

# Le repos strict au lit dans la maladie thromboembolique

## Attitude pratique et médecine basée sur les preuves

C. Meune, N. Assaoui, E. Martins et S. Weber, hôpital Cochin, Paris.

### Introduction

Au cours des dernières années, la médecine basée sur les preuves s'est imposée comme la seule façon de penser et la seule justification de nos prescriptions [1]. Le traitement de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE) est ainsi standardisé, les recommandations étant étayées par de nombreux essais thérapeutiques contrôlés de bonne méthodologie ayant servi de base aux recommandations des sociétés savantes [2]. Ce traitement comporte une anti-coagulation par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à posologie

curative, relayée par un traitement anti vitamine K (AVK), prolongé pendant une période minimale de trois mois, parfois plus selon le contexte clinique [2].

Les recommandations des sociétés savantes (Société française de cardiologie, Société française de réanimation médicale, Société nord américaine) ne mentionnent pas la nécessité d'un alitement strict pendant les premiers jours de traitement [3-5]. Néanmoins, la prescription d'un repos strict au lit, de durée au demeurant variable d'une équipe à l'autre (48 heures, quatre jours, jusqu'à l'obtention d'une anti-coagulation efficace, jusqu'au relais AVK) fait partie de la tradition de nombreuses équipes hospitalières. Cette « habitude » est souvent de surcroît confortée par les internes ainsi que les jeunes infirmières, ce qui semble indiquer que cette prescription est encore assez largement

enseignée dans les cours des études médicales et des diverses formations paramédicales.

Le rationnel « physiopathologique » de cette pratique est tellement simple qu'il peut paraître inattaquable puisqu'il s'agit de la peur que le passage en orthostatisme ne favorise la fragmentation et la migration vers les artères pulmonaires d'un volumineux thrombus constitué au niveau du réseau veineux des membres inférieurs. A notre

connaissance, aucun modèle expérimental n'a étudié ce phénomène ; les observations cliniques très anciennes décrivant des embolies

---

**100 000 embolies pulmonaires par an en France.**

---

pulmonaires massives au premier lever d'un opéré ou d'une jeune accouchée restent du domaine de la « tradition de couloir », remontant de surcroît à une époque où les durées d'alitement postopératoires étant particulièrement longues et le traitement anticoagulant inexistant. Cette « habitude » de prescription d'un alitement strict n'est pas dénuée de conséquences préjudiciables pour le patient, ou les différentes structures de soins, et elle est en outre responsable d'une augmentation des durées d'hospitalisation.

Afin de vérifier si le repos au lit strict était justifié, ou si au contraire, il s'agissait d'une des dernières attitudes thérapeutiques « ancestrales » sans réel fondement, nous avons conduit une revue de tous les articles qui évaluent son intérêt éventuel comme élément du traitement initial de la MVTE.

## Méthodes

Une recherche Medline (Base Pubmed) de tous les articles publiés jusqu'à juillet 2006 évaluant l'impact du repos strict au lit dans le traitement de la MVTE a été effectuée à l'aide des mots-clés suivants traduits en anglais : « repos au lit », « lever précoce », « traitement ambulatoire », « thrombose veineuse profonde », « embolie pulmonaire », seuls et en association. La bibliographie des études sélectionnées a été analysée. Seuls les essais contrôlés ou non, publiés en langue française, anglaise et espagnole ont été retenus ; les cas cliniques ne l'ont pas été.

## Résultats

Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP) appartiennent tous les deux à la même entité nosologique, celle de la MTVE. Néanmoins, les résultats sont volontairement séparés, pour plus de simplicité, en deux groupes distincts, les études ayant évalué l'intérêt du repos au lit dans le traitement de la TVP et celles menées chez les patients avec EP.

Trois essais contrôlés et un essai non contrôlé, menés chez les patient avec TVP isolée ont été identifiés (tableau I). La première des études contrôlées, publiée en 1999, est une étude prospective, randomisée, incluant 126 patients avec diagnostic de TVP proximale symptomatique, confirmé par écho-doppler veineux. Les patients étaient randomisés entre repos strict au lit pendant huit jours et lever précoce dès le deuxième jour [6]. Le reste du traitement était identique dans les deux groupes et conforme aux recommandations actuelles, à savoir : anti-coagulation par

