

## ITAC MANDATE

A Iniciativa Internacional sobre Trombose e Câncer (ITAC, <https://www.itaccme.com>) é um grupo sem fins lucrativos composto por especialistas acadêmicos de diversas partes do mundo que estão comprometidos em melhorar os cuidados para os pacientes com tromboes associadas ao câncer (TAC). A ITAC-CME publicou uma atualização baseada em evidências em 2022 das recomendações para o tratamento e profilaxia da trombose associada ao câncer.

A ITAC-CME visa melhorar a vida e os desfechos clínicos dos pacientes do mundo todo e a contribuir para reduzir os custos econômicos sobre os sistemas de saúde.

## ITAC COMITÊ DIRETOR

### Presidentes

Prof. Dominique Farge, M.D. (França, Canadá)

Prof. James Douketis, M.D. (Canadá)

### Vice-Presidentes

Dr. Syed Ali Abutalib, M.D. (EUA)

Dr. Darko Antic, M.D. (Sérvia)

Prof. Cihan Ay, M.D. (Áustria)

Dr. Dialina Brilhante, M.D. (Portugal)

Prof. Henri Bounameaux, M.D. (Suíça)

Prof. Benjamin Brenner, M.D. (Israel)

Dr. Patricia Casais, M.D. (Argentina)

Dr. Jean Marie Connors, M.D. (EUA)

Dr. Corinne Frere, M.D. (França)

Prof. Cecilia Guillermo Esposito (Uruguai)

Prof. Takayuki Ikezoe, M.D. (Japão)

Rt. Hon. Prof. Lord Ajay Kakkar, M.D. (Reino Unido)

Prof. Alok Khorana, M.D. (EUA)

Prof. Andres Munoz, M.D. (Espanha)

Prof. Luis Meillon, Garcia M.D. (México)

Prof. Ingrid Pabinger, M.D. (Áustria)

Dr. Pedro Henrique de Prata, M.D. (Brasil)

- Pacientes com câncer têm risco de entre 4 e 7 vezes maior de apresentar tromboembolismo venoso (TEV).
- 4-20% dos pacientes com câncer apresentarão TEV durante o curso da doença, mas o risco não é o mesmo para todos os pacientes.
- O TEV é a segunda maior causa de mortalidade em pacientes com câncer.
- O TEV pode atrasar o início do tratamento ou justificar modificações na estratégia terapêutica.
- O TEV pode prolongar hospitalizações ou prejudicar os resultados.
- O TEV está associado a maior risco de recidiva da trombose e complicações hemorrágicas.
- O uso destas recomendações de prática clínica para o tratamento e profilaxia do TEV em pacientes com câncer pode melhorar os desfechos clínicos e reduzir custos nos orçamentos de saúde no mundo todo.

ITAC CME GFTC

## Guias de bolso ITAC 2022

Endorsed by  
**ISTH**<sup>TM</sup>  
International Society on  
Thrombosis and Haemostasis

## RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICA CLÍNICA PARA O TRATAMENTO E PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES COM CÂNCER



Download the ITAC Guidelines App

<https://www.itaccme.com>

## TRATAMENTO DE TEV ESTABELECIDO EM PACIENTES COM CÂNCER

### ① Tratamento inicial do TEV estabelecido

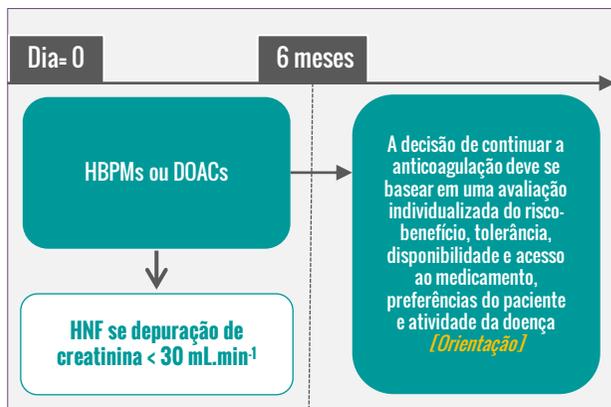
- Todos os anticoagulantes podem ser usados.
- Em pacientes com depuração de creatinina  $\geq 30$  mL $\cdot$ min $^{-1}$ , preferir HBPMs [Grau 1A] ou DOACs (apixabana ou rivaroxabana durante os primeiros 10 dias, ou edoxabana após pelo menos 5 dias de anticoagulação parenteral) em pacientes sem alto risco de sangramento gastrointestinal ou geniturinário [Grau 1A].

