atteintes d'un cancer et de 1 sur 20 pendant la phase intensive de traitement.
- Seulement 13 % des Canadiens savent que le cancer est un facteur de risque de caillot sanguin. Lisez ce document pour en savoir plus!

QU'EST-CE QU'UN CAILLOT?

- La coagulation est un processus normal, mais il se forme parfois des caillots sans raison.
- Les patients atteints de cancer sont à risque de caillots dans les veines profondes des jambes ou des bras et dans les poumons. Selon l'endroit, on appelle ces caillots « thrombose veineuse profonde » (TVP) ou « embolie pulmonaire » (EP).
- Ces caillots peuvent causer un blocage ou un « bouchon de circulation » dans les veines, entraînant ces symptômes :



SIGNES DE CAILLOTS SANGUINS



Gonflement d'une jambe ou d'un bras



Rougeur ou chaleur



Essoufflement



Vertiges



Douleur thoracique

POURQUOI LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER SONT-ILS PLUS À RISQUE DE CAILLOTS?

Facteurs de risque liés au cancer

- Environnement propice à la formation de caillots à cause du cancer
 - Type et stade du cancer (pancréas, estomac, utérus, poumon, rein/vessie et cerveau ou métastases)
 - Chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie
 - CCIP, chambres veineuses ou voies centrales

Autres facteurs de risque

- Âge
- Alitement ou mobilité limitée
- Obésité

SAVOIR

- Les patients atteints de cancer sont à risque de caillots sanguins. Ce risque augmente si vous recevez un traitement, que l'on vous pose une voie centrale ou que vous subissez une intervention chirurgicale.
- Il est important de surveiller les signes et symptômes de caillots.
- Consultez un médecin si vous présentez des signes de caillots. Des traitements existent!