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

DOULEURS et SYNDROME POST-THROMBOTIQUE

PAIN and the POST-THROMBOTIC SYNDROME

J.L. GILLET[1], M. CAZAUBON[2]

R É S U M É

La survenue d'une douleur chez un patient porteur d'un syndrome post-thrombotique (SPT) impose d'éliminer une récidive thrombotique (écho-Doppler, D-Dimères).
La claudication veineuse est pathognomonique d'un syndrome obstructif pelvien. On distingue 2 types de claudication veineuse.
Un SPT peut se compliquer de troubles trophiques (dermo-épidermites, hypodermites, ulcères) souvent responsables de douleurs.
Une attention particulière doit être portée aux signes articulaires représentés par une rétraction des muscles du mollet avec une ankylose de l'articulation de la cheville pouvant être à l'origine de douleurs et d'une invalidité.
En l'absence de trouble trophique, une douleur de type pesanteur (aggravée par la station debout et améliorée par le décubitus avec surélévation des membres et compression élastique) et une fatigabilité à la marche sont classiquement rapportées dans le tableau clinique des SPT.
Bien qu'il s'agisse d'une pathologie fréquente (on estime que 20 à 50 % des patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde vont développer un SPT), il existe peu de données dans la littérature permettant d'apprécier l'incidence de la douleur dans les SPT et son impact sur la qualité de vie.
Dans un travail personnel, nous avons déterminé les scores de sévérité définis par Rutherford pour 60 membres inférieurs consécutifs présentant un SPT avec un reflux fémoro-poplitéo-jambier (grade IV selon Kistner). Sept membres inférieurs (11,7 %) étaient classés C3, 32 (53,3 %) C4, 18 (30 %) C5 et 3 (5 %) C6. La douleur était notée absente ou faible (occasionnelle) dans 85 % des cas et les patients déclaraient pouvoir se livrer à leurs activités habituelles sans ou avec une thérapeutique compressive dans la même proportion.
Si les travaux d'évaluation doivent se poursuivre, un effort doit également porter sur les outils et les moyens de cette évaluation : les tests dont nous disposons sont tous critiquables et manquent de validation en pratique clinique.

Mots-clefs : *syndrome post-thrombotique, douleur, score de sévérité.*

S U M M A R Y

If pain develops in a patient suffering from a post-thrombotic syndrome (PTS) a recurrence of the thrombosis must be excluded (duplex scanning, D-dimers). Venous claudication is pathognomonic of a pelvic obstruction syndrome. There are two types of venous claudication. Trophic disturbances (lipodermatosclerosis, ulcers) may complicate a PTS leading to pain. Particular attention should be paid to joint disturbances manifested by calf muscle contractures with ankylosis of the ankle joint resulting in pain and disability. In the absence of trophic complications, heaviness of the leg (worse on standing and improved on lying with elevation of the leg or with elastic compression) and tiredness of the leg on exercise are classically considered to be manifestations of the PTS. Although this syndrome is common (it is estimated that 20-50 % of patients who suffer a deep vein thrombosis will develop a PTS) there is little data in the literature on the prevalence of pain in the PTS and its impact on quality of life. In a personal series, the AA have assessed the severity scores (Rutherford) in 60 consecutive lower limbs presenting with a PTS associated with a femoropopliteal reflux (Kistner grade IV). Seven lower limbs (11,7 %) were classified as C3, 32 (53,3 %) as C4, 18 (30 %) as C5 and 3 (5 %) as C6. Pain was either absent or slight (occasional) in 85 % and, in the same proportion, the patients stated they could carry out their normal activities with or without compression. Evaluation studies should be continued but improvement in the tools and means of such evaluation is necessary : the available tests are all open to criticism and require practical clinical validation.

Keywords : post-thrombotic syndrome, pain, severity score.

1. 51 bis, avenue du Professeur Tixier 38300 BOURGOIN-JALLIEU.
2. Hôpital Américain de Paris 63, boulevard Victor Hugo 92200 NEUILLY-SUR-SEINE.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 58, n° 1/2005, p. 53-61

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

Le syndrome post-thrombotique (SPT) peut-être défini comme la traduction clinique des anomalies qui surviennent à plus ou moins long terme après une thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs (MI) [1].

Il serait préférable de le dénommer maladie post-thrombotique dans la mesure où sa cause est parfaitement connue.

Rappelons qu'il entre dans le cadre de la maladie veineuse chronique et que chaque patient peut être décrit à l'aide de la classification CEAP [2].

La TVP des membres inférieurs est une pathologie fréquente qui, contrairement aux autres maladies cardio-vasculaires, n'a subi aucune décroissance au cours des trois dernières décennies [3] : l'incidence annuelle est estimée à 1,0 - 1,6 cas pour 1 000 personnes et la prévalence à 4 % de la population adulte [4].

Toutes les TVP ne se compliquent pas d'une maladie post-thrombotique : on estime que 40 à 60 % des patients ayant fait une TVP vont développer un SPT [1] mais les chiffres varient dans la littérature de 10 à 100 %.

Dans ce travail, nous nous intéresserons à la douleur dans le cadre de la maladie post-thrombotique.

