

Vendredi 27 Janvier 2012

Prise en charge des TVP fémoro-iliaques

# Thrombectomie veineuse avec stent

O HARTUNG



Scie de Chirurgie Vasculaire, CHU Nord, Marseille



# Complications des TVP

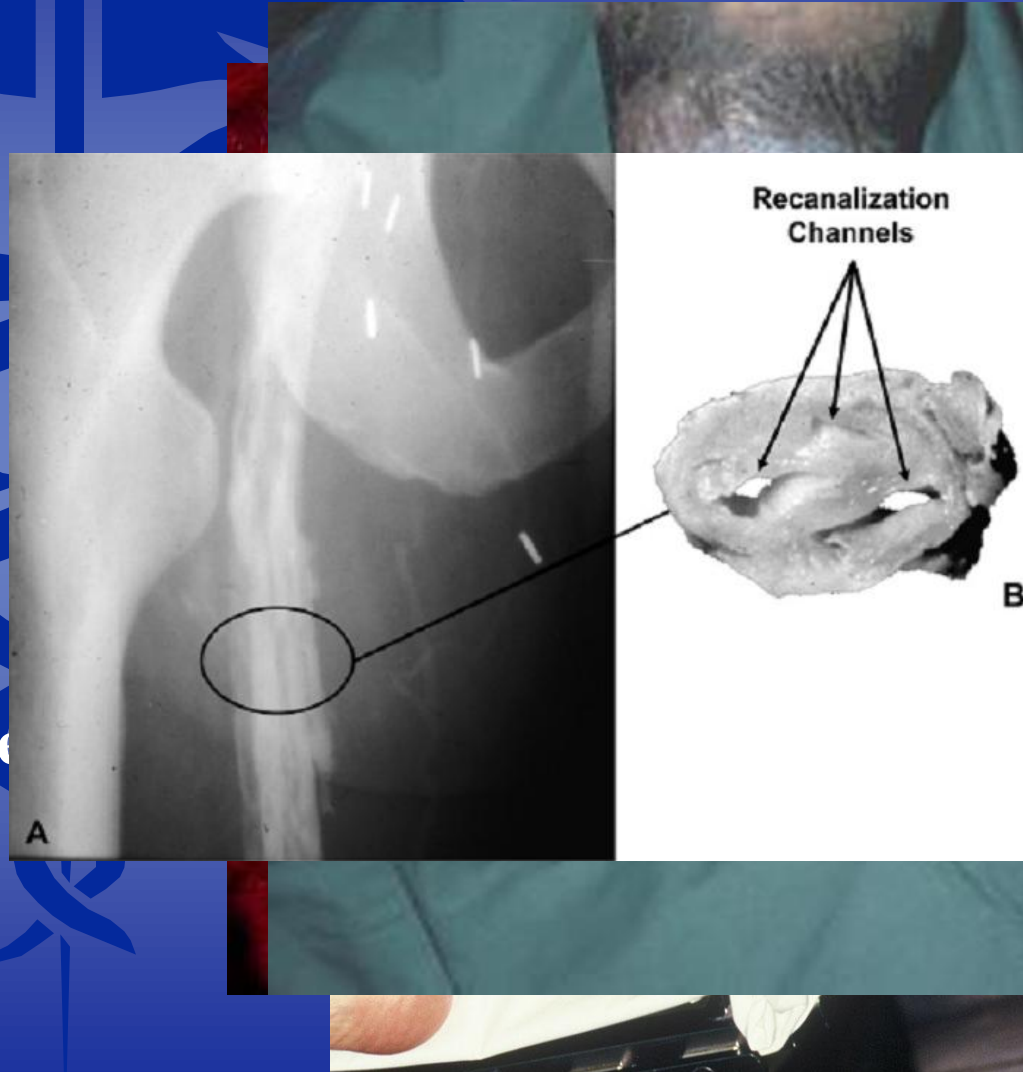
- **Aigue**

- Extension
- Embolie pulmonaire

- **Récidive**

- **Syndrome post-thrombotique**

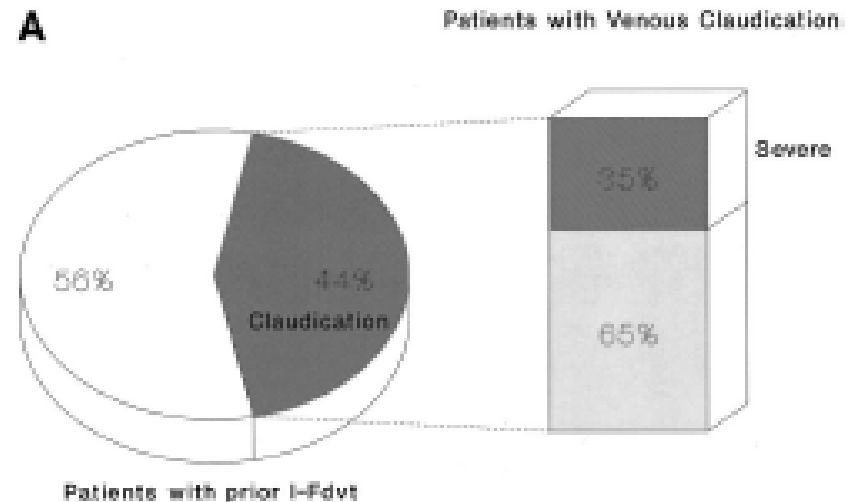
- **Incidence augmente avec le niveau de la thrombose**



# TRT médical

## ● Résultats tardifs : Syndrome post-thrombotique

- ⇒ Johnson : 88% SPT à 3 ans
- ⇒ Delis : 44% CV à 5 ans
- ⇒ Plate : 26% de valves FP perméables et continentes à 6 mois après TVP FI
- ⇒ Akesson : 50% de thrombose iliaque, 95% de reflux à 5 ans après TVP FI



# Buts du traitement interventionnel

- Eviter la progression du thrombus, la récurrence et le SPT
- Supprimer le caillot
  - Sans le fragmenter ni emboliser
  - Sans laisser de lésions obstructives sous-jacentes
  - En évitant de léser les valves



# Techniques d'ablation du thrombus

- Thrombectomie veineuse chirurgicale
- Thrombolyse in situ
- Thrombolyse pharmaco-mécanique



# Pourquoi la thrombectomie chirurgicale?

- **Peu de contre-indications**
  - Sepsis
  - Utilisable en cas de CI aux techniques endovasculaires
- **Abord unilatéral de l'aîne**
- **Intervention courte 1h30-2h**
  - TL moyenne 60h
  - PMT moyenne 15h



# Pourquoi la thrombectomie chirurgicale?

- **Faible morbidité**

- Mortalité et EP  $\leq 1\%$

- **Résultats démontrés à court et long terme**

- Études rétrospectives avec suivi long (10 ans)

- Etude prospective randomisée

- Plate EJVES



# Indications

## ● TVP

- ⊖ Aigue (< 7 jours)
- ⊖ Femoro-iliaque +/- VCI
- ⊖ Pas de pathologie maligne ni de sepsis ni pathologie inflammatoire sévère
- ⊖ Espérance de vie > 5 ans
- ⊖ Capable de déambuler dès J1
- ⊖ Peut être réalisée en cas de
  - Contre-indication à TL(56%) grossesse, postpartum, post chirurgie
  - Echec thrombolyse

