Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

Éditorial

Phlebology

Phlebology
0(0) 1–3
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0268355520976924
journals.sagepub.com/home/phl
SAGE

UK Royal Society of Medicine Venous Forum VTE Advice 2020

DOI : 10.1177/0268355520976924 journals.sagepub.com/home/phl SAGE

Publié avec permission de l'éditeur et des auteurs, traduction Jean-Jérôme GUEX

Prophylaxie de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) pour les patients qui subissent des interventions sur les varices.

Isaac K Nyamekye[1] et Bruce Campbell[2]

Le Venous Forum de la Royal Society of Medicine (RSMVF) a récemment publié des conseils sur la prophylaxie de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) pour les patients qui subissent des interventions sur les varices (**figure 1**).[1]
Le RSMVF a noté un besoin non satisfait, car l'absence de preuves dans ce domaine a conduit à des pratiques qui varient considérablement, avec des risques potentiels pour les patients.
Les recommandations se concentrent sur les patients qui devraient bénéficier d'une prophylaxie pharmacologique et sur la durée de cette prophylaxie.

L'avis spécifie trois niveaux de risque pour les patients : *les patients à faible risque*, pour lesquels il n'existe pas de bonnes preuves pour guider la pratique *; les patients à haut risque*, qui devraient recevoir une prophylaxie en raison de leurs facteurs de risque évidents ; *et un groupe intermédiaire à «risque supplémentaire»,* qui devrait probablement recevoir une prophylaxie pharmacologique adéquate mais qui ne le fait généralement pas. [2] Pour ces deux derniers groupes, l'avis recommande une prophylaxie plus prolongée que celle généralement utilisée par de nombreux cliniciens.

Les risques de TVP et d'hémorragie doivent être pris en compte et documentés pour tous les patients ayant subi une intervention pour des varices.

Les principales procédures concernées sont les interventions endoveineuses thermiques et non thermiques par cathéter pour les troncs saphènes, avec ou sans ligatures chirurgicales et phlébectomies, réalisées sous anesthésie locale (AL) avec ou sans sédation, et la sclérothérapie à la mousse.

Il n'existe aucune étude comparative sur l'effet des mesures prophylactiques (et plus particulièrement de la prophylaxie pharmacologique) sur l'apparition de la MTEV après ces interventions sur les varices traitées sous AL.

Les informations disponibles proviennent de séries de cas non contrôlées, qui montrent que les TVP surviennent dans 0,5 à 4,4 % des cas, et qu'il y a une mortalité allant jusqu'à 1 % lorsque la TVP survient. [3]

L'embolie pulmonaire (EP) symptomatique est rare, mais des décès par EP ont été signalés - certains chez des patients jeunes et en bonne santé. [4,5]

Sur la base de ces observations et des conclusions tirées d'autres types de chirurgie, le RSMVF a conclu que le fait de ne pas évaluer correctement les risques et de ne pas administrer une prophylaxie pharmacologique adéquate aux patients présentant des facteurs de risque bien reconnus est une pratique sous-optimale.

La plupart de ces facteurs de risque sont facilement identifiables en préopératoire. La mobilité réduite, un facteur important, peut être évidente avant l'intervention, mais certains patients précédemment mobiles peuvent être lents à se mobiliser par la suite, et les tentatives d'anticipation devraient faire partie de la planification préopératoire.

Pour les patients ne présentant apparemment pas de facteurs de risque, il n'existe aucune preuve pour ou

[1]Département de chirurgie vasculaire, Worcestershire Royal Hospital, Worcester, Royaume-Uni

[2]Department of Vascular Surgery, Royal Devon and Exeter Hospital (Wonford), Exeter, Royaume-Uni

Auteur correspondant :
Isaac K Nyamekye, Département de chirurgie vasculaire, Worcestershire Royal Hospital, Charles Hastings Way, Worcester, WR5 1DD, Royaume-Uni.
Courriel : i.nyamekye@nhs.net

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Recommandations pour la prévention de la MTEV après traitement des varices

Résumé

- Les procédures de traitement des varices sont habituellement courtes.
- Diverses procédures sont utilisables, et une association de celles-ci est fréquente
- La maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est rare mais peut se produire : le plus souvent sous forme de thrombose veineuse profonde (TVP), mais des embolies pulmonaires (EP) et des décès ont été rapportés.
- Il y a peu d'études cliniques, de ce fait les stratégies de prévention de la MTEV après procédures de traitement des varices sont variables et peu robustes.
- Les patients COVID 19 asymptomatiques, non diagnostiqués, ou récents sont susceptibles d être significativement à risque de MTEV après procédures de traitement des varices.