enoxaparine 100 unités anti Xa/12 heures, relayée par les AVK et le port de bas de contention. Les patients bénéficiaient d'une scintigraphie pulmonaire de ventilation et de perfusion lors du diagnostic de TVP et une autre entre J8 et J10 ; le critère d'évaluation était la survenue d'une nouvelle EP. Les auteurs rapportent la survenue d'une nouvelle EP chez 17 % des patients du groupe repos strict au lit contre 22 % des patients mobilisés précocement ( $p = 0,25$  ; NS) [6]. Dans la seconde étude contrôlée, Aschwanden, et al. ont inclus 129 patients avec TVP proximale des membres inférieurs confirmée par écho-doppler veineux [7]. Les patients étaient randomisés en deux groupes, repos strict au lit pendant quatre jours contre lever le premier jour et marche de quatre heures par jour au minimum. Un angioscanner pulmonaire était effectué lors du diagnostic et répété à J4 ; le critère d'évaluation était la survenue d'une EP sous traitement (récidive d'EP ou survenue d'une EP chez un patient sans EP à l'inclusion). Ils retrouvent, au terme de leur étude, que 10 % des patients immobilisés ont présenté une EP (ou une récurrence) sous traitement, contre 14,4 % dans le groupe mobilisé précocement ( $p = 0,44$  ; NS) (tableau I) [7]. Par ailleurs, lors du suivi à trois mois, aucune différence n'était constatée quant à la récurrence clinique des événements thromboemboliques. Les conclusions de cette étude sont que le lever précoce au cours du traitement de la TVP n'augmente pas significativement le risque de survenue d'une EP [7]. Néanmoins, il faut souligner que la contention élastique était, dans cette étude, réservée au seul groupe « lever précoce ». Ce délai de quatre jours correspond en fait à la période

**Tableau I – Etudes ayant évalué l'intérêt du lever précoce dans le traitement de la TVP.**

Etude	Schellong [6]	Aschwanden [7]	Junger [8]	Partsch [9]
Type d'étude	Prospective, randomisée, contrôlée	Prospective, randomisée, contrôlée	Prospective, randomisée, contrôlée	Cohorte prospective
Patients inclus/sélectionnés (n)	126/309	129/316	102/103	1018/1289
Durée d'alitement (jours)	8	4	5	-
Date mobilisation précoce	J2	J0	J0	J0
Type d'héparine	HBPM : enoxaparine	HBPM : deltaparine	HBPM : deltaparine	HBPM : deltaparine
Modalité relais AVK	Non précisée	Non précisée	Non précisée	-
Critère principal	Nouvelle EP J8-J10 (scintigraphie)	Nouvelle EP J4 (angioscanner)	Signe clinique EP, EP, progression TVP, effet indésirable, infection	Nouvelle EP à J10 (clinique)
Résultats	Groupe lever : 22 % Groupe alitement : 17 %	Groupe lever : 14 % Groupe alitement : 10 %	Groupe lever : 13,5 % Groupe alitement : 28 %	Récidive : 6,8 %
P	$P = 0,25$ (NS)	$P = 0,44$ (NS)	$P = 0,088$ (NS)	-
Intérêt du repos au lit	Non	Non	Non	Non

HBPM : héparine de bas poids moléculaire ; EP : embolie pulmonaire.

**Tableau II – Etudes ayant évalué l'intérêt du lever précoce dans le traitement de l'EP.**

Etudes	Trujillo-Santos [9]	Kiser [10]
Type d'étude	Registre	Rétrospective cas-témoin
Patients inclus/sélectionnés (n)	2650/5720	127/190
Durée du repos (jours)	> 3 jours	2-3 jours
Date de mobilisation précoce	J3	< J2
Type d'héparine	HBPM	Non précisée
Modalité relais AVK	Non précisé	Non précisée
Critère jugement principal	Nouvelle EP dans les quinze jours	Incidence de EP liée à la durée d'alitement
Résultats	Patients alités : n = 4 Patients mobilisés : n = 4	Alitement moyen : 123 heures dans le groupe sans récurrence, contre 48 heures dans le groupe avec récurrence
P	P = NS	P = 0,021
Intérêt du repos	Non	Oui

HBPM : héparine de bas poids moléculaire, EP : embolie pulmonaire.

d'alitement de l'un des groupes ; toute récurrence ou aggravation de MTVE de survenue plus tardive ne peut donc pas être imputée à l'absence d'alitement initial [7].