=> **Angioscanner thoraco-abdomino-pelvien préopératoire**



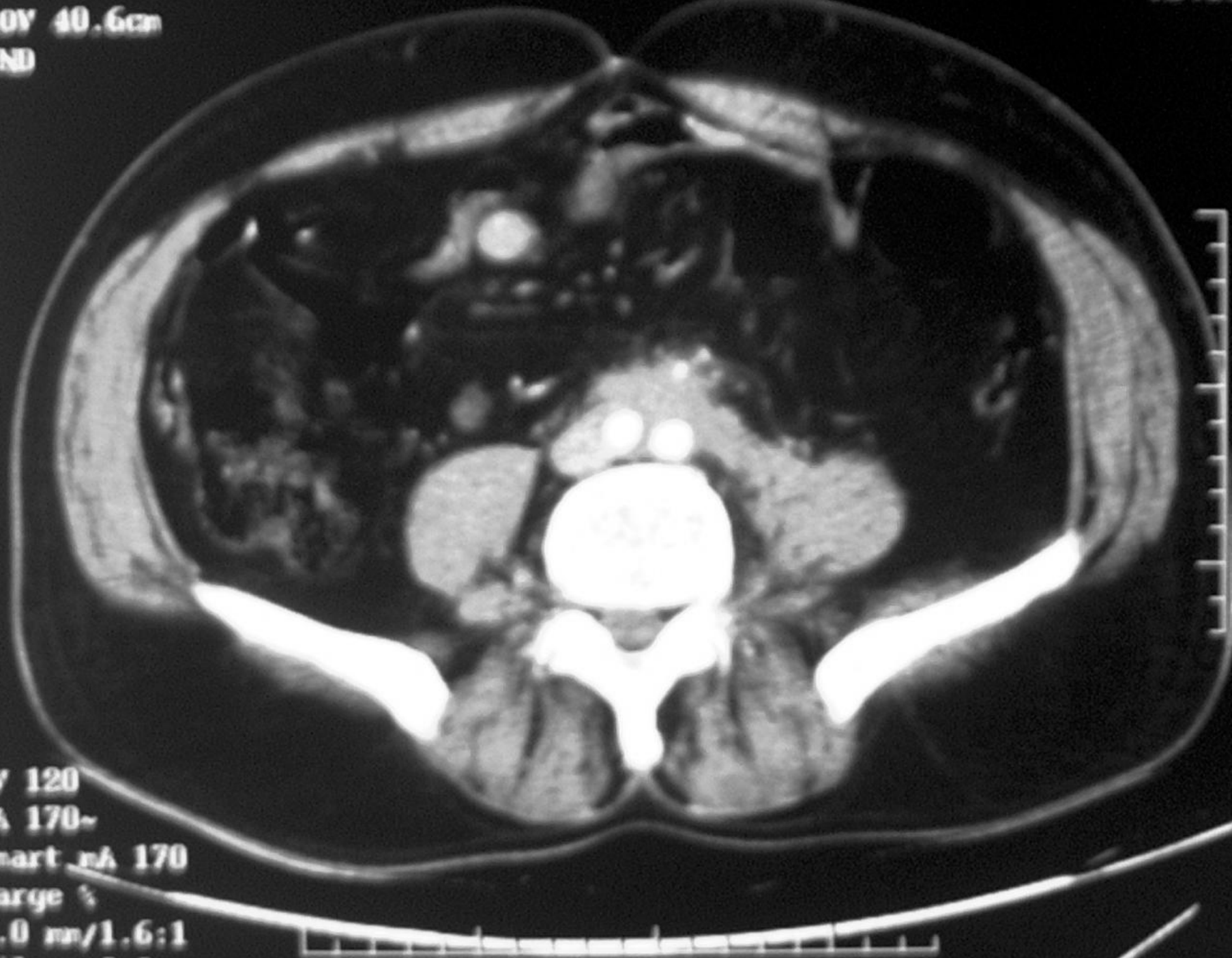


DFOV 40.6cm  
STND

R  
188

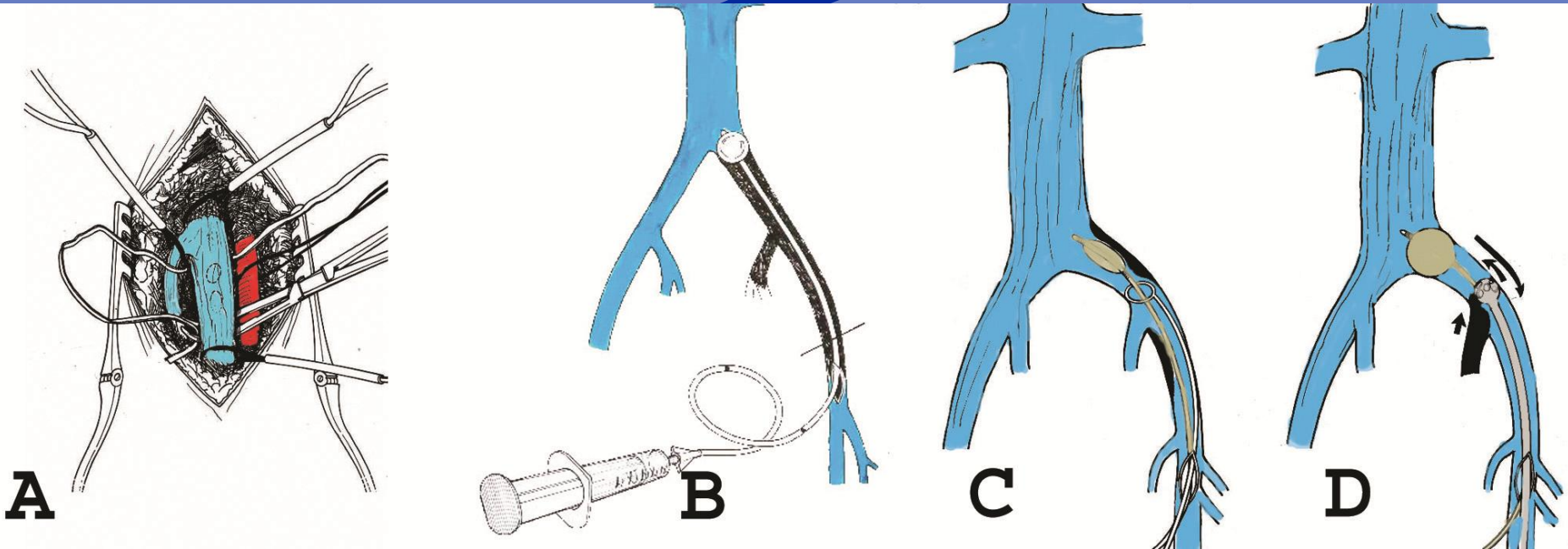
L  
186

kV 120  
mA 170~  
Smart mA 170  
