

Prévention de la maladie thrombo-embolique

MÉCANIQUE OU MÉDICAMENTEUSE, LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE OBÉIT À DES INDICATIONS STRATIFIÉES EN FONCTION DU NIVEAU DE RISQUE

Dr Daniel Lefebvre
Service de médecine vasculaire
Hôpital de Rangueil, Toulouse

Rappel clinique GÉNÉRALITÉS

✓ PRÉVALENCE :

140 000 cas annuels avec une mortalité d'environ 1%.

✓ INCIDENCE : 0,5‰

dans la population générale, 1,8‰ après 65 ans, et 3‰ après 80 ans.

La maladie thrombo-embolique s'illustre par la faible sensibilité des signes cliniques. Cette affection potentiellement mortelle n'a pas régressé malgré la mise au point d'un traitement prophylactique efficace : augmentation des actes chirurgicaux, vieillissement de la population et crainte suscitée par l'usage des anticoagulants sont en cause.

Les travaux cherchant à établir des niveaux de risque ont abouti à une certaine unanimité dans les situations à risque chirurgical, mais non dans les pathologies médicales, plus complexes et concernant des populations hétérogènes.

LES NIVEAUX DE RISQUE PARAMÈTRES LIÉS AU PATIENT :

✓ Niveau I ou risque faible : absence de facteur de risque.

✓ Niveau II ou risque modéré : âge, varices, traitement estroprogestatif (et substitutif de la ménopause, à un moindre degré), obésité, grossesse, pathologie chronique (insuffisance cardiaque et respiratoire).

QUI DOIT BÉNÉFICIER D'UNE PROPHYLAXIE ANTITHROMBOTIQUE ?

Pour une pathologie donnée, le niveau de risque thrombo-embolique n'est pas identique à 35 et à 75 ans, chez un sujet sans antécédent et chez un autre qui a eu une thrombose veineuse. A l'opposé, pour un profil de patient donné, certaines pathologies sont à risque thrombotique majoré. Deux types de facteurs doivent donc être pris en compte (*voir ci-contre*) :

- ceux liés à l'état du patient (risque personnel) : facteurs prédisposants permanents (antécédents de

thrombose veineuse profonde ou TVP, âge, invalidité, thrombophilie) et conjoncturels (infection, grossesse) ;

- ceux liés à une pathologie (risque d'exposition) : occasionnels (intervention chirurgicale, fracture de jambe, pneumopathie) ou définitifs (hémiplégié). L'évaluation des risques cumulés aboutit à une stratification de leur gravité et dégage un niveau qui se situe par rapport au seuil justifiant la thérapie préventive (*voir ci-contre*).

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT EN PRATIQUE

● Une prévention par anticoagulants est recommandée dans les situations chirurgicales récentes, en cas de risque modéré ou fort (*voir ci-contre*), en particulier, prothèse de hanche ou genou, cancer, etc.

● Dans les situations carcinologiques suivantes : suite immédiate de chirurgie, cathéter veineux central, chimiothérapie ou radiothérapie (si facteur de risque supplémentaire).

● Dans les situations médicales à risque de niveau II et III :
- insuffisance cardiaque en poussée associée à un facteur de risque personnel ;
- insuffisance respiratoire en poussée ;
- AVC ischémique avec paralysie du membre inférieur ;
- infarctus récent avec un autre facteur de risque ;
- antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse ;
- infection aiguë, combinée à un facteur de risque personnel.

LES MOYENS MÉCANIQUES

Ils sont classés en deux catégories.

La contention élastique par bas, dits « anti-thrombose », en position couchée et avec une mobilisation suffisante du membre inférieur, a une efficacité reconnue par plusieurs méta-analyses : réduction de 68% du risque de TVP dans les risques faibles ou modérés.

La compression intermittente pneumatique au mollet ou, plus récente, sur la voûte plantaire, active la circulation de retour sur un membre totalement

passif. L'appareillage est lourd et coûteux, mais ne nécessite pas de personnel. L'efficacité de cette méthode, développée dans les pays anglo-saxons et non évaluée en France, serait comparable à un traitement par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en chirurgie de la hanche, à court terme. Au total, les moyens mécaniques sont efficaces, seuls dans la prévention des risques légers, en association avec une héparine en cas de risque modéré, ou chez les patients grabataires ou comateux.



rénal (clairance à la créatinine inférieure à 30 ml/mn).

- Les HBPM ont considérablement modifié le traitement préventif de la TVP. Leur autorisation de mise sur le marché dans cette indication n'a été acquise qu'à l'issue de nombreux essais comparatifs avec les héparines standards. L'administration à dose unique de ces médicaments et l'espoir – malheureusement vite déçu – d'un moindre risque hémorragique en ont largement diffusé l'utilisation, notamment en pratique de ville. Actuellement les protocoles sont basés sur leurs propriétés anticoagulantes, sur l'absence de contrôle a priori et sur leur facilité d'administration : une injection sous-cutanée quotidienne. Toutefois l'augmentation des effets secondaires hémorragiques chez les insuffisants rénaux leur a fait perdre l'indication chez ces patients.