La survenue d'une douleur chez un patient porteur d'un SPT impose tout d'abord d'éliminer **une récidive thrombotique**. L'examen écho-Doppler (ED), associant une exploration échographique mode B et un ED pulsé et couleur, est l'exploration à réaliser en première intention. Il existe des critères échographiques permettant de distinguer un thrombus récent d'un thrombus ancien [5] *(Tableau I)*.

En cas de doute, le dosage des D-Dimères (D-D) peut aider le diagnostic. Il est habituellement admis que ce taux se normalise en trois mois [6]. Selon Palareti [7], une valeur normale des D-D trois mois après un épisode thrombo-embolique exclut avec une forte probabilité une récidive thrombotique alors qu'une valeur élevée multiplie ce risque par 2,5. Soulignons qu'aucune étude n'a été réalisée pour comparer l'intérêt du dosage des D-D et celui de l'ED dans le diagnostic des récidives thrombotiques.

La claudication veineuse [8] est pathognomonique d'un syndrome obstructif pelvien. Blättler [9] distingue deux types de claudication veineuse dont les caractéristiques cliniques sont différentes :

– l'une est directement liée au syndrome obstructif. Elle se manifeste par une sensation de serrement ou de crampe intéressant la cuisse ou le MI dans sa totalité ; elle est de survenue tardive et progressive ; elle est améliorée par la surélévation des MI.

– la seconde est une forme neurologique : les veines médullaires devenant des voies de suppléance sont dilatées et compriment les nerfs de la queue de cheval. Le patient décrit une sensation de faiblesse ou d'engourdissement de la région lombaire ou fessière ; elle est bilatérale ; sa survenue est également tardive mais brutale et elle n'est pas améliorée par la surélévation des MI.

Une prise en charge chirurgicale peut être proposée à des patients présentant une claudication veineuse intermittente avec des lésions trophiques et des obstructions siégeant essentiellement à l'étage iliaque. Les pontages en position anatomique ou extra-anatomique (intervention de Palma) ont cédé le pas aux techniques endoluminales (dilatation complétée par le largage d'un stent [10]).

Un SPT peut se compliquer **de troubles trophiques**, source de douleurs et d'invalidité.

Les dermoépidermites

Dans leur forme aiguë, habituellement d'origine bactérienne à streptocoques ou staphylocoques, elles sont responsables de lésions inflammatoires, prurigineuses, parfois suintantes.

Les hypodermites (Fig. 1)

Leur origine étant la stase lymphatique quelle qu'en soit la cause, elles ne sont pas pathognomoniques du SPT.

• *Les formes aiguës* se présentent sous la forme d'un nodule ou d'un placard inflammatoire douloureux, parfois déclenché par une affection intercurrente ou un traumatisme physique ou psychique. Le diagnostic différentiel peut se poser avec les thromboses veineuses superficielles.

• *Les formes subaiguës* peuvent être primitives ou secondaires à la forme aiguë. Elles se présentent sous forme d'une plaque de sclérose ligneuse, rétractile, inflammatoire, douloureuse, de localisation habituellement sus-malléolaire médiale.

• *Les formes chroniques* ; il convient de distinguer la forme scléro-atrophique à peau fine, tendue, froide, brillante, adhérente à l'hypoderme et la forme scléro-

Caractéristiques	Aiguë	Chronique
Aspect de la veine	Distension/parois normales	Diamètre n1/parois épaisses
Compressibilité	Nulle	Partielle
Thrombus	Anéchogène	Échogène rétracté à la paroi
Doppler	Absence de flux	Flux inversé

Tableau I. – Différences échographiques entre thrombose veineuse aiguë et chronique selon Fraser et Anderson [5]

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



Fig. 1. – Hypodermite subaiguë chez une patiente présentant un syndrome post-thrombotique

hypertrophique en poteau responsable d'un blocage douloureux de la cheville.

Les ulcères

Des douleurs importantes à recrudescence nocturne doivent faire évoquer une surinfection.

Dans le cadre du SPT, leur évolution est souvent traînante et les récidives fréquentes, surtout si la compression élastique est mal adaptée.

L'éventualité d'une tumeur maligne greffée sur un ulcère chronique ne doit jamais être oubliée.

Une attention particulière doit être portée **aux signes articulaires** représentés par une rétraction des muscles du mollet avec une ankylose de l'articulation de la cheville qui peut être à l'origine de douleurs.

La mesure de la mobilité de la cheville peut être faite de deux manières :

– lorsque le patient est en décubitus, on note le degré de flexion de sa cheville ;

– si le patient est en orthostatisme, on lui demande de plier les genoux et l'on note l'angle de flexion de la cuisse sur le mollet entraînant un décollement du talon du plan du sol.

Une altération de cette fonction articulaire est un facteur péjoratif chez un patient atteint d'un SPT ; plusieurs travaux [11, 12] ont montré que la lenteur de cicatrisation et les récidives d'ulcères étaient directement liés à la mobilité de l'articulation de la cheville.

