

Repères



THÉRAPEUTIQUE

Thrombose veineuse superficielle isolée d'un membre inférieur : pas d'héparine

● Les thromboses veineuses superficielles se manifestent habituellement comme un cordon douloureux inflammatoire sur un trajet veineux. Elles exposent rarement aux embolies pulmonaires.

● Un traitement systématique par anticoagulant n'est pas justifié, sauf en cas de thrombose veineuse profonde associée.

Les thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs se manifestent habituellement par un cordon douloureux inflammatoire sur un trajet veineux, en particulier la grande veine saphène (a)(1). En l'absence de thrombose d'une veine profonde associée, elles exposent à un risque faible d'embolie pulmonaire (1,2).

En cas de thrombose veineuse superficielle isolée, les guides de pratique clinique s'accordent pour proposer une compression veineuse et une déambulation dès que possible (3à6).

Les anticoagulants ont-ils une place dans le traitement préventif des complications des thromboses veineuses superficielles isolées, pour réduire le risque d'embolie pulmonaire ? Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane actualisée en 2007 et un vaste essai comparatif versus placebo paru après cette synthèse apportent des éléments de réponse (7,8).

Héparine : moins d'accidents thrombotiques si risque veineux élevé. La synthèse méthodique Cochrane a recensé dix essais comparatifs randomisés évaluant des traitements anticoagulants en termes d'accidents

thrombotiques (7). Mais aucun de ces essais n'a eu comme critère d'évaluation les embolies pulmonaires.

Deux essais, *héparine* de bas poids moléculaire (HPBM) versus placebo ou absence de traitement, ont été en faveur d'une réduction de risque d'accident thrombotique veineux dans le groupe HBPM : moins de 1 % d'accidents thrombotiques veineux versus environ 5 % dans les groupes placebo ou absence de traitement. L'un des deux essais n'a pas été mené en double aveugle (7).

À peine moins d'embolies pulmonaires avec fondaparinux. Un essai, publié après la synthèse, a comparé *fondaparinux* (Arixtra®, un dérivé de l'*héparine*) versus placebo chez 3 002 patients atteints d'une thrombose d'une veine superficielle isolée d'un membre inférieur. La thrombose était confirmée par échographie, d'une longueur d'au moins 5 cm et située à plus de 3 cm de la jonction saphéno-fémorale (b)(8). Après tirage au sort, ils ont reçu en double aveugle, chaque jour pendant 45 jours, une injection sous-cutanée de 2,5 mg de *fondaparinux* ou de placebo. Une compression veineuse était encouragée et environ la moitié des patients ont reçu un traitement antalgique (*paracétamol* ou anti-inflammatoire non stéroïdien local)(c).

Environ un mois et demi après le début du traitement, les incidences d'embolies pulmonaires ont été voisines : 0 % dans le groupe *fondaparinux* versus 0,3 % dans le groupe placebo ($p = 0,03$)(8). La mortalité et la fréquence des hémorragies graves ont été similaires dans les 2 groupes (0,1 % chacun). Traiter les patients par *fondaparinux* durant 45 jours a permis d'éviter une thrombose veineuse profonde chez 1,1 % des patients, au prix d'hématomes au site d'injection chez 1,8 % des patients. ►►

a- La grande veine saphène est aussi appelée veine saphène interne. Elle parcourt le membre inférieur à sa face antéro-interne, de la jambe à la cuisse, et se jette dans la veine fémorale à l'aîne.

b- Les patients ayant eu une intervention chirurgicale ont été exclus (réf. 8).

c- Dans cet essai, le critère de jugement principal d'évaluation est un critère combiné de pertinence clinique contestable, tant il mélange des risques de natures et de gravités différentes : décès, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, extension de la thrombose à la jonction saphéno-fémorale, récurrence de la thrombose veineuse superficielle. Au bout de 47 jours, ce critère est survenu chez 0,9 % des patients traités par *fondaparinux* versus 5,9 % dans le groupe placebo ($p < 0,001$) (réf. 8).

► Par ailleurs, les effets indésirables connus du *fondaparinux* sont : des thrombopénies parfois associées à des thromboses, de rares réactions d'hypersensibilité et de nécroses cutanées, des hyperkaliémies, des thrombocytoses (9).

En pratique. Les thromboses veineuses superficielles isolées d'un membre inférieur sont fréquentes mais n'exposent que rarement aux embolies pulmonaires. Les anticoagulants n'ont pas d'efficacité démontrée sur le risque d'embolie pulmonaire dans cette situation, alors qu'ils ont des effets indésirables hémorragiques. Antalgique, compression veineuse et déambulation suffisent en l'absence de risque veineux particulier.

Dans certaines situations, notamment chez des personnes à risque de thromboses veineuses, ou quand la thrombose se situe près de la jonction saphéno-fémorale (à la racine de la cuisse), ou survient en postopératoire, surveillance renforcée et traitement anticoagulant semblent plus prudents, malgré l'absence d'évaluation spécifique.

©Prescrire

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Leon L et coll. "Clinical significance of superficial vein thrombosis" *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005 ; **29** : 10-17.

