

## Traitement du syndrome post-phlébitique

Mots clés :  
Syndrome  
post-  
thrombotique  
[Postthrombotic Syndrome]

Le syndrome post-phlébitique (SPP) est la complication la plus fréquente des thromboses veineuses profondes, surtout symptomatiques (*Bibliomed* 739). C'est une maladie chronique, altérant parfois gravement la qualité de vie. L'utilisation de bas compressifs est généralement préconisée comme pierre angulaire du traitement, mais son efficacité est discutée (*Bibliomed* 741). Existe-t-il des médicaments « utiles » ? Les récentes recommandations de l'*American Heart Association (AHA)*<sup>1</sup>, une méta-analyse *Cochrane*<sup>2</sup> et deux revues générales un peu plus anciennes<sup>3,4</sup> argumentent la prise de décision.

### Prévention du SPP

La thromboprophylaxie chez les patients à risque important de thrombose veineuse profonde (TVP) est fortement recommandée : ses bénéfices excèdent largement ses risques, bien que le niveau de preuve repose surtout sur des séries de cas et opinions d'experts. De petits essais randomisés ont montré qu'une anticoagulation d'intensité et de durée appropriée de la TVP initiale réduit le risque de récurrence de TVP ipsilatérale et du SPP qui en est la conséquence (niveau de preuve B). Le traitement par AVK vise un INR > 2, surtout les premiers mois de traitement (niveau de preuve B). L'efficacité des héparines à bas poids moléculaire utilisées seules (non suivies par AVK) est incertaine. L'efficacité des nouveaux anticoagulants oraux est inconnue. Si le rôle préventif de la compression est incertain, elle reste raisonnable pour réduire l'œdème chez un patient atteint de TVP proximale (niveau de preuve A)<sup>1</sup>.

La thrombolyse systémique n'est pas recommandée, ses risques excédant le bénéfice attendu<sup>1</sup>.

Différentes approches chirurgicales (endovasculaires) relèvent d'indications spécifiques chez des patients sélectionnés, dans les 15 jours suivant le début de la TVP<sup>1</sup>.

### Traitement du SPP

Les recommandations de l'*AHA*<sup>1</sup> concernant la compression sont basées principalement sur son faible risque et l'intérêt potentiel de la compression intermittente chez

certain patients atteints de SPP (contre indication : insuffisance artérielle).

Aucun médicament dit « veinotonique » n'a fait la preuve d'une quelconque efficacité. Selon l'analyse de l'*AHA*, toutes les études présentent un haut degré d'incohérence et d'imprécision ne permettant pas de recommander l'utilisation des rutosides, hidrosimine (flavonoïdes), et défibrotide. L'efficacité et la sécurité de ces médicaments est incertaine (niveau de preuve B)<sup>1</sup>. La revue *Cochrane* a des conclusions analogues (à partir des mêmes essais, de qualité limitée), avec différentes doses de rutosides (900 à 2000 mg/j) : la symptomatologie du SPP n'est pas clairement améliorée malgré plus d'effets secondaires que sous placebo.

L'exercice (muscles du mollet et activité aérobie), à condition d'être bien toléré, a montré son efficacité dans un petit essai randomisé de 6 mois (niveau B).

La chirurgie peut répondre à des situations particulières d'occlusions veineuses sévères (niveaux B à C).

L'ulcère variqueux impose des mesures complexes : pansements compressifs, environnement humide pour favoriser la cicatrisation, contrôle de la dermatite, prévention et traitement agressif des infections. L'efficacité par rapport au placebo d'une adjonction de pentoxifylline (Torental® et génériques, 3x400/j) à la compression est montrée dans une méta-analyse de 11 essais (RR 1,70 ; 1,3-2,24)<sup>1,4</sup>. Le rôle des procédures chirurgicales endovasculaires (ablation des veines superficielles incompétentes) reste controversé.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le SPP garde de nombreuses zones d'incertitudes**, qu'il s'agisse de son épidémiologie, de son diagnostic, de sa prévention ou de son traitement. Les différentes recommandations s'appuient sur des données probantes généralement de faibles niveaux de preuve.

**Le traitement du SPP, notamment pharmacologique, est extrêmement limité.** Les médicaments dits « veinotoniques » n'y ont clairement actuellement aucune place : leur efficacité symptomatique à court terme, admise sur des preuves extrêmement faibles en 2009<sup>3,4</sup> apparaît encore plus incertaine en 2014<sup>1</sup>. La commission de transparence de la HAS estimait globalement en 2005 que, au vu des faibles preuves apportées, leur place ne pouvait être que marginale, le service médical rendu étant insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité<sup>5</sup> (déremboursement effectif depuis 2008).

#### Références

- 1- Kahn SR et al. Strategies: A Scientific Statement From the American Heart Association The Postthrombotic Syndrome: Evidence-Based Prevention, Diagnosis, and Treatment. *Circulation*. 2014; published online September 22.
- 2- Morling JR et al. Rutosides for treatment of post-thrombotic syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005625.
- 3- Kahn SR. How I treat postthrombotic syndrome. *Blood*. 2009;114:4624-31.
- 4- Vazquez SR et al. Contemporary Issues in the Prevention and Management of Postthrombotic Syndrome. *Ann Pharmacother*. 2009;43(11):1824-35.
- 5- HAS. Commission de la transparence. Résultats de la réévaluation - 2e phase. Fiches explicatives par classe thérapeutique. Avis de la Commission - réévaluation 2005 du SMR.