

Phlébite d'Effort du Mb. Sup.: Quel Traitement ?



Philippe Nicolini
Clinique du Parc
LYON

Les Rois Maudits - M. Druont. Charles V Le Sage (1339-1380)



*« Le dauphin est affligé d'une
maladie qui semble bien
proprement une infirmité:*

*Sa main droite enfle et devient toute
violacée aussitôt qu'il veut soulever un poids
un peu lourd ou serrer fermement un objet.*

Il ne peut point porter l'épée. »

Thrombose Aigue Veine Axillaire

Sur Catheters
(PAC, ..)



Phlébite d'effort



Post-Trauma.



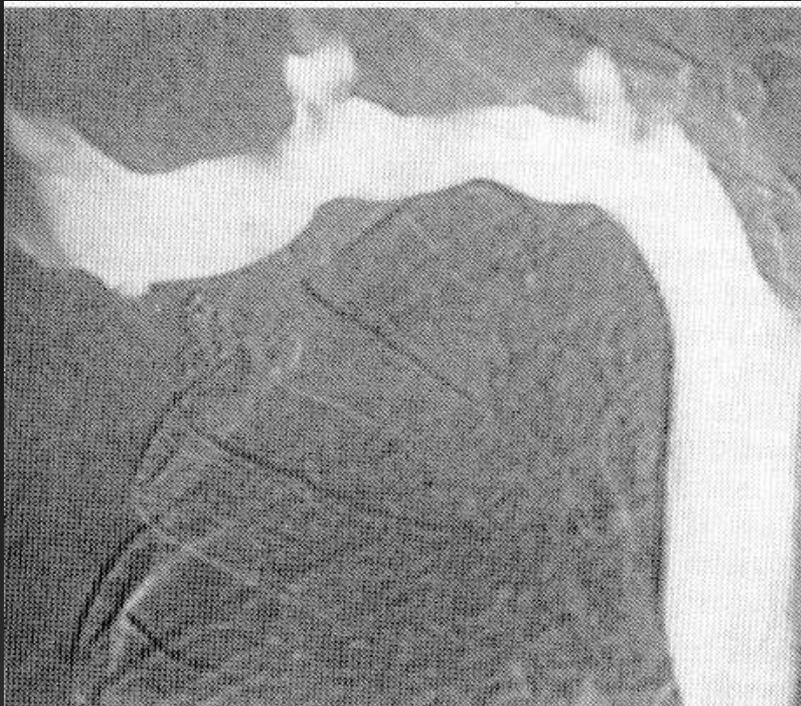
Syndrome de Paget-Schroetter

- Décrite en: - 1875: Sir James Paget et
- 1884: Von Schroetter,
 - Rare, 2% de l'ensemble des TVP,
 - + frqt chez sportif (nageur, tennis, hand-ball,..)
 - Mais fréquence augmente avec KT centraux
(Pace-maker, KT dialyse, ...).
-

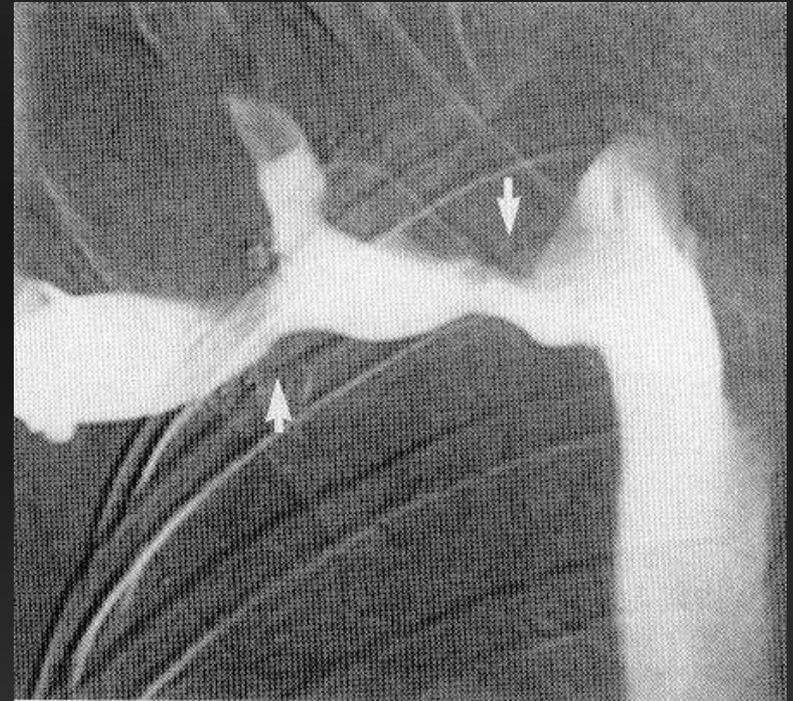
Compression Veine Axillaire: Signes cliniques

