

Syndrome post phlébitique (SPP)

M Sapoval 01 56 09 37 41,
C Del Giudice, A Galloula



Cas Clinique 1

Mr H. 38 ans

Histoire de la Maladie

- Ouvrier, 46 ans Habite a Thionville
- Histoire de la Maladie
 - 2/2013 Syndrome de Guillain Barré (réanimation)
 - 3/2013 TVPA droite et Embolie Pulmonaire.
 - Xarelto jusqu'à 7/2014
 - Récidive de TVP en 10/2014 (voyage en avion 1 mois avant...)
 - Xarelto puis Coumadine
 - Pas d'amélioration symptomatique
- Bilan hémostatse normal (mutation facteur 2 hétérozygote)
- 9/2014 Cs de Radiologie Interventionnelle (Internet)
 - Vilalta à 16
 - Patient très demandeur

Consultation Radiologie Interventionnelle

- Vilalta à 16
 - Ne supporte pas les bas de contention
 - Ne fait pas de sport
 - Oedeme invalidant, pas d'ulcère
 - Asymétrie membres inférieurs
 - Haut de cuisse (65 cm pour 57 cm à G)
 - Bas de cuisse 43 cm pour 37 cm
 - Mollet (44 cm pour 40 cm à G)
 - Xarelto 20 mg en cours (Nancy, Médecine vasculaire)

Score de Villalta

	Absent (0)	Léger (1)	Modéré (2)	Sévère (3)
Symptômes				
Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crampes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paresthésies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes				
Œdème prétilial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induration cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermite ocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la compression du mollet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulçère veineux	Absent <input type="checkbox"/>			Présent <input type="checkbox"/>

Score d'évaluation de
symptômes:

score ≤ 4 faible

Score 10-14 modéré

Score >15 sévère

Résumé

- Patient aux ATCD de TVP Dte récidivante
- Souffre dans sa vie quotidienne de
 - Oedeme
 - Douleurs +++
 - Grosse jambe
 - Pas d'ulcere
- Bilan morphologique

Echo doppler

- Re-perméabilisation des veines surales, poplitée et fémorale superficielle
- Occlusion de la partie haute de la V fémorale commune
- Occlusion Origine de la veine iliaque externe Dte
- Occlusion de la veine Iliaque primitive Dte



Options thérapeutiques ?

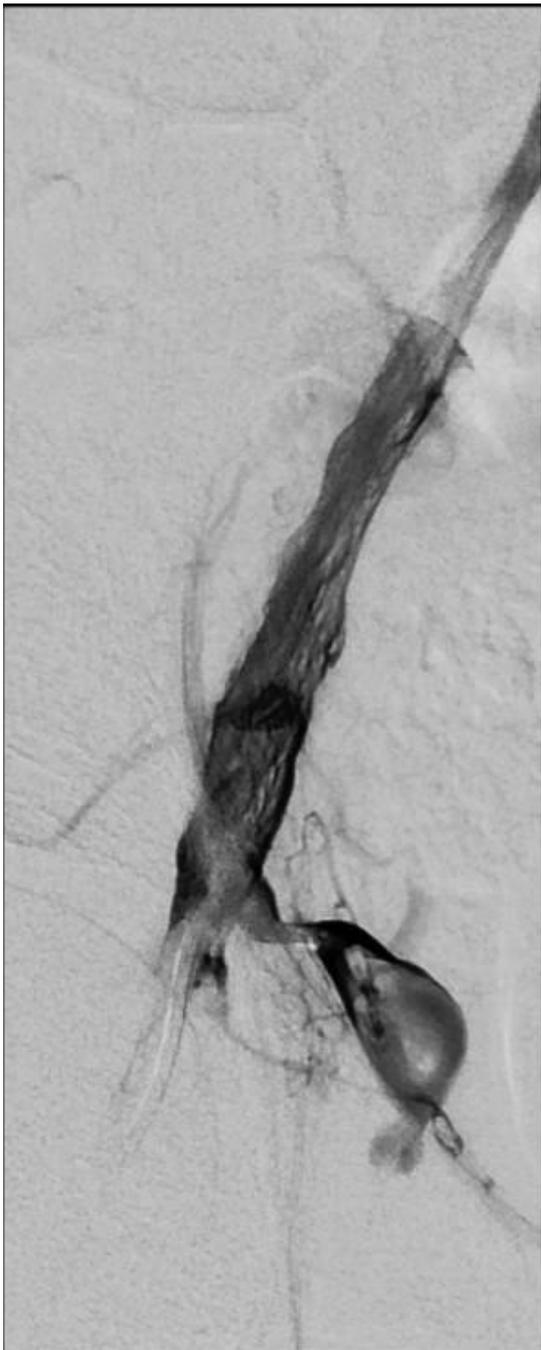
- Surveillance
- Anticoagulation efficace prolongée
- Bas de contention classe 3

