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

ACTUALITÉS SUR LA MALADIE VEINEUSE THROMBO-EMBOLIQUE

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

Les ré-hospitalisations précoces des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires prises en charge dans les hôpitaux publics et privés français.

Early rehospitalisations after deep vein thrombosis and pulmonary embolisms.

François André Allaert[1], Éric Benzenine[2], Catherine Quantin[3]

Mots clés **:** thrombose veineuse, épidémiologie, mortalité et ré hospitalisation précoce.

Objectif

Connaître la prévalence annuelle de la mortalité et des ré-hospitalisations précoces (avant 3 mois) des maladies thromboemboliques veineuses (MTEV), des thromboses veineuses profondes (TVP) et des embolies pulmonaires (EP) prises en charge dans l'ensemble des hôpitaux publics et privés français.

Méthodes

Les statistiques sont issues des bases nationales de données transmises et validées par les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Les séjours ont été étudiés sur la période d'avril 2010 à septembre 2011 de façon à avoir disposer :
1) d'un recul de trois 3 mois (90 jours) avant le début de la période d'étude (juillet 2010), afin de ne pas considérer une ré-hospitalisation comme un séjour initial
2) d'un suivi de 3 mois après la fin de la période d'étude (juin 2011) afin de pouvoir dépister les ré-hospitalisations éventuelles des MVTE survenues au décours du dernier trimestre de suivi.

Les codes retenus pour caractériser les MTEV sont les codes I801 à I809 pour les TVP et les codes I260 et I269 pour les EP.

Résultats

Les résultats portent sur 110 764 séjours hospitaliers pour EP ou TVP survenues en France de juillet 2010 à juin 2011.

Le taux de mortalité au cours du séjour initial est de 6,92 % pour l'ensemble des MVTE, de 4,69 % pour les TVP sans EP et de 9,11% pour les EP.

Le taux de ré-hospitalisations précoces est de 7,94 % pour l'ensemble des MVTE, de 7,92 % pour les TVP sans EP et de 7,96 % pour les EP.

L'analyse confirme que plus de la moitié des MVTE (57,0 %) prises en charge à l'hôpital sont survenues au cours du séjour hospitalier et montre que les taux de mortalité sont plus importants lorsque les MVTE sont survenues lors du séjour hospitalier que lorsqu'elles constituaient le motif d'hospitalisation.

Conclusion

Cette prévalence importante doit conduire à s'interroger sur l'efficacité de la prévention des MVTE à l'hôpital, mais aussi du suivi dont elles bénéficient en ville. ■

1. *Chaire d'évaluation Médicale des Allégations de Santé ESC et CEN Biotech Dijon, France.*
2. *Département de l'Information Médicale, CHRU Dijon, France.*
3. *Département de l'Information Médicale et Inserm U866 CHRU Dijon, France.*

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

Thromboses veineuses superficielles Essais cliniques et recommandations actuelles.

Jean-Luc Gillet

Les Thromboses Veineuses Superficielles (TVS) ont longtemps été considérées comme étant une pathologie bénigne. Des études épidémiologiques récentes ont montré leur potentielle sévérité.

Une thrombose veineuse profonde (TVP) est associée dans 25 à 30 % des cas et une embolie pulmonaire dans 4 à 7 % des patients.

Un nouvel épisode thrombo-embolique veineux est observé chez 3 à 20 % des patients, en fonction de la durée du suivi.

Leur prise en charge a changé. Un traitement anticoagulant est maintenant largement utilisé. Cependant jusqu'à récemment, bien que de nombreuses stratégies anticoagulantes aient été testées, aucune n'avait montré un réel bénéfice clinique.

L'étude CALISTO est la première et la seule étude à ce jour, ayant montré un bénéfice avec un protocole basé sur l'administration quotidienne pendant 45 jours de fondaparinux 2,5 mg, conduisant à une modification des recommandations.

Une étude comparant fondaparinux et rivaroxaban (SURPRISE trial) dans le traitement des TVS est en cours.

Nous présentons une mise à jour de la prise en charge des TVS et les dernières recommandations.

Diagnostic

Tous les patients présentant une TVS des membres inférieurs doivent avoir un examen écho-doppler veineux (niveau de preuve : haut) pour :

- Affirmer le diagnostic de TVS ;
- Définir la location exacte de la thrombose et son extension ;
- Diagnostiquer ou éliminer une TVP (25 – 30 %).

Traitement

Sur la base des données de la littérature et en accord avec les dernières recommandations de l'ACCP et les conclusions de la « Cochrane Review », **chez** les patients présentant une TVS symptomatique des membres inférieurs d'au moins 5 cm de longueur. Il est logique de recommander :

- un traitement anticoagulant avec une dose prophylactique de fondaparinux ou d'HBPM pendant 45 jours plutôt que l'absence de traitement anticoagulant (grade 2B).
- Lorsque le coût du traitement par fondaparinux est acceptable, il est suggéré d'utiliser le fondaparinux à dose prophylactique pendant 45 jours, plutôt qu'une HBPM (Grade 2C).
- Toutefois ces recommandations sont d'un grade faible.