Large %  
7.0 mm/1.6:1



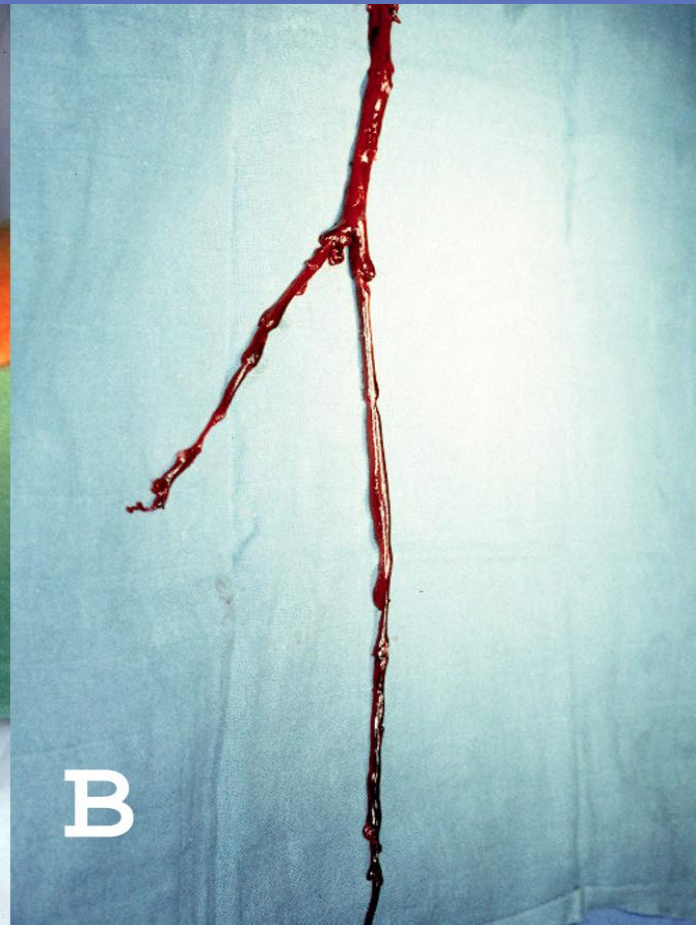
# Thrombectomie veineuse chirurgicale

- Abord VFC (+ VCI si extension cave) + PEEP
- Veinotomie
- Thrombectomie FI avec Fogarty +/- anneaux de Vollmar



