



LA MALADIE VEINEUSE POST THROMBOTIQUE

Dr Nadam Benmehidi

Annaba

Congres SAMEV 06&07 Juin 2024

MVPT

**« under-diagnosed,
under-appreciated,
under-studied condition »**

Suzan.Kahn



- Large éventail de symptômes allant des signes mineurs à type de lourdeur, avec ou non des troubles de la pigmentation jusqu'aux troubles trophiques sévères altérant la qualité de vie, nécessitant une assistance médicale intensive
- Plusieurs études ont montré un taux de SPT moindre chez les patients traités par AOD pendant la phase aigue de TVP par rapport aux AVK

(Thrombosis Research 207 (2021)).

HISTOIRE NATURELLE

- Banale TVP
- Avec l'angoisse de la migration embolique
- Souvent un trt est rapidement instauré selon les recommandations



- American College of Chest Physician 2009
 - Anticoagulation : Héparine standard, HBPM, Fondaparinux et relais AVK
- American College of Chest Physician 2016 (1)
 - Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban 3 mois (Grade 2B)
 - Compression par bas classe 3
- Recommandations Françaises (2) 2019 :
 - Anticoagulation : HBPM, Fondaparinux
 - Rivaroxaban, Apixaban +++
 - Compression par bas de classe 3/6 mois
- À noter qu'en pratique la compression médicale est souvent négligée...

1. Kearan C : Chest 2016 149(2):315-352

2. Sanchez O : Revue des Maladies Respiratoires 2019

Pourquoi apparait le SPT ?

- Une évolution **fréquente** : Survient dans 20 à 60% des cas dans les deux ans
- **Pourquoi ?** :
 - TVP passée inaperçue
 - TVP traitée trop tardivement souvent sans compression
 - TVP aux localisations proximales complexes
 - Une évolution naturelle imprévisible vers un syndrome obstructif ou un syndrome du reflux, souvent un syndrome mixte
 - Une destruction des systèmes valvulaires anti-reflux



Définition du SPT

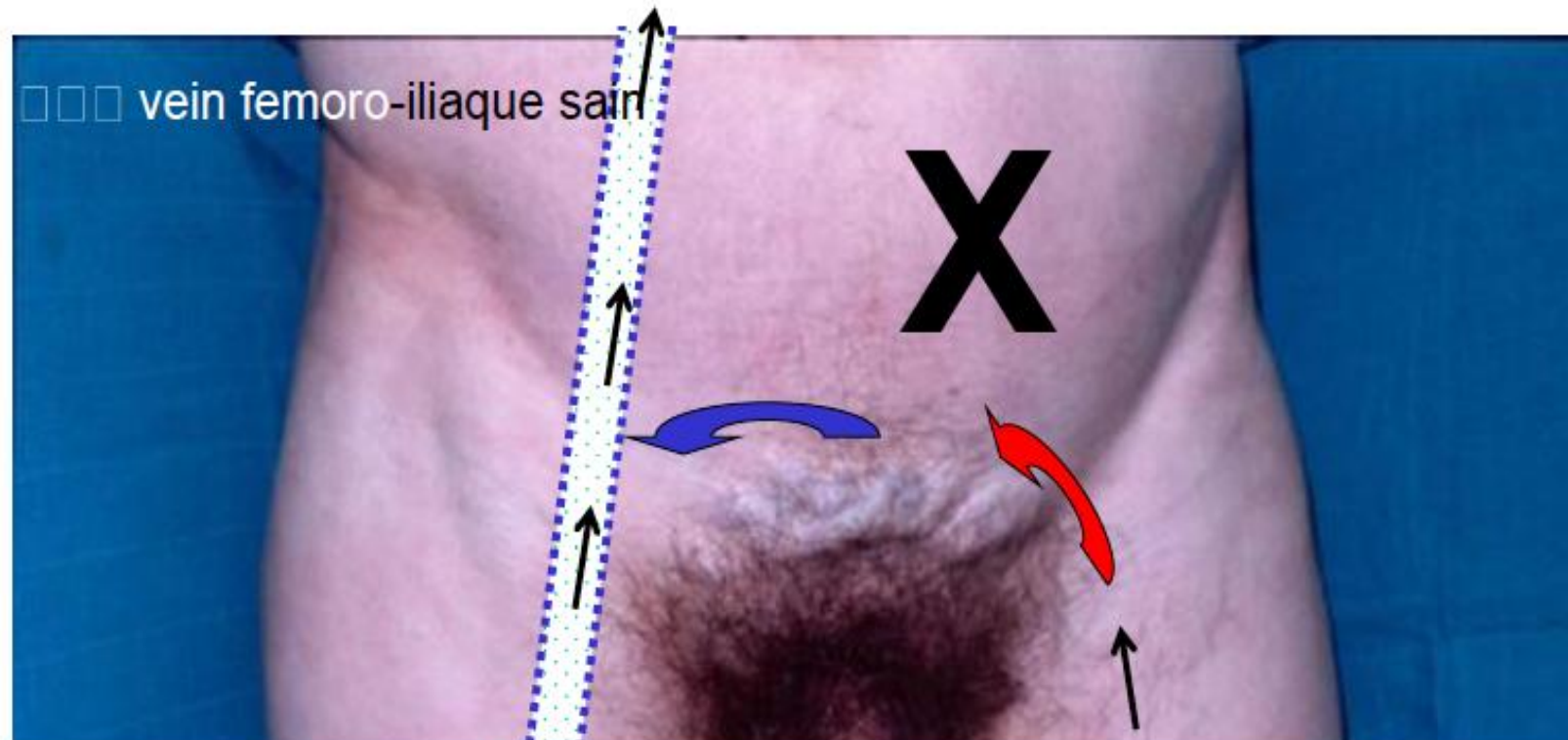
- Le SPT est l'ensemble des symptômes et/ou des signes veineux chroniques secondaires à une TVP des MI
- La date à laquelle on parle de SPT est de 3 mois à plusieurs années
- Il est recommandé de le diagnostiquer précocement à 3 mois après une TVP
- Le Dg clinique: avec le score de Villalta selon les recommandation de l'ISTH
- L'exploration Echo Doppler est primordiale, précisera l'importance et l'étendue des lésions