Des questions persistent dans la prise en charge des TVS.

Certains facteurs de risque de récidive ont été identifiés, mais des études complémentaires sont nécessaires pour définir de façon claire des sous-groupes de patients ayant un risque plus élevé de développer un nouvel épisode thromboembolique veineux après une TVS. ■

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

Thrombose des veines plantaires.

Jean-Luc Gillet

Bien que n'ayant fait l'objet que de rares publications dans la littérature, la thrombose des veines plantaires n'est pas une pathologie exceptionnelle.

On doit penser à explorer ces veines en présence d'une douleur de la plante du pied souvent irradiant vers le talon ou la région rétro-malléolaire interne.

Le tableau clinique est facilement confondu avec un tableau rhumatologique : un diagnostic de « tendinite » est volontiers posé, ce qui conduit à un retard de diagnostic et à une extension de la thrombose à la partie distale de l'une ou des veines tibiales postérieures qui est parfois observée.

Nous rappellerons dans cette communication l'anatomie des veines plantaires latérales et médiales.

Le diagnostic repose sur l'écho-doppler veineux : la thrombose des veines plantaires latérales qui sont plus développées, semble plus fréquente que celle des veines plantaires médiales.

Le traitement : en l'absence de contre-indication, il est raisonnable de proposer un traitement anticoagulant. Cependant les modalités de ce traitement n'ont pas fait l'objet d'un consensus à ce jour. ■

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

Place et rôle du médecin vasculaire dans la prise en charge des TVP.

Caroline Menez

Les médecins vasculaires, grâce à leur expertise globale de la pathologie veineuse, prennent en charge les patients dès le stade diagnostique et sont donc souvent à l'initiative de la prise en charge interventionnelle veineuse.

En cas de thrombose aiguë, l'indication du geste interventionnel peut être retenue sur les seules données cliniques et échographiques.

En cas de thrombose chronique responsable d'un syndrome post thrombotique ou d'ulcères veineux, un bilan combiné est en revanche nécessaire, associant le phlébo-scanner à l'échographie afin d'obtenir une cartographie veineuse exhaustive, indispensable à la planification du geste interventionnel.

Une fois la procédure réalisée, l'écho-doppler est l'examen de référence pour le contrôle de la perméabilité endoprothétique.

Toutefois, en l'absence de critère échographique validé du suivi post-interventionnel veineux, l'évaluation du risque de re-thrombose reste subjective, en cas de thrombose partielle ou de défaut d'alimentation des endoprothèses.

Dans ces situations, l'absence d'amélioration clinique et la persistance de la collatéralité sont de bons critères décisionnels. Pour ces cas difficiles, la décision d'une ré-intervention doit être collégiale.

En complément du traitement interventionnel, la prise en charge conventionnelle par le médecin vasculaire reste indispensable, associant anticoagulation, contention et réalisation d'un bilan étiologique si nécessaire.

En cas de thrombose aiguë, les modalités de l'anticoagulation sont inchangées, la durée thérapeutique restant définie par le caractère provoqué ou non de la thrombose.

En contexte chronique, une anticoagulation pour une durée de trois à six mois est souhaitable.

La prescription complémentaire d'antiagrégants plaquettaires est habituelle en cas de pose d'endoprothèses.

Le développement de la prise en charge interventionnelle veineuse des thromboses aiguës ou des séquelles chroniques, nécessite la mise en place de filières de soins spécifiques, avec en amont des médecins sensibilisés à ces techniques, et en aval des équipes spécialisées aguerries, disponibles et disposant d'un accès à un plateau technique adapté, ceci au bénéfice du patient. ■

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

NOACS FOR "DUMMIES". Les Anticoagulants Oraux Directs (AOD) font la une, ils sont loués, ils sont controversés, mais qu'en est-il exactement ?

Jean-Pierre Laroche, Monira Nou, Clémence Calais

Les AOD à la différence des Antivitamines K (AVK) sont plus faciles à utiliser, c'est incontestable, ils amènent un confort de prescription pour le médecin et un confort d'utilisation pour le patient.

Leurs noms :

Rivaroxaban (Xarelto®) et Apixaban (Eliquis®).

Une pléthore utile ou inutile ?

La réponse aujourd'hui reste en suspens. MAIS ne l'oublions pas ce sont des ANTICOAGULANTS, donc ils peuvent faire saigner.

Les essais thérapeutiques qui les ont validés en les comparant aux AVK (Coumadine), sont des études de NON INFERIORITÉ à la recherche de l'ÉQUIVALENCE.

Mais ce ne sont pas des études de supériorité, raison pour laquelle les recommandations ne peuvent être de grade 1, mais uniquement de grade 2.

Peut-on les COMPARER entre eux ?

- NON, il n'existe aucune étude dans ce sens, uniquement des méta analyses. Font-ils moins saigner ?
- OUI au niveau cérébral.

