

Thrombose veineuse superficielle : peut-être pas si bénigne...

Mots clés :
Thrombose
veineuse
Embolie pul-
monaire
Prévention

La thrombose veineuse superficielle (TVS) des membres inférieurs est très fréquente (3 à 11 % de la population adulte, prévalence peut-être sous-estimée¹). Longtemps considérée comme « bénigne », elle est observée avec plus de suspicion depuis une dizaine d'années comme composante de la maladie thrombo-embolique. Sa prévalence estimée est double de celles réunies de la thrombose veineuse profonde (TVP) et de l'embolie pulmonaire (EP) auxquelles elle est étroitement intriquée. Des synthèses¹⁻³, des études épidémiologiques^{1,4} et un essai randomisé⁵ récents précisent les données sur ce sujet.

Diagnostic : clinique simple

Les études épidémiologiques^{1, in3} montrent une pathologie surtout féminine. Son incidence augmente avec l'âge dans les deux sexes (âge moyen 60 ans). Le facteur prédisposant le plus fréquent est la présence de veines variqueuses (62% des cas) mais aussi, comme pour la TVP : immobilisation prolongée, traumatisme, obésité, hypercoagulabilité, contraceptifs oraux ou hormonothérapie, antécédents de TVS ou TVP, cathéters intraveineux, cancers, désordres auto-immuns... La TVS associe thrombose et inflammation dans une veine superficielle, saphène grande (60 à 80% des cas) ou petite (10 à 20%), parfois des 2 membres inférieurs (5 à 10% des cas). Les membres supérieurs sont moins souvent concernés. Le territoire atteint est chaud au toucher, avec une masse palpable et un œdème environnant, une douleur qui peut se développer rapidement et être sévère.

TVS des membres inférieurs = risque TVP/EP

La prévalence d'une association TVS/TVP (constatée par échographie systématique de patients consultant pour une suspicion de TVS) varie de 7 à 40% selon les études^{1,3}. Dans l'étude épidémiologique prospective POST⁴ (844 patients consécutifs consultant pour TVS des membres inférieurs dans 96 services d'angéiologie français), 227 patients avaient une TVP à l'échographie, parfois localisée à distance de la TVS, et 4% une embolie pulmonaire confirmée par angiotomodensitométrie ou scintigraphie pulmonaires. Parmi ceux dont la TVS était « isolée » au moment du diagnostic, 8,3% ont subi un événement thromboembolique veineux symptomatique à 3 mois alors que 90% avaient été anticoagulés. Sur les 38 femmes enceintes de cette cohorte, 2 avaient une TVP associée à la TVS. Sur les 788 patients de la cohorte

prospective OPTIMEV, 29% présentaient une TVP ou une EP au moment du diagnostic de TVSⁱⁿ¹ : 39% de ceux qui avaient une TVS sur veine non variqueuse, 23% lorsque la TVS atteignait une veine variqueuse. Il paraît donc prudent de faire un échodoppler, sauf peut-être cause évidente (TVS du membre supérieur autour d'un cathéter, traumatisme direct d'une veine variqueuse...) pour évaluer l'étendue de la thrombose superficielle et le risque de TVP concomitante. Il est difficile de préciser le pourcentage de patients consultant leur généraliste en 1^{re} intention pour TVS qui devraient avoir cet examen : 30 à 50% selon certaines études¹ ? La décision d'investigations complémentaires dépend de la clinique, l'historique, les facteurs de risque et antécédents familiaux...

Quel traitement ?

Le traitement de la TVS isolée¹⁻³ inclut mobilisation, bandes ou bas de contention-compression, AINS ou antalgiques par voie locale ou générale, anticoagulation (héparine non fractionnée, HBPM ou AVK, à doses et durées variables) ou chirurgie (thrombectomie ou ligature). Ces différentes options ont fait l'objet d'études peu nombreuses et de petites tailles, non conclusives. Le récent essai randomisé CALISTO⁵ a inclus 3002 patients présentant une TVS des membres inférieurs (1502 sous 2,5 mg de fondaparinux durant 45 jours, 1500 sous placebo). Le critère principal de l'étude, composite (décès toutes causes ou par EP, TVP symptomatiques ou extension à la crosse ou récurrence de TVS à J47), a atteint 0,2% du groupe intervention vs 1,3% du groupe placebo (réduction du risque de 85% ; 74-92 ; p<0,001), avec respectivement 0,7% et 1,1% de saignements.

Que conclure pour notre pratique ?

La recherche, en présence de TVS, de signes cliniques de TVP et/ou d'EP d'embolie pulmonaire est justifiée du fait de la fréquence de leur association. **La réalisation systématique d'un échodoppler** est rationnelle en cas d'atteinte de la grande saphène interne au dessus du genou, comme c'était le cas de la plupart des patients de CALISTO. Elle n'est à refaire qu'en cas de nouveaux symptômes ou d'aggravation clinique.

L'anticoagulation semble alors une option raisonnable. De nombreuses questions n'ont pas de réponse suffisamment argumentée : durée (au moins 4 semaines selon différents consensus d'expertsⁱⁿ³, 30 à 45 jours dans CALISTO), dose, place des différents anticoagulants (notamment héparines à bas poids moléculaires, nouveaux anticoagulants type fondaparinux). **Le rôle exact de la chirurgie de la saphène** reste en discussion, notamment pour déterminer les sous-groupes les plus concernés.

Références

- 1- Becker F et al. La thrombose veineuse superficielle : une pathologie à reconsidérer. STV. 2011;23:280-91.
- 2-Afssaps. Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. Décembre 2009.
- 3- Litzendorf ME et al. Superficial venous thrombosis: disease progression and evolving treatment approaches. Vascular Health and Risk Management. 2011;7:569-75.
- 4- Decousus H et al. Superficial Venous Thrombosis and Venous Thromboembolism. A Large, Prospective Epidemiologic Study. Ann Intern Med. 2010;152:218-24.
- 5- Decousus H et al. Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. N Engl J Med. 2010;363:1222-32.