

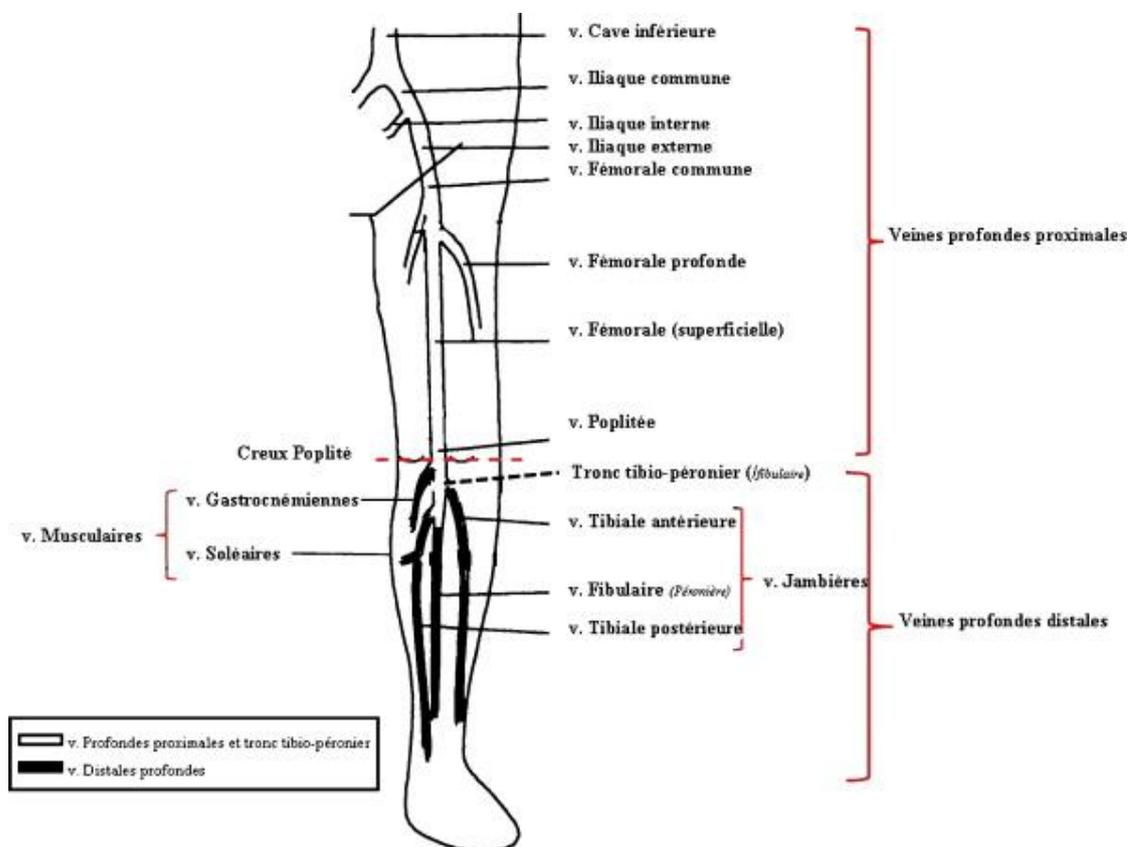
Entretien : les TVP distales 2021



C'est le Dr Jean Philippe Galanaud , Médecin Vasculaire, qui inaugure cette nouvelle rubrique.

Entretien Thrombose veineuse distale avec le Dr. Jean Philippe Galanaud, Département de Médecine Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto, Toronto, Canada

Rappelons que le Dr Jean Philippe Galanaud a beaucoup travaillé et publié sur les TV Distales, il est donc le mieux placé pour répondre aux questions de #MedVascInfo . Cette thématique a été à l'origine de controverses, mais aujourd'hui cette question est consensuelle.



Question 1

Jean Philippe peux-tu nous définir sur le plan anatomique les thromboses veineuses distales des membres inférieurs, de plus pourcentage entre TVP distale vs proximale

D'un point de vue strictement anatomique, les veines distales englobent les veines jambières (tibiale postérieure, péronière, tibiale antérieure (Les thrombose tibiales antérieures sont exceptionnelles) et musculaires (soléaires et gastrocnémiennes) ainsi que le tronc tibio péronier. D'un point de vue pratique, les TVP du tronc tibio péronier sont généralement considérées comme des TVP poplitées. Un peu plus de 50% des TVP isolées (sans embolie pulmonaire) des membres inférieurs sont des TVP distales

Question 2

Existe t il une différence quant à l histoire naturelle des TV musculaires et des TV jambières (hors cancer) , sexe, facteur déclenchant ou non, survenue d'une embolie pulmonaire

Voilà une question à laquelle il est difficile de répondre. Des études cliniques, ont retrouvé un taux d'extension proximal très faible à trois mois (inférieur à 3 %) des TVP musculaires (vs. un taux généralement admis de 10% en cas de tvp distale tout venant), suggérant que le potentiel thrombo-embolique de celles-ci était inférieur à celui des thromboses jambières. Un essai thérapeutique publié par Schwartz en 2010 ne retrouvait pas de bénéfice à un traitement anticoagulant par HBPM pendant 10 jours, par rapport à une compression élastique seule en cas de TVP musculaire. Dans l'étude Cactus, en revanche, il

n'y avait pas de différence significative entre le taux d'extension des thromboses jambières et musculaires, même si les thromboses jambières semblaient s'étendre un peu plus. Dans l'étude Optimev, le risque de récurrence thromboembolique à l'arrêt du traitement ac était similaire entre thromboses jambières et musculaires. En pratique, dans les recommandations Inter sociétés, il n'est pas fait de distinction entre thromboses jambières et musculaires en terme de nécessité de traiter et de durée de traitement.



