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

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2012, 65, 3, p. 68-71

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

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.*

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

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., Hedayati 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., Gillepsie 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.