En l'absence de trouble trophique, **une douleur de type pesanteur**, aggravée par la station debout et améliorée par le décubitus avec surélévation des MI et compression élastique, une fatigabilité à la marche sont classiquement rapportées dans le tableau clinique des SPT [1, 3]. Des crampes nocturnes, des dysesthésies ou des impatiences nocturnes peuvent également être la conséquence de la stase veineuse mais ne sont pas pathognomoniques du SPT.

MOYENS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DANS LES SPT

La douleur en tant que symptôme isolé est rarement étudiée dans les études de suivi à long terme des TVP. Cependant elle figure dans plusieurs échelles d'évaluation des SPT :

– l'échelle de Villalta [13] attribue un score de 0 à 3 à cinq symptômes, dont la douleur, et à six signes cliniques. Un score de 5 à 14 indique un SPT modéré et un score de 15 ou plus un SPT sévère ;

– pour Ginsberg [14] le diagnostic de SPT repose sur l'existence d'une douleur et d'un œdème depuis au moins un mois, majorés en fin de journée ou en position debout ou assise prolongée, améliorés après une nuit de repos ou par la surélévation des MI, chez un patient ayant eu un épisode de TVP des MI il y a au moins six mois et présentant un reflux veineux profond objectivé en ED ;

– parallèlement à la classification CEAP, qui n'a qu'une valeur descriptive et ne permet pas de quantifier la sévérité de la MVC, des scores de sévérité ont été proposés [15] puis remaniés en 2000 par Rutherford [16]. La douleur est un des 10 items évalués dans le score de sévérité clinique ; elle est cotée de 0 à 3 *(Tableau II)*. Le score d'invalidité permet d'apprécier l'impact de la douleur sur la vie quotidienne du patient. Il est également coté de 0 à 3 *(Tableau III)* ;

	Absente = 0	**Faible = 1**	**Modérée = 2**	**Sévère = 3**
Douleur	Aucune	**Occasionnelle**, ne limitant pas l'activité ou ne nécessitant pas d'analgésiques	**Quotidienne**, limitant faiblement l'activité, nécessitant occasionnellement des analgésiques	**Quotidienne**, limitant de façon importante l'activité ou nécessitant la prise régulière d'analgésiques

Tableau II. – Item « douleur » dans le score de sévérité clinique

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

– l'évaluation peut également faire appel aux questionnaires de qualité de vie, non spécifiques ou spécifiques dans la maladie veineuse, et aux échelles visuelles analogiques, numériques ou verbales.

Toutes ces différentes échelles et scores ont été plus ou moins évalués et validés en étant utilisés dans divers travaux [17-19] mais ils manquent tous de validation en pratique clinique courante.

Prise en charge thérapeutique

Il n'est pas dans notre intention de développer ici le traitement du SPT [1]. Nous nous limiterons à souligner quelques notions fondamentales.

Traitement médical

En l'absence de traitement curatif du SPT, il ne pourra être que préventif et palliatif. Un diagnostic précoce et un traitement optimisé des TVP permettent de réduire le risque de survenue d'un SPT sévère. Dans les suites d'une TVP le port d'une compression élastique est essentiel, tout comme la prévention d'une nouvelle TVP.

Le traitement palliatif d'un SPT repose sur la compression, élastique ou inélastique. D'autres méthodes physiques (marche avec le port d'une compression élastique, cures déclives, pressothérapie, drainage lymphatique manuel, kinésithérapie, crénothérapie…), peuvent aider à la prise en charge d'un SPT.

On éduquera le patient au respect des règles hygiéno-diététiques veineuses.

Des traitements médicamenteux, essentiellement antibiotiques ou anti-inflammatoires, sont utilisés dans des indications spécifiques ponctuelles.

La sclérothérapie, le plus souvent avec échoguidage et injection du produit sclérosant sous forme de mousse, est une alternative au traitement chirurgical de l'insuffisance veineuse superficielle et des veines perforantes incontinentes.

Traitement chirurgical

Il s'agit de :

– la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle ;

– la chirurgie des perforantes (chirurgie endoscopique des perforantes sous-fasciales – CEPS) ;

– la chirurgie du réseau veineux profond à visée restauratrice dont les indications sont limitées.

Travail personnel

L'objectif de notre travail était d'apprécier la douleur et l'invalidité chez des patients présentant un SPT avec un reflux veineux profond (RVP) fémoro-poplitéo-jambier.

Matériel et méthode

1 – De septembre 2001 à avril 2004 (32 mois), 60 MI présentant une IVC, c'est-à-dire les classes C3 à C6 de la classification CEAP, avec un RVP fémoro-poplitéo-jambier d'origine post-thrombotique (classification « ES » dans la classification CEAP), ont été inclus de manière prospective et consécutive.

L'exploration vasculaire reposait sur l'écho-Doppler (ED) qui explorait de façon bilatérale l'ensemble des réseaux veineux profonds, superficiels et les veines perforantes.

Ont été inclus les patients présentant un RVP d'une durée supérieure ou égale à 1 seconde au niveau de la veine fémorale (VF) à mi-cuisse ainsi qu'au niveau de la veine poplitée (VP) *(Figs 2-4)*, et d'au moins 0,5 seconde au niveau des veines fibulaires et/ou des veines tibiales postérieures au 1/3 inférieur de la jambe [20, 21] *(Figs 5-7)*. Ces reflux correspondaient aux reflux de grade 4 selon la classification de Kistner [22].

