

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DE LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

La stratégie repose sur le tryptique

- calcul du score de probabilité clinique
- dosage des D-Dimères
- imagerie du thrombus

CALCUL DU SCORE DE PROBABILITE CLINIQUE

1) Analyser les signes cliniques

Evocateurs : douleur et œdème, surtout unilatéraux

Savoir reconnaître un érysipèle qui ne justifie pas à la phase aiguë la pratique d'un écho-doppler veineux

2) Définir les circonstances de survenue (1)

a. MTEV provoquée par un facteur transitoire

- **Facteurs déclenchants majeurs transitoires au cours des 3 mois précédents**
Chirurgie et anesthésie générale de plus de 30 minutes
immobilisation orthopédique (plâtre, attelle, fixateur externe...),
Fracture d'un membre inférieur
Alitement de plus de 3 jours pour une affection aiguë
Césarienne en urgence
- **Facteurs déclenchants mineurs transitoires au cours des 2 mois précédents**
Chirurgie et anesthésie générale < 30 minutes
Hospitalisation de moins de 3 jours pour une affection aiguë
Œstrogènes, grossesse, postpartum
Alitement de moins de 3 jours pour une affection aiguë
Traumatisme du membre inférieur avec immobilisation ≥ 3 jours

b. MTEV provoquée par un facteur persistant

Cancer actif

Pathologies inflammatoires chroniques (MICI, maladies auto-immunes, infections chroniques)

c. MTEV non provoquée

Pas de facteur transitoire ou facteur persistant

DOSAGE DES D-DIMÈRES ET IMAGERIE DU THROMBUS

En cas de TVP non probable, demander un dosage des D-Dimères

Produits de dégradation de la fibrine

Négatif si < 500 ng/ml

Utilisé pour sa valeur prédictive négative

VPN = 96-100%

Situations dans lesquelles, le dosage des D-Dimères n'est pas justifié et ne doit pas être prescrit

- grossesse
- cancer évolutif
- pathologie inflammatoire
- chirurgie récente
- sujet âgé

Si les D-Dimères sont positifs ou non justifiées, pas de conclusion diagnostique possible ; réalisation d'un échodoppler veineux complet des membres inférieurs dans les 24 heures pour le confirmer ou l'exclure ; si échodoppler veineux réalisable uniquement au-delà de 24h, institution d'un traitement anticoagulant à dose curative dans l'attente de l'examen.

Si les DDimères sont négatifs, exclusion du diagnostic de thrombose veineuse ; pas d'examen complémentaire

En cas de TVP probable

- Anticoagulation à dose curative
- Réalisation d'un échodoppler veineux complet des membres inférieurs dans les 24 heures pour confirmer ou exclure le diagnostic

A qui s'adresse cet algorithme ?

L'algorithme utilisant le score de Wells a été initialement validés chez les patients externes pour le diagnostic de thrombose veineuse proximale.

Sa validation reste discutée pour les patients hospitalisés.

Une seule publication récente a validé ce score chez les patients ambulatoires et hospitalisés, pour les thromboses veineuses distales et proximales (3).

Attention !

La technique du Fast Echo (échographie en 4 ou 6 points) dans la stratégie diagnostique et de prise en charge de la thrombose veineuse profonde est actuellement utilisée par de nombreux urgentistes.

Cette technique a une courbe d'apprentissage.

Elle ne permet pas de s'affranchir d'un échodoppler complet.

Enfin, elle n'est à ce jour pas validée car encore en cours d'évaluation.

Circonstances dans lesquelles il faut refaire un échodoppler veineux des membres inférieurs

Modification de la symptomatologie clinique (majoration de l'œdème, de la douleur)

Et systématiquement, à l'arrêt du traitement par anticoagulant.

Cas particulier 1: Echo-doppler incomplet

En cas d'écho-doppler incomplet, alors que la clinique évoque une thrombose veineuse dans un segment veineux non accessible, savoir discuter la réalisation d'une autre imagerie (angioscanner)

Exemple : douleur et œdème remontant jusqu'à la racine de la cuisse, compatible avec un thrombus iliaque, pas de thrombose veineuse sous-inguinale.

