



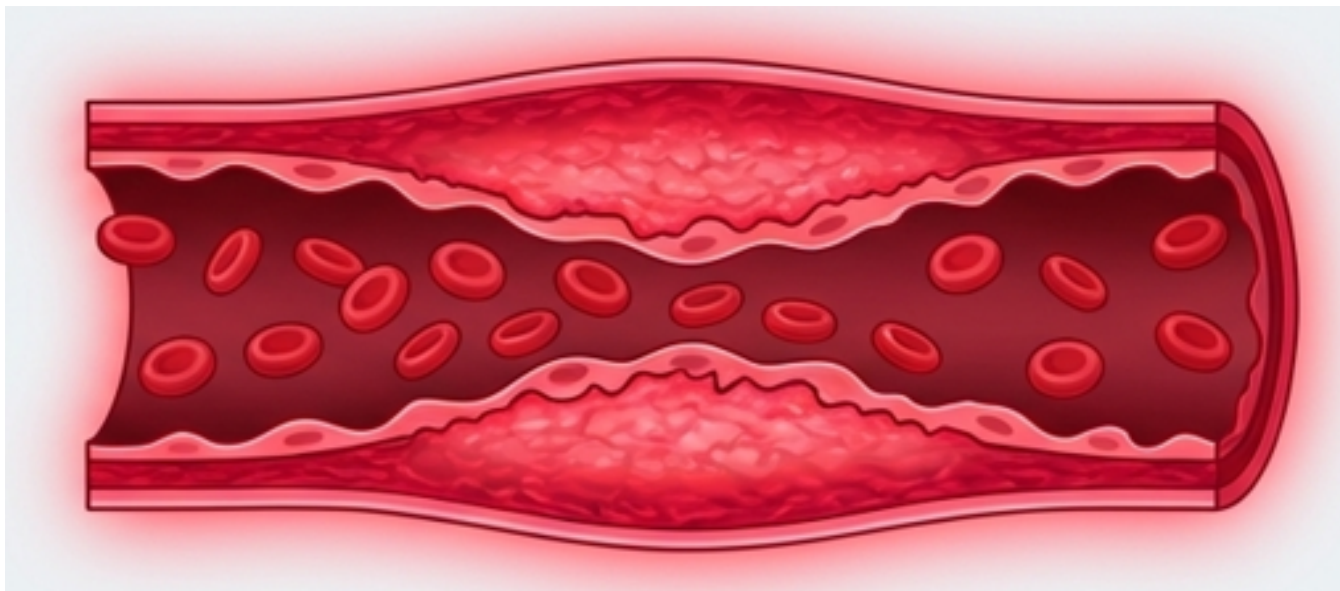
La thrombose veineuse profonde dans l’angio Behçet : anticoagulation seule ou combinée à un immunosuppresseur ?

Kamel Hamchaoui, Maitre assistant, Service de médecine interne, CHU Bab Eloued, Alger, ALGERIE

- Karima DAGHOR-ABBACI, Professeur, Service de médecine interne, CHU Bab Eloued, Alger, ALGERIE
- Sakina Moulay, Maitre assistante, Service de médecine interne, CHU Bab Eloued, Alger, ALGERIE
- Nazim LARABA, Professeur, Service de médecine interne, CHU Bab Eloued, Alger, ALGERIE

Introduction

La maladie de Behçet est connue pour son tropisme vasculaire, principalement veineux. La thrombose veineuse profonde (TVP) représente l’une des atteintes les plus fréquentes, dans laquelle le traitement anticoagulant, contrairement aux TVP classiques, pose des interrogations. Les raisons de ces controverses sont essentiellement à cause du mécanisme physiopathologique de la thrombose qui est inflammatoire plutôt que par hypercoagulabilité. Cette particularité pose l’indication d’un traitement immunosuppresseur associé. L’objectif de cette étude est d’évaluer l’impact d’un traitement anticoagulant isolé comparativement à l’association anticoagulant-immunosuppresseur sur le risque de récurrence.



Patients et méthodes

Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective ayant inclus les patients atteints de maladie de Behçet compliquée d’une TVP, hospitalisés au service de médecine interne. Les patients ont été répartis en deux groupes : les patients sous anticoagulant seul et ceux recevant un anticoagulant associé à un traitement immunosuppresseur (corticoïdes + cyclophosphamide ou azathioprine). Le critère de jugement principal était la récurrence de TVP sous traitement au cours du suivi à travers une analyse comparative entre les 2 groupes. L’analyse statistique reposait sur un test χ^2 , complété par le test exact de Fisher en raison de petits effectifs. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0.05$.

Résultats

Nous avons inclus 52 patients atteints d’AB à partir d’une série de 168 patients atteints de MB soit 30 % des cas. Il s’agissait de 46 hommes et 6 femmes avec une moyenne d’âge au diagnostic de 36 ans. La maladie veineuse thromboembolique concernait 46 (88%) patients. Le siège des thromboses veineuses était les membres inférieurs chez 29 patients, la veine cave inférieure 7 patients, les veines cérébrales 9 patients, la veine cave supérieure (VCS) 4 patients, et 3 au niveau du membre supérieur. Un seul patient avait une thrombose des veines sus hépatiques. Parmi les 46 patients, 11 (23,9 %) ont présenté une récurrence thrombotique. Les traitements reçus étaient un anticoagulant seul ($n=15$) ou un anticoagulant associé à un traitement immunosuppresseur (corticoïdes + cyclophosphamide ou azathioprine) ($n=31$). Le taux de récurrence était significativement plus élevé dans le groupe anticoagulant seul (9 patients sur 15 soit 60 %) que dans le groupe recevant une association thérapeutique (2 patients sur 31 soit 6,5 %). L’analyse statistique a montré une association hautement significative entre l’anticoagulation isolée et la récurrence ($\chi^2= 10,4$; $p= 0.001$), confirmée par le test exact de Fisher à 9.3, tandis que l’odds ratio atteignait 21.8, traduisant une taille d’effet majeure.

Discussion

Ces résultats renforcent l’hypothèse physiopathologique d’une thrombose dominée par l’inflammation vasculaire dans la maladie de Behçet. L’anticoagulation seule ne semble pas agir sur le processus pathogénique sous-jacent, alors que l’immunosuppresseur réduit l’activité inflammatoire qui pourrait stabiliser la fonction endothéliale, limitant le risque de récurrence. Nos résultats concordent avec les recommandations de l’EULAR, qui privilégient le contrôle de l’inflammation dans le phénotype vasculaire de la maladie de Behçet. Toutefois, cette étude présente des limites, notamment son caractère rétrospectif, la taille modérée de l’échantillon et l’absence d’information sur la présence d’autres facteurs de risque de thrombose.

Conclusion

Conclusion Dans notre cohorte, l’anticoagulation isolée était associée à un risque significativement accru de récurrence thrombotique par rapport aux stratégies incluant une immunosuppression. Ces données soutiennent une approche thérapeutique ciblant l’inflammation vasculaire.

Références bibliographiques

- Hatemi G, Christensen R, Bang D. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018 Jun;77(6):808-818. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213225. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29625968.
- R. Murphy. BAD and BSR living guideline for Behçets. 2024