

Résultats de l'étude Riport : Anticoagulants dans la thrombose de la veine porte chronique, une étude du réseau français des maladies vasculaires du foie.

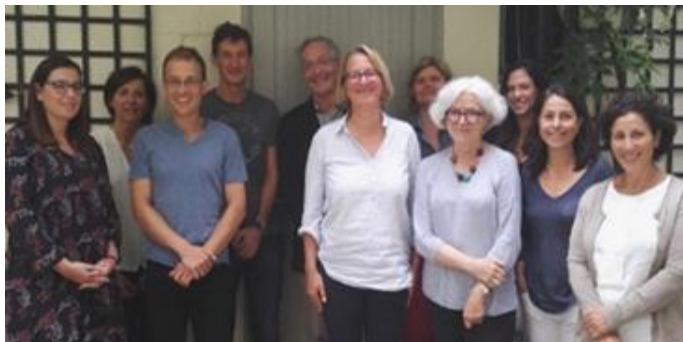
Une étude médicale a été réalisée entre septembre 2015 et janvier 2020.

Son objectif était d'évaluer le risque d'avoir une thrombose au cours de la thrombose de la veine porte chronique lorsque l'on n'a pas de facteur de risque fort de thrombose identifiée avec ou sans traitement anticoagulant.

Je remercie chaleureusement l'AMVF qui a participé au financement de cette étude qui a permis de recruter Djalila Seghier Rezigue en soutien aux patients pour la durée de l'étude.

Docteur Aurélie Plessier

Coordinatrice du centre de référence des maladies vasculaires du foie – Beaujon.



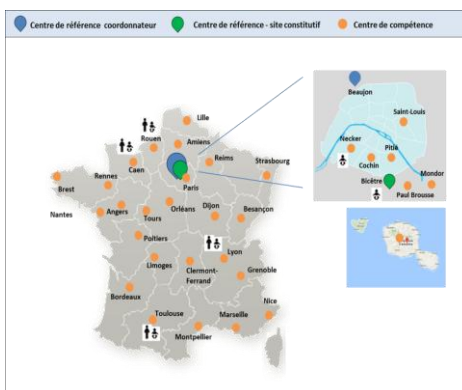
Équipe du réseau français des maladies vasculaires du foie

Une thrombose de la veine porte nécessite un traitement anticoagulant en urgence au stade de thrombose récente. Un bilan des causes de thrombose est alors réalisé.

Dans environ 20% des cas une cause locale inflammatoire, infectieuse ou post chirurgicale est identifiée. Dans 60% une maladie acquise ou héréditaire favorisant les thromboses est identifiée, et dans 40% une cause générale, comme l'obésité abdominale, les hormones oestro-progestatives, certaines maladies aiguës virales (covid, CMV), et les antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse. On distingue les facteurs de risque majeurs de thrombose :

- néoplasie myéloproliférative ;
- hémoglobinurie paroxystique nocturne ;
- Syndrome des anti phospholipides ;
- Maladie de Behcet ;
- Mutations homozygotes ou hétérozygotes composites des gènes G20210A du facteur II ou G1691A du facteur V ;
- Déficit familial en antithrombine ;
- Antécédent personnel ou familial 1er degré de thrombose ;
- Des facteurs de risque faibles comme les mutations hétérozygotes gènes G20210A facteur II ou G1691A facteur V, les déficits en protéine C ou S isolée (sans antécédent familial ou personnel de thrombose) et l'hyperhomocystéinémie.

Il est actuellement recommandé de poursuivre un traitement anticoagulant au long cours en cas de facteur de risque majeur. En revanche, chez les patients avec un faible facteur de risque de thrombose ou sans facteur de risque, aucune étude ne permettait de savoir s'il fallait ou non poursuivre le traitement anticoagulant après 6 mois de traitement. Le centre de référence des maladies vasculaires du foie a donc obtenu un financement institutionnel de 450 000 euros pour réaliser l'étude Riport avec l'ensemble du réseau français des maladies vasculaires du foie.



Réseau français des maladies vasculaires du foie

Déroulement de l'étude

Nous avons pu débiter l'étude en septembre 2015, et elle s'est terminée en janvier 2020.

Son objectif était d'évaluer le risque d'avoir une thrombose au cours de la thrombose de la veine porte chronique lorsque l'on n'a pas de facteur de risque fort de thrombose identifiée avec ou sans traitement anticoagulant. Il s'agissait d'un essai randomisé ouvert, c'est-à-dire qu'un tirage au sort était effectué entre les patients concernés pour recevoir ou non le traitement anticoagulant.

Les patients recevaient soit un traitement anticoagulant par rivaroxaban 15 mg/jr, soit pas de traitement anticoagulant.

Cent onze patients ont participé à l'étude. Il s'agissait en majorité d'hommes (56%) avec un âge médian de 50 ans. Au moment du début de l'étude, plus de 70% des patients recevaient un traitement anticoagulant par antivitamine K (exemple coumadine ou préviscan). La thrombose était étendue dans et à l'extérieur du foie pour plus de la moitié des patients et un tiers avaient des varices dans l'œsophage. Après tirage au sort, 56 recevaient un traitement par xarelto 15, et 55 ne recevaient pas de traitement anticoagulant.



Hôpital Beaujon-Equipe en charge de l'étude RIPORT

Résultats (voir figure 1)

Aucun patient traité par xarelto n'a fait de nouvelle thrombose. En revanche, lorsque les patients n'avaient pas de traitement anticoagulant le risque de refaire une thrombose était de 20/100 patients par an. Après presque 12 mois de suivi, il y a eu 3 phlébites (thrombose des veines des jambes), 3 embolies pulmonaires et 4 thromboses dans les veines digestives. Parmi les patients qui n'avaient pas d'anticoagulant, on constate que ceux qui avaient uniquement une cause locale ou hormonale ayant pu être traitée, ne récidivaient pas leur thrombose. On a dosé le taux de marqueurs d'activité de la coagulation, appelé les d-dimères 1 mois après l'arrêt du traitement anticoagulant. On a pu constater que lorsque le taux de d-dimères était > 500 ng/ml, le risque de refaire une thrombose était multiplié par 8.

En janvier 2018, devant ce sur risque important de faire une thrombose à l'arrêt du traitement anticoagulant, nous avons proposé à tous les malades de l'étude d'être traité par anticoagulant. Finalement, 99 malades ont accepté, 78 avaient du rivaroxaban et 21 un autre anticoagulant.

Parmi l'ensemble des malades, il y a eu 3 hémorragies sévères par rupture de varices œsophagiennes, et 57 saignements mineurs, essentiellement des saignements de nez ou des règles abondantes pendant un suivi médian de 30 mois. Le xarelto ne semble pas augmenter le risque d'hémorragies majeures. En revanche, il augmente le risque de saignements mineurs comme tout traitement anticoagulant.

Conclusion

Dans la thrombose de la veine porte chronique, lorsque le risque thrombotique semble faible (après un bilan des causes complet vérifié), il semble bénéfique de poursuivre le traitement anticoagulant par rivaroxaban 15mg/jr. En effet, le rivaroxaban (Xarelto) pendant au moins 2 ans diminue le risque de thrombose sans augmenter le risque d'hémorragie sévère

Un très grand merci aux patients et à l'AMVF pour son soutien, à Djalila Séghier et à Kamal Zekrini, à la clinique des anticoagulants, à Michèle Corbic, à Onorina Bruno, pour leur implication dans l'étude Riport, merci à l'URC Paris Nord, et à tous les investigateurs des centres du réseau français ayant participé.



Djalila Séghier Rezigue et Kamal Zékri

Figure1