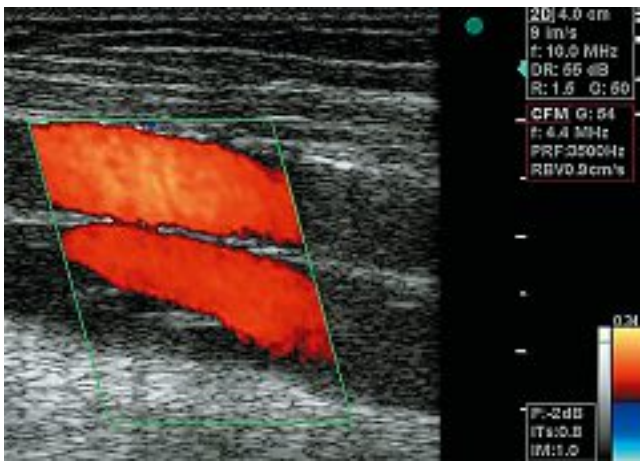


Fig. 2. – Écho-Doppler veineux couleur dans un syndrome post-thrombotique : reflux dans la veine fémorale (superficielle)

Score	Patient
0	Asymptomatique
1	Symptomatique mais pouvant se livrer à ses activités sans compression
2	Pouvant se livrer à ses activités habituelles avec une compression ou/et l'élévation des membres inférieurs
3	Incapable de se livrer à ses activités habituelles même avec une compression ou/et l'élévation des membres inférieurs

Tableau III. – Score d'invalidité

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

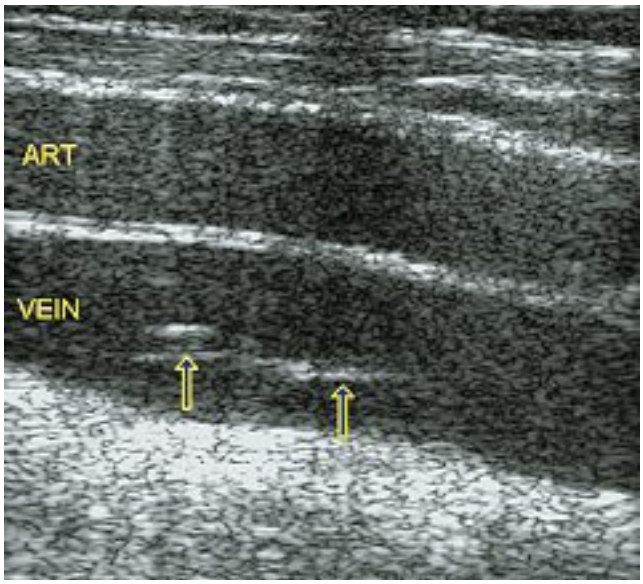


Fig. 3. – Échographie mode B de la veine fémorale (superficielle) : présence de formations endoluminales témoignant de séquelles de thrombose

Les reflux de la veine fémorale commune (VFC) et de la terminaison de la veine fémorale profonde étaient recherchés par une épreuve de Valsalva, le patient étant en décubitus dorsal. Les reflux de la VF et de la VP étaient recherchés en exerçant une compression distale, le patient étant en orthostatisme. Un reflux était recherché au 1/3 inférieur de la jambe dans les veines fibulaires et tibiales postérieures chez un patient assis au bord de la table d'examen, les jambes pendantes reposant sur le tabouret d'examen, en exerçant une compression distale. Les veines gastrocnémiennes et les veines soléaires ont été explorées en deux temps : dans un premier temps, par une compression musculaire distale, le patient étant en orthostatisme, le genou légèrement fléchi et le mollet relâché ; puis par une compression musculaire distale, le patient étant assis au bord de la table comme décrit précédemment. Un reflux dans ces veines musculaires du mollet

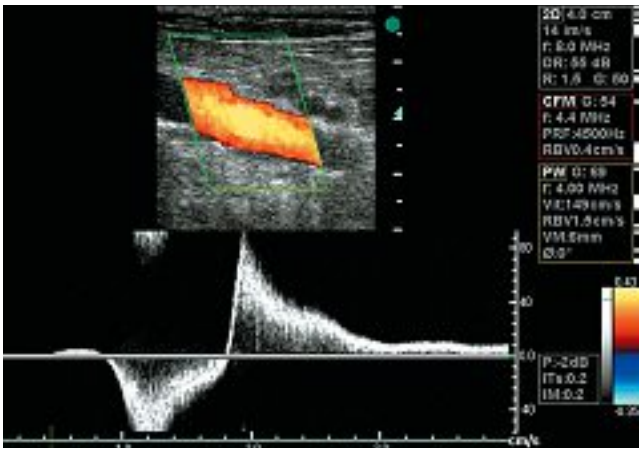


Fig. 4. – Écho-Doppler veineux couleur avec Doppler pulsé dans un syndrome post-thrombotique : reflux de plus de 2 secondes dans la veine poplitée

