F. VIN
Clinique de la Veine, Hôpital Américain de Paris,
NEUILLY-SUR-SEINE.

Quand arrêter la compression médicale élastique après thrombose veineuse profonde des membres inférieurs?

La thrombose veineuse profonde (TVP) est une pathologie relativement fréquente dans la population générale puisque son incidence est de 1 à 2 pour 1000. Le pronostic à court terme est dominé par le risque d'embolie pulmonaire qui peut être fatal dans certains cas. La maladie thrombo-embolique est la troisième cause de mortalité, c'est dire l'intérêt d'un diagnostic par écho-Doppler systématique et d'un traitement précoce.

A plus long terme, le pronostic est dominé par le développement d'une maladie post-thrombotique responsable de troubles trophiques plus ou moins sévères dont l'ulcère de jambe. Ces troubles trophiques sont très souvent à l'origine d'un retentissement socio-professionnel et d'un coût de soins non négligeable.

Bien que des traitements fibrinolytiques ou chirurgicaux aient été proposés dans certaines indications, l'anticoagulation représente la base du traitement de la maladie thrombo-embolique. En association aux anticoagulants, la compression médicale élastique (CME) est indispensable tant sur le plan curatif qu'en prévention d'une maladie post-thrombotique.

POURQUOI METTRE EN PLACE UNE COMPRESSION MEDICALE ELASTIQUE?

Dès sa mise en place et en association à la marche, la CME réduit la douleur et l'œdème, elle permet une reprise plus rapide des activités sociales et professionnelles. Elle améliore également la qualité de vie des patients et peut réduire le coût global du traitement.

Les mécanismes d'action de la CME dans le traitement de la TVP aiguë ne sont pas totalement connus. Cependant, de nombreuses études ont montré qu'elle accélérait la régression du thrombus. Une étude contrôlée randomisée a montré que le port d'un bas de compression sur mesure à la phase aiguë d'une TVP permet de prévenir un syndrome post-thrombotique [1]. Pradoni [2] a rapporté chez les patients portant pendant 2 ans des chaussettes de compression standard de classe IV (30-40 mmHg) une réduction nettement significative de l'apparition d'une maladie post-thrombotique (22,2 % vs 46,7 % chez les patients n'ayant en place aucune CME).

La maladie post-thrombotique représente la première cause d'insuffisance veineuse chronique avec troubles trophiques et ulcères de jambe. Bien que peu d'études soient disponibles, il est évident que la maladie post-thrombotique est responsable de coûts directs et indirects élevés dont une perte de productivité liée à l'arrêt des activités professionnelles. Une étude suédoise a estimé la moyenne du coût de traitement de la maladie post-thrombotique à 4700 dollars par an et par sujet. Le coût direct du traitement de l'insuffisance veineuse chronique excède 300 millions de dollars par an aux Etats-Unis.

En considérant l'ensemble de ces éléments, le diagnostic d'une thrombose veineuse profonde doit être précoce par une exploration écho-Doppler systématique visant à rechercher la localisation du thrombus et de son pôle supérieur, ainsi que son étendue au niveau des différents axes veineux profonds.

MODALITES DE LA MISE D'UNE COMPRESSION MEDICALE ELASTIQUE

Le diagnostic ayant été confirmé par écho-Doppler, la mise en route d'une anticoagulation par HBPM associée à des antivitamines K selon un protocole défini par la Conférence de consensus de l'American College of Chest Physician [3] doit

Fig. 1 : *Compression médicale classe III au cours d'une thrombose veineuse poplitée.*

être débutée. Une compression par bande non élastique, à allongement court, doit être posée depuis la racine des orteils en remontant jusqu'au-dessus du pôle supérieur du thrombus. Elle doit être associée à une déambulation précoce. La bande sera changée à J + 8 lors d'un contrôle écho-Doppler dont l'objectif est de s'assurer de l'absence d'extension du thrombus. Une compression par bande ou par bas de classe forte (20,1-36 mmHg) peut également être proposée [4].

Dans les jours qui suivent la mise en place de cette compression médicale élastique ou non élastique, on assiste à une régression de l'œdème, de la douleur et de l'angoisse souvent ressentie par les patients.

Ultérieurement, à J + 8, **et dans tous les cas,** un bas de compression médicale élastique de classe III selon les normes françaises (20,1-36 mmHg) doit être prescrit (***fig. 1***). Il sera mis en place dès le matin et retiré au décubitus. Une chaussette pourra être proposée pour les thromboses veineuses distales et un bas cuisse ou collant uni-jambe pour les thromboses veineuses proximales.

