

## TRAITEMENT ET PREVENTION DES THROMBO-EMBOLIES VEINEUSES PROFONDES

- Dans le *traitement et la prévention secondaire* des thrombo-embolies veineuses profondes (TEVP), la durée du traitement anticoagulant est déterminée en fonction du risque de récédives et du risque d'hémorragie. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une récédive et qu'il n'y a pas d'autres facteurs de risque thrombo-embolique, une durée de traitement de 3 mois paraît suffisante.
- En *prévention primaire*, p. ex. en cas d'intervention chirurgicale, chez des patients présentant un risque thrombo-embolique élevé, l'administration prophylactique d'une héparine de bas poids moléculaire reste le premier choix. Chez les patients alités pour des raisons médicales, c.-à-d. non chirurgicales, il n'est cependant pas aisé d'identifier ceux qui présentent un risque thrombo-embolique suffisamment élevé pour justifier un tel traitement.

Voir aussi Folia de février 2004 et de septembre 2005.

### **Durée du traitement anticoagulant en prévention secondaire**

La prise en charge des TEVP consiste en principe en l'administration d'une héparine de bas poids moléculaire et d'un antagoniste de la vitamine K; l'héparine est administrée pendant au moins 5 jours, éventuellement plus jusqu'à atteindre un INR  $\geq 2$ . La durée de ce traitement anticoagulant est déterminée en fonction du risque de récédive et du risque d'hémorragie.

- *En présence de facteurs de risque temporaires (réversibles)*, la durée de traitement recommandée est de 3 mois.
- *En présence de facteurs de risque persistants*, la durée de traitement recommandée est d'au moins 6 mois, parfois même plus si le risque d'hémorragie est faible.
- *En l'absence de facteurs de risque (TEVP idiopathique)*, une durée de traitement de 3 mois paraît suffisante sauf en cas de récédives. Il ressort en effet d'une étude randomisée contrôlée que le fait de pro-

longer le traitement anticoagulant de 3 mois à 6 mois ne diminue pas le risque de récédive à l'arrêt de celui-ci mais augmente le risque d'hémorragie.

- *En cas de thrombo-embolies veineuses récédivantes*, il convient de mettre en balance les avantages d'un traitement prolongé, voire même de durée indéterminée, avec le risque accru d'hémorragies.

### **Prévention primaire des thrombo-embolies veineuses profondes**

Un traitement antithrombotique est recommandé en prévention primaire des TEVP en cas de chirurgie orthopédique lourde, de chirurgie abdominale ou pelvienne majeure ainsi que dans d'autres interventions entraînant une immobilisation prolongée chez des patients présentant des facteurs de risque thrombo-embolique (âge > 60 ans, obésité, insuffisance cardiaque ou respiratoire, cancer, maladie infectieuse ou inflammatoire aiguë, antécédents thrombo-emboliques).

Dans certaines situations, p. ex. arthroscopie du genou ou immobilisation plâtrée, la

prévention thrombo-embolique primaire reste controversée. Selon l'*American College of Chest Physicians* (ACCP), l'administration d'une prophylaxie thrombo-embolique ne se justifie pas systématiquement dans ces situations vu l'absence de preuves d'efficacité.

En cas d'immobilisation prolongée pour des raisons médicales (non chirurgicales) chez des patients présentant un risque thrombo-embolique élevé (voir plus haut), il ressort de deux méta-analyses récentes qu'un traitement antithrombotique prophylactique diminue environ de moitié le risque d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde, mais sans diminution de la mortalité globale. Le bénéfice en valeur absolue paraît néanmoins faible: dans une de ces méta-analyses, il a été calculé que 345

patients à risque devaient être ainsi traités pour prévenir une embolie pulmonaire chez un seul d'entre eux (*Number Needed to Treat* ou *NNT* = 345). De plus, il n'est pas aisé d'identifier les patients chez lesquels, en dehors d'un contexte chirurgical, le risque thrombo-embolique est suffisamment élevé pour justifier un traitement antithrombotique prophylactique.

Lorsqu'une prophylaxie primaire est indiquée, les héparines de bas poids moléculaire constituent le traitement de référence. Le fondaparinux sodique, un inhibiteur du facteur Xa, est une alternative mais ce n'est pas un médicament de premier choix vu la moins grande expérience à long terme par rapport aux héparines et son coût plus élevé.

---

## PREVENTION THROMBO-EMBOLIQUE DANS LA FIBRILLATION AURICULAIRE

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire avec un risque thrombo-embolique élevé, les antagonistes de la vitamine K sont plus efficaces que les antiagrégants pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux, y compris chez les personnes de plus de 75 ans. Il convient toutefois de tenir compte de l'augmentation du risque d'hémorragie majeure et des difficultés pratiques à instaurer et suivre un tel traitement, surtout chez les personnes âgées. En cas de contre-indication aux antagonistes de la vitamine K et chez les patients avec un risque thrombo-embolique faible, l'acide acétylsalicylique reste le premier choix.

La conclusion d'un article paru dans les *Folia* de mars 2007 sur la prévention thrombo-embolique dans la fibrillation auriculaire était que, chez les patients avec un risque thrombo-embolique élevé, les antagonistes de la vitamine K sont plus efficaces que les antiagrégants (même lorsque ces derniers sont utilisés en association).

Depuis, les résultats d'une méta-analyse récente ayant inclus 29 études et plus de 28.000 patients confirment la plus grande efficacité des antagonistes de la vitamine K par rapport aux antiagrégants en prévention thrombo-embolique dans la fibrillation auriculaire: le nombre de patients devant être traités par un antagoniste de la vitami-