- Sujet jeune, avec signes intermittents:
 - Œdème global du mb sup. (dominant),
 - Turgescence anormale des veines,
 - Cyanose des extrémités,
 - Lourdeur sein homolatéral,
 - Paresthésie des doigts.
- Examen: circulation collatérale pectorale ant.

Compression Veine Axillaire

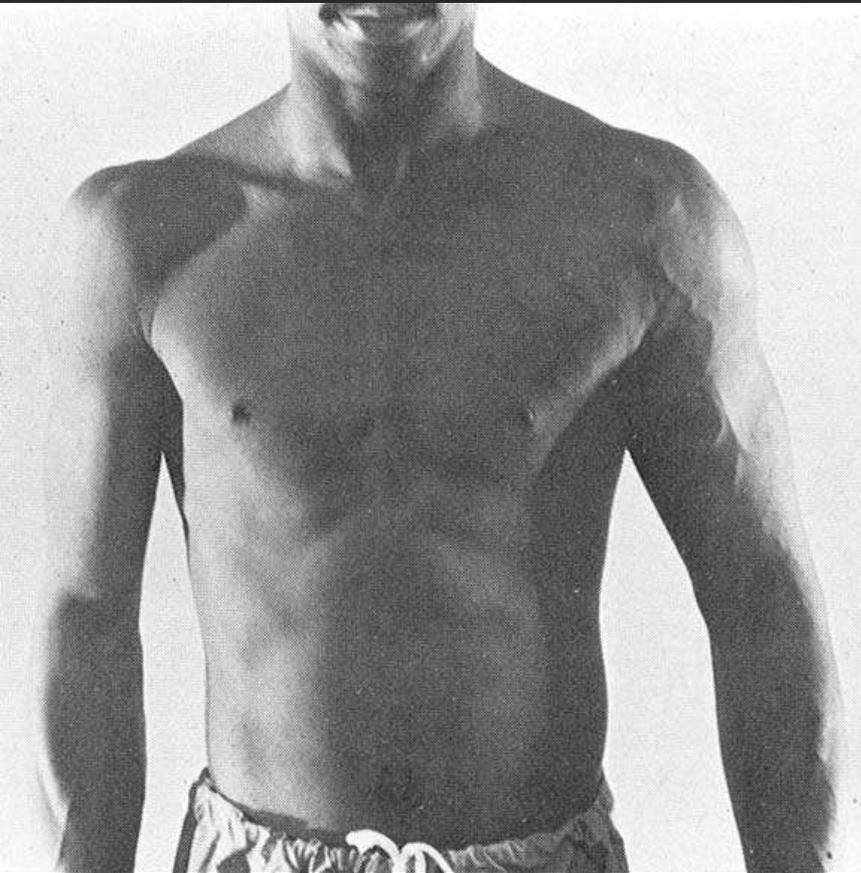


Position normale



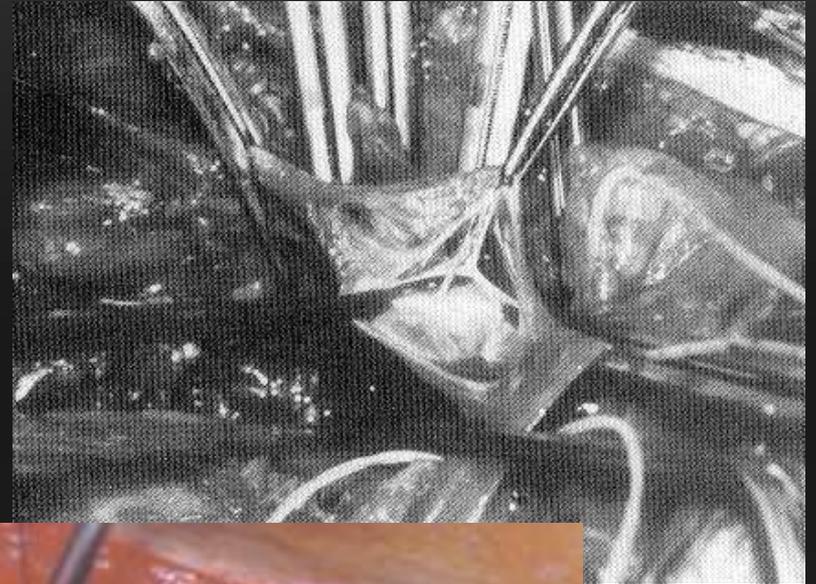
Abduction

Syndrome de Paget-Schroetter



- **Ratios:** 3 H / 1 F; 2,5 D / 1 G,
- Survenue brutale (efforts répétés),
- primitif : 60 %, KT: 40 %,
- Œdème & cyanose: bras , avt-bras, main, doigts,
- Circ. veineuse collat. tendue,