Sd occlusif ⇒ Hyper pression en amont ⇒ Rx de suppléance

- Niveau ilio-cave :
 - Dérivation sus-pubienne
 - Collatérales pariéto-abdominales
 - Réseau pelvien + utero-ovarien
 - Système azygos
- Niveau fémoro-poplité :
 - Veine fémorale profonde
 - Grande Veine Saphène
- Niveau jambier :
 - Perforantes jambières
 - Veines gastrocnémiennes
 - Petite Veine Saphène



Séquelles de TVP iliaque gauche

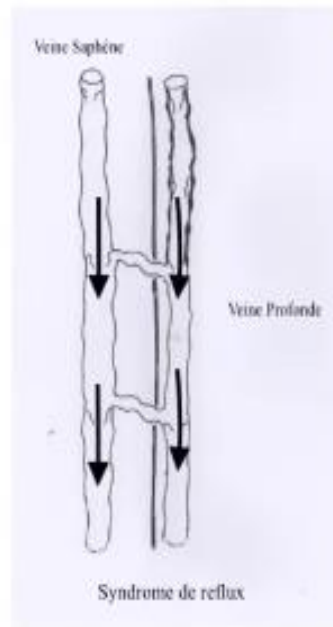


**Suppléance sus-pubienne
de crosse GS gauche vers crosse GS dte
(via des collatérales des croses GS)**

Phlébo-scanner direct



- **Syndrôme de recanalisation**



complète
ou partielle
avec dévalvulation



Hyperpression veineuse en amont

Physiopathologie du SPT

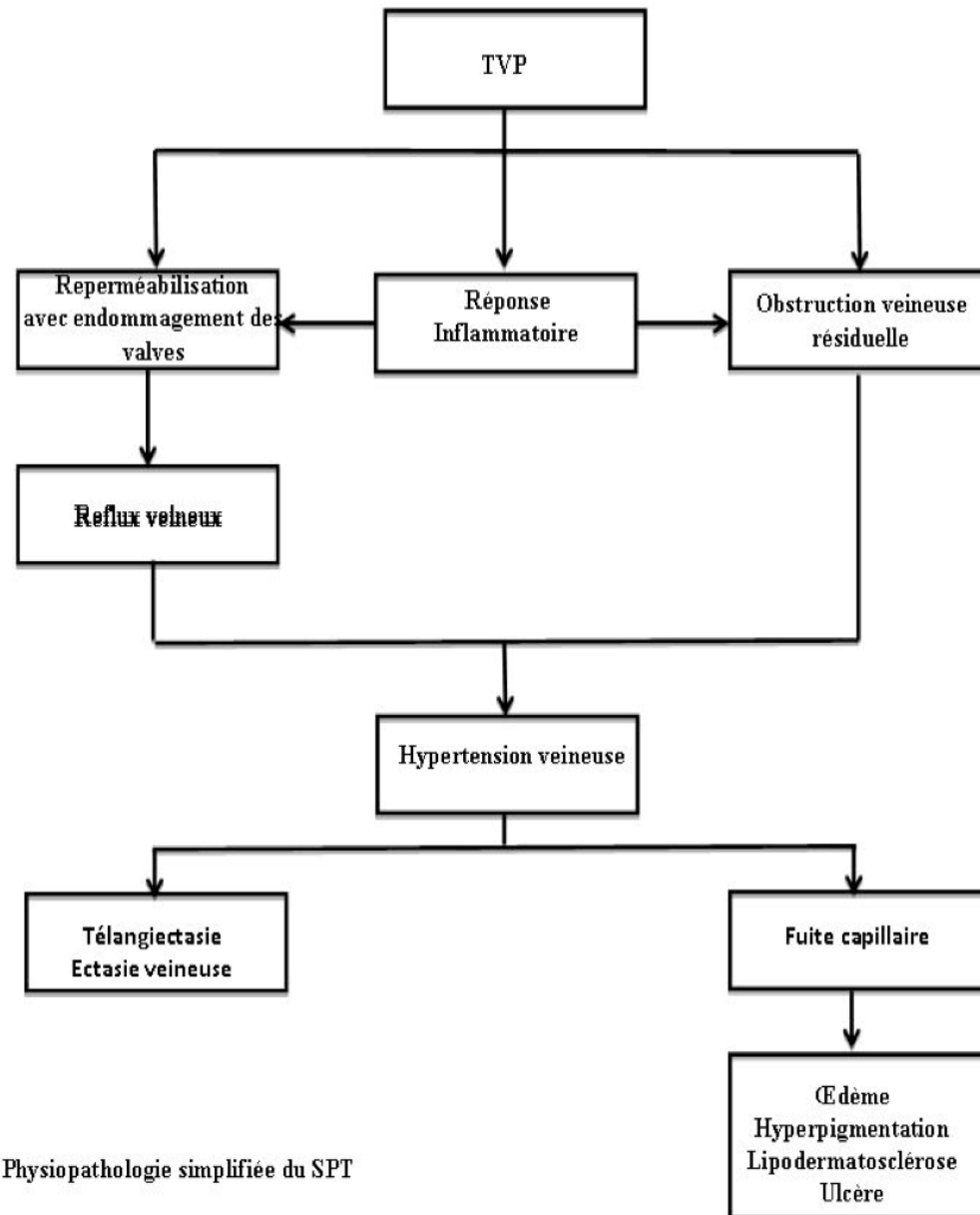
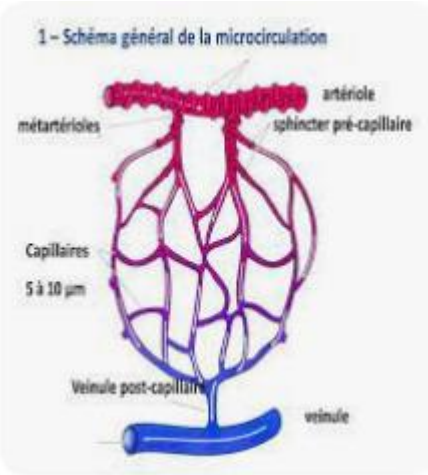
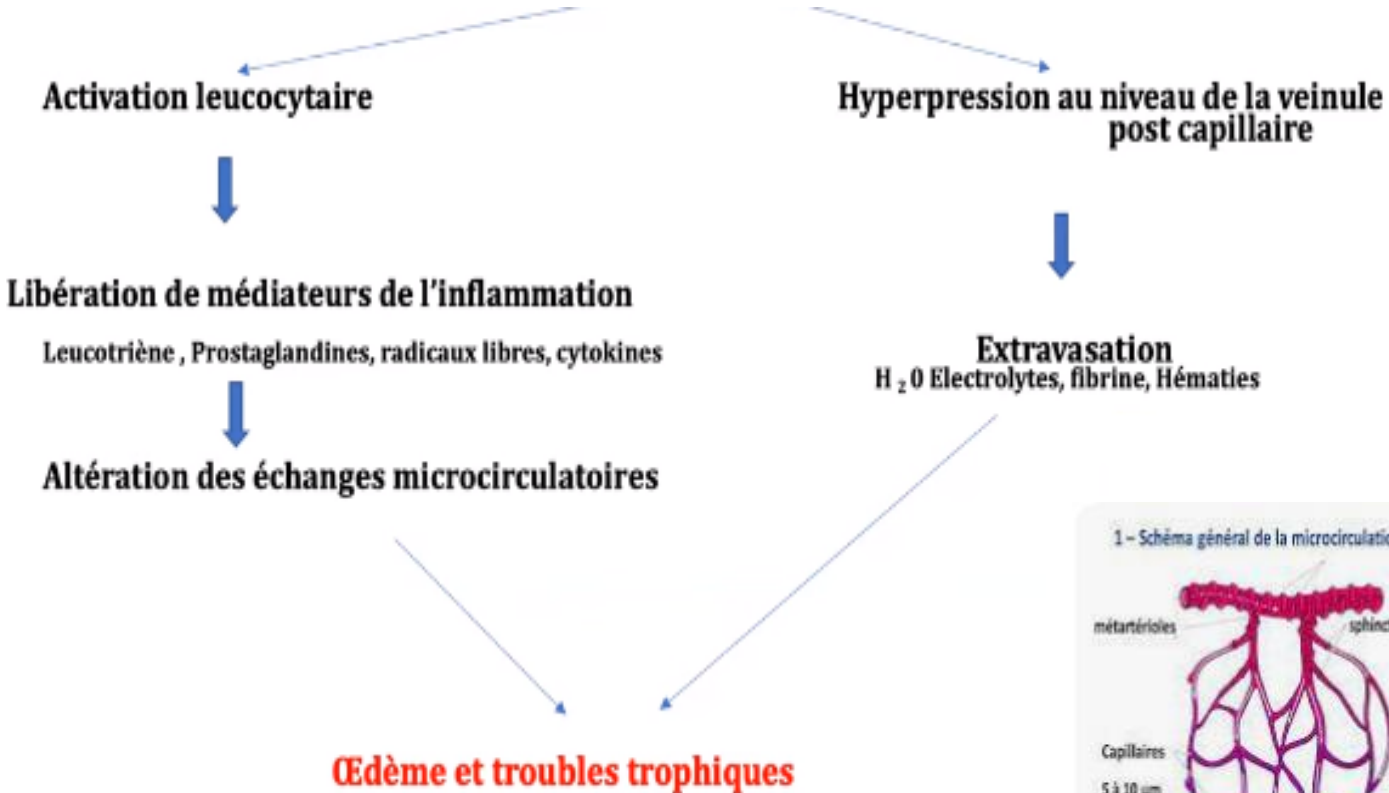