Question 3

Le traitement anticoagulant des TVP distales symptomatiques (en dehors du cancer) est-il différent selon leur localisation anatomique : molécule, dose, durée

Comme mentionné précédemment, il n'est pas fait de distinction entre les thromboses jambières et musculaires en terme de traitement dans les recommandations Inter sociétés. En revanche, le nombre de segments veineux thrombosés semble influencer le risque de récurrence, et, en cas de thrombose multiples, il est suggéré de traiter trois mois plutôt que six semaines par anticoagulants. **Les thromboses du tronc tibio-péronier, devraient quant à elle être traitées comme des thromboses poplités en raison de leur risque de récurrence similaire à celui des thromboses poplités.** Concernant le choix de la molécule, les anticoagulants oraux directs, à dose curative, même s'ils n'ont pas fait encore l'objet d'une évaluation par le biais d'un essai thérapeutique dédié, constituent le traitement de première intention.

Question 4

Le traitement anticoagulant des TVP distales symptomatiques au décours d'un cancer actif est-il différent selon leur localisation anatomique : molécule, dose, durée

L'étude Optimev a mis en évidence qu'en l'absence de cancer le risque de récurrence des thromboses distales était deux fois moindre qu'en cas de thrombose proximale et la majorité des récurrences étaient de thromboses distales. En revanche, lorsque la thrombose distale survient au décours d'un cancer, le pronostic, en terme de récurrence, de type de récurrence et de mortalité est comparable à celui des TVP proximales chez les patients cancéreux. Aussi, en cas de thrombose distale chez un patient cancéreux, lorsque la thrombose survient en dehors de tout facteur transitoire surajouté, un traitement anticoagulant prolongé peut/doit être proposé si le risque hémorragique le permet et si c'est en accord avec le choix du patient. Le choix de la molécule est identique à celui que l'on prescrirait chez le même patient présentant une thrombose proximale. En cas de risque hémorragique, l'intensité du traitement anticoagulant peut et doit être adaptée de façon plus souple qu'en cas de TVP proximale.

Question 5

Quelle est la prise en charge des TVP distales asymptomatiques ?

Dans la pratique clinique, en cas de découverte d'une thrombose distale asymptomatique, en l'absence de risque hémorragique, les patients sont généralement traités de la même manière que pour une thrombose symptomatique. L'élément modulateur principal du traitement des thromboses distales est le risque hémorragique. En cas de risque hémorragique élevé, une surveillance par échodoppler à une semaine plus ou moins 2 semaines doit être proposée. Un traitement à dose prophylactique, peut aussi être proposé, si le risque hémorragique le permet. Enfin, il ne faut pas déployer de filtre cave en cas de thrombose veineuse profonde distale et proposer une surveillance échodoppler.

Merci Jean Philippe pour avoir accepté de participer à ce premier entretien sur #MedVascinfo avec des réponses claires et précises.

Bibliographie

Galanaud JP, Quenet S, Rivron-Guillot K, Quere I, Sanchez Muñoz-Torrero JF, Tolosa C, Monreal M; RIETE INVESTIGATORS.

Comparison of the clinical history of symptomatic isolated distal deep-vein thrombosis vs. proximal deep vein thrombosis in 11 086 patients **J Thromb Haemost** . 2009 Dec;7(12):2028-34. **Galanaud JP, Sevestre MA, Genty C, Laroche V, Zizka I, Quéré J, Bosson J, OPTIMEV SFMV investigators**, Comparison of the clinical history of symptomatic isolated muscular calf vein thrombosis versus deep calf vein thrombosis, **J Vasc Surg** 2010;52:932-8.

JP Galanaud, JL Bosson, I Quéré, Risk factors and early outcomes of patients with symptomatic distal vs. proximal deep-vein thrombosis, **Curr Opin Pulm Med**, 2011 Sep;17(5):387-91.

J-P Galanaud, S R Kahn, A Khau Van Kien, J-P Laroche, I Quéré, Epidemiology and management of isolated distal deep venous thrombosis, **Rev Med Interne**, 2012 Dec;33(12):678-85.

Righini M, Galanaud JP, Guennevez H, Brisot D, Diard A, Faisse P, Barrellier MT, Hamel-Desnos C, Jurus C, Pichot O, Martin M, Mazzolai L, Choquenot C, Accassat S, Robert-Ebadi H, Carrier M, Le Gal G, Mermillod B, Laroche JP, Bounameaux H, Perrier A, Kahn SR, Quere I, Anticoagulant therapy for symptomatic calf deep vein thrombosis (CACTUS): a randomised, double

blind, placebo-controlled trial, **Lancet Haematol** . 2016 Dec;3(12):e556-e562.

Robert-Ebadi H, Righini M. Should we diagnose and treat distal deep vein thrombosis? Hematology **Am Soc Hematol Educ Program** 2017 Dec 8;2017(1):231-236.

Kirkilesis G, Kakkos SK, Bicknell C, Salim S, Kakavia K Treatment of distal deep vein thrombosis, **Cochrane Database Syst Rev** 2020 Apr 9;4(4):CD013422.

Quéré I, Glanaud JP, Sanchez O, Quelle est la prise en charge des thromboses veineuses profondes sous-poplitées ? **Revue des Maladies Respiratoires** 2021,38, e164-e170