

DEUX AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES MAJEURES

Les nouveaux traitements de la Maladie Veineuse Post-Thrombotique (MVPT)

La prévention du risque d'infarctus du myocarde dans la prise en charge des dysfonctions érectiles (impuissance masculine)



DE NOUVELLES PRATIQUES OPÉRATOIRES MINI-INVASIVES

Le recours à la micro-chirurgie réparatrice des veines profondes pour le traitement du Syndrome Post-Thrombotique.



Pr. Albert-Claude BENHAMOU, Chirurgien vasculaire
Président de l'Académie Nationale de Chirurgie et
des Pratiques Opératoires Innovantes



Pr. Frédéric VIN, Phlébologue
Membre associé de l'Académie Nationale de Chirurgie
Responsable pédagogique du Diplôme Universitaire
de Phlébologie à Médecine Sorbonne Université.

Une maladie fréquente, souvent méconnue et invalidante

Le syndrome post-thrombotique ou maladie post-thrombotique (MPT) est l'ensemble de symptômes et/ou signes veineux chroniques secondaires à une thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs (une phlébite des veines profondes).

Il se manifeste dans 20% à 40% des cas dans les deux ans après cette phlébite. Il faut savoir que très fréquemment ces phlébites profondes qui peuvent survenir à la suite de polytraumatismes ou d'interventions chirurgicales, passent inaperçues initialement, mais être responsables d'un syndrome post-thrombotique beaucoup plus tard.

Cette pathologie est responsable d'une altération de la qualité de vie et d'une augmentation de dépenses de santé publique liée à l'ulcère de jambe qui est présent dans 5% des cas.



Un diagnostic qui repose sur la clinique

Le diagnostic est peu spécifique et l'intensité du SPT varie au cours du temps et il repose sur l'existence de troubles fonctionnels et cutanés.

Les patients peuvent présenter des lourdeurs de jambes, un oedème pré tibial, des douleurs des membres inférieurs, une induration cutanée (hypodermite scléreuse), des crampes, une hyperpigmentation, un prurit, de nouvelles dilatations veineuses (varices cliniques), des paresthésies, des rougeurs (érythème, dermo-hypodermite), une douleur à la pression du mollet.

L'examen échodoppler veineux permet une évaluation précise de cette maladie

Le diagnostic hémodynamique de la MPT doit être évalué le plus tôt possible par échodoppler. Au stade chronique, soit la veine reste occluse (syndrome obstructif) avec le plus souvent développement d'une circulation collatérale de suppléance (syndrome de suppléance avec varices) soit la veine se repermeabilise (syndrome de reflux) avec altération des valvules et un remodelage des parois qui sont épaissies suite au phénomène inflammatoire initial. Les syndromes sont souvent mixtes.

Le pronostic dépend de la localisation des lésions des veines profondes

Les thromboses proximales (ilio-caves) sont responsables de complications trophiques plus sévères que les thromboses distales poplitées ou jambières.

Le traitement des thromboses veineuses profondes

1/ Un traitement préventif au stade aigu des TVP, à leur phase initiale

Le traitement médical

Des recommandations concernant le traitement des thromboses veineuses profondes ont été publiées dans le but de réduire l'apparition de la MPT grâce à un diagnostic et à une anticoagulation précoces et à la prescription d'une compression médicale élastique.

Les techniques d'ablation du thrombus ont évolué et ont des indications précises

Dans les occlusions proximales au stade aigu, initialement chirurgicale, la technique de thrombectomie est réalisée par voie endovasculaire percutanée, associée ou non à une thrombolyse in situ.

Pour les TVP aiguës fémoro-iliaques de moins de 14 jours chez des patients sélectionnés, ces techniques sont validées depuis 2021 dans les recommandations de l'European Society of Vascular and Endovascular Surgery

Pour les TVP aiguës fémoro-poplitées leur usage n'est par contre pas recommandé.

2/ À un stade plus tardif, la veine peut rester occluse ou incomplètement reperméabilisée. Les techniques actuelles de radiologie interventionnelle permettent de recanaliser la veine en la dilatant et de la stenter avec une récupération significative chez la plupart des patients.

Dans ces circonstances et malgré une compression médicale élastique, des complications comme une claudication veineuse ou un ulcère de jambe récidivant sont responsables d'une invalidité sévère ce qui justifie l'emploi de ces nouvelles techniques de repermabilisation de ces veines profondes ?

3/ Des techniques innovantes de reconstruction valvulaire des veines profondes à ciel ouvert, sont aujourd'hui possibles

et nécessaires car malgré la recanalisation de ces après thrombose, il existe une importante destruction du système des valvules de ces veines profondes. Et cette destruction valvulaire est responsable d'une stase veineuse, qui va expliquer la persistance des troubles trophiques et des ulcères de jambe chroniques.