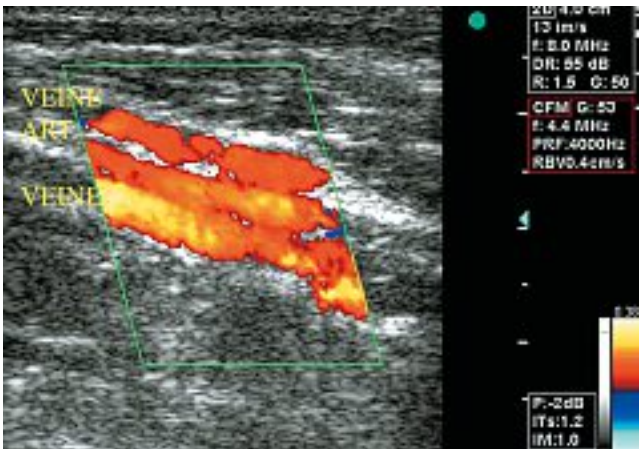
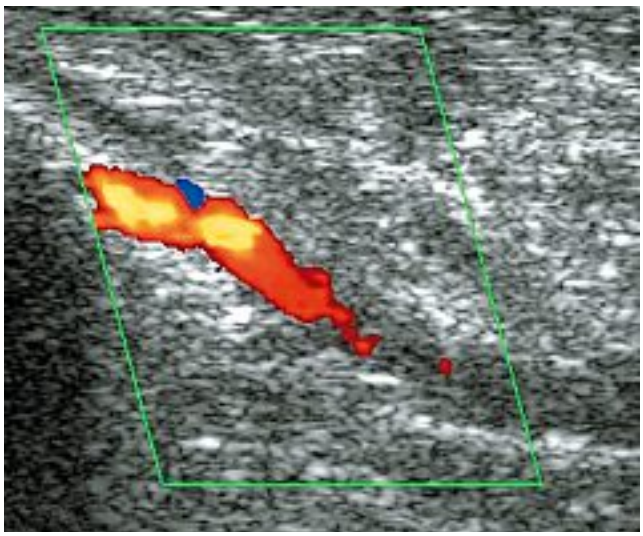
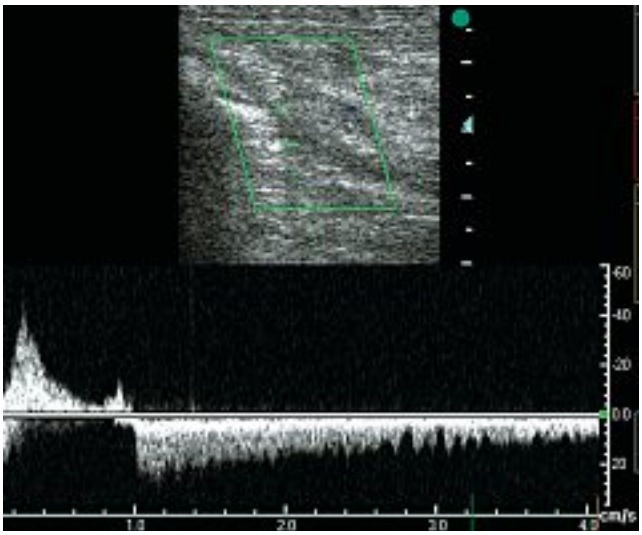


Fig. 7. – Écho-Doppler veineux couleur avec Doppler pulsé dans un syndrome post-thrombotique : reflux dans les veines tibiales postérieures au tiers inférieur de la jambe





Figs 5 et 6. – Écho-Doppler veineux couleur et Doppler pulsé dans un syndrome post-thrombotique : reflux dans une veine fibulaire au tiers inférieur de la jambe

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

supérieur ou égal à 0,5 seconde a été considéré comme significatif.

2 – Ont été exclus :

• Les patients présentant un SPT obstructif associé hémodynamiquement significatif afin que le trouble hémodynamique induit par le syndrome obstructif n'interfère pas avec celui du reflux dans l'évaluation du SPT.

Les critères suivants ont été retenus comme étant significatifs d'une composante obstructive d'un SPT [1, 2] :

– une obstruction supérieure à 50% sur un segment de longueur quelconque de la VP ou de la VF ;

– une VF ou une VP remaniée et rétractée dont le calibre, mesuré en orthostatisme, était inférieur ou égal à 5 mm ;

– un flux, étudié par Doppler pulsé au niveau de la VFC, asymétrique et diminué par rapport à la VFC controlatérale lors des mouvements respiratoires et des épreuves de Valsalva.

• Les SPT secondaires à une TVP datant de moins de 1 an.

• Les reflux ne s'étendant pas au 1/3 inférieur de la jambe (correspondant aux grades 2 et 3 de la classification de Kistner) ou ne répondant pas aux critères hémodynamiques précisés plus haut.

• Les patients grabataires ou n'ayant qu'une mobilité très réduite.

• Les patients présentant une altération mentale rendant l'interrogatoire impossible.

