

FIGURE 7 : *Le CT veineux.*

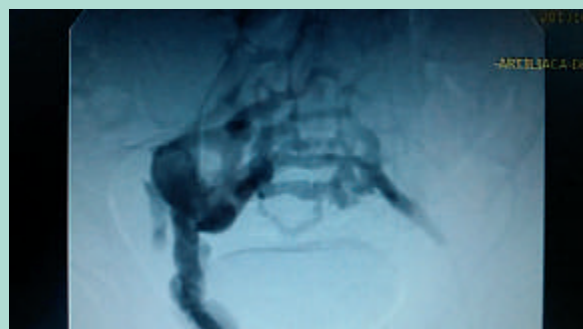


FIGURE 8 : L'angiographie veineuse.

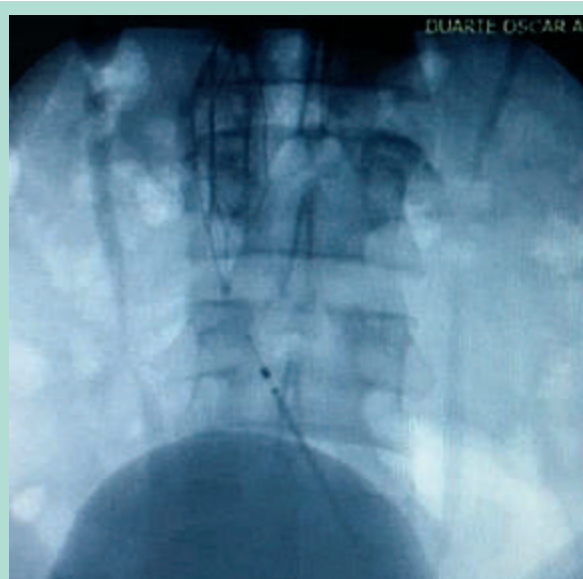


FIGURE 9 : L'introducteur et le stent après l'angioplastie.



FIGURE 10 : Angiographie de contrôle. La veine iliaque est complètement perméable.

Le second temps après placement d'un filtre temporaire dans la veine cave inférieure comporte la mise en place de deux stents auto-expansibles avec libération du médicament.

La **Figure 9** montre l'introducteur et l'un des deux stents.

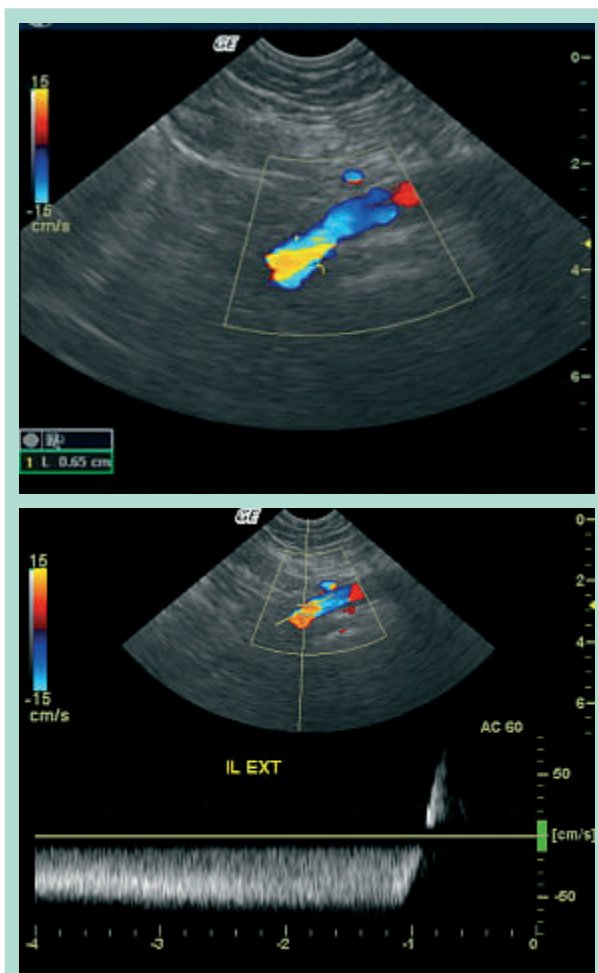


FIGURE 11 : Le contrôle échodoppler.

La **Figure 10** montre, une fois la procédure terminée, la reperméabilisation de la veine iliaque sur toute sa longueur...

La **Figure 11** illustre le contrôle avec échodoppler.

Le suivi clinique montre que la circulation veineuse collatérale au niveau de la cuisse et de l'abdomen a disparu et qu'aucun œdème distal ne persiste (**Figure 12**).