- Anomalies coag.: 42 %.

Syndrome de Paget-Schroetter



COMPLICATIONS

■ Risque initial d'EP:

- EP documentée: . 26 % pour TVA primitive,
. seule 36 % symptomatiques,
- 10% d'EP fatale (= mbs inf)



Traitement Médical

■ Repos & Anticoagulants:

- HNF ou HBPM puis AVK pdt 3 mois,
- 82 % de symptômes séquellaires,
 - œdème,
 - douleurs,
 - Tbs fonctionnels.
- 47 % symptômes sévères.



Urschel et al. Ann Thor Surg 1991;52:1217

Thombolyse in situ

Bilan pré op.:

- Coag: Fibrinogène (> 1g/l), TCA

Urokinase (24 à 72 H):

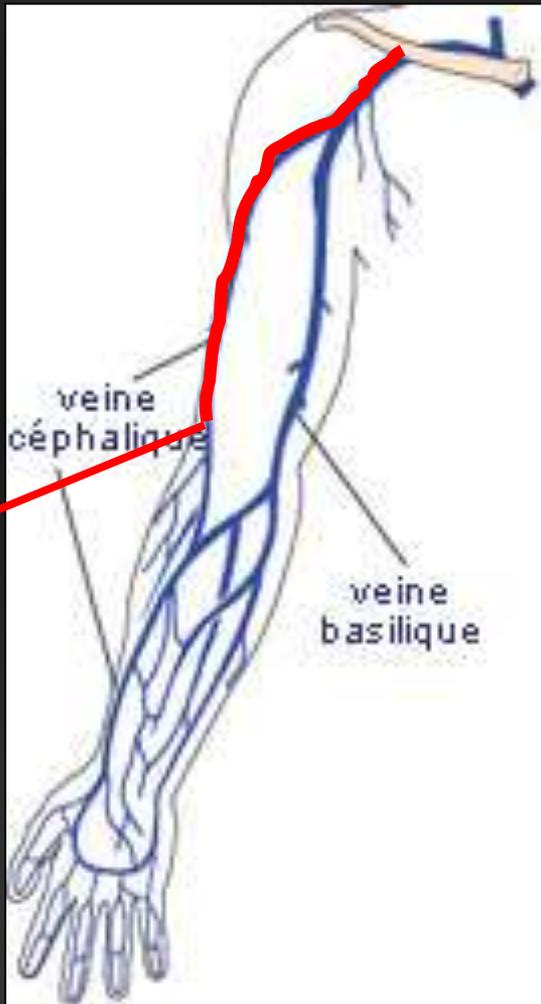
- Bolus: 300 000 UI,
- SE: 150 000 UI/ H.