Ont-ils des ANTIDOTES ?

- NON à ce jour, mais très prochainement ; mais est-ce bien utile ?

Peut-on doser leur activité dans le sang ?

- NON au quotidien,
- Mais OUI en cas de situation à haut risque hémorragique, dosage disponible dans les CHU et CHA.

Sont-ils contre indiqués en cas d'insuffisance rénale ?

- OUI si la clairance est < 30 ml/mn (Cockcroft)

Peut-on les prescrire en cas de TVP au décours du cancer ?

- NON pour les trois premiers mois, voire 6 mois.

Leur coût :

- 10 fois supérieur / AVK

Doit-on abandonner les AVK et les anticoagulants injectables ? (Héparine de Bas Poids Moléculaire, Fondaparinux, Héparine Non Fractionnée) :

- NON

En 2016, l'anticoagulation est PERSONNALISEE, il faut que le médecin prescrive le médicament qu'il maîtrise le mieux, le médicament le mieux adapté à la situation médicale du patient, une évidence à rappeler.

La prescription doit se faire avec aussi les souhaits du patient et non avec le soutien « intellectuel » de l'industrie pharmaceutique : indépendance de prescription des médecins à respecter. Chacun à sa place !

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

En 2016, 50 % des nouveaux anticoagulés en cas de thrombose veineuse, le sont par les AOD et 50 % par les AVK. Tenons compte de ces données de l'ANSM. LIENS AOD-HAS.

CE QU'IL FAUT RETENIR :

AOD : médicaments utiles nécessitant une information auprès des patients, les

AOD ne doivent pas être synonymes de traitement à vie en cas de TVP, ce que l'industrie conseille à un niveau subliminal.

Ne soyons pas dupes et existons en tant que médecin, uniquement en tant que médecin.

Enfin l'apparition des antidotes ne doit pas banaliser la prescription des AOD. ■

Interventional Treatments during the Acute Phase: Methods (Indications and Technics).

C. Del Giudice, T. Mirault, E. Messas, M. Sapoval

Summary

The post-thrombotic syndrome (PTS) develops in 25%-50% of patients with femoro-iliac deep vein thrombosis (DVT) despite the use of standard anticoagulant therapy and elastic compression stockings.

Endovascular thrombolytic procedures, that eliminate venous thrombus, restore venous flow, and show strong potential to prevent PTS, have a big potential to improve the quality of life of these patients.

This state-of-the-art review provides an overview of the techniques and challenges, rationale, patient selection criteria, complications, post-interventional care, and outcomes data for endovascular intervention in the setting of acute lower extremity deep venous disease.

Résumé

Le syndrome post-thrombotique (SPT) se développe dans 25 % à 50 % des thromboses veineuses profondes (TVP) des axes ilio-fémoraux, et ce malgré l'utilisation d'un traitement anticoagulant standard et de bas de compression élastique.

Les procédures endovasculaires thrombolytiques qui éliminent thrombus veineux et rétablissent la circulation veineuse ont un fort potentiel de prévention de la survenue d'un SPT.

Elles ont donc un grand potentiel d'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

L'état de l'art dans le cadre du traitement de la thrombose veineuse profonde aigue donnera un aperçu :

- des techniques,
- des défis à relever,
- de leur justification,
- des critères de sélection des patients,
- de leurs complications,
- des soins post- interventionnels à assurer,
- et des résultats des interventions endovasculaires. ■

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

TVP du mollet – veines musculaires et veines intermusculaires : même évolution et même traitement ?

Jean-Philippe Galanaud

Les thromboses veineuses profondes (TVP) distales des membres inférieurs représentent plus de la moitié des TVP isolées des membres inférieurs.

- Elles comprennent d'un strict point de vue anatomique les thromboses des veines musculaires (soléaires et gastrocnémiennes) et les thromboses des veines jambières (tibiales postérieures, fibulaires et exceptionnellement tibiales antérieures).
- Cependant, classiquement, notamment dans les pays anglo-saxons, les thromboses des veines musculaires ne sont pas nécessairement considérées comme d'authentiques TVP et pourraient être à plus faible potentiel thrombo-embolique.

Dans la pratique clinique française l'étude OPTIMEV, a révélé que si les TVP musculaires et jambières étaient traitées dans les mêmes proportion par anticoagulation curative.

En revanche les TVP musculaires étaient traitées significativement moins longtemps.

Ceci traduit donc la perception d'une moindre gravité des TVP musculaires.

Pourtant, les données très récentes de la littérature, que ce soit l'étude OPTIMEV ou l'essai thérapeutique CACTUS, ont retrouvé que les taux d'extension proximale et de récidive à l'arrêt du traitement des TVP musculaires étaient comparables à ceux des TVP jambières.

Ainsi, la prise en charge thérapeutique des TVP distales ne semble pas devoir être adaptée en fonction du caractère jambier ou musculaire de la TVP. ■