### ② Tratamento de manutenção inicial (primeiros 6 meses) e longo prazo (mais de 6 meses) de TEV estabelecido

- Dar preferência às HBPMs sobre AVKs em pacientes com depuração de creatinina  $\geq 30$  mL $\cdot$ min $^{-1}$  [Grau 1A]. (A injeção em SC quotidiana pode ser um incômodo para os pacientes).
- DOACs (apixabana, rivaroxabana, ou edoxabana) são recomendados para pacientes com câncer e depuração de creatinina  $\geq 30$  mL $\cdot$ min $^{-1}$  se ausência de interações medicamentosas importantes ou disabsorção intestinal. [Grau 1A]. (Atenção em pacientes com neoplasias gastrointestinais, especialmente em vias altas, porque os dados disponíveis atualmente demonstram um aumento no risco de sangramento GI com o uso de edoxabana ou rivaroxabana).

### Duração ideal

- Pelo menos seis meses [Grau 1A].



### ③ Tratamento de TEV relacionada ao cateter venoso central

HBPMs são recomendadas por, pelo menos, 3 meses e enquanto o cateter estiver implantado [Orientação]; o CVC pode ser mantido durante a anticoagulação se estiver funcional, bem posicionado, sem infecção, resolução dos sintomas e necessita de vigilância aumentada [Orientação].

### ④ Casos particulares

- Tumores cerebrais: HBPMs ou DOACs podem ser usados [Grau 2A].
- Insuficiência renal grave (depuração de creatinina  $< 30$  mL $\cdot$ min $^{-1}$ ): HNF seguida rapidamente por AVK (possível a partir do dia 1) ou HBPM ajustada segundo a atividade anti-Xa [Orientação].
- Plaquetopenia: doses plenas de anticoagulantes podem ser usadas se a contagem de plaquetas for  $> 50 \times 10^9 \cdot L^{-1}$  e não há evidências de risco aumentado de sangramentos. Para pacientes com contagens inferiores  $50 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , a decisão deve ser individualizada e com extrema prudência. [Orientação].

### ⑤ Tratamento da recorrência do TEV em vigência de anticoagulação em pacientes com câncer

A conduta depende do tratamento inicial [Orientação]:

- Se HBPM, aumentar a dose da HBPM em 20-25% ou mudar para DOAC
- Se DOAC, mudar para HBPM
- Se AVK, mudar para HBPM ou DOAC

## PROFILAXIA DO TEV EM PACIENTES COM CÂNCER

- HBPM uma vez ao dia (se depuração de creatinina  $\geq 30$  mL $\cdot$ min $^{-1}$ ) ou HNF em dose baixa 3 vezes ao dia. A profilaxia farmacológica deve ser iniciada entre 12 e 2h antes da cirurgia e continuadas por, pelo menos, 7-10 dias após a cirurgia. Não há dados que suportem o benefício de uma HBPM sobre outra [Grau 1A].
- Usar a dose profilática mais alta de HBPM [Grau 1A].
- Profilaxia de duração estendida (4 semanas) com HBPM para prevenir TEV pós-operatório após cirurgias abdominais ou pélvicas de grande porte (seja laparotomia ou laparoscopia) é recomendada em pacientes com câncer sem alto risco de sangramento [Grau 1A].

## PROFILAXIA DO TEV EM PACIENTES COM CÂNCER NÃO OPERADOS

① Pacientes com câncer internados e com mobilidade reduzida: HBPM, HNF ou fondaparinux [Grau 1B].

② Pacientes ambulatoriais com adenocarcinoma pancreático metastático ou localmente avançado tratados com terapia anti-neoplásica sistêmica e baixo risco de sangramento: HBPM [Grau 1A] ou DOACs [Grau 1B].

③ Pacientes ambulatoriais que recebem terapia antineoplásica sistêmica e com risco moderado a alto de TEV identificados por tipo de câncer (por exemplo, pancreático) ou por um escore de risco validado (por exemplo, Khorana  $\geq 2$ ), sem sangramento ativo e sem alto risco de sangramento: DOAC (rivaroxabana ou apixabana) [Grau 1B].

④ Pacientes com mieloma múltiplo tratados com IMiDs combinados com corticoides ou outros tratamentos sistêmicos: A profilaxia primária contra TEV é recomendada [Grau 1A]. Os anticoagulantes orais (AVK em dose baixa ou terapêutica, apixabana em dose profilática), HBPM em dose profilática ou aspirina em baixa dose (100mg por dia) podem ser usadas e têm efeitos similares para prevenir o TEV [Grau 2B].

### Escore de Khorana

| Parâmetros  | Pontos   |
|---|----------|
| Local do tumor<br>Tumores de muito alto risco: pâncreas e estômago<br>Tumores de alto risco: pulmão, linfoma, bexiga, testículos ou ginecológicos | +2<br>+1 |
| Contagem de plaquetas $\geq 350 \times 10^9/L$  | +1       |
| Hemoglobina $< 10$ g/dl ou uso de análogos da eritropoetina   | +1       |
| Contagem de leucócitos $> 11 \times 10^9/L$   | +1       |
| BMI $> 35$ kg/m $^2$  | +1       |

Somatório = 0 : baixo risco (<1%); Somatório = 1-2 : risco intermediário; Somatório  $\geq 3$  : alto risco