

Diagnostic et prise en charge de la thrombose veineuse profonde aiguë.

Document de consensus issu de la société européenne de cardiologie.

Synthèse du Comité recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après « Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European society of cardiology working groups of aorta and peripheral circulation and pulmonary circulation and right ventricular function »

Membres du comité : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, F.X Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y Laffont, G. Mahé, S. Zuily.
[Fiche rédigée 2017 06]

Réf. : « Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European society of cardiology working groups of aorta and peripheral circulation and pulmonary circulation and right ventricular function »

Lucia Mazzolai, Victor Aboyans, Walter Ageno, Giancarlo Agnelli, Adriano Alatri, Rupert Bauersachs, Marjolein P.A. Brekelmans, Harry R. Buller, Antoine Elias, Dominique Farge, Stavros Konstantinides, Gualtiero Palareti, Paolo Prandoni, Marc Righini, Adam Torbicki, Charalambos Vlachopoulos, and Marianne Brodmann. European Heart Journal (2017) 0, 1–13

Lien <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehx003/3002647>

Mots clés : TVP aiguë, diagnostic, prise en charge, consensus.

Consensus n° 1. Diagnostic Cf. tableau 2 et figure 1

- Score de prédiction clinique (score de Wells modifié à deux niveaux) recommandé pour stratifier les patients suspects de présenter une TVP des MI
- Mesure des D Dimères (technique ELISA) recommandée en cas de probabilité clinique insuffisante pour exclure la TVP
- ED veineux recommandé en première intention comme imagerie diagnostique de TVP
- TDM veineuse devrait être réservée à des patients sélectionnés uniquement
- ED veineux devrait être proposé dans le cas d'une EP confirmée, pour un examen veineux initial de référence, utile en cas de suspicion de récurrence de TVP ou d'une stratification supplémentaire chez certains patients
- ED veineux peut être pris en compte pour une stratification supplémentaire chez des patients sélectionnés suspects d'EP

Synthèse du Conseil de recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après un document de consensus de l'ESC
Membres du conseil : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, F.X. Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y. Laffont, G. Mahé, S. Zuily. Rédigée 2017 06

Consensus n°2. Gestion initiale (5 à 21 jours) et à long terme (3 à 6 mois) Cf. tableau 3 et figure 2

- Les patients présentant une TVP proximale devraient être anticoagulés pendant au moins 3 mois
- Les patients présentant une TVP distale isolée à haut risque de récurrence devraient être anticoagulés, comme pour la TVP proximale
- Pour les patients à faible risque de récurrence, un traitement plus court (4 à 6 semaines) peut être envisagé, même à des doses anticoagulantes plus basses, ou une surveillance ED
- En l'absence de contre-indication, les AOD devraient être préférés comme traitement anticoagulant de première intention chez des patients non cancéreux présentant une TVP proximale
- La thrombolyse sur cathéter associée peut être envisagée chez des patients sélectionnés présentant une TVP ilio-fémorale commune symptomatique depuis moins de 14 jours et une espérance de vie > 1 an si elle est effectuée dans un centre expérimenté
- La mise en place de stent ou l'ablation mécanique seule du thrombus dans une TVP aiguë ne sont pas recommandées
- Le filtre cave peut être considéré si l'anticoagulation est contre-indiquée, son utilisation en plus de l'anticoagulation n'est pas recommandée
- La thérapie par compression associée à une mobilisation précoce et à des exercices de marche doit être considérée pour calmer la douleur en aigu

Synthèse du Conseil de recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après un document de consensus de l'ESC
Membres du conseil : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, F.X. Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y. Laffont, G. Mahé, S. Zuily. Rédigée 2017 06

Consensus n° 3. Gestion prolongée (au-delà des 3 à 6 premiers mois) Cf. tableau 4

- La décision d'interrompre ou non l'anticoagulation doit être adaptée au cas par cas, évaluant le risque de récurrence thrombotique par rapport au risque hémorragique, en prenant en compte les préférences et l'observance des patients
- En l'absence de contre-indication, les AOD devraient être préférés comme l'anticoagulant de première intention chez les patients non cancéreux
- Lorsque les AVK sont proposés, ils devraient être administrés avec pour objectif thérapeutique un INR entre 2 et 3
- L'aspirine peut être envisagée pour un traitement prolongé, si l'anticoagulation est contre-indiquée
- La recanalisation endovasculaire peut être envisagée chez les patients porteurs d'une occlusion veineuse chronique – niveaux 4 à 6 de la classification CEAP
- Une évaluation régulière (au moins annuelle) de l'observance et de la balance bénéfice-risque devrait être effectuée pour les patients en traitement de longue durée
- Avant d'interrompre l'anticoagulation, un ED veineux doit être effectué pour disposer d'un examen de référence en cas de récurrence