Discussion

Face à un tableau clinique avec ces caractéristiques, le médecin devrait adopter une stratégie pour chaque patient.

S'il est vrai que les pierres angulaires du traitement de la thrombose veineuse profonde sont l'anticoagulation et l'élasto-compression, dans ce cas et compte tenu de l'âge du patient il a été décidé de réaliser une intervention endoluminale pour prévenir ou réduire la survenue d'un syndrome post-thrombotique.



FIGURE 12 : *Contrôle clinique. Il n'y a aucune circulation collatérale ni œdème du membre.*

Conclusion

Ce patient n'avait pas un syndrome de May-Turner, et il n'avait pas une anomalie congénitale de la veine cave inférieure non plus.

Les veines abdominales et celles des membres inférieurs doivent être considérées comme une unité anatomo-fonctionnelle et toutes les explorations diagnostiques doivent inclure les deux segments.

Les procédures thérapeutiques endoluminales des TVP sont souvent prises en compte comme une deuxième option, mais dans certains cas elles doivent être mises en œuvre en première intention afin de réduire les séquelles du syndrome post-thrombotique secondaire.

Le patient doit ensuite être soumis à un traitement continu aux anticoagulants et au port au long cours de bas élastiques de compression médicale.

Références

1. Uppal B., Queral L.A., Hernández-Lahoz Ortiz I. Recanalización endovascular de la vena ilíaca en un paciente con síndrome postrombótico. *Angiología*, ISSN 0003-3170. 2006 ; 58,3 : 239-43.
2. Dong K.K., Jung H.K., Sun H.S., Jong Hyeog L. Deep Vein Thrombosis Associated with May-Thurner Syndrome in an Amyotrophic Lateral Sclerosis Patient – A Case Report. *Ann. Rehabil. Med.* 2011 ; 35(3) : 441-4.
3. Wysokinska E.M., Sobande F., Wysokinski W.E., Bjarnason H., McBane R.D. Iliac vein thrombosis: feasibility assessment of randomized controlled trials of endovascular pharmacomechanical thrombolysis. *J. Thromb. Haemost.* 2010 Sep ; 8(9) : 1943-9.
4. Ami Naik B.S., Taimur M., Aney A., Vijay Rajput M. Iliac vein compression syndrome: An underdiagnosed cause of lower extremity deep venous thrombosis. *J. Hosp. Med. Phlebology* September 2010 ; 5, 7 : E12-E13.

5. Prandoni P., Lensing A.W.A., Cogo A. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann. Intern. Med.* 1996 ; 125 : 1-7.
6. Raju S., Owen S. Jr, Neglen P. The clinical impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. *J. Vasc. Surg.* 2002 ; 35 : 8-15.
7. May R., Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology* 1957 ; 8 : 419-27.
8. Girolami A., Prandoni P., Zanardi A., Girolami B., Zanon E. Isolated Iliac Vein Thrombosis During Oral Contraceptive Therapy in Three "Normal" Women. *Clin. Appl. Thromb. Hemost.* October 1997 ; 3 : 284-7.
9. Wael I., Zakareya Al Safran, Hosam H., Wael A.Z. Endovascular Management of May-Thurner Syndrome. *Ann. Vasc. Dis.* 2012 ; 5(2) : 217-21.
10. Zander K.D., Staat B., Galan H. May-Thurner Syndrome resulting in acute ilio-femoral deep vein thrombosis in the postpartum period. *Obstet. Gynecol.* 2008 Feb ; 111(2) : 565-9.
11. Dhillon R.K., Stead L.G. Acute deep vein thrombus due to May-Thurner syndrome. *Am. J. Emerg. Med.* 2010 ; 28(2) : 254.
12. Benigni J.P., Gobin J.P. Utilisation quotidienne de bas médicaux de compression. Recommandations cliniques de la Société Française de Phlébologie. *Phlébologie* 2009 ; 62(3) : 95-102.
13. Ouvry P., Arnoult A.C., Genty C. Le groupe de travail maladie thrombo-embolique veineuse de la Société française de médecine vasculaire (Compression therapy and deep vein thrombosis: a clinical practice survey). *J. Mal. Vasc.* 2012 Jun ; 37(3) : 1405.
14. Seshadri R., Micah D., Amy M. Assessment of residual thrombus after venous thrombolytic regimens. *J. Vasc.Surg. Venous and Lymphatic disorders.* Published on line. November 7, 2013.
15. Stephenson E.J.P., Liem T.K. Duplex imaging of residual venous obstruction to guide duration of therapy for lower extremity deep venous thrombosis. *J. Vasc. Surg.* Published on line: October 1, 2014.