

---

**Quelle durée de traitement  
en cas d'épisode thromboembolique veineux?**

Le traitement des épisodes thromboemboliques veineux par anticoagulant est une évidence. Le traitement par AVK a démontré son efficacité dans la prévention des récurrences. Mais la prolongation du traitement est associée à une augmentation du risque de complications hémorragiques<sup>1</sup>. Quelle doit donc être la durée du traitement pour éviter les récurrences, avec le minimum de complications iatrogènes? La durée est-elle la même pour un premier épisode et pour un deuxième? Les études dans ces domaines sont actuellement contradictoires. Deux essais parus dans le New England nous apportent des informations

Une première étude contrôlée multicentrique<sup>2</sup>, a étudié la durée du traitement à l'occasion d'un premier épisode. Elle a concerné 902 patients. Les patients ayant un déficit congénital en protéine C (5 sur les 902) ont été exclus. Les auteurs ont comparé six semaines (443 patients) et six mois (454 patients) de traitement anticoagulant par Warfarin. Le traitement anticoagulant maintenait l'INR entre 2,0 et 2,85. Le diagnostic initial et celui des récurrences était affirmé par phlébographie et, en cas d'embolie pulmonaire, par angiographie ou scintigraphie. Après 2 ans de suivi, il y a eu 123 récurrences, 80 dans le groupe 6 semaines (18,1%) et 43 dans le groupe 6 mois (9,5%). Il n'y a pas eu de différence dans les taux de mortalité ou d'hémorragie grave. Après l'arrêt du traitement, le taux de récurrence croît régulièrement dans les 2 groupes; de plus, l'arrêt à 6 semaines s'accompagne dans les 2 premiers mois d'un pic de récurrences non retrouvé avec l'arrêt à 6 mois. Il semble donc qu'une tendance thrombogène existe dans les premières semaines qui n'est plus retrouvée à 6 mois. Les auteurs concluent qu'un traitement de 6 mois après un 1<sup>er</sup> épisode, maintenant l'INR entre 2 et 2,85, diminue d'environ 50% le

taux de récurrence.

Une deuxième étude multicentrique du même groupe<sup>3</sup> a étudié la durée de traitement après un second épisode. Elle a comparé un traitement anticoagulant oral de 6 mois à un traitement indéfini. 227 patients ont été randomisés en 2 groupes, 111 ont eu 6 mois de traitement et 116 un traitement indéfini. Pour les 2 groupes, l'INR était compris entre 2 et 2,85. L'affirmation du diagnostic a été identique dans les 2 groupes et faite de manière objective. Après 4 ans de suivi le taux de récurrence était de 23 dans le groupe 6 mois (20,7%) et 3 dans le groupe traitement continu (2,6%, chaque fois après interruption du traitement). Il y a eu 13 hémorragies importantes, 3 dans le groupe 6 mois (dont 2 après l'arrêt du traitement) et 10 dans le groupe indéfini. Il n'y a pas eu de différence de mortalité. Aucune étude de sous groupe ne permet de préciser les patients plus sujets à récurrence, en raison d'effectifs trop faibles pour permettre une conclusion valable. Un traitement continu réduit nettement le taux de récurrence, mais le risque hémorragique tend à être plus élevé avec la poursuite du traitement.

La réponse à nos interrogations sur la durée optimale de traitement n'est pas évidente après la lecture des 2 articles. Il apparaît que la réponse n'est pas univoque, du fait de l'hétérogénéité des situations. L'éditorial<sup>1</sup> qui accompagne ces études définit trois groupes de patients:

- un groupe à bas risque présentant des facteurs de risque temporaires (chirurgie, grossesse, traumatisme); ce groupe, surtout si la thrombose veineuse est distale, présente un taux de récurrences significativement moindre; il semble que le traitement peut, dans ces conditions, être raccourci à 4 à 6 semaines. Cela demande cependant un essai spécifique pour pouvoir être affirmatif.
  - un groupe à risque intermédiaire avec des facteurs de risque permanents, médicaux plutôt que chirurgicaux (notamment insuffisance veineuse, thrombose veineuse idiopathique) qui doivent recevoir un traitement prolongé de six mois
  - un groupe à haut risque, spécialement ceux qui récidivent: chez ceux-ci le risque de récurrence dépasse largement le risque du traitement anticoagulant. Un traitement indéfini est donc à prévoir. Faut-il faire de même pour les patients avec cancer ou anomalie congénitale de la coagulation? Les données sont encore insuffisantes pour être formel.
- De telles conclusions traduisent l'état actuel des connaissances, donc révisables avec de nouvelles données

1 - Diuguid DM. Oral anticoagulant therapy for venous thromboembolism. N. Engl. J. Med. 1997, 336, 6, 433-434

2 - Shulman S. et al. A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. N. Engl. J. Med. 1995, 332, 25, 1661-1665

3 - Shulman S. et al. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. N. Engl. J. Med. 1997, 336, 6, 393-398

*Numéro 51 du 27 février 1997*

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.  
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)