QUAND ARRETER LA COMPRESSION MEDICALE ELASTIQUE?

L'évolution de l'occlusion veineuse profonde sera évaluée par une exploration écho-Doppler systématique à 3 mois, 6 mois et 1 an. A ce stade, on constate souvent une reperméation [5] avec ou sans reflux, ou la persistance dans certains cas d'une occlusion du segment veineux occlus avec développement d'une circulation collatérale de suppléance.

La CME doit être prescrite au minimum jusqu'à l'arrêt des anticoagulants qui, selon la conférence de consensus [3], est

POINTS FORTS

- **La compression médicale élastique doit être associée aux anticoagulants dans le traitement de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.**
- **Une pression minimum de 30 mmHg à la cheville est suffisante pour réduire l'œdème et la douleur. L'arrêt de la compression dépend des données de l'examen clinique et de l'écho-Doppler.**

de 3 mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde secondaire à un facteur de risque transitoire et de 6 à 12 mois pour les patients ayant un premier épisode de thrombose veineuse profonde idiopathique. Pour des patients ayant un premier épisode de thrombose veineuse profonde associé à la présence documentée d'anticorps antiphospholipides ou d'une thrombophilie, il est recommandé un traitement anticoagulant pendant 12 mois.

Lors de l'arrêt des anticoagulants et en fonction des données de l'écho-Doppler, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Thrombose veineuse musculaire dont les thromboses des veines gastrocnémiennes ou soléaires reperméabilisées avec reflux modéré sans œdème : la compression médicale élastique peut être arrêtée.

- Thrombose veineuse surale et poplitée reperméabilisée avec reflux et œdème vespéral : la compression médicale élastique de classe II (15,1-20 mmHg) sera prescrite avec un contrôle à 6 mois. Au terme de ces 6 mois :
– soit l'état trophique est satisfaisant avec absence d'œdème, de dermite de stase, et la compression médicale élastique de classe II (15,1-20 mmHg) peut être poursuivie,
– soit un constate cliniquement une aggravation de l'état trophique avec apparition d'un œdème et/ou une hypodermite de jambe, la reprise d'une compression médicale de classe III (20,1-36 mmHg) par chaussettes s'impose.

- Dans les thromboses veineuses proximales ilio-fémorales avec persistance d'un syndrome obstructif ou d'une reperméation avec un important reflux, le bas cuisse ou collant uni-jambe de classe II (15,1-20 mmHg) seront prescrits. Un contrôle à 6 mois permettra d'évaluer cliniquement l'efficacité du traitement médical compressif sur l'aspect clinique des téguments. Dans certains cas, malgré les données de l'echo-Doppler, il n'existe aucun signe clinique et la CME peut être temporairement suspendue. En cas de réapparition d'un œdème, un bas cuisse ou demi-collant de classe III sera substitué à la classe II.

Classes de compression selon les normes françaises

Classe I : 10-15 mmHg

Classe II : 15,1-20 mmHg

Classe III : 20,1-36 mmHg

Classe IV : > 36 mmHg

CONCLUSION

La prescription d'une compression médicale élastique en association aux anticoagulants est indispensable dans le traitement de la thrombose veineuse profonde aiguë des membres inférieurs. Elle permet de réduire l'œdème et la douleur à la phase aiguë, de favoriser la résorption du thrombus et d'éviter l'apparition d'une maladie post-thrombotique.

La durée du traitement par compression doit être au minimum le temps du traitement des anticoagulants. Lors de l'arrêt des anticoagulants, l'exploration écho-Doppler et la clinique doivent permettre de juger de la poursuite ou non de ce traitement en adaptant la force de compression à l'aspect des téguments. ■

Bibliographie

1. Vin F, Benigni JP. Compression therapy International Consensus Document guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol,* 2004 ; 23 : 317-45.

2. Pradoni P, Lensing A, Prins MH *et al*. Below-knee elastic compression stockings to prevent the post thrombotic syndrom. *Ann Intern Med*, 2004 ; 141 : 249-56.

3. Hirsch J, Guyatt G, Albers G, Schunemann H. Recommandations de la septième conférence de l'American College of Chest Physician (ACCP) sur les traitements antithrombotiques et thrombolytiques. Supplément de CHEST 2004 Volume 126, N° 3.

4. Partsch H, Blattler W. Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. *J Vasc Surg*, 2000 ; 32 : 861-9.

5. Puskas A, Balogh Z, Hadadi L, Imre M, Orban E, Kosa K, Brassai Z, Moussa SA. Spontaneous recanalization in deep venous thrombosis : a prospective duplex ultrasound study. *Int Angiol,* 2007 ; 26 : 53-63.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.