• Les RVP d'origine non post-thrombotique. Les SPT ont été distingués des insuffisance veineuses profondes primitives (IVPP) par la mise en évidence à l'exploration ED d'anomalies morphologiques des troncs veineux profonds témoignant de séquelles post-thrombotiques (présence d'un remaniement valvulaire ou de calcifications pariétales). Chez certains patients un examen phlébographique ou ED réalisé lors d'un épisode aigu apportait la preuve d'une TVP initiale. La survenue de signes cliniques d'IVC alors que le patient était jeune en l'absence d'un tableau clinique évocateur d'une thrombose veineuse profonde est évocateur d'une IVPP.

• Une évaluation des patients étant programmée sur une durée de 5 ans, nous avons également exclu les patients ne pouvant se soumettre à ce suivi.

3 – La classification CEAP complète a été déterminée et les scores de sévérité clinique, de sévérité anatomo-physiopathologique (reflux) et d'invalidité ont été calculés pour tous les patients. Pour ce travail, nous avons évalué la douleur, item du score de sévérité clinique, et le score d'invalidité.

RÉSULTATS

1 – Soixante MI chez 53 patients (33 femmes et 20 hommes) ont été inclus. Il y avait 7 SPT bilatéraux.

L'âge moyen était de 67,7 ans avec des extrêmes de 31 et 85 ans.

L'ancienneté de la TVP initiale était en moyenne de 25,7 ans avec des extrêmes de 2 et 58 années.

Trente-neuf patients (39/60 = 65 %) ont déclaré n'avoir présenté qu'un seul épisode de TVP du MI évalué alors que 21 patients (21/60 = 35 %) auraient présenté plusieurs épisodes de TVP de ce MI.

Quatre patients répondant aux critères cliniques et hémodynamiques d'inclusion n'ont pas été inclus : il s'agissait une fois d'un patient grabataire, une fois d'un patient dont l'interrogatoire était impossible en raison d'une déficience mentale et de deux patients qui ne pouvaient pas se soumettre à un suivi car ils ne résidaient pas dans la région.

2 – Les résultats concernant les stades cliniques, la douleur et le score d'invalidité sont reportés dans les *Tableaux IV, V* et *VI*.

Tous les MI étaient classés C3 ou plus et 88,3 % des MI présentaient un stade clinique sévère : C4, C5 ou C6.

Stade clinique	Nombre de MI
C3	7 (11,7 %)
C4	32 (53,3 %)
C5	18 (30 %)
C6	3 (5 %)

MI : Membre inférieur.

Tableau IV. – Répartition des stades cliniques

Cotation de la douleur	Nombre de MI
0	20 (33,3 %)
1	31 (51,7 %)
2	5 (8,3 %)
3	4 (6,7 %)

MI : Membre inférieur.

Tableau V. – Cotation de la douleur dans le score de sévérité clinique

Cotation du score d'invalidité	Nombre de MI
0	20 (33,3 %)
1	9 (15 %)
2	22 (36,7 %)
3	4 (6,7 %)
Incalculable	5 (8,3 %)

MI : Membre inférieur.

Tableau VI. – Score d'invalidité

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

On observe une corrélation parfaite entre la douleur et le score d'invalidité. En effet, dans 85 % des cas, la douleur était absente ou faible et les patients pouvaient se livrer à leurs activités habituelles (cotation 0, 1 ou 2) dans le même nombre de cas ; une douleur significative (modérée ou sévère) était notée dans 15 % des cas et les patients ne pouvaient pas se livrer à leurs activités habituelles dans la même proportion.

Nous avons considéré que le score d'invalidité était incalculable lorsqu'un patient ne pouvait pas se livrer à ses activités habituelles mais qu'il ne portait pas de compression et ne pratiquait pas la surélévation des MI.

Nous avons analysé les résultats en fonction du stade clinique : nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le stade clinique et la douleur ou le score d'invalidité.

Ces résultats sont reportés dans les *Tableaux VII, VIII* et *IX*.

Douleur		Score d'invalidité	
0	0 (0 %)	0	0 (0 %)
1	5 (71,4 %)	1	2 (28,6 %)
2	0 (0 %)	2	2 (28,6 %)
3	2 (28,6 %)	3	2 (28,6 %)
		X	1 (14,3 %)

X : incalculable. MI : Membre inférieur

Tableau VII. – Cotation de la douleur et du score d'invalidité dans le groupe des MI classés C3 (n = 7)

Douleur		Score d'invalidité	
0	13 (40,6 %)	0	13 (40,6 %)
1	15 (46,9 %)	1	5 (15,6 %)
2	4 (12,5 %)	2	10 (31,3 %)
3	0 (0 %)	3	1 (3,1 %)
		X	3 (9,4 %)

X : incalculable. MI : Membre inférieur

Tableau VIII. – Cotation de la douleur et du score d'invalidité dans le groupe des MI classés C4 (n = 32)

Le stade clinique C6 n'a pas été analysé en raison de son faible effectif (n = 3).

Nous n'avons pas mis en évidence une influence du port de la compression élastique sur l'item « douleur » ; en effet, l'analyse statistique (test de Fisher) ne montre pas de différence significative entre les groupes de patients avec et sans compression *(Tableau X)*.