Option retenue

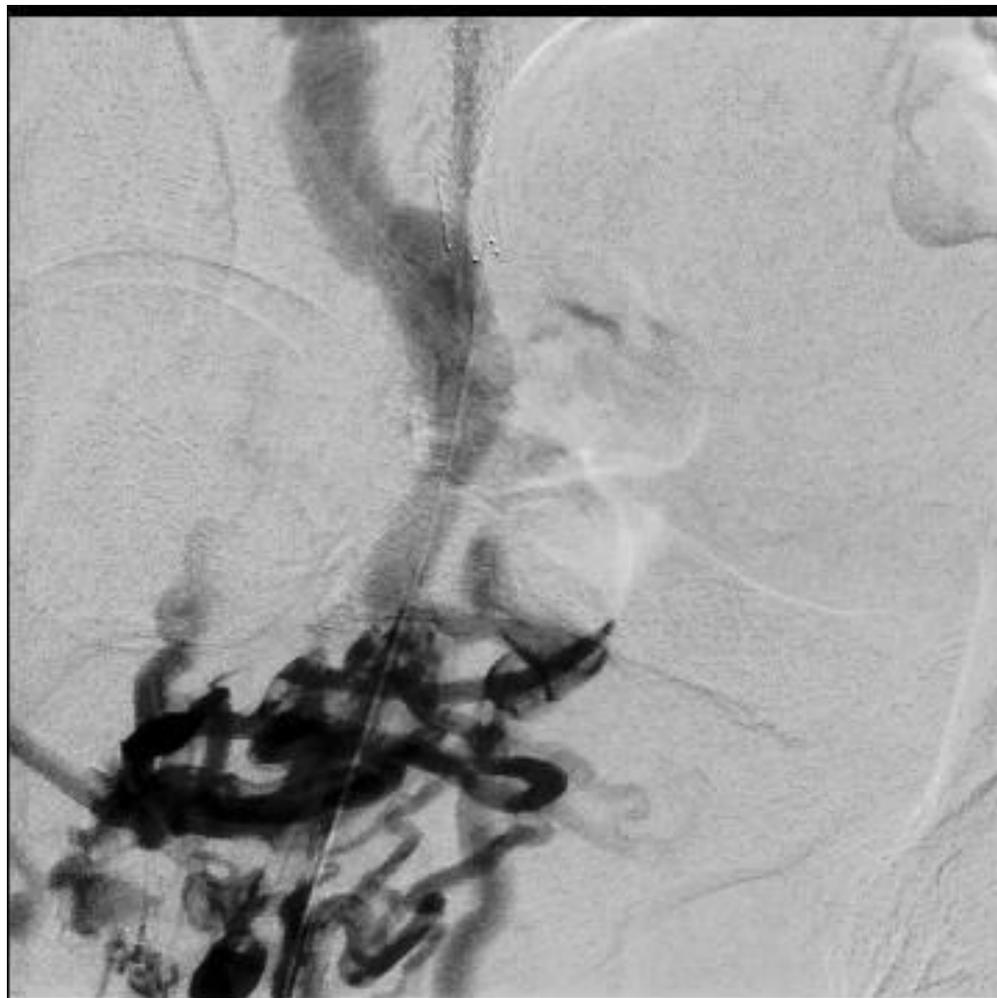
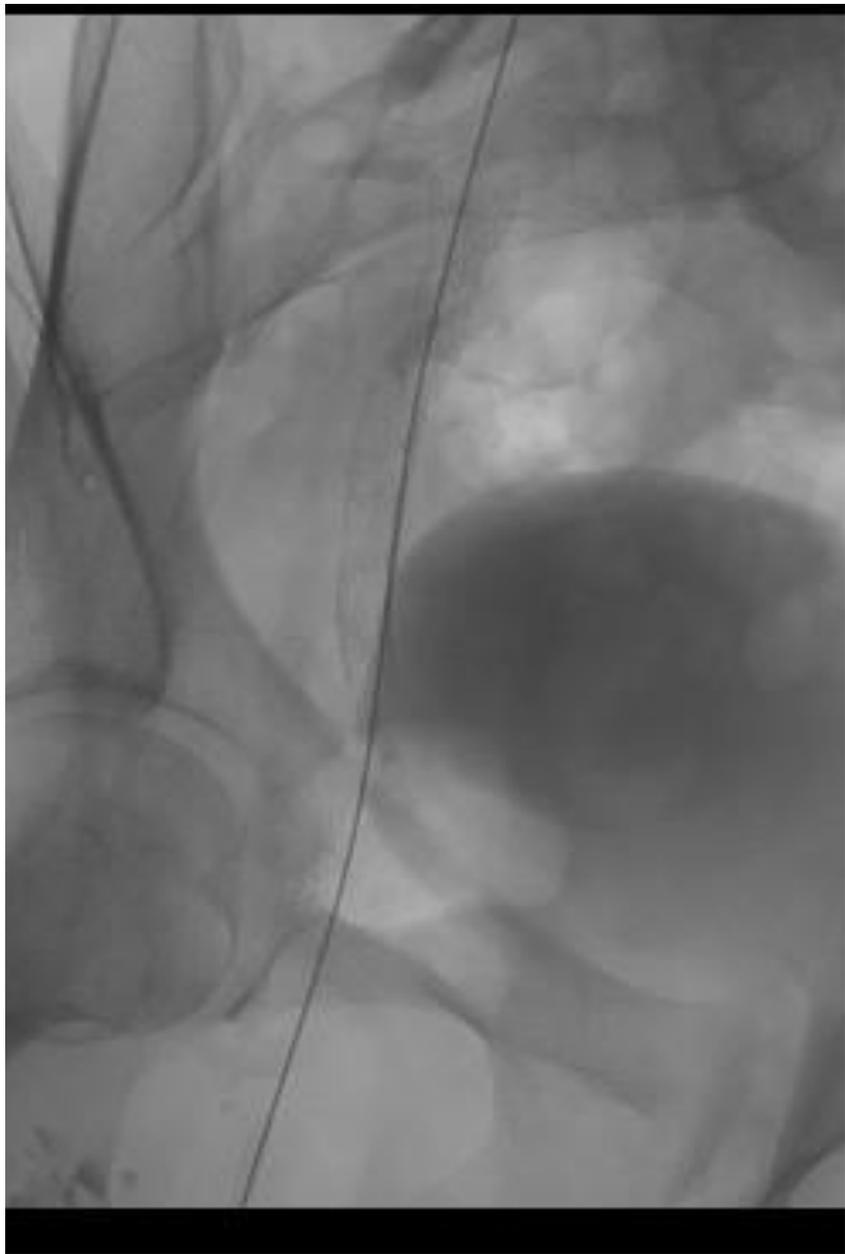
- Anesthésie générale
- Phlébographie du membre inférieur Dt
- Ponction iso-courant de la veine fémorale commune Dte
- Recanalisation stenting