Héparine NF:

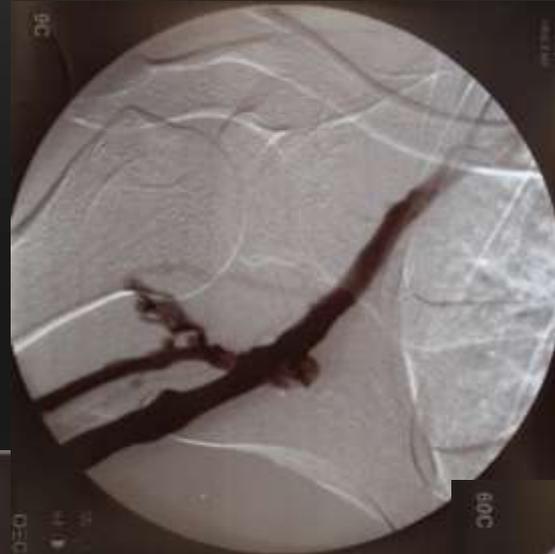
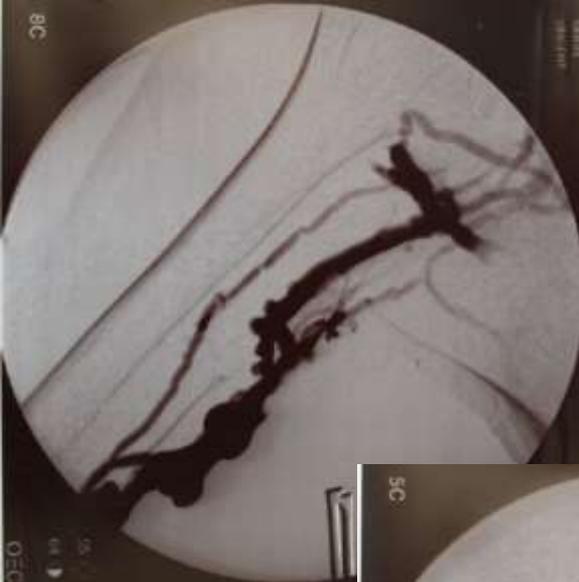
- 50 à 100 UI /Kg

Contrôles (tous les 6 à 12 H):

- Fibrinogène, TCA,
- Phlébo.



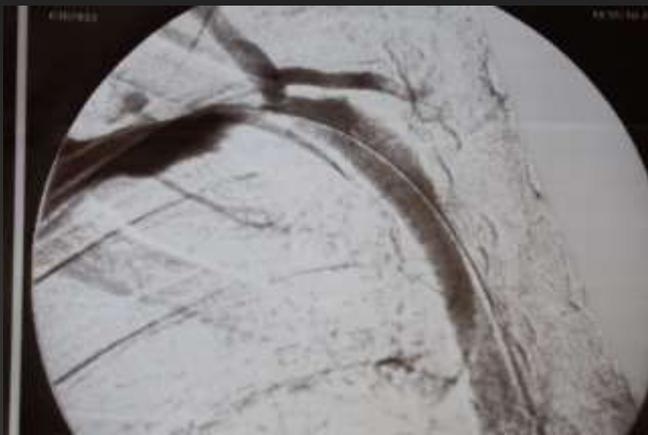
Thrombolyse in situ



LITTERATURE

Résultats Urokinase par cathéter in situ

	n pts	Lyse complète (%)
Machleder	23	74
Lee	11	82
Beygui	31	84



Comment traiter les lésions endoveineuses ?

Place du Traitement médical ?



64 pts traités par: - Héparine
- TL (n= 52)

À 1 mois

29 Récidive sympt. (45 %)

Ablation 1^{ère} côte

35 Asympt. (55 %)

(AVK 3 mois)

