

Compression élastique après thrombose veineuse profonde



→ C. BOULON
Service de Médecine
Vasculaire,
Hôpital Saint-André,
BORDEAUX.

Utilisée de très longue date sur des bases empiriques, la contention-compression possède un éventail d'indications dont le traitement et la prévention des séquelles de la thrombose veineuse profonde (TVP). Jusqu'à ces dernières années, la recherche clinique dans le champ de la MTEV s'est focalisée essentiellement sur l'étude des stratégies diagnostiques et des différents traitements pharmacologiques que sont héparines et anticoagulants pour la prise en charge immédiate et à moyen terme.

L'évolution de la maladie à long terme a reçu beaucoup moins d'attention, alors que sa principale manifestation, le syndrome post-thrombotique (SPT), a d'importantes implications à la fois pour les patients et la société en raison du recours substantiel aux services de soins [1].

L'incidence rapportée du syndrome post-thrombotique varie largement, de 5 % à 50 % selon les séries [2], cela en raison de la difficulté à obtenir une définition consensuelle du SPT, qui va de l'œdème peu symptomatique à l'ulcère veineux, en passant par les varices, la dermite ocre, l'hypodermite scléreuse. La grande variabilité des résultats s'explique aussi par la petite taille de ces séries et leur caractère rétrospectif, avec différentes périodes de suivi et des critères de sélection variables. Il est admis que le syndrome post-thrombotique devient cliniquement manifeste dans les 5 à 10 ans qui suivent la TVP [2].

Dans ce court article, nous nous focaliserons sur l'intérêt de la compression élastique dans la prévention du SPT.

Rappel sur les principes de la compression et définition des termes

En France, contention et compression ont souvent été confondues, alors que leurs effets et leurs indications sont distinctes :

- la contention résulte de l'application d'un bandage "non élastique", qui s'opposera à l'augmentation du volume du membre comme une aponévrose externe non extensible, et qui n'exercera une pression active sur le membre qu'à l'effort musculaire,
- la compression quant à elle est réalisée par une bande élastique exerçant une pression active au repos et à l'effort. Aujourd'hui, le terme de "compression" est d'usage international et doit être utilisé.

Compression élastique à long terme : intérêt

De façon brève, rappelons que le bénéfice de la compression élastique (et de la marche) après TVP à la phase aiguë a été démontré, avec comme critère principal la douleur et l'œdème. Plusieurs études randomisées contrôlées ont montré que la compression élastique permettait de réduire l'incidence du syndrome post-thrombotique :

>>> Le premier travail, réalisé par Brandges [3], a inclus des patients présentant un premier épisode de TVP proximale, randomisés soit dans un groupe absence de compression (groupe contrôle) ou compression élastique (40 mmHg à la cheville), portée en journée pendant au moins 2 ans, instaurée à partir de la 2^e à 3^e semaine suivant le début du traitement. L'objectif de ce travail était de déterminer l'incidence du syndrome post-thrombotique après un premier épisode de TVP (critère principal : incidence cumulative de SPT léger à modéré) et démontrer l'effet préventif du port de la compression adaptée. Les patients étaient revus tous les 3 mois les deux premières années, puis tous les 6 mois pendant au moins 5 ans.

Sur les 315 patients consécutifs, 194 patients furent randomisés (groupe compression n = 96, groupe contrôle n = 98). Le suivi médian était de 76 mois dans chacun des deux groupes. Un SPT léger à modéré (score >> 3 plus un signe clinique) survenait chez 19 patients (20 %) du groupe "compression" versus 46 (47 %) dans le groupe contrôle (p < 0,001). 11 (11 %) patients dans le groupe "compression" ont développé un SPT sévère (score >> 4), comparés aux 23 (23 %) patients du groupe contrôle (p < 0,001). Dans les 2 groupes, la plupart des cas de SPT sont apparus dans les 24 mois de l'événement aigu. Pendant le suivi, 14 patients (14,6 %) sur les 96 du groupe "compression" ont eu une récurrence démontrée d'événements thrombo-emboliques, comparés à 13 (13,3 %) des 98 patients du groupe contrôle, différence non significative. Les auteurs conclurent qu'environ 60 % des patients présentant un premier épisode de TVP proximale développeront un SPT dans les 2 ans. Une compression élastique adaptée (i.e. niveau de compression 30/40 mmHg) réduit ce taux d'environ 50 %.

