

Long-term outcome after additional catheter-directed thrombolysis *versus* standard treatment for acute iliofemoral deep vein thrombosis (the CaVenT study): a randomised controlled trial.

Résultats à long terme de la thrombolyse par cathéter (in situ) vs traitement anticoagulant dans les thromboses des veines iliaques et fémorale commune (Étude CaVenT): un essai contrôlé randomisé.

Enden T., Haig Y., Slagsvold CE., et al. Lancet 2012 ; 3, 79 : 31-8.

Perrin M.

Abréviations utilisées

ECR : essai contrôlé randomisé
TVPIFC : thrombose veineuse profonde iliofémorale commune
TAC : traitement anticoagulant classique
TISC : thrombolyse in situ par cathéter
SPT : syndrome post thrombotique
CI : intervalle de confiance (confidence interval)
RR : risque relatif (relative risk)

Classification de l'article

Essai contrôlé randomisé (ECR) multicentrique ouvert.

Résumé

But de l'étude

Il était de comparer à moyen terme la survenue d'un syndrome post-thrombotique (SPT) et la perméabilité après thrombose veineuse profonde ilio-fémorale commune (TVPIFC) après traitement anticoagulant classique (TAC) et thrombolyse *in situ* par cathéter (TISC).

Méthodes

Les patients de 18 à 75 ans qui présentaient une TVPIFC de moins de 21 jours ont été randomisés entre TAC et TISC. Deux paramètres ont été mesurés : le score de Vilalta* à 24 mois et la perméabilité des veines traitées à 6 mois. L'analyse a été faite sur tous les patients selon le critère « intention de traiter ».

* Dans cette étude il a été admis que lorsque le score de Vilalta était supérieur à 5, le malade présentait un SPT.

Analyses d'articles publiés dans des revues internationales de phlébologie

Résultats

209 patients (70 femmes, âge moyen 52 ans) ont bénéficié d'un TAC (n = 108) ou d'un TISC (n = 101). À 24 mois, 90 % des malades ont été contrôlés (189/209) répartis de façon égale entre les 2 groupes thérapeutiques.

À 24 mois, 37 patients traités par TISC présentaient un SPT (41,1 %, 95 % CI 31,5–51,4).

Chez les patients soumis à un TAC, 55 accusaient un SPT (55,6 %, 95 % CI 45,7–65,0), $P = 0,047$.

Cette différence correspond à une réduction absolue de risque de 14,4 % (95 % CI 0,2–27,9) et le nombre de patients nécessaires pour obtenir un bénéfice était de 7 (95 % CI 4–502).

À 6 mois, la perméabilité l'axe veineux iliofémoral commun perméable était identifiée chez 58 patients dans le groupe TISC (65,9 %, 95 % CI 55,5–75,0) *versus* 45 dans le groupe TAC (47,4 %, 37,6–57,3), $P = 0,012$.

Vingt complications hémorragiques ont été identifiées dans le groupe TISC, dont 3 majeures, non létales.

Commentaire

Les résultats à court terme de cet ECR ont été analysés dans Phlébologie 2012 ; 2 : 70-1.

Les résultats à moyen terme de cette étude confirment le bien-fondé de la thrombolyse dans les TVPIFC.

Si le résultat est à la limite de la significativité, il est possible que cela soit lié à l'inclusion des patients jusqu'à 21 jours.

Il se dessine un large consensus pour traiter dans les pays anglo-saxons et nordiques les TVPIFC par thrombolyse, ou mieux par thrombectomie pharmaco-mécanique (procédés : Trellis, AngioJet, EKOS).

Actuellement de nombreuses études sont en cours : ATTRACT aux États-Unis, CaVenT en Norvège et CAVA aux Pays-Bas.

Les résultats à moyen terme rapportés dans les congrès sont en faveur de ces traitements opératoires, mais l'hétérogénéité des séries analysées ne permet pas de recommandation forte.

La thrombectomie pharmaco-mécanique semble fournir de meilleurs résultats [1, 2, 3].

Une méta-analyse récente comparant le TAC à la thrombectomie pharmaco mécanique révèle que cette dernière réduit le risque :

- de la survenue d'un syndrome post-thrombotique (RR, 0,19; 95 % CI, 0,07-0,48) ;
- de la persistance d'une obstruction (RR, 0,38; 95 % CI, 0,18-0,37) ;
- de la présence beaucoup moins significative d'un reflux (RR, 0,38; 95 % CI, 0,18-0,37) [4].

Les recommandations en matière de traitement des thromboses veineuses profondes que nous analyserons en détail dans un prochain numéro viennent de faire l'objet d'une mise au point récente par l'*American Venous Forum* et la *Society for Vascular Surgery* [5].

Références

1. Martinez J., Comerota A.J., Kazanjian S., DiSalle R.S., Sepanski D.M., Assi Z. The quantitative benefit of isolated, segmental, pharmacomechanical thrombolysis for iliofemoral DVT. *J. Vasc. Surg.* 2008 ; 48(6) : 1532-7.
2. Lin P.H., Zhou W., Dardik A., Mussa F., Kougias P., Hedayat N., et al. Catheter-direct thrombolysis *versus* pharmacomechanical thrombectomy for treatment of symptomatic lower extremity deep venous thrombosis. *Ann. J. Surg.* 2006 ; 192 : 782-8.
3. Parikh S., Motarjeme A., McNamara T., Raabe R., Hagspiel K., Benenati J.F., et al. Ultrasound accelerates thrombolysis for the treatment of deep venous thrombosis: initial clinical experience. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2008 ; 19 : 521-8.
4. Casey E.T., Murad H.M., Zuameta-Garcia M., Elamin MB., Shi Q., Erwin P.J., et al. Treatment of acute iliofemoral deep vein thrombosis. *J. Vasc. Surg.* 2011 ; 55 : 1463-73.
5. Meissner M.H., Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C., Eklöf B.G., Gillespie D.L., et al. Early thrombus removal strategies for acute deep venous thrombosis: Clinical Practices Guidelines of the Society of Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J. Vasc. Surg.* 2012 ; 55 : 1449-62.