Suivi moy.: 55 + 32 mois

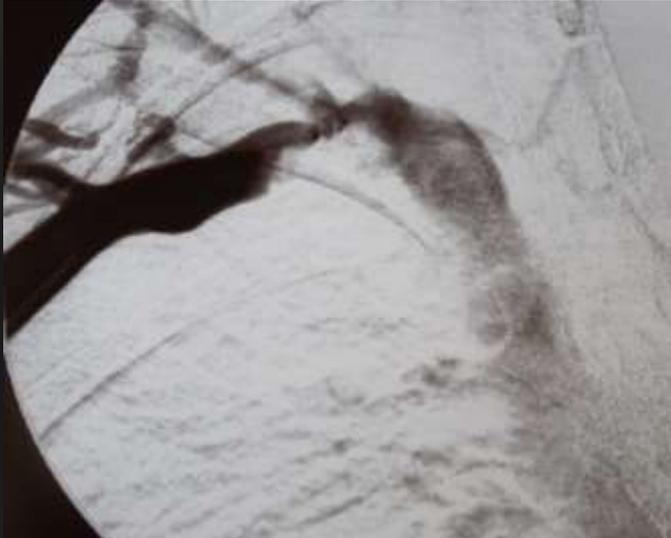
8 récidence Thrb. (12,5 %)

Ablation 1^{ère} côte

27 Asympt. (42%)

Comment traiter les lésions endoveineuses ?

Traitement endovasculaire premier ?



Traitement endovasculaire:

12 pts avec TLyse + ATL:

- 7 re-thromboses,
- 5 récurrences symptômes,

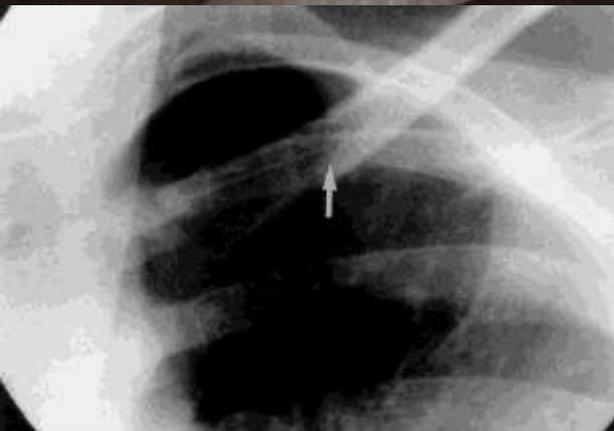


Stent Premier ?



64 pts traités par:

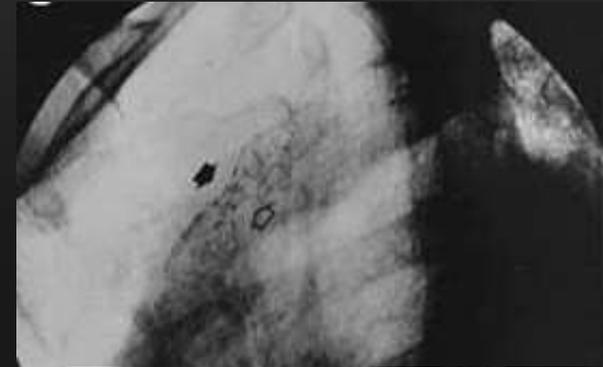
- Héparine
- TL (n= 52)



8 récidence Thrb. (12,5 %)

2 facteurs prédictifs:

- âge < 28 ans,
- stent .



RESECTION de la 1^{ère} Côte

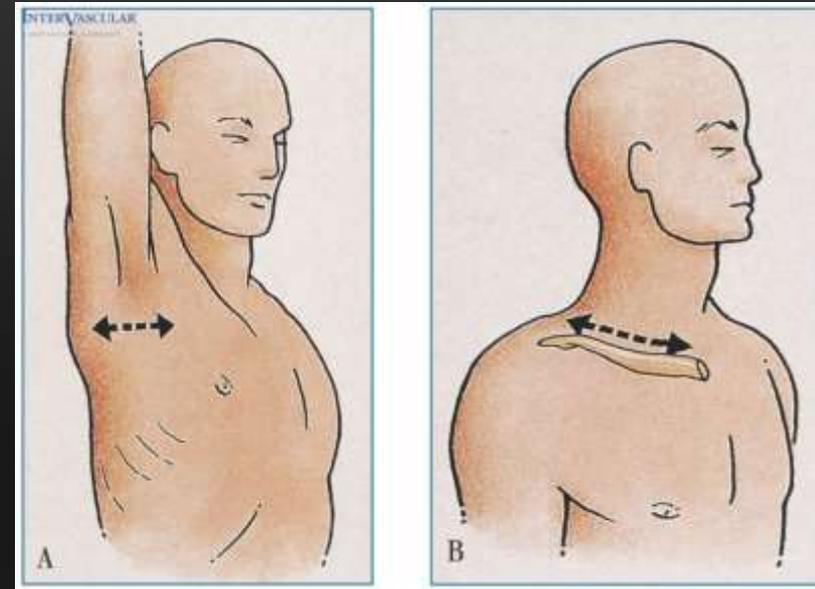
Immédiate ou différée ?

