

Novembre, 2023

Hématologie: Recommandations pour patients et patientes

1. Pas de transfusions sanguines inutiles chez les patient(e)s souffrant d'anémie sans symptômes.

Les transfusions sanguines inutiles entraînent des coûts et exposent les patients à d'éventuels effets secondaires sans bénéfice évident. Les hématologues sont donc invités à administrer une unité de sang (érythrocytes) et à vérifier son efficacité avant de prescrire une autre unité.

2. Pas d'évaluation en laboratoire d'un risque de thrombose (tests de thrombophilie) chez les adultes ayant développé une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire (thromboembolie) après une opération, un accident ou une immobilisation prolongée.

Les tests de thrombophilie sont coûteux et peuvent nuire aux patients si, en raison d'une mauvaise interprétation des tests, l'anticoagulation est prolongée inutilement. Les tests de thrombophilie ne changent rien au traitement d'une thromboembolie veineuse, si celle-ci est survenue par exemple après une opération, un accident ou après une position couchée prolongée, par exemple pendant une hospitalisation. Les tests de thrombophilie peuvent toutefois être utiles pour la décision thérapeutique lorsqu'une thromboembolie survient par exemple dans le cadre d'une grossesse ou d'un traitement par hormones, ou lorsque des antécédents familiaux de thromboembolie sont clairement établis (forte anamnèse familiale).

3. Pas d'anticoagulation pendant plus de trois mois en cas d'une première thromboembolie veineuse qui s'est développée après une opération, un accident ou après une position couchée prolongée.

Un traitement par anticoagulants peut être nocif et coûteux. Les patients ayant subi une première thromboembolie veineuse suite à une opération, un accident, une position couchée prolongée ou l'introduction d'un cathéter dans un vaisseau sanguin ont un faible risque de développer une récurrence de la thrombose une fois que le facteur de risque est écarté et qu'un traitement anticoagulant adéquat est terminé. Il est donc recommandé de ne pas continuer le traitement anticoagulant à plus de trois mois. Cette recommandation ne s'applique pas si la thromboembolie est survenue par exemple pendant une grossesse ou un traitement par hormones.

4. Pas a) d'examen d'imagerie (tomodensitométrie ; TDM) au diagnostic ou au cours de l'évolution chez les patient(e)s sans symptômes atteint(e)s de leucémie lymphoïde chronique (LLC) à un stade précoce et (b) limitation de la tomodensitométrie de contrôle chez les patient(e)s sans symptômes après un traitement d'un cancer agressif des glandes lymphatiques (lymphome).

Concernant a) Chez les patients atteints d'une LLC asymptomatique à un stade précoce, la tomodensitométrie n'améliore pas la survie et n'est pas nécessaire pour évaluer le pronostic. Les tomodensitogrammes exposent les patients à de faibles doses de radiation et peuvent révéler des résultats fortuits qui sont sans importance, mais peuvent entraîner des examens inutiles et sont donc coûteux. Un examen clinique minutieux et une surveillance de la formule sanguine sont recommandés plutôt que des TDM.

Concernant b) La surveillance par TDM chez des patients sans symptômes ni signes de maladie (en rémission) après le traitement d'un lymphome non hodgkinien agressif peut conduire à une tumeur maligne en raison d'une exposition faible mais répétée aux radiations. Elle est également coûteuse et il n'a pas été démontré qu'elle améliorerait le pronostic. En raison de la probabilité décroissante d'une rechute de la maladie (récidive) au fil du temps et de l'absence de bénéfice démontré, les TDM sont rarement conseillés chez les patients ne présentant pas de symptômes plus de deux ans après la fin du traitement.

5. Pas de traitement de routine d'une immuno-thrombopénie (ITP) en l'absence de saignements et d'un nombre de plaquettes supérieur à 20'000-30'000 par microlitre de sang.

Le traitement de l'immuno-thrombopénie (ITP) doit viser à traiter ou à prévenir les hémorragies et à améliorer la qualité de vie. Les traitements inutiles exposent les patients à des effets secondaires potentiellement graves et peuvent s'avérer coûteux, sans bénéfice clinique escompté. La décision de traiter le PTI doit être basée sur les symptômes du/de la patient(e), le risque de saignement, les facteurs sociaux (distance de l'hôpital/opportunités de voyage), les effets secondaires du traitement, les interventions à venir et les préférences du/de la patient(e). Chez les enfants, le traitement n'est généralement pas indiqué en l'absence de saignements des muqueuses, quel que soit le nombre de plaquettes. Chez les adultes, un traitement peut être indiqué même en l'absence de saignements, si le taux de plaquettes est très bas. Toutefois, un traitement du PTI est rarement indiqué chez les adultes dont le nombre de plaquettes est supérieur à 20 000-30 000 par microlitre de sang, à moins qu'ils ne se préparent à une opération ou à une intervention impliquant une lésion tissulaire (p. ex. ponction dans une articulation ou cathétérisme cardiaque) ou qu'ils présentent un facteur de risque supplémentaire important de saignement. Chez les patients qui se préparent à une opération ou à d'autres interventions invasives, un traitement de courte durée peut être indiqué pour augmenter le nombre de plaquettes avant l'intervention prévue et pendant la phase qui suit immédiatement l'opération.