DISCUSSION

1) L'analyse de nos résultats est en faveur d'un faible impact fonctionnel d'un SPT même dans un

Douleur		Score d'invalidité	
0	7 (38,9 %)	0	7 (38,9 %)
1	10 (55,6 %)	1	2 (11,1 %)
2	1 (5,6 %)	2	9 (50 %)
3	0 (0 %)	3	0 (0 %)
		X	0 (0 %)

X : incalculable. MI : Membre inférieur

Tableau IX. – Cotation de la douleur et du score d'invalidité dans le groupe des MI classés C5 (n = 18)

Douleur	Avec compression (n = 39)	Sans compression (n = 21)
0 ou 1	32/39 (82 %)	19/21 (90,5 %)
2 ou 3	7/39 (18 %)	2/21 (9,5 %)

Tableau X. – Cotation de la douleur selon le port ou non de la compression élastique

groupe de patients présentant une IVC (tous les MI étaient classés de C3 à C6) *(Fig. 8)*. Le port d'une compression élastique efficace ne peut expliquer cette bonne tolérance puisque dans le groupe de patients qui ne portaient pas de compression, une douleur significative n'était relevée que dans 9,5 % des cas.

Pour expliquer ce faible impact apparent, nous pouvons bien entendu souligner le caractère subjectif de l'item « douleur » et peut-être encore davantage celui de la proposition *« pouvoir se livrer à ses activités habituelles définies comme étant celles auxquelles se livrait le patient avant l'apparition de la maladie veineuse »*.

Le fait que seulement 15 % des patients se sentent handicapés par leur IVC témoigne vraisemblablement d'une adaptation personnelle des activités à une pathologie chronique d'installation progressive, par-



Fig. 8. – Malgré la présence de troubles trophiques importants au tiers inférieur de la jambe, ce patient ne signalait aucune douleur (cotation 0)

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

fois ancienne, et qui est, en fin de compte, ressentie comme peu invalidante. D'autre part il est souvent difficile de distinguer l'invalidité secondaire à la MVC et la réduction d'activité liée à l'âge ou aux pathologies intriquées notamment mécaniques.

2) Bien qu'il s'agisse d'une pathologie dont nous avons souligné la grande fréquence, il n'existe que peu de données dans la littérature permettant d'apprécier l'incidence de la douleur dans les SPT et son impact sur la qualité de vie.

Kahn [23] a inclus 41 patients dont 19 (46 %) présentaient un SPT. Avec un questionnaire spécifique, elle a montré que la qualité de vie était significativement moins bonne dans le groupe de patients présentant un SPT que celle des patients ayant présenté une TVP mais qui n'avaient pas de SPT. Cette qualité de vie se détériore avec la sévérité clinique du SPT.

Meissner [24] a conduit une étude prospective portant sur 73 MI (68 patients). Avec un suivi supérieur à 3 ans, une douleur était notée seulement dans 18 % des cas.

L'étude d'Édimbourg [25] a montré le peu de corrélation entre l'existence d'un reflux en écho-Doppler et les symptômes des patients présentant une maladie veineuse chronique.

Ceci semble se retrouver dans le cadre particulier de la maladie veineuse post-thrombotique et on retient peu de corrélations entre reflux-douleur et intensité du syndrome post-thrombotique.

Les travaux de l'équipe de Coleridge-Smith [26] montrent également qu'il n'existe pas de lien entre les symptômes du patient présentant une maladie veineuse chronique, dont la douleur, et les marqueurs de l'inflammation.

Plusieurs travaux ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre le siège de la thrombose et les signes cliniques du SPT [17, 27].

CONCLUSION

La survenue d'une douleur chez un patient présentant un SPT impose en premier lieu d'éliminer une récidive thrombotique. Ce diagnostic repose sur la réalisation d'un ED complété éventuellement d'un dosage des D-D.

Il est important de ne pas méconnaître une claudication veineuse et ses différentes formes d'expression clinique.

Bien que le SPT soit une pathologie fréquente, nous manquons de travaux scientifiques permettant d'apprécier réellement l'importance de la douleur et l'impact sur la qualité de vie de cette affection.

En pratique courante, des douleurs sont essentiellement présentes lorsqu'il existe des troubles trophiques.

En présence d'un SPT bien contrôlé par le traitement médical associant compression élastique, marche régulière et cures déclives, il semble, d'après les données disponibles dans la littérature et celles fournies par notre travail personnel, que des douleurs significatives, c'est-à-dire imposant au patient une modification de son activité, soient peu fréquentes : 15 à 20 % des cas.

Le caractère subjectif de la douleur et l'adaptation personnelle à une pathologie chronique d'installation progressive peuvent expliquer ce faible pourcentage de patients qui se sentent handicapés par leur IVC.

Un effort doit également porter sur les moyens d'évaluation de la douleur et de son impact sur la qualité de vie ; les tests dont nous disposons actuellement sont tous critiquables et ils manquent de validation en pratique clinique courante.

Nous remercions le Docteur F.A. Allaert et son Équipe du Centre d'Évaluation des Biotechnologies « CENBIOTECH » de Dijon pour son aide dans l'analyse statistique.

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

RÉFÉRENCES

1 Perrin M., Gillet J.L., Guex J.J. Syndrome post-thrombotique. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés). *Angéiologie*; 2003 : 12 p.