114 pts (âge moy.: 29.7 ans)

TL + résection 1^{ère} côte
et veinoplastie (n= 97)



Perm. tardive: 100 %,
7 re-stenose ilaire: ATL + stent.

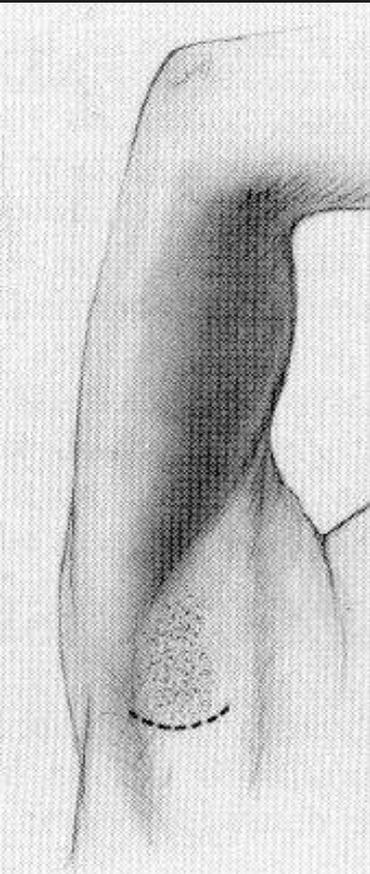


TL + résection 1^{ère} côte
après 34 jrs (n= 17)