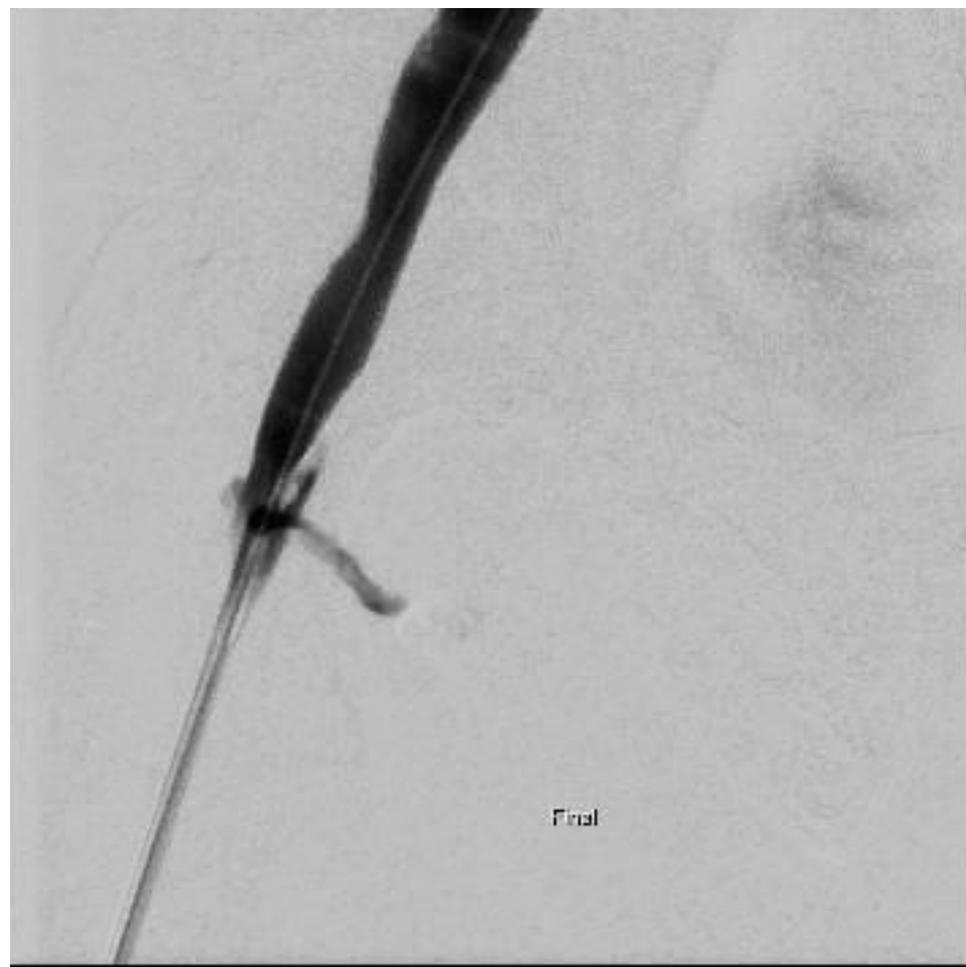
Recanalisation 09/2015





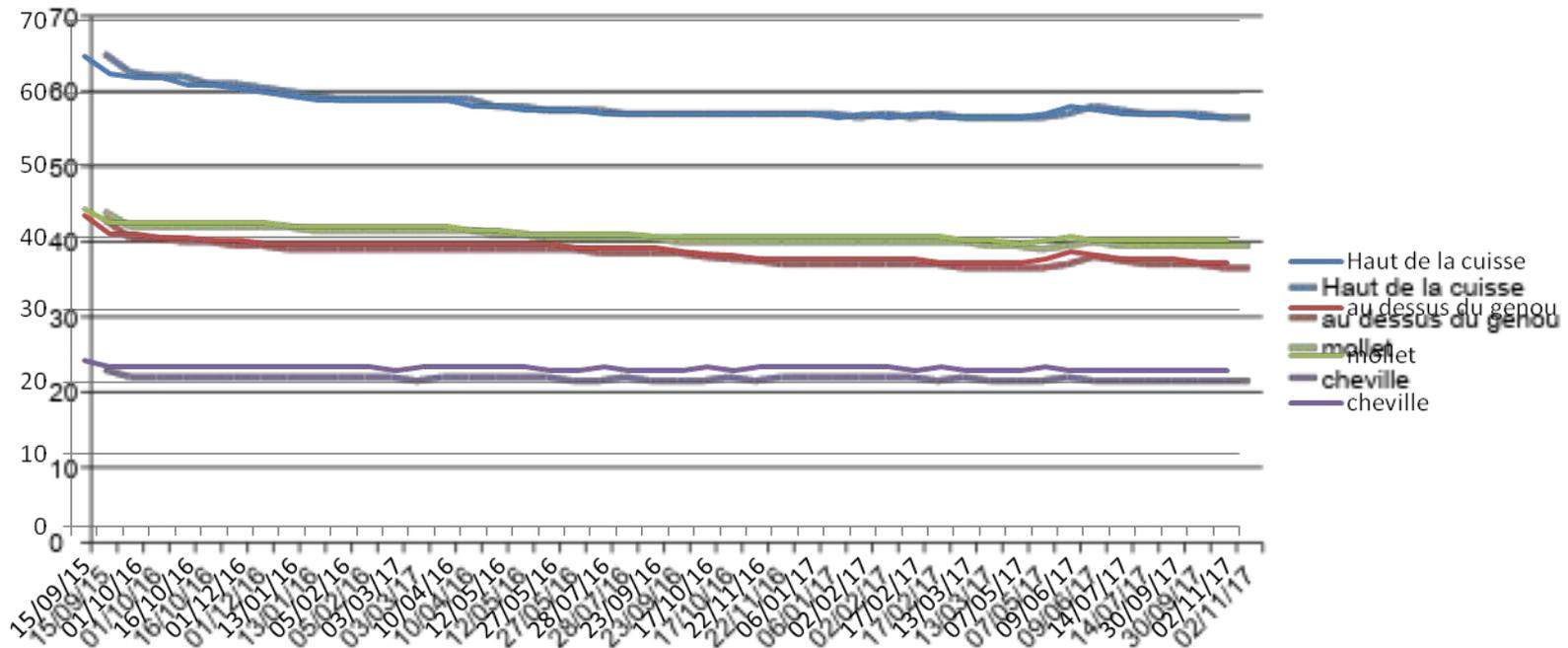








Evolution perimetre M Inf Dt



Evolution



1. Initial state

2. Early development

3. Continued growth

4. Significant muscle gain

5. Advanced muscle development

6. Final state



1. Initial state

2. Early development

3. Continued growth

4. Significant muscle gain

5. Advanced muscle development

6. Final state

Suivi a 2 ans

- Actif a repris des activités sportives
- Vilalta a 2
- Cuisse Dt 58,5, Cuisse G 57,5 cm
- Echo doppler perméabilité des stent
- Chaussettes de contention irrégulièrement
- Xarelto 20 en cours

TTT endovasculaire

Utilisation de procédés endoluminaux pour
lever une obstruction
hémodynamiquement significative
(occlusion ou sténose).

Contexte-Concept

- Redonner un drainage veineux proximal Par une méthode percutannée (recanalisation stenting) chez les patients ayant
 - Une occlusion fémoro iliaque chronique
 - Des symptômes “veineux” invalidants

Physiopathologie

Les TVP aiguës traitées par anticoagulants et contention élastique entraînent un risque de syndrome post-thrombotique de 55 % à 2 ans (étude Cavent).

Le syndrome post-thrombotique (SPT) comprend
un syndrome obstructif et/ou
un syndrome de reflux

Epidémiologie

- TVP Aigue (355 patients suivis 5 ans)
 - 28 % de syndrome post Thrombotique
 - 9,3 % de SPT sévère