2 Porter J.M., Moneta G.L., et al. International Consensus Commitee on Chronic Venous Disease. Reporting standards in venous disease : an update. *J Vasc Surg* 1995 ; 27 : 635-45.

3 Kahn S.R., Ginsberg J.S. The post-thrombotic syndrome : current knowledge, controversies and directions for future research. *Blood Reviews* 2002 ; 16 : 155-65.

4 Coon W.W., Willis P.W., Keller J.B. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh Community Health Study. *Circulation* 1973 ; 48 : 839-46.

5 Fraser J.D., Anderson D.R. Deep venous thrombosis : recent advances and optimal investigations with US. *Radiology* 1999 ; 211 : 9-24.

6 Kevorkian J.P., Halimi C., Segrestaa J.M., et al. Monotoring of patients with deep-vein thrombosis during and after anticoagulation with D-dimer. *Lancet* 1998 ; 351 : 571-2.

7 Palareti G., Legnani C., Cosmi B., et al. Predictive value of D-dimer test for recurrent venous thromboembolism after anticoagulation withdrawal in subjects with a previous idiopathic event and carriers of congenital thrombophilia. *Circulation* 2003 ; 108 : 313-8.

8 Tripolitis A.J., Milligan E.B., Bodily K.C., Strandness D.E.J. The physiology of venous claudication. *Am J Surg* 1980 ;139 : 447-8.

9 Blättler W., Blättler I.K. Relief of obstuctive pelvis venous symptoms with endoluminal stenting. *J Vasc Surg* 1999 ; 29 : 484-8.

10 Raju S., Fredericks R. Late hemodynamic sequelae of deep venous thrombosis. *J Vasc Surg* 1986 ; 4 : 73-9.

11 Back T.L., Padberg F.T., Araki C.T., Thompson P.N., Hobson R.W. II. Limited range of motion is a significant factor in venous ulceration. *J Vasc Surg* 1995 ; 22 : 519-23.

12 Ohgi S., Tanaka K., Araki T., Ito K., Hara H., Mori T. Quantitative evaluation of calf muscle pump function after deep vein thrombosis by non-invasive venous tests. *Phlebology* 1990 ; 5 : 51-9.

13 Villalta S., Bagatella P., Picciolo A., Lensing A.X.A., Prins M.H., Prandoni P. Assessment of validity and reproductibility of a clinical scale for the post-thrombotic syndrome (abstract). *Haemostasis* 1994 ; 24 : 158 a.

14 Ginsberg J.S., Hirsh J., Julian J., et al. Prevention and treatment of postphlebitic syndrome : results of a 3 part study. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 2105-9.

15 Beebe H.G., Bergan J.J., Bergqvist D., et al. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. *International Angiology* 1995 ; 14 : 198-201.

16 Rutherford R.B., Padberg F.T., Comerota A.J., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L. Venous severity scoring : an adjunct to venous outcome assessment. *J Vasc Surg* 2000 ; 31 : 1307-12.

17 Prandoni P., Lensing A.W.A, Cogo A., et al. The long term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1996 ; 125 : 1-7.

18 Meissner M.H., Natiello C., Nicholls S.C. Performance characteristics of the venous clinical severity score. *J Vasc Surg* 2002 ; 36 : 889-95.

19 Perrin M., Dedieu F., Jessent V., Blanc M.P. Une appréciation des nouveaux scores de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. *Phlébologie* 2003 ; 56 : 127-36.

20 Haenen J.H., Janssen M.C.H., Van Lagen H., et al. The postthrombotic syndrome in relation to venous hemodynamics, as measured by means of duplex scanning and dtrain-gauge plethysmography. *J Vasc Surg* 1999 ; 29 : 1071-6.

21 Labropoulos N., Tiongson J., Tassiopoulos A.K., Kang S.S., Mansour M.A., Baker W.H. Definition of venous reflux in lower extremity veins. *J Vasc Surg* 2003 ; 38 : 793-8.

22 Kistner R.L., Eklöf B., Masuda E.M. Diagnosis of chronic venous disease of the lower extremities : the CEAP classification. *Mayo Clin Proc* 1996 ; 71 : 338-45.

23 Kahn S.R, Hirsch A., Shrier I. Effect of postthrombotic syndrome on health-related quality of life after deep venous thrombosis. *Arch Intern Med* 2002 ; 162 : 1144-8.

24 Meissner M.H., Caps M.T., Zierler B., Polissar N., Bergelin R., Manzo R., Strandness D.E. Determinants of chronic venous disease after acute deep venous thrombosis. *J Vasc Surg* 1998 ; 28 : 826-33.

25 Bradbury A., Evans C.J., Allan P., Lee A.J., Ruckley C.V., Fowkes F.G. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography : the Edinburg Vein Study. *J Vasc Surg* 2000 ; 32 : 921-31.

26 Howlader M.H., Coleridge-Smith P.D. Symptoms of chronic venous disease and association with systemic inflammatory markers. *J Vasc Surg* 2003 ; 38 : 950-4.

27 Heldal M., Seem E., Sandset P.M., Abilgaard U. Deep vein thrombosis : a 7-year follow-up study. *J Intern Med* 1993, 234 : 71-5.