La troisième étude contrôlée est une étude récente [8], multicentrique, prospective, randomisée et publiée en 2006. Junger, et al. ont en effet inclus 102 patients avec TVP confirmée par écho-doppler veineux ; les patients ont été randomisés en deux groupes, repos strict au lit pendant quinze jours contre lever précoce, le reste du traitement étant identique par ailleurs (anti-coagulation par HBPM, deltaparine et contention élastique) chez tous les patients. Le critère d'évaluation retenu était un critère composite comprenant les éléments suivants non pondérés : EP symptomatique, EP asymptomatique détectée à la scintigraphie et/ou à l'angioscanner pulmonaire, progression de la TVP ou nouvelle TVP, infection nosocomiale ou tout autre événement secondaire grave. Au terme de leur étude, 13,5 % des patients mobilisés précocement ont présenté un événement contre 28 % des patients immobilisés pendant cinq jours ( $p = 0,088$  ; NS) ; une nouvelle EP, détectée par scintigraphie, était retrouvée chez 1,8 % des patients levés contre 20 % des patients immobilisés pendant cinq jours. Ce critère de jugement peut apparaître critiquable car il attribue un même poids à une simple extension de la TVP, ou la survenue d'une EP symptomatique, ou à l'existence d'un effet indésirable grave néanmoins, il permet d'évaluer l'ensemble des conséquences possibles du repos sur la MTVE, l'existence d'effet indésirable ; les résultats indiquent que le repos au lit n'est pas justifié.

Dans la dernière étude, une étude de cohorte menée par Partsch, 1289 patients ambulatoires, admis à l'hôpital pour TVP des membres inférieurs ont été suivis et leur pronostic rapporté [9]. Les patients étaient traités par HBPM, contention élastique ; le repos au lit n'était pas recommandé. Un angioscanner pulmonaire était réalisé à l'admission (J0) et à J10 et les auteurs rapportent la fréquence de survenue d'une EP (tableau I) [9].

A l'admission, 47 % des patients avaient une EP, asymptomatique dans 2/3 des cas. A J10, 77 patients (6,8 %) ont une nouvelle EP détectable à l'angioscanner et six patients seulement une EP symptomatique. Les auteurs rapportent au terme d'un suivi de 42 mois : 17 décès, dont trois seulement sont attribués à une EP (les autres étant en grande partie dus à une néoplasie). Les auteurs concluent que près de la moitié des patients avec TVP proximale des membres inférieurs a une embolie pulmonaire asymptomatique. De plus, l'incidence d'une nouvelle EP est rare (comparée aux études précédentes), malgré l'absence de recommandation de repos au lit (tableau I) [9].

Enfin, deux études non contrôlées ont évalué l'impact du repos au lit chez les patients atteints de MVTE (TVP et EP). Dans la plus récente, le registre espagnol RIETE (registro informatizado de la enfermedad tromboembolica) qui a inclus les patients avec TVP (confirmée par écho-doppler ou phlébographie) ou EP, les auteurs rapportent les caractéristiques cliniques des patients, le traitement anticoagulant prescrit et analysent l'évolution clinique au cours d'un suivi de quinze jours, selon que les patients

aient été traités par repos strict au lit ou au contraire mobilisés précocement [10].

Un total de 5 720 patients issus de 88 hôpitaux entre 2001 et 2003 ont été sélectionnés. Les patients non mobilisables, ceux traités par héparine non fractionnée ou thrombolyse, ainsi que les patients présentant une EP massive et/ou saignement récent, ont été exclus de l'analyse. Ainsi 2 650 patients ont été inclus ; 2 038 (77 %) avec TVP des membres inférieurs et 612 avec EP symptomatique sans TVP.

Parmi les patients avec TVP, 52 % ont été astreints à un repos strict au lit, le reste des patients au contraire autorisés à se lever. Les auteurs rapportent la survenue d'une EP symptomatique chez onze patients (0,5 %), responsable du décès chez quatre ; aucune différence significative n'est mise en évidence sur la survenue d'une EP entre les patients alités (0,7 %) et les patients mobilisés précocement (0,4 %).