- Les anticoagulants oraux (AVK) : plusieurs études ont montré l'efficacité des AVK dans le traitement prophylactique de la TVP, y compris en milieu chirurgical. Toutefois, leur maniabilité difficile les réserve aux patients à très haut risque avec une perspective de traitement prolongé (antécédent d'embolie pulmonaire, chirurgie orthopédique majeure). La cible d'anticoagulation mesurée par l'INR se situe dans la fourchette basse (INR entre 1,5 et 2,5). En règle générale, le traitement AVK n'est pas choisi en première intention.

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le choix de l'anticoagulant se fait au sein de trois groupes de médicaments.

- L'héparine non fractionnée a fait la preuve de son efficacité dans la prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP) ; elle est le plus souvent administrée sous forme d'héparine calcique en deux ou trois injections sous-cutanées quotidiennes. Son utilisation est recommandée chez l'insuffisant

LE TRAITEMENT EN PRATIQUE

En cas de risque faible, les moyens mécaniques seuls sont préconisés en cas de pathologie médicale ; ils sont associés à des HPBM à dose faible en cas de chirurgie à risque faible. Les doses d'héparine calcique et d'HPBM en cas de risque modéré sont moins élevées que lorsque le risque est fort, sauf pour l'héparine calcique et la nadoparine. La durée du traitement est d'une quinzaine de jours maximum, en dehors du maintien du risque, de six semaines si le risque persiste. La surveillance du traitement anticoagulant par HPBM, une fois la clairance à la créatinine mesurée

(et supérieure à 30 ml/mn), consiste en :

- une numération plaquettaire deux fois par semaine jusqu'au 21^e jour, pour détecter une thrombopénie induite par l'héparine;
- l'activité anti-Xa après la troisième injection en cas d'insuffisance rénale modérée.

Les contre-indications aux anticoagulants sont liées à l'existence d'un risque hémorragique majoré : pathologie hémorragique active, insuffisance rénale (pour les HBPM), cancer à risque hémorragique, AVC (sous certaines réserves), risques de chute (démence sénile), pathologie acquise de l'hémostase (cirrhose...).

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Évaluer le risque personnel du patient, permanent ou temporaire (âge, antécédents, obésité, infection, invalidité...) et le risque d'exposition lié à la pathologie, médicale ou chirurgicale, à traiter.

● RISQUE FAIBLE :

- Affection médicale : pas d'HBPM, contention et mobilisation du membre inférieur.
- Affection chirurgicale : HBPM dose faible, contention et mobilisation.

● RISQUE MODÉRÉ ET FORT :

Les doses sont plus faibles lorsque le risque est modéré que lorsque le risque est fort sauf pour l'héparine calcique (5000 U/24 h en deux injections si risque modéré ou trois si risque fort) et la nadoparine (Fraxiparine : 3000 U/24 h).

Pour les autres, respectivement :

- daltéparine (Fragmine) : 2500 et 5000 U/24 h;
- enoxaparine (Lovenox) : 2000 et 4000 U/24 h;
- reviparine (Clivarine) : 1750 et 4200 U/24 h;
- tinzaparine (Innohep) : 2500 et 4500 U/24 h.

✓ Niveau III ou risque fort : antécédents thrombo-emboliques, thrombophilie, maladie auto-immune, AVC avec séquelles invalidantes.

PARAMÈTRES LIÉS À LA PATHOLOGIE MÉDICALE À TRAITER :

- ✓ Niveau I ou risque faible : alitement prolongé.
- ✓ Niveau II ou risque modéré : infarctus du myocarde, cardiopathie ou insuffisance respiratoire décompensée, AVC aigu, cathéters centraux, maladie systémique, infection généralisée, post-partum.
- ✓ Niveau III ou risque fort : cancer évolutif, chimiothérapie, paralysie, syndrome myéloprolifératif.

PARAMÈTRES LIÉS À LA PATHOLOGIE À TRAITER, EN MILIEU CHIRURGICAL

- ✓ RISQUE FAIBLE : membre supérieur, urologie endoscopique, curetage, cholécystectomie.
- ✓ RISQUE MODÉRÉ : membre inférieur sous plâtre, fracture du rachis sans trouble neurologique, adénomectomie, chirurgie non cancéreuse du rein, de la vessie, hystérectomie, plastie tubaire, appendicectomie compliquée.
- ✓ RISQUE FORT : chirurgie du bassin et membre inférieur, du rachis avec troubles neurologiques, cystectomie totale, prostatectomie radicale, plastie utérine, ovariectomie-annexectomie pour cancer, colectomie pour cancer, pancréas pour cancer.