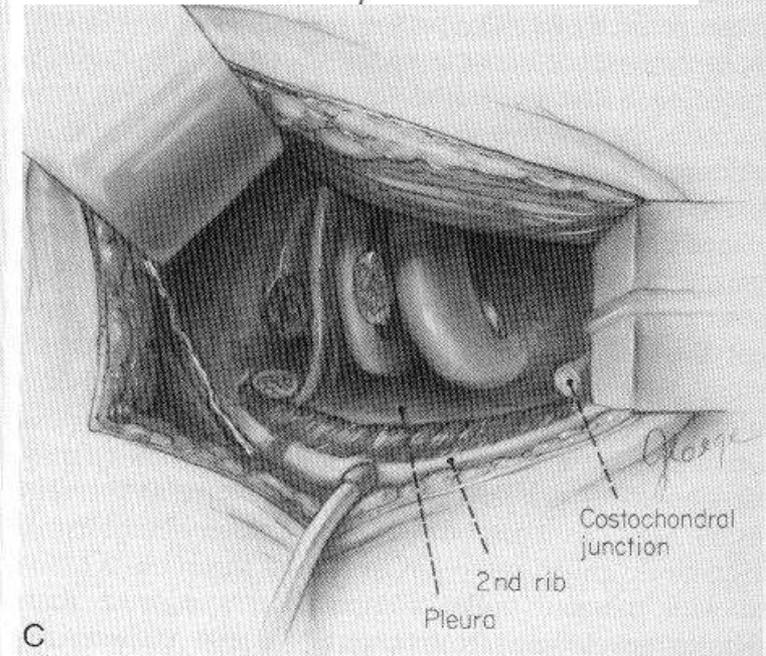
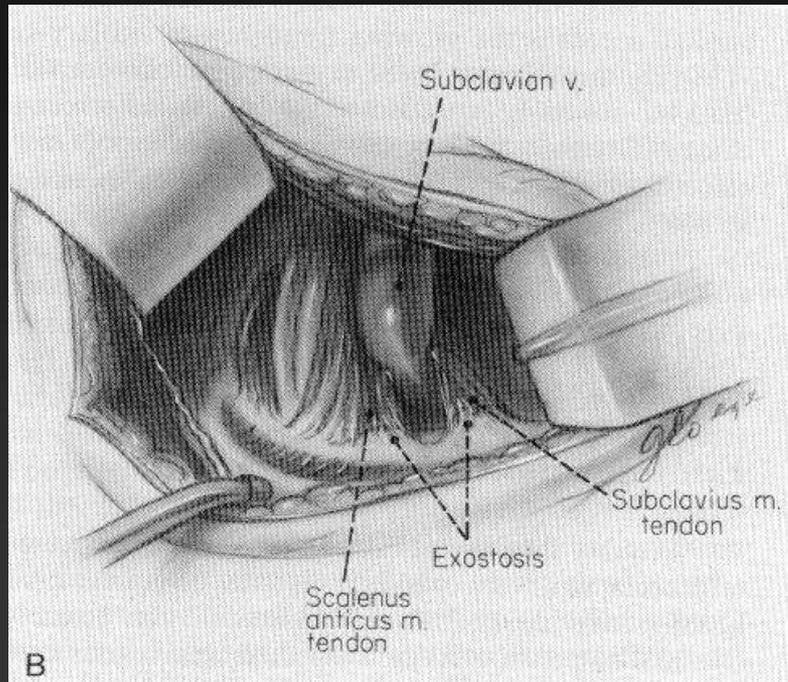
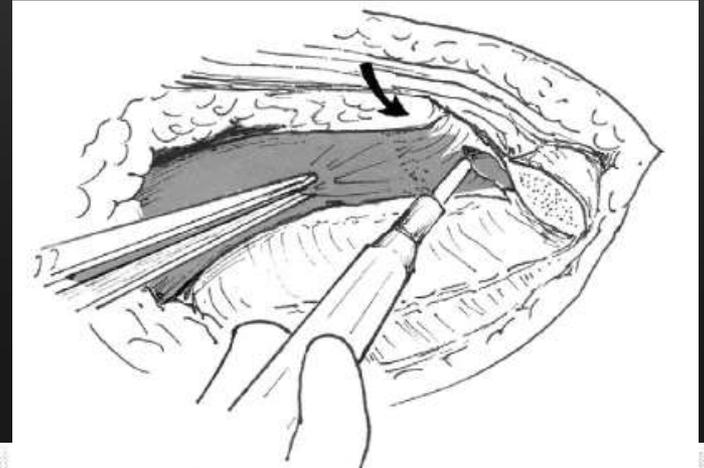
Re-thrombose: 70 %,
avec récidence symptômes

