

Anomalies de l'hémostase et maladie thromboembolique veineuse. Quand faire un bilan de thrombophilie ?

On connaît depuis longtemps les facteurs cliniques déclenchants d'un grand nombre de thromboses veineuses profondes (TVP). On a précisé plus récemment certains facteurs favorisant (cancer, traitement hormonal...). Ces dernières années on a mis en évidence diverses anomalies de l'hémostase, familiales ou acquises, regroupées sous le vocable de thrombophilie, associées à une plus grande fréquence de TVP. Les publications se multiplient à ce sujet. Pour le clinicien, la question qui se pose est de savoir si la découverte d'anomalies modifiera la stratégie du traitement, notamment sa durée. L'utilité éventuelle du bilan à titre préventif, personnel ou familial est un autre problème que nous aborderons dans un autre Bibliomed. Malgré l'absence de consensus actuel, nous proposons une synthèse à partir de mises au point récentes.^{1,2,3}

Nous rappellerons les anomalies de l'hémostase prédisposant à un risque accru de TVP, avec leur fréquence respective dans la population générale et en cas de TVP

1 - Des anomalies congénitales:

- les déficits en antithrombine (0,02% et 1%), en protéine C (0,2% et 3%), en protéine S (0,1% et 1 à 2%)
- la résistance à la protéine C activée (RPCA) due à la mutation Leiden du facteur V (FVL), présente chez les seuls européens: soit hétérozygote (3 à 10%), soit homozygote (0,06 à 0,25%). Elle est trouvée dans 20% en cas de TVP
- la mutation de la prothrombine ou facteur II: 1 à 2% et 6%

Il y a risque accru de TVP en présence d'une de ces anomalies; ce risque est significativement augmenté en cas d'association de plusieurs anomalies.

Le risque de récurrence des TVP est moindre chez les patients où la TVP est liée à un facteur majeur réversible (chirurgie, traumatisme, grossesse...) que si la TVP est

idiopathique, ou liée à un facteur persistant (cancer, maladie chronique...). Y a-t-il un risque accru lié à la présence d'une anomalie ? Les études sont encore incertaines. Le risque n'est pas prouvé pour les mutations hétérozygotes FVL et du facteur II, mais semble retenu pour les mutations homozygotes, les déficits en antithrombine ou en protéine C et l'association de deux anomalies.

L'hyperhomocystéinémie est présente dans 4,9% de la population et 11% en cas de TVP. Son lien avec la TVP est encore incertain; le dosage est délicat, d'interprétation incertaine. Ce facteur reste du domaine de la recherche.

2 - Des anomalies acquises. Des anticoagulants circulants de type lupique et/ou d'un anticorps antiphospholipide, principaux marqueurs de ces anomalies, sont présents dans 2% de la population générale et dans 4% en cas de TVP. Les avortements spontanés répétés sont un des signes d'alerte dans ce domaine.

A partir de ces données, peut-on répondre aux deux questions que nous nous posons ?

Une thrombophilie conduit-elle à prolonger le traitement anticoagulant oral (ACO)?

La durée des ACO est en général schématiquement définie en fonction de trois groupes de risque⁴

- bas risque: la TVP est liée à un facteur déclenchant réversible: 3 mois sont en général recommandés;
- risque intermédiaire: la TVP apparaît initialement idiopathique: 6 à 12 mois, voire plus, sont conseillés;
- haut risque: TVP récidivante où il faut envisager un traitement indéfini.

L'existence d'anomalies de l'hémostase chez les patients à bas risque fait passer la durée à 6 mois, et ramène ceux du groupe intermédiaire dans le groupe à haut risque. La plupart des recommandations conseillent par ailleurs de moduler la durée en fonction du risque hémorragique, voire des demandes du patient^{1,2}.

Faut-il alors faire systématiquement devant toute TVP un bilan de thrombophilie ?

Les recommandations actuelles conseillent un **bilan sélectif**: en cas de TVP avant 45 ans, de TVP récidivante, d'histoire familiale, de TVP avec facteur déclenchant minime ou sans cause favorisante décelée, de thrombose veineuse dans un site insolite.^{1,2,5}

Quel bilan faire, et quand le pratiquer ? Le bilan comprendra hémogramme, temps de Quick, TCA, dosage de l'antithrombine, des protéines C et S, de la RPCA par des tests fonctionnels, recherche d'anticoagulants circulants. Les anomalies de ce premier bilan requièrent une consultation hématologique spécialisée. Ces dosages sont modifiés par les ACO, la contraception orale? Ils devront être effectués après un arrêt de 3 à 4 semaines, pour décider de la prolongation éventuelle des ACO ou de la reprise de la contraception.

1 - de Moerloose Ph, Bounameaux H. Etiologie de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire: indications au bilan d'hémostase. Med Hyg. 2000;58:176-182

2 - Couturaud F et al. Durée optimale du traitement anticoagulant de la maladie thromboembolique veineuse. Presse Med 2000;29(24):379-85

3 - Aiach M, Guillin MC. La thrombose veineuse et ses traitements. John Libbey- Eurotext. 1999:94 p.

4 - Collectif. Quelle durée de traitement en cas d'épisode thromboembolique veineux. Bibliomed 1997;51

5 - ANAES. Recherche d'une anomalie de l'hémostase pouvant favoriser la survenue d'une thrombose veineuse. Conc Med. 1996;40S:48-50

Mots clé: thrombose veineuse, thrombophilie, traitement, durée, examen complémentaire

Numéro 192 du 7 septembre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>