Pas d'accès au territoire iliaque suspect en échodoppler

Cas particulier 2: TVP en ante- ou post-partum

a. Utilisation d'un score clinique spécifique

Le score de LEFT (90% des TVP à gauche pendant la grossesse) (4)

L : Symptômes au niveau du membre inférieur gauche

E : Œdème unilatéral, différence de circonférence entre les deux mollets de 2 cm ou plus

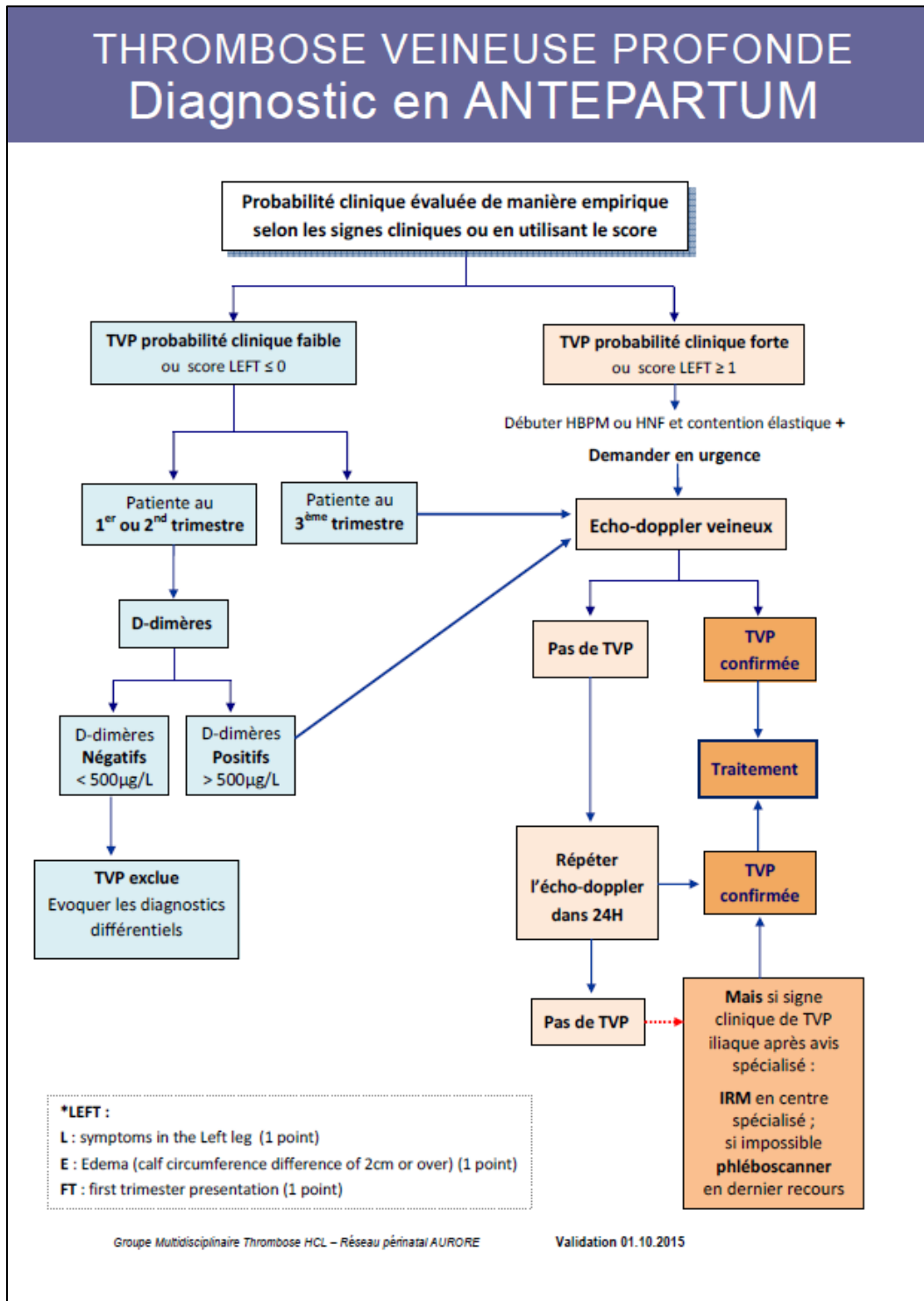
FT : (First trimester) Survenue de l'événement thrombo-embolique veineux pendant le premier trimestre de la grossesse