Résection 1ère côte

Voie Axillaire



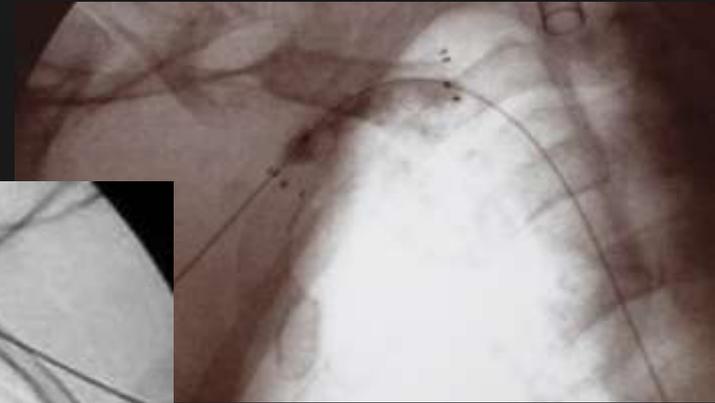
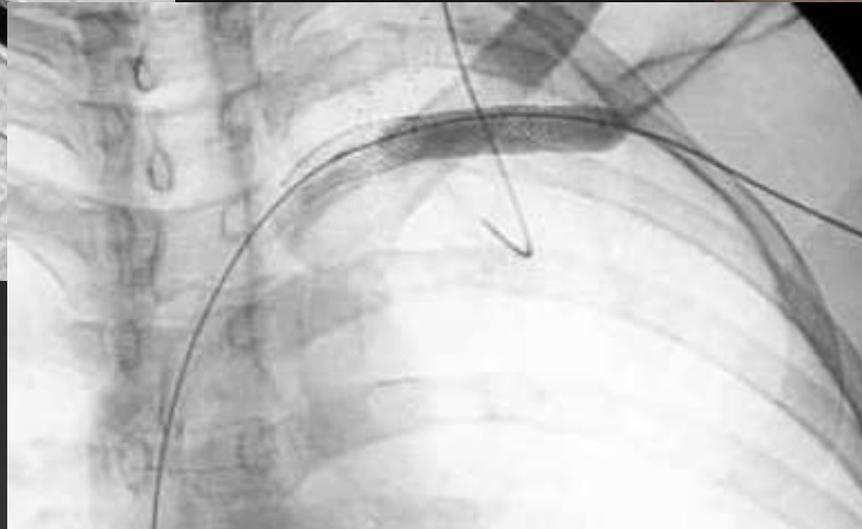
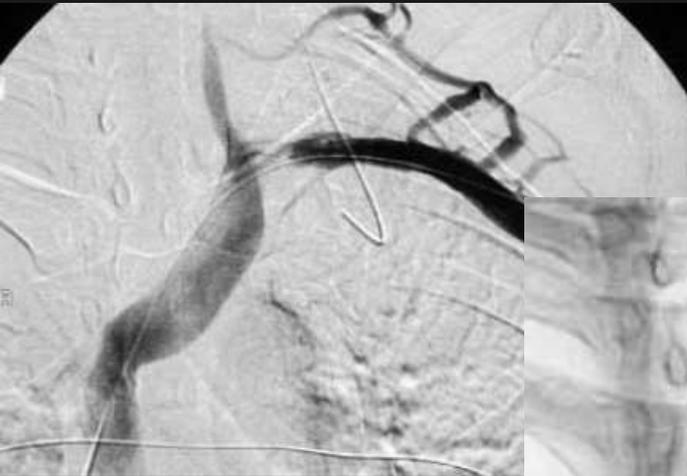
Voie sus-clav.



Lésions Endoveineuses: Endovasculaire ou Chirurgie ?

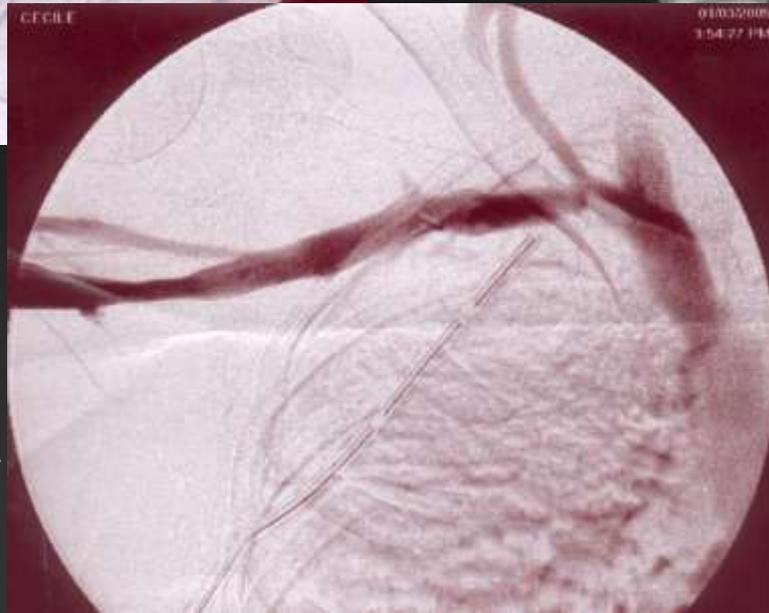
14 pts avec Résection 1^{ère} côte + Stent:

5 thrb (36 %) à 3,5 ans



Kreienberg et al. JVS 2001; 33: S100.

Syndrome de Paget-Schroetter



Après résection
1ère côte

Après thrombolyse

CONCLUSION

- Le syndrome de Paget-Schrotter est une urgence chirurgicale avec:
 - un risque immédiat d'EP: 26 % ,
 - un risque secondaire fonctionnel: 75 % .
- Une thrombolyse in situ doit être envisagée:
 - Symptômes < 15 jrs,
 - Absence de CI aux thrombolytiques,
 - Centre spécialisé.