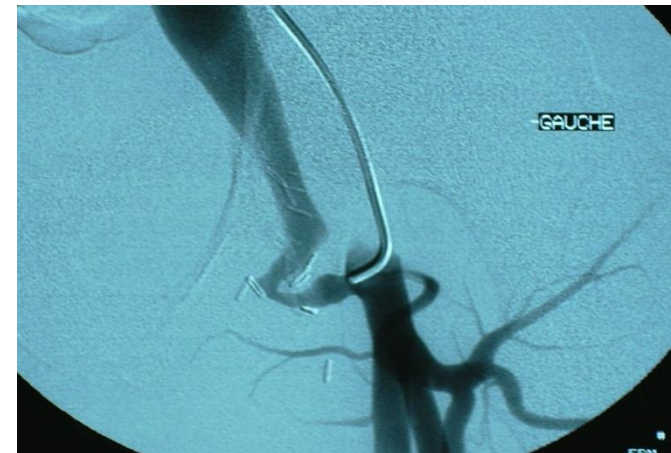
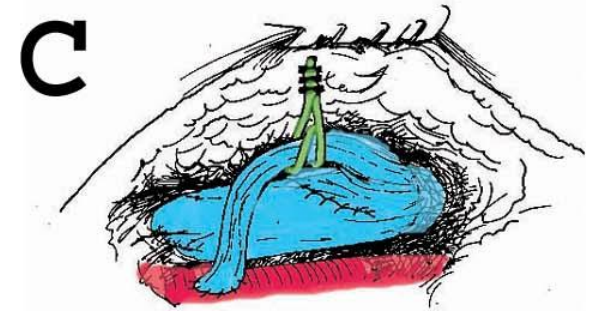
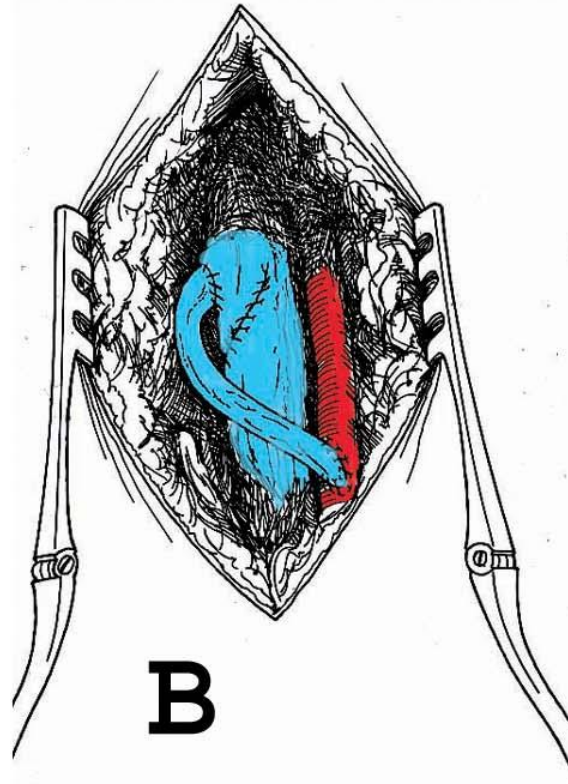
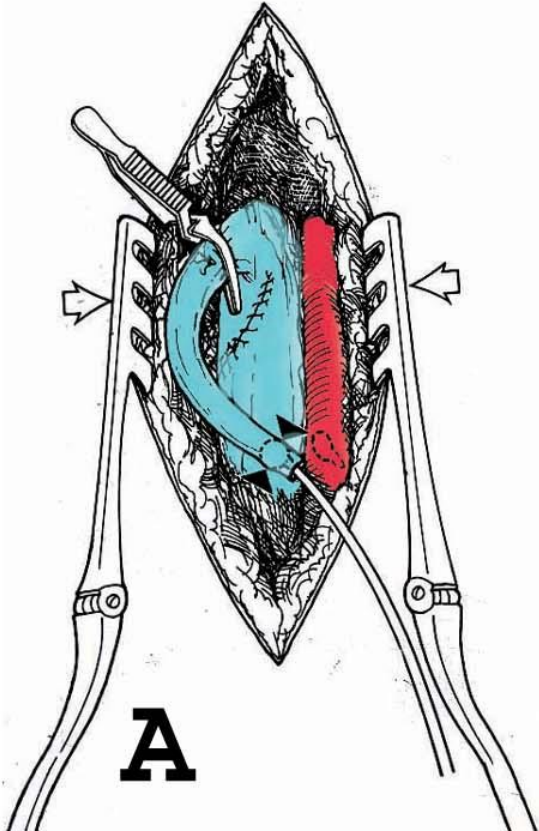
# Thrombectomie veineuse chirurgicale

- Thrombectomie d'amont par massage



# Thrombectomie veineuse chirurgicale

- Fermeture de la veinotomie
- FAV



# Thrombectomie veineuse chirurgicale

- **Lésions obstructives : 93% (Mickley)**
  - Syndrome de Cockett
  - Thrombus adhérent
  - Séquelles de TVP précédente
- **73% de rethrombose si non TRT**



# Thrombectomie veineuse chirurgicale

- Lésions obstructives : 93% (Mickley)

=> **Stenting**

- ⇒ Stent(s) auto-expansible(s)
- ⇒ 14-16 mm de diamètre
- ⇒ 60 mm de long au moins







