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

Prévention de la récidive de TVP par l'aspirine.

Aspirin for Preventing the Recurrence of Venous Thromboembolism.

Becattini C., Agnelli G., Schenone A., Eichinger S., Bucherini E., Silingardi M., Bianchi M., Moia M., Ageno W., Vandelli M.R., Grandone E., Prandoni P. for the WARFASA Investigators. N. Engl. J. Med. 2012 ; 366 : 1959-67.

Chleir F.

Le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs est assez bien codifié actuellement.

Néanmoins, deux problèmes se posent : quel est le moment idéal pour arrêter le traitement et que faire pour éviter la récidive ?

Le risque de récidive est élevé, notamment chez les patients ayant une TVP non provoquée : 20 % de récidive dans les 2 ans après arrêt des AVK.

On sait que le risque de TVP diminue en prolongeant le traitement par AVK, mais que le risque hémorragique augmente de manière significative (2 % par an d'hémorragie avec un INR entre 2 et 3).

L'intérêt de l'aspirine en prévention primaire ou secondaire dans la maladie athéromateuse est connu.

En ce qui concerne la prévention primaire ou secondaire de la TVP, il persiste beaucoup d'interrogations.

Becattini et al. viennent de publier les résultats de l'étude WARFASA (warfarine + aspirine) qui avait pour but d'évaluer la place de l'aspirine dans la prévention secondaire de la TVP après arrêt des AVK.

Cette étude multicentrique a évalué le rôle de l'aspirine dans la prévention de la récidive après un premier épisode de TVP non provoquée.

402 patients ont été traités par warfarine pendant 6 à 18 mois, selon le protocole habituel, en fonction de la localisation de la thrombose.

À la fin du traitement par la warfarine, il y a eu randomisation.

Ils recevaient, soit un traitement par aspirine (100 mg/j), soit un placebo.

On retrouve une récidive chez 28 des 205 patients traités par aspirine (6,6 %) et 43 de 197 patients (11,2 %) de ceux ayant reçu le placebo.

La réduction du taux de récidive est de 40 % avec un RR = 0,58 et un IC de 95 % : 0,36 à 0,93.

Un patient dans chaque groupe a présenté un épisode hémorragique.

Les résultats de l'étude WARFASA montrent un bénéfice à traiter les patients par aspirine après arrêt du traitement par AVK.

La question du risque hémorragique se pose certainement à grande échelle et il faudra probablement, ultérieurement, stratifier des sous-groupes de patients ayant un risque hémorragique majoré.

L'autre question est la même que pour le traitement avec les AVK : à quel moment la courbe du risque hémorragique croise la courbe du risque de récidive de TVP ?

En clair, pendant combien de temps faut-il traiter ces patients par aspirine ?

Dr Franck Chleir. E-mail : chleir@aol.com