La prise en charge du risque de MTEV après traitement des varices demande une approche individualisée de chaque cas/patient

Recommandations de prise en charge

- Évaluer tous les patients pour le risque thrombotique (et hémorragique) en considérant les facteurs de risque MTEV (cf. encadré) ou un score validé (p /ex : score IMPROVEDD ou score de Caprini)
- Prescrire une thrombo-prophylaxie pharmacologique si le risque thrombotique excède le risque hémorragique (en plus de la compression)
- Employer les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) ou le Fondaparinux®, ou un anticoagulant direct oral (AOD), adapté au poids et à la fonction rénale si nécessaire.
- Prendre en charge les patients COVID 19 selon les protocoles officiels (UK NHS) pendant la période pandémique
- Éviter les procédures de traitement des varices chez les patients COVID 19 ou symptomatiques pendant 90 jours

Facteurs de risque de MTEV à prendre en compte pour les procédures de traitement des varices.

- **Histoire personnelle ou forte histoire familiale de MTEV**
- **Thrombophilie connue**
- **Mobilité réduite**
- Obésité (IMC>30)
- Traitement hormonal
- Cancer évolutif
- État d'hypercoagulabilité
- Thrombose veineuse superficielle
- Symptômes de COVID 19 ou test positif.

Algorithme suggéré (approche individualisée recommandée)

NIVEAU DE RISQUE DE MTEV	Risque faible	Risque additionnel	Haut risque
STRATÉGIE ANTICOAGULANTE	Il n'y a pas de bon niveau de preuve pour et contre l'anticoagulation (AC) Les pratiques vont de l'absence d'AC, à une dose, 3 doses, voire 8 jours.	Les patients ont probablement besoin d'une AC étendue à 7 voire 14 jours	Les patients ont probablement besoin d'une AC de 4 à 6 semaines

Prophylaxie standard : HBPM p/ex Enoxaparin 40 mg 1x/j, ou AOD p/ex Apixaban 2.5 mg 2x/j ou Rivaroxaban 10 mg 1x/j
Eviter toute intervention dans les 90 jours d'une Covid19 si possible.

Figure 1 : Recommandations 2020 du Venous Forum de la Royal Society of Medicine sur la prophylaxie de la MTEV lors des procédures de traitement des varices.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

contre l'utilisation d'une prophylaxie pharmacologique. Le fait que les varices soient incluses dans la plupart des listes de facteurs de risque de MTEV, sur la base d'études de chirurgie abdominale et pelvienne, fait craindre que toute intervention sur les varices puisse être associée à un risque significatif de MTEV, mais il n'existe aucune preuve solide en ce sens.

La pratique varie grandement pour les patients à faible risque, allant de la non-administration de prophylaxie à l'utilisation d'une ou plusieurs doses d'HBPM selon la perception du patient et les préférences individuelles des cliniciens. [2] Il n'existe aucune preuve solide de ces pratiques et cela restera probablement le cas en raison de la très faible incidence de la TEV dans ce groupe de patients. Comme il ne s'agit pas des patients les plus préoccupants, les conseils du RSMVF présentent simplement les régimes les plus couramment utilisés.