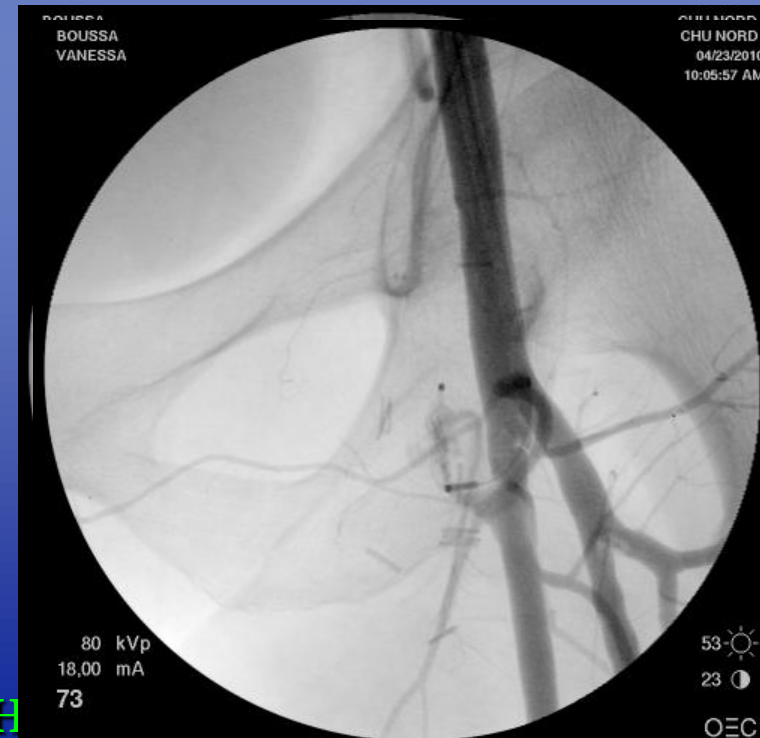






# TRT postopératoire

- Héparine puis avK pendant au moins 6 mois (Grade 1C)
- Compression
- Marche dès J1
- Fermeture FAV à 6 semaines
  - Chirurgicale
  - Endovasculaire



# Résultats précoces

(Juhan JVS 1997, Hartung JVS 2008)

## ● 99 patients :

- ⇒ Succès technique : 100%
- ⇒ Décès : 0%
- ⇒ EP : 0%
- ⇒ Morbidité faible
- ⇒ Pas de transfusion pour TVP femoro-iliaque (Hartung)
- ⇒ Durée de séjour : 8 jours (5-22) (Hartung)
- ⇒ Perméabilité à 1M :

Juhan	84%
Hartung	89%



# Résultats tardifs

● <b>Juhan (JVS 1997)</b>	5Y	10Y
➤ C6	0%	0%
➤ Perméabilité	84%	84%
➤ Compétence valvulaire	80%	56%



Service de Chirurgie Vasculaire

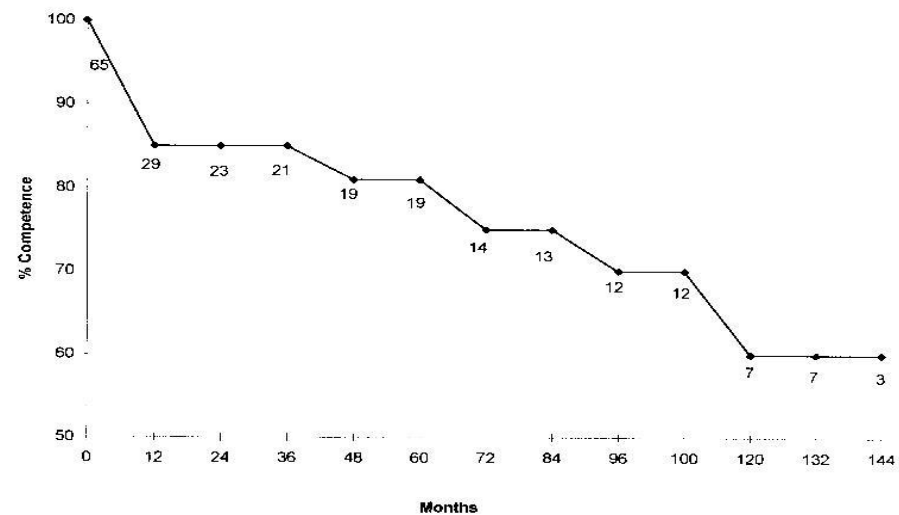


Fig. 2. Cumulative femoropopliteal venous competence after successful iliofemoral venous