Figure 1: Physiopathologie simplifiée du SPT

Retentissement micro-circulatoire de l'hyperpression veineuse



Epidémiologique

Survient dans 20 à 60% des cas dans les deux ans ⁽¹⁾

- Pour Widmer sur 341 TVP suivies à 5 ans:
 - 21% d'IVC sévère
 - 6,5% d'ulcères
- Pour Norris sur 77 TVP Fémoro-iliaque suivies à 5 ans :
 - 69% d'IVC
 - 6% d'ulcères
- Pour Lindner sur 54 TVP suivies à 7 ans :
 - 80% d'IVC
 - 4% d'ulcères

Facteurs de risques

- Localisation de la thrombose :
 - thromboses proximales : SPT plus sévères
 - thromboses veineuses musculaires jambières : absence de SPT
- Récidive ipsilatérale : aggravation des lésions d'obstructions ou de reflux
- Obésité : diminution de l'activité musculaire et du retour veineux
- Age : sarcopénie
- Sexe : plus fréquent chez la femme que chez l'homme

Complication aigüe du SPT est la récurrence de TVP

- Méta-analyse (1) incluant 18 études portant sur 7515 sujets ayant eu une TVP traitée par anticoagulants au moins 3 mois

Récurrence TVP	
1 an	10%
2 ans	16%
5 ans	25%
10 ans	26%

4% de décès

- L'arrêt de l'anticoagulation dépend des facteurs de risque et du bilan de thrombophilie

Signes et symptômes

- Sensation de douleur ou de gonflement avec une lourdeur et essayer de chercher une claudication veineuse. (occlusion ilio-cave).
- Présence de varices anarchiques (vicariantes sans reflux)
- Signes cutanées (selon la classification CEAP)

CEAP

Aisément adaptable à la MVPT



CEAP

CEAP Revisité en 2020



C4 a

hyperpigmentation



C4b

atrophie blanche



C4c

CORONA PHLEBECTICA

Evaluation du SPT

score de Villalta selon les recommandations de l'ISTH

Tableau 2. Diagnostic du syndrome post-thrombotique avec le score de Villalta
(Adapté de réf.²⁰).

	Absent	Léger	Modéré	Sévère
Symptômes				
Douleurs	0	1	2	3
Crampes	0	1	2	3
Lourdeurs	0	1	2	3
Paresthésies	0	1	2	3
Prurit	0	1	2	3
Signes				
Œdème pré-tibial	0	1	2	3
Induration cutanée	0	1	2	3
Dermite ocre	0	1	2	3
Rougeur	0	1	2	3
Varices	0	1	2	3
Douleurs à la compression du mollet	0	1	2	3
Ulcère veineux	Absent			Présent

Chaque symptôme et signe clinique est évalué sur une échelle allant de 0 à 3. Le score est ensuite calculé en faisant la somme des différents items pour obtenir un score total: 0-4 points, SPT absent; 5-9 points, SPT léger; 10-14 points, SPT modéré; 15 et plus ou présence d'un ulcère, SPT sévère.

PATIENT

MEDECIN

Classification	
0-4 points	Absence de SPT
5-9 points	SPT léger
9-14 pts	SPT modéré
15 points et plus ou présence d'un ulcère veineux	SPT sévère

²⁰ Villalta S, et al. Assessment of the validity and reproducibility of a clinical scale for the post-thrombotic syndrome (abstract). Haemostasis 1994;24:158a.

IMPACTE SUR LA QUALITE DE VIE

- Etude Portugaise (1) de 101 cas de TVP suivis sur une moyenne de 6 ans évalués par un score de Villalta et CIVIQ
 - SPT sévères 27%
 - SPT modérés 33%
 - QoL à 90 pour patients sans SPT
 - QoL à 64 pour patients avec SPT
- Meta-analyse (2) incluant 17 études de suivis de patients ayant eu une TVP évaluation par SF 12, SF 36 et VEINES QoL
 - Altération de la santé physique
 - Altération de la santé morale
 - Atteinte de la qualité de vie

Impact sur les dépenses publiques

- Surcout d'environ 35% à 40% par rapport à une TVP sans syndrome post thrombotique (1)
- Risque de complications plus élevés en cas de récurrence de TVP : dans une étude (2) portant sur 8001 patients avec antécédents de TVP sans récurrence comparés à 8001 patients avec antécédents de TVP et récurrences :
Cout plus élevés (86.744€) dans le groupe récurrence versus le groupe sans récurrence (37.525€)

1 Guanella R et al J Thromb Haemost 2011;9(12): 2397-405

2 Lefebvre et al J Thromb Haemost 2013;110(6):1288-97

L'ulcère de jambe

- Une Catastrophe avec un impact social et économique.
- Mal pris en charge
- Engagement du personnel soignant médical, paramédical et du malade lui même.
- Récidives fréquentes après cicatrisation.
- Evolution vers la chronicité en l'absence de traitement adapté.