- Prédicteurs de SPT sévère
 - TVP iliaque ou Fem Commune
 - ATCD the Tbose du même coté
 - Age, obésité, femme

Prandoni P Hemologia 1997, Kahh SR Ann Intern Med 2008,
Kahn SR arch Intern Med 2002, Kahn SR BJ J Hemat. 2006

Le Syndrome Veineux Post Thrombotique (SVPT)

- Résulte d'une combinaison de syndrome de reflux et d'obstruction veineuse centrale

Complication chronique des thromboses
veineuses profondes (TVP) associant
œdèmes des membres inférieurs,
douleurs, troubles trophiques, ulcères...

Étiologies

- Post TVP

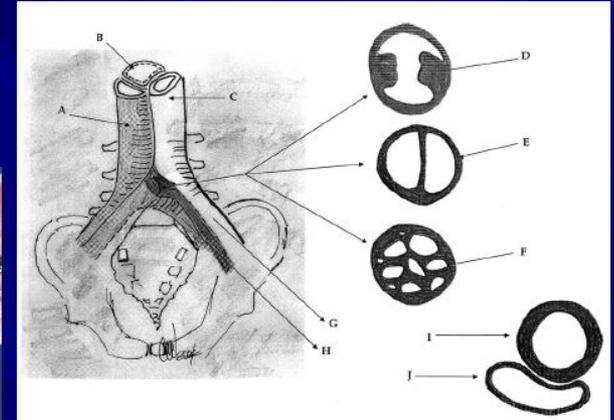
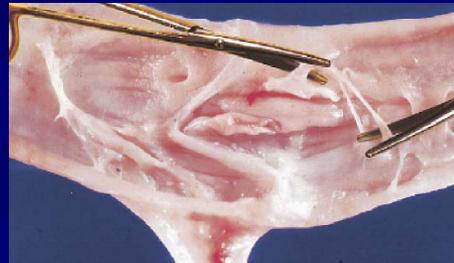
- synéchies

- Spontané

- Cockett

- Rarement

- Compression extrinsèque (tumeur pelvis)
- Post radique



Investigations paracliniques : Imagerie

Localisation, bilan étiologique et de faisabilité technique,

- Échographie-Doppler

- Phlébographie.



Présentation clinique

- Oedeme
- Claudication veineuse:
 - par obstruction axiale avec hyperpression veineuse et tissulaire (compartiments musculaires).
 - Neurologique par compression des éléments neurologiques du canal médullaire par les veines spinales dilatées (réseau collatéral de suppléance).
- Signes cutanés (ulcères veineux)

Clinique



Indications en 2018

- TVP Chronique (> 6 mois) ET
- Occlusion veine iliaque persistante
- Symptomatique
 - Oedeme
 - Claudication veineuse
- Consultation de Radiologie Interventionnelle