# Etude prospective randomisée Plate (JVS 1984, EJVES 1997)

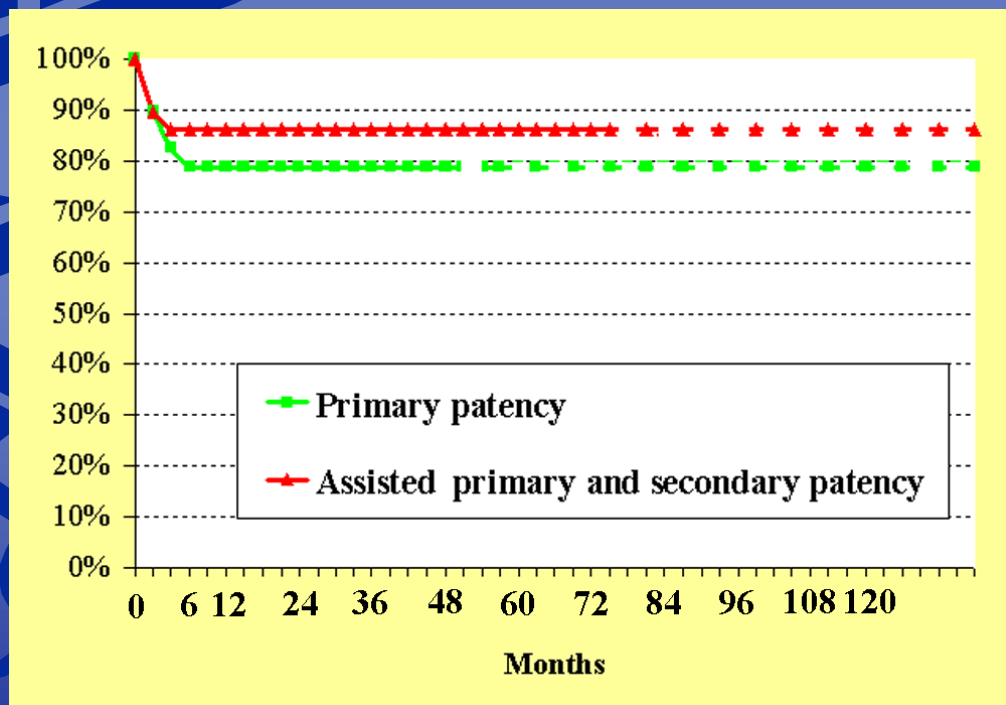
	TKV + FAV + avK	avK
N	31	30
Durée d'hospitalisation	11	9
EP	0	1
Rethrombose précoce	13%	
<b>10 ans</b>		
C <sub>0-1-2</sub>	54%	24%
C <sub>5-6</sub>	8%	18%
Perméabilité	83%	41%
Compétence	78%	43%



# Résultats tardifs après stenting

## ● Hartung (JVS 2008) : suivi médian 63M

○ C6	0
○ VDS	1 (0-2)
○ VCSS	3 (1-12)
○ PP	79%
○ PPa-PS	86%



# Grossesse / postpartum

## ● Pillny (JVS 2003)

➤ 97 cas

➤ Résultats précoces

- Pas de décès maternel
- 1 décès fœtal postopératoire
- 5 décès fœtaux dus à l'anticoagulation (>2S postop)

➤ Suivi 6 ans :

- Perméabilité 89.5%
- Indemnité de SPT 56.3%
- C6 : 3.5%





# Résultats des autres techniques

	Thrombolyse	Thrombect mécan
Décès	0.4%	0-12.5%
EP	1%	17% sur TDM (Arko)
Saignement	27%	0-13%
Majeur	11%	
Mineur	16%	
Complic neuro graves	0.4%	
Procédures associées	Filtre VCI	35-100% TL Filtre VCI +/-
Durée	53.4 H	
Lyse	31% totale 52% > 50%	60-90% >50%



# Cavent (Lancet 2011)

- 209 p

- Saignement : 20% dont 3 majeurs et 5 significatifs

- 24 mois :

TL

TRT médical

- Perméabilité :

66%

47%

- SPT:

41%

55%



# Littérature

	Technique	N	Succès technique	PP M 12	PP tardive	PS tardive
Mewissen sans stent avec stent	TL	122 99		53% 74%		
AbuRahma	TL	18	89%	83%		M24 : 77%
Kwak	TM + TL	22	96%	95%	M24 : 95%	M24 100%
Rao	TM + TL	43	95% >50%	95% M9		
Baekgaard	TL	101				M72 : 82%
Mickley	TC	20	95%		M60 : 72%	M60 : 88%
Wohlgemuth	TC	35	97%			M48 : 69%
Schwarzbach	TC	20	100%		M21 : 80%	M21 : 90%
Hartung	TC	29	100%	79%	M60 : 79%	M60 : 86%



# American College of Chest Physicians Guidelines 2008

## Thrombectomie veineuse



CHEST

- Chez des patients sélectionnés avec :
  - TVP aigue extensive proximale (Fémoro-iliaque +/- VCI)
  - Symptômes < 7 jours
  - Bon état général et espérance de vie > 1 an
- Thrombectomie veineuse :
  - Réduit les symptômes et le risque de SPT
  - Si matériel disponible et équipe rodée (Grade 2B)