Parmi les patients avec EP (n = 612), 63 % sont restés alités (pour la plupart, des patients avec une hypoxémie marquée définie par une PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg). Une nouvelle EP est diagnostiquée chez quatre patients et il n'existe de différence significative entre les groupes (tableau II) [10]. En revanche, l'incidence des hémorragies mineures et le taux de mortalité étaient plus élevés chez les patients immobilisés. En analyse univariée, l'âge < 65 ans et l'existence d'un cancer associés sont liés à une augmentation du risque de récurrence d'EP alors que l'alitement éventuel n'apparaît ni comme un facteur protecteur, ni un facteur aggravant [10]. Enfin, seule une étude retrouve un possible lien entre durée de l'alitement et survenue d'une EP [11]. Il s'agit d'une analyse rétrospective de 127 patients avec MVTE ; six patients ont présenté une EP ou une récurrence d'EP. La durée d'alitement chez ces six patients était de 48,3 heures contre 123,3 heures chez les patients qui ne présenteront pas d'EP symptomatique dans les suites (tableau II) [11]. Les auteurs concluent en préconisant le repos au lit pendant les 48-72 premières heures du traitement anticoagulant des TVP. Il faut néanmoins mentionner quelques limites importantes de cette étude. Premièrement, il s'agit d'une analyse rétrospective et aucune conclusion formelle ne saurait être tirée d'une telle étude. Ensuite, la prévalence exacte de survenue d'une nouvelle EP ne peut être déterminée ; seuls les patients symptomatiques ont été explorés et on ne peut exclure non plus que ces patients présentaient déjà une EP à l'inclusion. Enfin, les modalités du traitement anticoagulant ne sont pas

précisées, le faible nombre de patient de l'étude et le très faible pourcentage de ceux d'entre eux ayant présenté des symptômes d'EP empêche toute conclusion sur la nécessité ou non d'une période initiale d'alitement [11].

## Discussion

Il ressort de notre analyse que seule une étude non contrôlée ayant inclus un faible effectif semble retrouver un avantage au repos strict au lit lors de la phase initiale de prise en charge des patients avec MVTE [11]. En fait, cette étude présente de nombreuses limites déjà mentionnées et aucune conclusion ne saurait être tirée d'une telle analyse rétrospective.

Au contraire, l'ensemble des autres études ne retrouve pas de bénéfice au repos au lit prolongé [6-10]. Parmi ces études, trois semblent intéressantes car elles comparent alitement initial versus lever précoce, selon une méthodologie rigoureuse : études randomisées, contrôlées, ayant inclus un large effectif et utilisant des traitements anticoagulants actuellement recommandés (HBPM avec relais AVK). Le critère de jugement de deux de ces études était la survenue d'une nouvelle EP (symptomatique ou non), et tous les patients ont été explorés par scintigraphie pulmonaire et/ou angioscanner pulmonaire, des méthodes d'investigation de l'EP validées. Ces deux études ne retrouvent pas de supériorité au repos au lit par comparaison à une stratégie de lever précoce et déambulation [6, 7] ; le lever précoce pourrait donc être recommandé chez ces patients. Dans la dernière étude randomisée, les auteurs ont utilisé comme critère principal, un critère combiné prenant en compte la survenue d'une nouvelle EP (symptomatique ou non) mais aussi l'existence de tout effet indésirable ou de toute infection nosocomiale [8]. Les auteurs ne retrouvent pas de supériorité de la stratégie comportant le repos au lit et il existe une tendance favorable à l'absence d'alitement (p = 0,088) sur leur critère principal, c'est-à-dire la survenue d'une nouvelle EP symptomatique [8].

Cette étude pourrait suggérer l'hypothèse provocatrice suivante : le repos au lit pourrait être délétère en favorisant la stase veineuse et par ce biais, l'extension du thrombus [12-14]. Cette hypothèse a été étayée par une étude prospective, dans laquelle les auteurs démontrent une réduction significative de l'extension du thrombus mesuré entre J0 et J9 dans le groupe traité par contention et mobilisation, en sus du traitement anticoagulant, par compa-

raison au groupe alité [12, 13]. Enfin, le lever précoce des patients pourrait diminuer la douleur et l'œdème associés à la TVP, diminuer la durée de l'hospitalisation, réduire les complications liées à l'hospitalisation et améliorer ainsi la qualité de vie. [12, 13].

Ces études semblent être concordantes et démontrent que l'alitement prolongé n'apporte aucun bénéfice supplémentaire dans la prise en charge de la MVTE [15]. En revanche, le moment exact du lever semble plus difficile à déterminer [16] car la définition de « lever précoce » varie selon les études entre J0 et J4 [6-8].

Cette absence de justification scientifique de l'alitement est importante en pratique clinique. En effet, plusieurs études récentes ont démontré que les patients atteints de TVP pouvaient être traités en ambulatoire en toute sécurité [4-5, 17] ; la possibilité de « lever précoce » permet de ne pas limiter cette attitude à une catégorie sociale particulière de patients particulièrement entourés.