Les plasties valvulaires des veines profondes à ciel ouvert sont devenues des techniques chirurgicales sûres et efficaces, qui permettent une amélioration significative de la qualité de vie des patients, atteints d'un syndrome post-thrombotique.

En conclusion le message de l'académie nationale de chirurgie et des pratiques opératoires innovantes est le suivant :

1/ Il faut retenir que si le diagnostic de la TVP est précoce et qu'elle se situe au niveau distal avec un traitement anticoagulant précoce et prolongé, associé au port de bas d'une compression de 30mmHg, les séquelles seront minimales.

2/ Il est par contre indiscutable qu'une thrombose veineuse profonde proximale (ilio-cave et iliofémoral) au stade aigu doit pouvoir bénéficier des nouvelles techniques de thrombectomie endovasculaire percutanée.

3/Au stade chronique de la MPT, la compression médicale élastique au long cours par bas est suffisante pour éviter l'apparition de troubles trophiques sévères.

4/ Ce n'est qu'en présence d'une claudication veineuse intermittente, d'un ulcère de jambe chronique et récidivant que les techniques de recanalisation avec stent ou de plastie valvulaire peuvent être proposées.

Tout doit être entrepris pour améliorer la qualité de vie des patients et pour réduire les dépenses de santé publique induites par cette pathologie très fréquente et invalidante.

**LA PRÉVENTION DU RISQUE D'INFARCTUS DU MYOCARDE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONS ÉRECTILES
(IMPUISSANCE MASCULINE)**



UN DÉPISTAGE POUR SAUVER DES VIES

**Détection de principe les atteintes coronariennes muettes lors du
bilan des dysfonctions érectiles d'origine artérielle**

Pr. Ronald VIRAG
Chirurgien vasculaire

Lors de la première séance de l'année 2023, de l'Académie Nationale de Chirurgie, l'équipe du Dr Ronald Virag (CETI- Paris) présentera les résultats préliminaires d'une étude montrant que les patients présentant une dysfonction érectile d'origine vasculaire ont dans 90% des cas les artères coronaires malades, alors même qu'ils n'ont encore aucun symptôme cardiaque. Bien plus, quatre patients (soit 15%) avaient des lésions sévères nécessitant une intervention pour éviter la survenue d'un infarctus ou d'une mort subite.

Des études antérieures ont montré rétrospectivement que la dysfonction érectile précède en général de 3 à 5 ans la survenue d'un infarctus mais l'importance de celle-ci réside dans le fait qu'elle propose une politique préventive des accidents cardiaques majeurs chez ces patients. Tout patient souffrant d'une dysfonction érectile doit faire l'objet d'une étude échographique de ses artères péniennes. Lorsqu'une atteinte est constatée, un coroscanner évalue systématiquement l'état des artères coronaires.

Quand on sait que 80% des dysfonctions érectiles (lesquelles atteignent 30% de la population masculine, tous âges confondus) ont une origine vasculaire on peut anticiper qu'un nombre très significatif de mort subite ou d'accidents cardiaques graves pourront être évités.

A PROPOS du CETI, Centre d'Explorations et Traitements de l'Impuissance

Le CETI, dirigé aujourd'hui par les Drs Ronald Virag, Hélène Sussman et Eric Allaire, est mondialement connu pour ses travaux innovants sur la dysfonction érectile (DE) notamment sur le diagnostic et le traitement des DE d'origine vasculaire ; découverte de l'action des médicaments vaso-actives intracaverneuses ; codirection de l'étude européenne du Viagra ; développement de techniques chirurgicales endovasculaires.

PROGRAMME DE LA SÉANCE

14h30-17h30

Président :

Pr. Albert-Claude BENHAMOU

Organisateur :

Pr. Hubert JOHANET

Modérateur :

Pr. Frédéric VIN

PR. FRÉDÉRIC VIN, PARIS

-> Aspects cliniques et complications des séquelles de thromboses veineuses profondes

PR. SAMMI ZERROUK, SAINT AVOLD

-> Exploration Echo-doppler de la maladie veineuse post-thrombotique

PR. OLIVIER HARTUNG, MARSEILLE

-> Prise en charge médico-chirurgicale de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs à la phase aigüe

PR. MARC SAPOVAL, PARIS HEGP

-> Technique et indications des recanalisations des syndromes obstructifs veineux post- thrombotiques

PR. MARZIA LUGLI, OSCAR MALETI, MODÈNE

-> Place de la chirurgie veineuse profonde dans les syndromes de reflux post- thrombotiques

**PR. RONALD VIRAG ET DR. HÉLÈNE SUSSMAN, PARIS, CETI, CENTRE
D'EXPLORATIONS ET TRAITEMENTS DE L'IMPUISSANCE**

-> Réalité d'une atteinte coronaire muette dans la dysfonction érectile d'origine artérielle

18h00 : Cocktail, salle Club de la Faculté de Médecine