Pour les patients à haut risque, l'avis porte essentiellement sur la durée de la prophylaxie, car les données sur l'incidence temporelle de la MTEV post-opératoire incitent à une administration d'anticoagulants plus longue que ce qui a été pratiqué jusqu'à présent. [6,7]

Il s'agit notamment des patients présentant plusieurs facteurs de risque ou un seul facteur de risque dominant (comme des antécédents personnels de MTEV non provoquée). Dans le nouvel environnement de la COVID l'avis concerne également les patients qui ont des interventions veineuses et qui sont ou ont été à haut risque de contracter une COVID, avec sa tendance intrinsèque aux problèmes thrombotiques.

Le groupe intermédiaire – à savoir les patients présentant un seul facteur de risque – a été considéré comme particulièrement important, parce qu'il est prouvé que ces patients ne reçoivent pas de prophylaxie de la MTEV, très probablement car ces procédures sont perçues comme à faible risque.

C'est le groupe dans lequel la survenue occasionnelle d'une MTEV est la plus vraisemblable, avec des conséquences sérieuses pour le patient comme pour le médecin. Il est peu vraisemblable qu'une défense efficace puisse être trouvée en cas d'action légale contre un médecin n'ayant pas prescrit de chimio-prophylaxie à un patient à risque démontré.

En l'absence de preuves solides, nous recommandons une anticoagulation de 7 à 14 jours s'appuyant sur les [UK NHS Hospital Episodes Statistics] qui montrent que le délai médian de survenue de TVP est de 11 jours [6].

Notre meilleure compréhension de la prophylaxie de la MTEV pour les procédures ambulatoires de traitement des varices bénéficierait de la publication de preuves plus pertinentes : mais la faible incidence de la MTEV et les difficultés à mener des essais convaincants rendent cela peu probable dans un avenir proche.

C'est la raison pour laquelle l'avis du VF de la RSM adopte une approche pragmatique, fondée sur le peu de preuves disponibles et leur interprétation par des spécialistes-expérimentés dans le domaine veineux, ainsi que sur une certaine prise en compte des pratiques établies.

Les deux principaux aspects qui requièrent l'attention de tous les cliniciens traitant les varices sont l'évaluation du risque de MTEV pour tous les patients, et une vision nouvelle de la durée de la prophylaxie pharmacologique pour ceux qui sont à risque.

Déclaration de conflits d'intérêts

Le ou les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel en ce qui concerne la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

Financement

Le ou les auteurs n'ont reçu aucune aide financière pour la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

Contributions

Les deux auteurs ont co-rédigé et révisé l'article du manuscrit, et ont approuvé la version à publier.

ORCID iDs

Isaac K Nyamekye https://orcid.org/0000-0002-8455-3934
Bruce Campbell https://orcid.org/0000-0003-4157-7239

Références

1. Advice on VTE prophylaxis for varicose vein procedures,www.rsm.ac.uk/media/5473229/rsmvf-vte-prophylaxisadvice-2020.pdf. (accessed 7 October 2020).
2. Dattani N, Shalhoub J, Nandhra S, et al.; The Vascularand Endovascular Research Network (VERN) Collaborators and Nyamekye I. Reducing the risk of venous thromboembolism following superficial endovenous treatment: a UK and republic of Ireland consensus study. Phlebology 2020;35: 706-714.
3. O'Donnell TF, Eaddy M, Raju A, et al. Assessment ofthrombotic adverse events and treatment patterns associated with varicose vein treatment. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders 2015;3:27-34.
4. Malgor RD, Gasparis AP and Labropoulos N. Morbidityand mortality after thermal venous ablations. Int Angiol 2016;35: 57-61.
5. Parry L. Mother-of-two died two days after varicose veinsurgery. MailOnline, www.dailymail.co.uk/health/article2980924/Mother-two-s-death-varicosevein-surgery-preven ted-husband-claims.html (2015, accessed 24 August 2020).
6. Sutton PA, El-Duhwaib Y, Dyer J, et al. The incidence ofpost operative venous thromboembolism in patients undergoing varicose vein surgery recorded in hospital episode statistics. Ann R Coll Surg Engl 2012;94:481-483.
7. Barker T, Evison F, Benson R, et al. Risk of venousthromboembolism following surgical treatment of superficial venous incompetence. Vasa 2017;46:484-48.