# American College of Chest Physicians Guidelines 2008



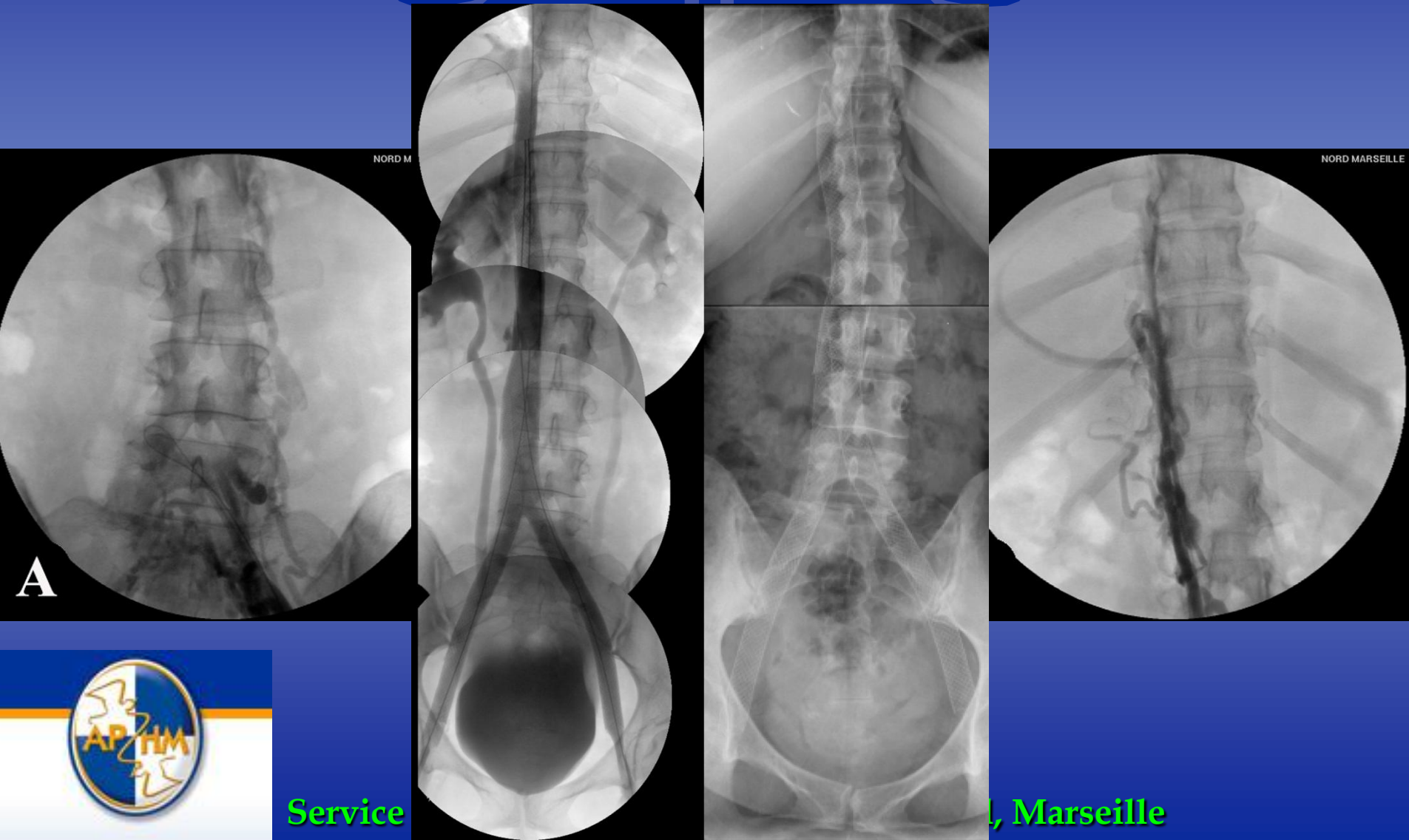
CHEST

## Thrombectomie mécanique

- Thrombolyse mécanique de préférence pour réduire la durée du TRT (Grade 2C)
- Pas isolée (Grade 2C)



# Conclusion



Service

, Marseille

# Conclusion

- **Thrombolyse in situ +/- mécanique**
- **Thrombectomie chirurgicale demeure une bonne solution**
  - Moins de contre-indication que la thrombolyse
  - Résultats au moins aussi bons en aigu
  - Peu onéreuse
  - Meilleurs résultats à long terme



● **Stenting des lésions obstructives sous jacentes**