Si aucun critère : probabilité faible

Si au moins 1 critère : TVP probable

	N. (%)	Proportion of DVT N. (%)	P
LEFT score (points)			
0	46 (29.3)	0 (0.0)	< 0.001
1	83 (52.9)	4 (4.8)	
2	24 (15.3)	7 (29.2)	
3	4 (2.5)	2 (50.0)	
LEFT score			
0 (unlikely)	46 (29.3)	0 (0.0)	0.002
≥1 (likely)	111 (70.7)	13 (11.7)	

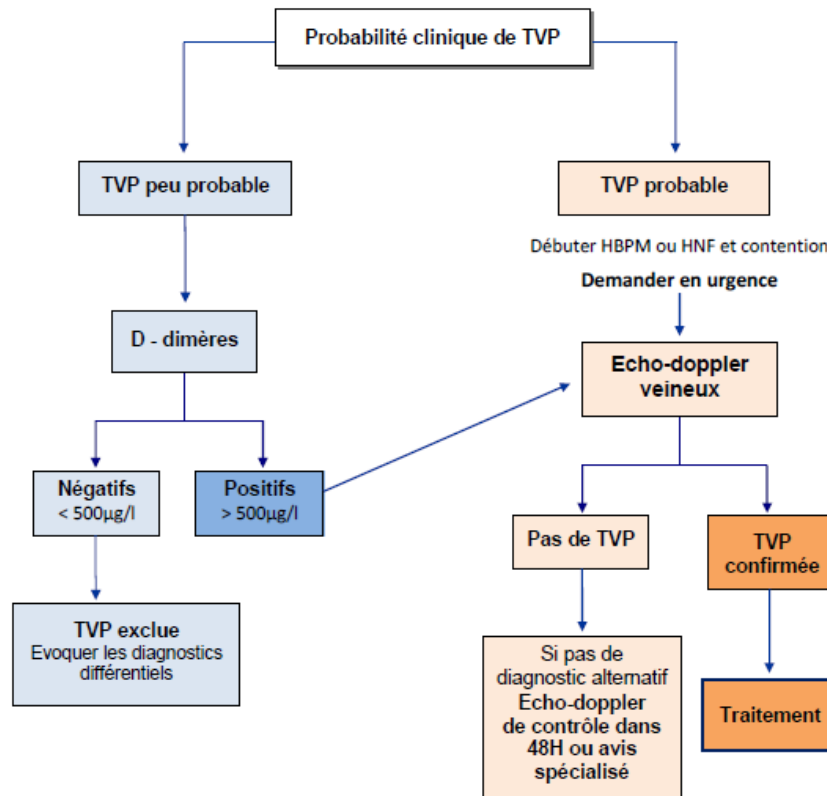
b. Algorithmes spécifiques en ante et post-partum



THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

Diagnostic en POST-PARTUM

Stratégie diagnostique



REFERENCES

1. Kearon C, Ageno W, Cannegieter SC, Cosmi B, Geersing GJ, Kyrle PA; Subcommittees on Control of Anticoagulation, and Predictive and Diagnostic Variables in Thrombotic Disease. Categorization of patients as having provoked or unprovoked venous thromboembolism: guidance from the SSC of ISTH. *J Thromb Haemost.* 2016 ;14:1480-3
2. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, Dreyer J, Kovacs G, Mitchell M, Lewandowski B, Kovacs MJ. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med.* 2003 25;349:1227-35
3. Ambid-Lacombe C, Cambou JP, Bataille V, Baudoin D, Vassal-Hebrard B, Boccalon H, Rivière AB. Excellent performances of Wells' score and of the modified Wells'score for the diagnosis of proximal or distal deep venous thrombosis in outpatients or inpatients at Toulouse University Hospital: TVP-PREDICT study. *J Mal Vasc.* 2009 ;34:211-7.
4. Righini M, Jobic C, Boehlen F, Broussaud J, Becker F, Jaffrelot M, Blondon M, Guias B, Le Gal G; EDVIGE study group. Predicting deep venous thrombosis inpregnancy: external validation of the LEFT clinical prediction rule. *Haematologica.* 2013 ;98:545-8