

## Anticoagulation dans la thrombose superficielle des membres inférieurs

**Mots clés :**

Grossesse  
Thrombose  
veineuse  
Embolie pul-  
monaire  
Prévention

Le traitement de la thrombose veineuse superficielle (TVS) des membres inférieurs a longtemps été purement symptomatique : mobilisation sous contention veineuse, si les douleurs le permettent (classe II-III), traitements topiques divers (mais ils n'ont jamais démontré d'efficacité...), antalgiques. L'analyse du risque thromboembolique réel des TVS (*Bibliomed 647*) a permis des recommandations bien argumentées (pneumologues américains<sup>1</sup>, Afssaps<sup>2</sup>), confortées par l'essai CALISTO en 2010<sup>3,4</sup>. La grossesse pose des questions supplémentaires dont les réponses sont plus incertaines dans ce cadre général<sup>4,5</sup>.

### Qui anticoaguler et à quelle dose ?

Selon l'analyse de la littérature des pneumologues américains<sup>1</sup>, l'anticoagulation est justifiée à doses *prophylactiques ou intermédiaires* pendant au moins 4 semaines (grade 2B) en cas de TVS extensive, c'est-à-dire sur un segment de veine proche de la crosse saphéno-fémorale, en plus du geste chirurgical (grade 1B). L'Afssaps<sup>2</sup> recommande, outre la compression veineuse, l'anticoagulation à dose *prophylactique* (grade C) pour 7 à 30 jours (AP) en prévention du risque thromboembolique, à dose curative et/ou chirurgie en cas d'atteinte de la crosse saphéno-fémorale (AP). Le dosage des D-Dimères est inutile : même isolée, la TVS les augmente, corrélativement au volume du thrombus. *L'échodoppler* est l'examen de référence *systématique* dans les publications récentes (sauf peut être TVS minime sur traumatisme local), justifié par l'association à une thrombose veineuse profonde (TVP) ou à une embolie pulmonaire (EP) 1 fois sur 4, selon les études CALISTO<sup>3</sup> et POST<sup>5</sup>. Dans CALISTO (TVS $\geq$ 5cm, sans TVP/EP associées, à au moins 3 cm de la crosse, au dessus ou au dessous du genou), le fondaparinux était prescrit à dose *prophylactique* pendant 30 à 45 jours.

### Quels anticoagulants et combien de temps ?

Le guide américain<sup>1</sup> recommande les héparines non fractionnées (HNF) ou les HBPM, avec relais possible par AVK au 5<sup>ème</sup> jour. L'Afssaps cite les HBPM et par extension le fondaparinux<sup>2</sup>. Des études ayant montré qu'un traitement de 12 ou 30 jours par HBPM n'empêchait pas les récurrences thromboemboliques veineuses, les patients de CALISTO ont été anticoagulés entre 30 et 45 jours<sup>4</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le risque thromboembolique est important en cas de TVS.** Il justifie d'une part la réalisation systématique d'un *échodoppler* des deux membres inférieurs pour vérifier l'absence d'une éventuelle TVP associée, proche ou à distance, d'autre part une *anticoagulation prophylactique*, sauf thrombose segmentaire courte distante de la jonction saphéno-fémorale. Le dosage des D-Dimères ne peut être considéré comme contributif dans ce cas.

**L'anticoagulation fait appel de préférence aux diverses HBPM ou au fondaparinux,** pour une durée d'au moins 4 semaines.

**La TVS durant la grossesse obéit à ces règles, mais les doses à utiliser et le suivi font débat.** Il faut noter que les RCP français des HBPM sont très « prudents » et les réservent durant la grossesse à des « circonstances exceptionnelles » mal définies. Le fondaparinux n'a pas l'AMM dans cette indication. La demande d'avis complémentaires, angiologique et obstétrical, peut sans doute éviter des malentendus inopportuns.

### TVS des membres inférieurs et grossesse\*

Les données de l'étude POST suggèrent une conduite tenant compte de la non bénignité de la TVS (1 patient sur 4 avait une TVP/EP au moment du diagnostic, et 4,2% étaient des patientes en cours de grossesse ou post-partum)<sup>5</sup>. Les auteurs distinguent les *TVS segmentaires courtes*, à distance de la jonction saphéno-fémorale, simples complications variqueuses, des *thromboses extensives* vers la jonction, véritable maladie thromboembolique veineuse. Outre une compression de classe 3 dans les 2 cas, ils suggèrent, dans le 1<sup>er</sup>, le seul traitement local, dans le second, une HBPM à dose préventive ou intermédiaire. Une synthèse argumentée<sup>6</sup> rappelle que l'excrétion rénale est accrue durant la grossesse, ce qui raccourcit la demi-vie des HBPM : 2 injections/jour seraient donc préférables, par exemple énoxaparine 2x60 mg/j chez une femme pesant entre 50 et 69 kg ou dose équivalente de toute autre HBPM, fondaparinux en cas d'allergie. Le suivi de ce traitement fait débat : certains recommandent de tenir seulement compte du poids, d'autres de doser les anti-Xa 4 à 6 heures après une injection (cible : 0,5 à 1,2 anti-Xa/ml pour 2 injections /j) avec, en France, numération plaquettaire 2 fois par semaine jusqu'à 21j, puis toutes les 2 semaines. Il est habituellement admis que le traitement doit durer jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, ce qui nécessite une bonne concertation avec l'équipe obstétricale. Les stratégies idéales restent incertaines faute de données suffisantes...

\*Les cas particuliers de type thrombophilie ne sont pas discutés ici.

#### Références

- 1- Kearon C et al. Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease. Chest. 2008;133:454S-545S
- 2- Afssaps. Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. Décembre 2009.
- 3- Decousus H et al. Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. N Engl J Med. 2010;363:1222-32.
- 4- Becker F et al. La thrombose veineuse superficielle : une pathologie à reconsidérer. STV. 2011;23:280-91.
- 5- Laroche JP et al. Prise en charge des Thromboses Veineuses Superficielles : vers un consensus. Sur : [www.clubdeperifoetologie.fr/documents/topos\\_curie.../15h50.ppt](http://www.clubdeperifoetologie.fr/documents/topos_curie.../15h50.ppt)
- 6- Marik PE et al. Venous Thromboembolic Disease and Pregnancy. N Engl J Med. 2008;359:2025-33.