>>> Le second travail, réalisé par Prandoni [2], est une étude randomisée contrôlée qui a inclus 180 patients consécutifs pour premier épisode de TVP proximale. Ceux-ci ont été randomisés avant sortie de l'hôpital dans un groupe "compression" (chaussettes ou bas délivrant une pression de 30 à 40 mmHg à la cheville) pendant 2 ans. Là aussi, le suivi a été de 5 ans. L'incidence cumulative de SPT dans le groupe contrôle versus compression était de 40 % versus 21,1 % après 6 mois, 46,7 % versus 22,2 % à 1 an et 49,1 % versus 24,5 % à 2 ans. Quant à la récurrence de TVP symptomatique, la différence n'était pas plus significative (13,3 % vs 14,4 % contrôle).

En ce qui concerne la décision du moment optimal où débiter la compression, l'étude COM.PRE [4] a randomisé pour cela 73 patients avec TVP proximale dans deux groupes compression élastique (pression délivrée en cheville 23 à 32 mmHg) soit immédiatement après diagnostic, soit 2 semaines plus tard. Une échographie Doppler était réalisée à J14 et J90, afin de mesurer le diamètre en compression du thrombus résiduel et le reflux pathologique

éventuel. Les résultats montrent un taux de recanalisation des veines thrombosées plus important dans le groupe compression immédiate (recanalisation veines poplitées, exprimées par la réduction du diamètre de la veine, J14 $6,5 \pm 3$ mm vs 5 ± 2 mm, p = 0,035; J90 $3,7 \pm 3$ mm vs $2,1 \pm 1,7$ mm, p = 0,014). Ce travail démontre le bénéfice à utiliser la compression élastique précocement.

Enfin, et cela constituera notre synthèse, les recommandations CHEST nord-américaines recommandent, pour un patient ayant présenté une TVP proximale symptomatique, l'utilisation d'une compression élastique délivrant une pression à la cheville de 30 à 40 mmHg, qui doit être instaurée dès le diagnostic, après avoir débuté le traitement anticoagulant, pour un minimum de 2 ans, et plus si les patients ont des symptômes évoquant un SPT [5].

Conclusion

Ce que l'on peut retenir de ces différents travaux, c'est que le port de chaussettes ou de bas de compression élastique est recommandé, dès que possible après le diagnostic de TVP et l'instauration du traitement anticoagulant, et cela pour une durée minimale de 2 ans. Il faut par ailleurs remarquer qu'aucune de ces différentes études de prévention du SPT n'a utilisé de compression élastique de classe 2 française (< 20 mmHg), et qu'ensuite le bénéfice obtenu pour la prévention du SPT semble "pression à la cheville-dépendant" (la réduction de 50 % de l'incidence du SPT était obtenue pour des pressions à la cheville de 30 à 40 mmHg). Il faut donc utiliser une compression élastique de classe 3 française minimum (20 à 36 mmHg).

POINTS FORTS

Après diagnostic de TVP, compression élastique classe 3 française minimum.

Durée minimale de 2 ans, à prolonger en fonction des signes évocateurs de SPT.

Bibliographie

1. BERGQVIST D, JENDTEG S, JOHANSEN L *et al.* Cost of long term complications of deep venous thrombosis of the lower extremities: an analysis of a defined population in Sweden. *Ann Intern Med*, 1997, 124: 454-7.
2. PRANDONI P, LENSING AWA, PRINS MH *et al.* Below knee elastic compression stockings to prevent post thrombotic syndrome. *Ann Intern Med*, 2004; 141: 249-56.
3. BRANDGES DP, BULLER HR, HEIJBOER H *et al.* Randomised trial of effect of compression elastic stockings in patients with symptomatic proximal-veins thrombosis. *Lancet*, 1997; 349: 759-62.
4. ARPAIA G, CIMMINIELLO C, MASTROGIACOMO O *et al.* Efficacy of elastic compression stockings used early or after resolution of the edema on recanalization after deep venous thrombosis: the COM.PRE trial. *Blood Coagul Fibrinolysis*, 2007, 18: 131-7.
5. HIRSCH J, GUYATT G, ALBERS GW *et al.* Executive summary, American College of Chest Physicians (8th edition). *CHEST*, 2008, 133: 71S-105S.

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