2- Prescrire Rédaction "Reconnaître les facteurs de risques d'embolie pulmonaire. Événement déclenchant et contexte à risque souvent présents" *Rev Prescrire* 2002 ; **22** (229) : 441-443.

3- Kearon C et coll. "Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease : American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition)" *Chest* 2008 ; **133** (6 suppl.) : 1545-1625.

4- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé "Recommandations de bonne pratique. Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. Argumentaire" décembre 2009 : 123 pages.

5- Haute autorité de santé "Dispositifs de compression médicale à usage individuel. Utilisation en pathologies vasculaires. Révision de la liste des produits et prestations remboursables" septembre 2010 : 306 pages.

6- Scottish Intercollegiate Guidelines Network "Prevention and management of venous thromboembolism" december 2010 : 97 pages.

7- Di Nisio M et coll. "Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg" (Cochrane Review) (dernière révision : février 2007). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2010 ; issue 12 : 110 pages.

8- Décousus H et coll. "Fondaparinux for the treatment of superficial vein thrombosis in the legs" *N Engl J Med* 2010 ; **363** (13) : 1222-1232 + (lettres) 2011 ; **364** (4) : 380-381.

9- Prescrire Rédaction "2-5-6. Patients sous héparine" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (326) (suppl. interactions médicamenteuses).

PRÉVENTION

Arthroscopie du genou : pas d'anticoagulant systématique

● L'arthroscopie du genou expose à un risque d'embolie pulmonaire.

● Les essais ne sont pas en faveur d'une prévention systématique des embolies pulmonaires par *héparine* de bas poids moléculaire (HBPM). Dans cette situation, une prévention par HBPM diminue les thromboses veineuses profondes asymptomatiques mais est sans effet apparent sur les événements symptomatiques.

● Plusieurs guides de pratique clinique proposent de limiter l'anticoagulation aux arthroscopies avec chirurgie compliquée et aux patients à risque thromboembolique élevé.

L'arthroscopie du genou à visée diagnostique ou thérapeutique expose à un risque de thrombose veineuse profonde, même en l'absence d'autre facteur de risque (thrombose confirmée chez 4 % à 15 % des patients, par échographie doppler) (1,2). En 2002, quelques essais avaient évalué l'effet de l'héparinothérapie après arthroscopie du genou sur un critère non clinique (thromboses veineuses dépistées par examen paraclinique) mais pas sur des critères cliniques (1). Une méta-analyse et des guides de pratique clinique apportent des éléments complémentaires (2).

HBPM : pas d'efficacité clinique démontrée. Une synthèse méthodique avec méta-analyse a recensé 4 essais randomisés ayant comparé, chez des patients opérés d'arthroscopie du genou, *héparine* de bas poids moléculaire (HBPM) versus absence d'anticoagulant chez 527 adultes au total, principalement des hommes jeunes. Un seul de ces essais a été réalisé en double aveugle (2).

Dans ces quatre essais, il n'y a eu aucun décès. Un seul épisode d'embolie pulmonaire a été documenté ; il est survenu chez un patient traité par HBPM. Les événements thromboemboliques symptomatiques ont été de fréquence similaire dans les deux groupes, environ 16 % (2).

Le critère principal d'évaluation, combinant thromboses veineuses profondes, symptomatiques et non symptomatiques, et embolies pulmonaires a été observé chez 1 % environ des patients dans le groupe HBPM, versus 7 % environ dans le groupe sans traitement ($p = 0,0003$). Mais la majorité des événements ont été des thromboses veineuses profondes non symptomatiques (a) (2,3). L'efficacité préventive de l'HBPM sur les thromboses veineuses profondes asymptomatiques est réelle, mais sans traduction en termes de thromboses cliniques.

Au cours de ces essais, environ 7 % des patients ont subi des événements indésirables, sans différence statistiquement significative entre les groupes. Aucune hémorragie grave n'a été rapportée dans ces essais (2).

Les HBPM exposent principalement à des hémorragies, des thrombopénies, des thrombocytoses et des hyperkaliémies (4).

Des recommandations cohérentes. Quatre guides de pratique clinique, publiés entre 2006 et 2010, ont émis des recommandations de prévention des complications thromboemboliques après arthroscopie du genou chez les adultes. En l'absence de facteur de risque thromboembolique ou de chirurgie compliquée, ces guides recommandent de ne pas prescrire de prévention autre qu'une mobilisation précoce (4 à 7). Cela est cohérent avec les données d'évaluation.

En présence de facteur de risque thromboembolique ou en cas de chirurgie compliquée (chirurgie durant plus d'une heure ou reconstruction ligamentaire), ces guides recommandent un traitement préventif, sur la base d'un consensus d'experts (4 à 8). Dans cette situation, le traitement de choix est une HBPM à raison d'environ 4 000 UI à 5 000 UI en une injection par jour, à débiter 6 à 12 heures après la chirurgie et à poursuivre pendant une à deux semaines (1).

En pratique. Le plus souvent, il n'est pas utile de prescrire un anticoagulant en prévention des complications thromboemboliques après arthroscopie du genou. En cas de risque élevé, une anticoagulation est en revanche justifiée.

©Prescrire