ULCERE DE JAMBE ET COUT DE SANTE PUBLIQUE

- Coûts directs et indirects :
 - Consultations médicales et Soins infirmiers 48% des dépenses
 - Pansements, Bandages /bas 33% des dépenses
 - Hospitalisation 16% des dépenses
 - Arrêt de travail 3% des dépenses
- Etude portant sur 502 patients (1) avec ulcère de jambe de 9 ans d'ancienneté inclus dans 147 centres : 9060€ /patient/an
- Etude UK entre 2007 et 2017 : 7700£/patient/ an (1,2% budget de santé publique)

1. Matthias A et al Int Wound 2014 11(3)
2. Ceri JP Int Wound 2020 17(4):1074-10

Revue de la littérature afin d'estimer la charge économique de l'ulcère de jambe secondaire à une séquelle de thrombose

Incidence annuelle :
0,73 à 3,12 pour 1000

Pays	Nombre d'ulcères/an
Australie	122.000
France	263.000
Allemagne	345.000
Italie	253.000
UK	230.000
USA	643.000

Coût moyen 5527 \$ par personne et par an

Coût

- Un pansement basique pour un ulcère moyen revient à 5000 DA
- Une paire de chaussettes = 4500 DA en moyenne
- Une bande Biflex = 4000 DA
- Prix approximatif pour un trimestre = 150.000 DA

Comment prévenir et limiter l'aggravation d'un SPT

- Prendre en charge tôt la TVP afin d'éviter la progression du thrombus et avoir ainsi le moins de séquelles.
- Identifier les TVP proximales avec œdème de cuisse avec la confirmation Echo Doppler de thrombose iliaque, qui pourrait bénéficier d'une nouvelle technique de thrombectomie endoveineuse.
- La compression est efficace mais elle a ces limites, efficace au niveau de la jambe, un peu moins au niveau de la cuisse.

Compression et prévention de la MPT

Auteur	Année	Suivi en mois	N	SPT avec CME	SPT sans CME
Brandjes et al	1997	76	315	20%	47%
Prandoni et al	2004	50	180	25,5%	49,1%
Aschwanden et al	2008	36	169	13,1%	20%
Kahn et al	2014	18	806	14,2%	12,7%
Octavia	2016	12	518	13%	20%

RECOMMANDATIONS

- AFSSAPS 2009: Bas ou chaussettes 30 à 40 mm d'Hg pendant 2 ans.
- HAS en 2010: la compression est utile en complément de l'anticoagulant le plus tôt possible
- American college of CHEST PHYSICIAN
 - 2012 Bas de compression 30-40 mm d'Hg à la phase aigue
 - 2014 Pas de compression à la phase aigue(étude SOX)
- American heart association 2014
 - Thromboprophylaxie chez les patients à risque de récidence de TVP
 - Compression médicale élastique pour réduire l'œdème
 - Trt invasifs par fibrinolytiques insitu pharmaco-mécanique, avec thrombectomie dans les syndromes occlusifs proximaux
- Selon le groupe de travail d'I.Quéré de Montpellier en 2019

A la phase aigue d'une TVP proximale ou distale symptomatique, il est suggéré le port d'une compression élastique d'au moins 20 mm d'Hg à la cheville pour soulager les symptômes douloureux et l'œdème du membre (grade 2+)

En l'absence de SPT évaluer par l'Echelle de VILLALTA à 6 mois il est suggéré d'interrompre la compression

Conclusion

- Le SPT, n'est pas une fatalité en soit.
- En essayant de respecter qq règles de bonnes conduites on pourrait diminuer l'incidence du SPT
- Prévention de la MTEV dans les situations provoquées
- Dg précoce de la TVP dans un but de trt précoce
- Trt efficaces en durée et à doses optimales avec une préférence pour les AOD
- Prévenir les récurrences de TVP en maintenant un trt au long court dans les MTEV récidivantes
- Apprendre reconnaître le SPT
- Apprendre à le prendre en charge (ateliers SAMEV et SAMA)
- Le port de l'élasto-compression (éducation thérapeutique)
- Activité physique et perte de poids
- L'Endo vasculaire+++ (formation en médecine interventionnelle)

MONT L'EDOUGH à 1008 m

ANNABA

