

Bas de contention et prévention du syndrome post-phlébitique

Mots clés :

Bas de contention ;
Syndrome post-thrombotique [Stockings, Compression; Postthrombotic Syndrome]

Le syndrome post-phlébitique (SPP) est une affection chronique fréquente (*Bibliomed* 739). La seule prévention primaire possible est celle de la thrombose veineuse profonde (TVP) qui en est cause par anticoagulation efficace des patients à risque. Cependant, l'utilisation de bas de contention est généralement préconisée après TVP pour améliorer par compression dégressive la circulation des tissus (le mécanisme exact est mal connu). Cette recommandation est fondée sur de petits essais et méta-analyses aux nombreuses limites¹. Un nouvel essai randomisé beaucoup plus vaste semble remettre en question les conclusions positives antérieures^{2,3}. L'effet préventif de la contention relèverait-il de l'illusion ?

Des données admises très fragiles...

Elles reposent sur quelques études observationnelles et 4 essais randomisés contrôlés, dont les biais méthodologiques relativisent les résultats, par ailleurs contradictoires. Une méta-analyse de 3 de ces essais a montré que l'utilisation de bas de contention réduit significativement l'incidence de tous les SPP (OR 0,31 ; 0,20-0,48) et des SPP sévères (OR 0,39 ; 0,20-0,76), ce que confirme une autre (RR 0,52 ; 0,40-0,67) en y incluant un essai supplémentaire (37 patients) comparant repos au lit sans compression et déambulation précoce avec contention par botte de Unna ou bas de contention à 30 à 40 mmHg. Les principales limites de ces méta-analyses sont l'absence d'une définition uniforme du SPP, les différents schémas de compression (forces, moments de mise en œuvre, durée, compliance) et les durées variables d'anticoagulation. Il est donc difficile de conclure à partir de données aussi fragmentaires¹...

L'essai SOX

Ce premier essai multicentrique bas de contention vs bas placebo a été réalisé au Canada et aux USA sur fonds publics². Il a inclus 803 patients ayant eu une première TVP proximale, tirés au sort en 2 groupes : 409 portant des bas de contention vrais et 394 des placebos. Le critère de jugement principal était le diagnostic à 6 mois ou plus tard d'un syndrome post-thrombotique défini selon les critères de Ginsberg (douleur et œdème de la jambe durant au moins 1 mois ; mais une évaluation par le score de Villalta donnait les mêmes résultats). L'analyse a été faite en intention de traiter, complétée par une analyse per protocole des patients qui utilisaient le plus fréquemment le traitement qui leur était alloué. L'incidence cumulative des

SPP a été de 14,2% (groupe traitement actif) vs 12,7% (groupe placebo) : HR ajusté 1,13 ; 0,73-1,76 ; p=0,58 ; résultats similaires en analyse per-protocole. Dans ce premier vaste essai (2 ans de suivi), le port de bas de contention dans les suites d'une TVP ne prévient donc pas la survenue de SPP, ni d'ailleurs celle d'ulcères veineux, de TVP récurrentes, de reflux valvulaire veineux à 12 mois, ou de qualité de vie en général ou en rapport avec la maladie veineuse elle-même.

Faut-il encore prescrire des bas de contention ?

L'une des grandes difficultés de leur usage est le défaut d'observance : ils sont perçus comme inconfortables, difficiles à mettre, et coûteux. L'essai SOX n'échappe pas à cette difficulté puisque seulement la moitié des patients utilisaient leurs bas de contention au moins 3 jours par semaine, contrairement aux 90% des patients des petits essais antérieurs³. D'autres caractéristiques individuelles, notamment la durée d'anticoagulation, ont également pu interférer dans l'essai SOX. Il a été rapporté que l'observance est d'autant moins bonne que les symptômes sont discrets, par exemple après des TVP distales¹. Vasquez *et al.* soulignent que l'observance dépend pour beaucoup du prescripteur : il doit s'assurer de la bonne taille du bas prescrit par mesure des circonférences de la cheville et du mollet dans la 1^{ère} partie de la journée, quand l'œdème est le moins marqué. Les bas doivent être remplacés tous les 6 mois pour garder une bonne élasticité et donc leur efficacité. Ils doivent être évités chez les patients atteints d'insuffisance artérielle périphérique. Il faudra d'autres études (un nouvel essai est en cours) pour savoir si les bas de contention sont utiles, pour quels patients, et pour quelle durée optimale...

Que conclure pour notre pratique ?

Les bas de contention sont-ils efficaces en prévention du SPP ? Il serait sans doute imprudent – et désespérant faute d'alternative – de conclure sans nuance à partir des données négatives de SOX. La difficulté pratique de l'observance dans les conditions « idéales » de l'essai randomisé laisse supposer celle de la « vraie vie ». Le défaut d'observance est l'une des explications possibles de l'inefficacité observée dans SOX.

Sont-ils suffisants ? Sans doute pas, pour les raisons évoquées ci-dessus. D'autres petits essais ont apporté divers enseignements : efficacité de la compression combinée avec une déambulation précoce ; effets variables selon les patients ; absence de bénéfice des bas de compression au-delà de 18 mois de traitement... Nous reviendrons sur les aspects pharmacologiques du problème.

Références

- 1- Vazquez SR *et al.* Contemporary Issues in the Prevention and Management of Postthrombotic Syndrome. *Ann Pharmacother.* 2009;43:1824-35.
- 2- Kahn SR *et al.* Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2013; doi:10.1016/S0140-6736(13)62347-8.
- 3- ten Cate-Hoek AJ. Elastic compression stockings – is there any benefit? *Lancet.* 2013; doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61902-9.