



Un cas de thrombose veineuse iliaque gauche isolé : traitement endoluminal.

A case of left iliac venous thrombosis isolated: endoluminal treatment.

Desjardins E., Venecia M., Gallardo Galeas P.

Résumé

La pathologie veineuse des membres inférieurs présente des corrélations étroites dans un pourcentage important de cas avec des atteintes pathologiques des veines abdominales.

Les avancées des méthodes diagnostiques permettent de mieux explorer nos patients au niveau de l'unité anatomo-fonctionnelle de la circulation veineuse abdominopelvienne et des membres inférieurs.

Le traitement classique de la thrombose veineuse profonde repose sur l'anticoagulation et l'élasto-compression.

Cependant, l'avènement des méthodes thérapeutiques endoluminales a permis des avancées significatives dans le traitement des TVP et de mieux contrôler son évolution vers le syndrome post-thrombotique.

Le cas clinique présenté illustre une thrombose veineuse iliaque gauche avec occlusion totale traitée efficacement par angioplastie de recanalisation tardive suivie de la pose de stents.

Mots-clés: thrombose, angioplastie, stent.

Summary

Venous disease of lower limbs have a close correlation, in a significant percentage of cases with abdominal veins pathologies.

The advances in diagnostic methods permit better study our patients.

The classic treatment of deep vein thrombosis consists on anticoagulation and elasto-compression.

However with the new endoluminal therapeutic methods it has been a significant progress in the evolution of this disease.</



FIGURE 1 : L'œdème veineux du membre inférieur gauche.



FIGURE 2 : La circulation veineuse collatérale au niveau de la cuisse.



FIGURE 3 : La circulation veineuse collatérale abdominale.



FIGURE 4 : La veine fémorale commune gauche est perméable.

Il existe d'autres traitements plus récents comme les thrombolytiques et les thérapies endoluminales qui ont pour but de diminuer précisément les conséquences obstructives de la TVP qui sont en cause dans le syndrome post-thrombotique.

Les thromboses veineuses profondes isolées sont moins fréquentes. La forme la plus commune concerne la TVP de la veine iliaque et celle de la veine sous-clavière.

Les patients présentant une thrombose veineuse ilio-fémorale, traitée uniquement avec des anticoagulants, ont deux fois plus de risques de présenter une thrombose veineuse récidivante en comparaison avec ceux présentant une TVP iliaque isolée.

L'une des causes plus courantes des TVP ilio-fémorales est le syndrome de May-Turner, et l'autre cause la plus commune est représentée par les anomalies congénitales de la veine cave inférieure, incluant les agénésies et les hypoplasies veineuses.

Matériel et méthodes



FIGURE 5 : La compression distale montre la perméabilité veineuse au niveau du membre.



FIGURE 6 : Phlébographie isotopique: obstruction de la veine iliaque et circulation collatérale.



FIGURE 7 : Le CT veineux.



- La quatrième méthode diagnostique employée fut une angiographie veineuse, comme le montre la **Figure 8**.



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.

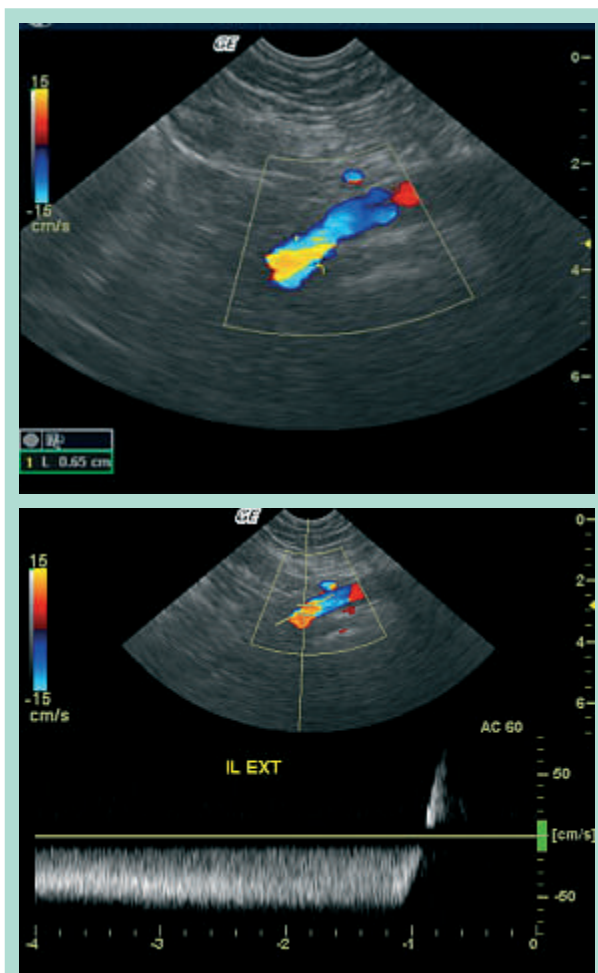


FIGURE 11 : Le contrôle écho-Doppler.

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 écho-Doppler.

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 caract



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

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.