## Limites

Contrairement aux études portant sur les modalités du traitement anticoagulant, seules quelques études, portant sur de faibles effectifs, ont évalué la possibilité de lever précoce lors du traitement de la MVTE. Ces études semblent concordantes et ne retrouvent aucun bénéfice significatif de l'alitement. De plus, le moment exact du lever varie entre les études entre J0 et J4. Enfin, dans certaines études, seuls les patients mobilisés précocement bénéficiaient d'une contention élastique [7, 9].

## Conclusion

Le repos strict au lit, habituellement prescrit dans le traitement des TVP ou EP n'est pas supérieur à une stratégie autorisant le lever et une déambulation précoce. En effet, plusieurs études ont démontré que le lever précoce, dès J0, n'augmentait pas le risque de survenue (ou de récurrence) d'une embolie pulmonaire, symptomatique ou non. A l'opposé, une période d'alitement strict pourrait être délétère en favorisant l'extension du thrombus, en aug-

mentant la douleur, l'œdème et le risque de complications de décubitus.

L'alitement, qui n'est pas mentionné dans les conférences de consensus, mais est très largement prescrit « par habitude » à la phase initiale de prise en charge de la MVTE, ne nous semble pas justifié scientifiquement.

## Références

1. **Straus SE, Jones G.** What has evidence based medicine done for us ? *BMJ* 2004 ; 329 : 987-8.
2. **Koopman MMW, Prandoni P, Piovella F, et al.** Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered at home. *N Engl J med* 1996 ; 334 : 682-7.
3. **Recommandations des experts de la Société de réanimation médicale de langue française.** *Réanimation* 2001 ; 10 : 456-61.
4. **Task force on pulmonary embolism, European society of cardiology.** Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur heart J* 2000 ; 21 : 1301-36.
5. **American college of chest physicians.** The sixth (2000) ACCP guidelines for antithrombotic therapy for prevention and treatment of thrombosis. *Chest* 2001 ; 119 : 1S-2S.
6. **Schellong SM, Swartz T, Kropp J, et al.** Bed rest in deep vein thrombosis and the incidence of scintigraphic pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 1999 ; 82 : 127-9.
7. **Aschwanden M, Labs KH, Engel H, et al.** Acute deep vein thrombosis : early mobilization does not increase the frequency of pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2001 ; 85 : 42-6.
8. **Juger M, Diehm C, Storiko H, et al.** Mobilization versus immobilization in the treatment of acute proximal deep venous thrombosis : a prospective, randomized, open, multicentre trial. *Curr Med Res Opin* 2006 ; 22 : 593-602.
9. **Partsch H.** therapy of deep vein thrombosis with low molecular weight heparin, leg compression and immediate ambulation. *Vasa* 2001 ; 30 : 195-204.
10. **Trujillo-Santos J, Perea-Milla E, Jimenez-Puente A, et al.** bed rest or ambulation in the initial treatment of patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary embolism : findings from the RIETE registry. *Chest* 2005 ; 127 : 1631-6.
11. **Kiser TS, Stefans VA.** Pulmonary embolism in rehabilitation patients : relation to time before return to physical therapy after diagnosis of deep vein thrombosis. *Arch Phys med Rehabil* 1997 ; 78 : 942-5.
12. **Blattler W, OPartsch H.** Leg compression and ambulation is better than bed rest for the treatment of acute deep venous thrombosis. *Int Angiol* 2003 ; 22 : 393-400.
13. **Partsch H, Blattler W.** Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. *J Vasc Surg* 2000 ; 32 : 861-9.
14. **Schulman S.** Studies on the medical treatment of deep vein thrombosis. *Acta Med Scand* 1985 ; 704 : 1-68.
15. **Partsch H.** Bed rest versus ambulation in the initial treatment of patients with proximal deep vein thrombosis. *Curr Opin Pulm Med* 2002 ; 8 : 389-93.
16. **Aldrich D, Hunt DP.** When can the patient with deep venous thrombosis begin to ambulate ? *Physical Therapy* 2004 ; 84 : 268-73.
17. **Montes J, Gonzalez L, Amador L, et al.** Home versus inpatient therapy for deep venous thrombosis. A cost-comparative analysis. *An Med Interne* 2005 ; 22 : 369-72.

→ *En pratique : Lever précoce possible, après la 24<sup>e</sup> heure, en l'absence de thrombus flottant.*