

## Syndrome post-phlébitique

### Mots clés :

Syndrome post-thrombotique ; Thrombose veineuse ; [Postthrombotic Syndrome ; Venous Thrombosis]

Le nombre de nouveaux cas annuels de thromboses veineuses profondes (TVP) des membres inférieurs dépasse 1 pour 1000 personnes en Europe comme aux USA (*Bibliomed 441*), augmentant après 60 ans. Les complications aiguës (embolie pulmonaire) et plus tardives (récidives) sont assez bien connues, malgré les incertitudes persistant sur la durée optimale d'anticoagulation post-TVP (*Bibliomed 688*). Le syndrome post-phlébitique (SPP) est moins connu. Ce syndrome est une affection chronique survenant chez au moins un tiers des patients après TVP. Il altère parfois gravement leur qualité de vie et n'a pas de traitement réellement efficace. Plusieurs revues systématiques ont tenté d'en préciser ces dernières années les différents aspects cliniques et évolutifs<sup>1-4</sup>.

### La plus commune des complications des TVP

Le SPP survient chez un patient sur 2 ou 3 ayant fait une TVP *symptomatique*, généralement dans les 2 premières années ; il semble moins fréquent après une TVP *asymptomatique*, mais les études ont de petits effectifs, dans des sous-populations particulières, chirurgicales par exemple<sup>1,2</sup>. Le SPP survient malgré une anticoagulation optimale. Il est généralement aggravé par la station debout prolongée et l'exercice<sup>2</sup>. Il est probable que le thrombus initial provoque une hypertension veineuse associée à une insuffisance valvulaire entraînant un œdème, une hypoxie tissulaire et, dans les cas graves, une ulcération cutanée<sup>1</sup> : dans une cohorte prospective multicentrique (387 patients ayant une TVP), près de la moitié ont développé un SPP, 3% ayant été jusqu'à l'ulcère variqueux<sup>2</sup>.

### Quelles en sont les facteurs de risque ?

Des études prospectives ont colligé les variables les plus prédictives de SPP : sévérité des symptômes veineux persistant à 1 mois, localisation ilio-fémorale (les TVP distales semblant beaucoup moins en cause), IMC élevé et surtout récurrence ipsilatérale (risque 6 à 10 fois plus élevé, en fait le seul facteur de risque réellement identifié). Le sexe et l'âge ne semblent pas en cause, ni la durée de l'anticoagulation par AVK (6 semaines vs 6 mois) ou son intensité (INR 2,5 vs 1,7)<sup>2</sup>. Mais les études épidémiologiques ont depuis plus de 10 ans des données contradictoires sur lesquelles il semble bien difficile de conclure<sup>2,3</sup>, d'autant plus qu'il n'y a pas de *Gold Standard* diagnostique ni de test objectif de l'insuffisance valvulaire dans le SPP. La présence de

thrombophilie héréditaire, bien qu'associée à un plus grand risque d'ulcères veineux, ne semble pas être un facteur de risque de SPP<sup>1</sup>.

### Evaluer la sévérité du syndrome

Le SPP réduit significativement la qualité de vie des patient(e)s atteints, beaucoup plus que d'autres formes de la maladie veineuse chronique. Il représente un fardeau psychologique et économique considérable<sup>1,4</sup>. Plusieurs systèmes de cotation clinique permettent le diagnostic. Le plus complet, le score de Villalta, prend en compte 5 symptômes (douleur, crampes, jambes lourdes, prurit, paresthésies) et 6 signes cliniques (œdème pré tibial, induration cutanée, hyperpigmentation, rougeur, ectasie veineuse, douleur à la pression du mollet), cotés de 0 à 3 selon leur gravité, un 7<sup>ème</sup> signe, l'ulcération cutanée étant présente (3) ou absente (0) : SPP si score  $\geq 5$  ou ulcère, léger de 5 à 9, modéré de 10 à 14, sévère au-delà, avec une bonne reproductibilité interopérateurs, meilleure que pour d'autres classifications (CEAP, Widmer, Brandjes, etc.)<sup>4</sup>. Le principal reproche qui lui est fait est de s'appuyer sur des critères purement subjectifs, mais les auteurs anglais concluent de leur revue systématique que, couplé avec un questionnaire de qualité de vie spécifiquement orienté vers les problèmes veineux, il pourrait cependant être considéré comme le *Gold Standard* évoqué plus haut<sup>4</sup>. Documenter une insuffisance valvulaire par écho-Doppler ou pléthysmographie est inutile s'il y a SPP clinique, et ce diagnostic d'imagerie est présent chez la plupart des patients ayant des antécédents de TVP sans avoir de SPP.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le SPP est la complication la plus commune de la TVP.** Son diagnostic est clinique. Le facteur de risque le plus certain est la récurrence d'une TVP proximale ipsilatérale ; d'autres sont beaucoup moins évidents et plus discutés. Une cotation simple telle que celle de Villalta suffit au diagnostic et au suivi de l'évolution.

**Le SPP est une maladie chronique sévère, altérant gravement la qualité de vie.** L'efficacité des thérapeutiques disponibles est très limitée (nous y reviendrons) : le meilleur traitement préventif du SPP reste celui de la TVP chez les patients identifiés comme étant à risque. Même si les études épidémiologiques récentes semblent indiquer que le pronostic du SPP est moins péjoratif qu'autrefois, il n'est toujours pas possible d'en prévoir de façon fiable l'évolution chez un patient donné.

### Références

- 1- Vazquez SR et al. Contemporary Issues in the Prevention and Management of Postthrombotic Syndrome. *Ann Pharmacother.* 2009;43:1824-35.
- 2- Henke PK et al. An update on etiology, prevention, and therapy of postthrombotic syndrome. *J Vasc Surg* 2011;53:500-9.
- 3- Kahn SR et al. The post-thrombotic syndrome: current knowledge, controversies, and directions for future research. *Blood Reviews.* 2002;16:155-65.
- 4- Soosainathan A et al. Scoring systems for the post-thrombotic syndrome. *J Vasc Surg* 2013;57:254-61.