



13 Octobre - Journée mondiale de la thrombose

**La thrombectomie pharmaco-mécanique,
une technique innovante développée par les équipes de l'hôpital Nord**

La thrombose veineuse profonde (TVP) peut avoir des complications graves et invalidantes, limitant les possibilités de mener une vie normale. Cette pathologie touche 1 à 3 personnes sur 1000 chaque année.

Le traitement médical (anticoagulant et compression veineuse) est la règle mais dans certains cas sélectionnés un traitement d'ablation du caillot peut être réalisé pour optimiser les résultats et diminuer le risque de complications à long terme.

« Le traitement par anticoagulant ne supprime pas le caillot mais évite seulement sa progression et diminue le risque de récurrence. C'est pourquoi depuis longtemps des équipes spécialisées dont la nôtre (plus de 30 ans d'expérience dans ce domaine) ont réalisé un traitement par ablation du caillot dans les cas les plus sévères. Les recommandations internationales proposent ce type de traitement chez des patients en bon état général, avec une espérance de vie supérieure à 1 an, capables de marcher et à faible risque de saignement pour des TVP iliaques évoluant depuis 14 jours ou moins. » détaille le Dr Hartung, chirurgien vasculaire à l'hôpital Nord.

Différentes techniques permettent de réaliser ce traitement. Les techniques chirurgicales, réalisées sous anesthésie générale, nécessitent une intervention de 3 heures avec une incision à la cuisse, une hospitalisation de 8 jours et une ré-intervention à 6 semaines. La technique de thrombolyse dirigée par cathéter (administration dans le thrombus d'un médicament faisant fondre le caillot) est pratiquée par voie percutanée (sans incision) sous anesthésie locale mais dure 2 à 3 jours et présente un risque de complications hémorragiques parfois graves.

La technique pratiquée par le Dr Hartung dans le service de Chirurgie Vasculaire de l'Hôpital Nord (AP-HM) dirigé par le Pr Yves Alimi, est la thrombectomie pharmaco-mécanique. *« Elle est réalisée par voie percutanée sous anesthésie locale (avec ou sans sédation) mais ne dure que 2 à 3 heures. Les patients peuvent (et doivent) marcher dès leur retour en chambre et sortent de l'hôpital dès le lendemain ou le surlendemain. Elle permet aussi de réduire les risques de complications des autres techniques (au niveau de l'incision pour la chirurgie et le risque de saignement pour la thrombolyse). »*

L'équipe de l'hôpital Nord est internationalement reconnue pour ses travaux dans ce domaine et est la seule équipe sur la région PACA à proposer cette technique à l'heure actuelle. Elle organise d'ailleurs un web symposium pour les médecins intéressés par ces techniques le 13 octobre de 12h à 14h dans le cadre de la Journée Mondiale de la Thrombose.

A propos de la thrombose veineuse profonde ou phlébite

La thrombose veineuse profonde (TVP), communément appelée phlébite, est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans une veine profonde. Elle peut se manifester par un gonflement de la jambe (œdème) plus ou moins douloureux mais peut aussi être totalement asymptomatique. Quand le



diagnostic est évoqué, il doit être confirmé par un écho-doppler, examen non invasif et largement diffusé.

Les complications de la TVP à la phase aigüe sont l'extension du thrombus ou sa fragmentation qui entraîne une embolie pulmonaire qui peut avoir de graves conséquences.

Le traitement consiste la plupart du temps en la prescription d'une compression veineuse élastique (port de « bas à varices ») et un traitement anticoagulant, qu'il soit réalisé par voie injectable sous cutanée ou per os (voie orale) en ambulatoire associé à une surveillance par écho-doppler.

Le syndrome post-thrombotique, complication d'une phlébite

Les risques à moyen et long terme sont la récurrence et surtout la survenue d'un syndrome post-thrombotique (SPT) qui touche 20 à 50% des patients. Ce dernier se manifeste par un œdème et des douleurs du membre, une sensation de gonflement à la marche (claudication veineuse) pouvant imposer l'arrêt de l'effort, voire des lésions cutanées pouvant aller jusqu'à l'ulcère (plaie chronique ne cicatrisant pas spontanément) dont le risque est évalué à 5% à 10 ans. Le SPT est donc une complication invalidante, limitant les possibilités de déplacement ou même de mener une activité professionnelle, diminuant ainsi la qualité de vie.

Le SPT est d'autant plus fréquent et sévère que la thrombose est étendue aux veines iliaques. Sa prévention passe par la mise en œuvre de mesures diminuant le risque de TVP chez les personnes à risque et par un traitement optimal quand le diagnostic de TVP a été posé. Les séquelles sévères peuvent être traitées à la phase chronique par voie percutanée le plus souvent (recanalisation, pratiquée depuis plus de 20 ans à l'hôpital Nord) mais cela ne permet pas de prendre en charge la totalité des lésions. Il est donc bien souvent plus simple de proposer une intervention d'ablation du caillot à la phase aigüe.