Synthèse du Conseil de recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après un document de consensus de l'ESC

Membres du conseil : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, F.X. Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y. Laffont, G. Mahé, S. Zuily. Rédigée 2017 06

Consensus n° 4. Gestion de la TVP dans des situations particulières Cf. tableaux 6 et 7

- En cas de suspicion de TVP des membres supérieurs, l'ED veineux est l'examen de premier choix
- Le traitement anticoagulant de la TVP des membres supérieurs est similaire à celui de la TVP des membres inférieurs
- HBPM recommandée pour le traitement aigu de la TV cérébrale
- HBPM recommandée pour le traitement aigu de la TV splanchnique
- HBPM recommandée pour le traitement initial et à long terme des patients cancéreux
- Chez les patients cancéreux, après 6 mois d'anticoagulation, la décision de continuer ou pas et le choix du mode d'anticoagulation devraient être basés sur l'évaluation individuelle du rapport bénéfice-risque, de la tolérance, de la préférence des patients et de l'activité du cancer
- Pendant la grossesse, l'ED veineux est recommandé en première intention pour confirmer la TVP
- Pendant la grossesse, les HBPM sont recommandées pour le traitement initial et à long terme
- Le traitement anticoagulant devrait être continué pendant au moins 6 semaines après l'accouchement, pour une durée totale de traitement de 3 mois

Synthèse du Conseil de recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après un document de consensus de l'ESC

Membres du conseil : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, F.X. Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y. Laffont, G. Mahé, S. Zuily. Rédigée 2017 06

Tableau 1. SCORE DE VILLALTA Symptômes et signes cliniques

Symptômes	Aucun	Faible	Modéré	Sévère
Douleur	0	1	2	3
Crampes	0	1	2	3
Lourdeurs	0	1	2	3
Paresthésies	0	1	2	3
Prurit	0	1	2	3
Signes Cliniques	0	1	2	3
Œdème pré tibial	0	1	2	3
Induration cutanée	0	1	2	3
Hyperpigmentation	0	1	2	3
Rougeur	0	1	2	3
Ectasie veineuse	0	1	2	3
Douleur à la compression du mollet	0	1	2	3
Ulcère veineux	Absent	Présent		
Les points sont additionnés en un score total (échelonné de 0 à 33). Le syndrome post-thrombotique (SPT) est défini par un score total ≥ 5 ou la présence d'un ulcère veineux.				
RESULTATS	SEVERITE DU SYNDROME POST THROMBOTIQUE		SCORE DE VILLALTA	
	absent		≤ 5	
	moyen		5 – 9	
	modéré		10 - 14	
	sévere		≥ 15 ou ulcère présent	

Tableau 2. Score de WELLS

CRITERES CLINIQUES		POINTS
Cancer actif (traitement en cours ou au cours des 6 mois précédents ou palliatif)		+ 1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée récente des membres inférieurs		+ 1
Récent alitement pendant 3 jours ou plus, ou chirurgie majeure au cours des 12 semaines précédentes sous anesthésie générale ou régionale		+ 1
Sensibilité localisée le long du système veineux profond		+ 1
Œdème des jambes		+ 1
Œdème du mollet d'au moins plus de 3 cm par rapport au mollet asymptomatique (mesurée 10 cm au-dessous de la tubérosité tibiale)		+ 1
Éruption cutanée localisée à la jambe symptomatique		+ 1
Veines superficielles collatérales (non variqueuses)		+ 1
Antécédent documenté de TVP		+ 1
Autre diagnostic au moins aussi probable que la TVP		- 2
SCORE DE WELLS A 3 NIVEAUX : RISQUE		SCORE DE WELLS MODIFIE SCORE A 2 NIVEAUX : RISQUE.
Faible < 1		Peu probable ≤ 1
Intermédiaire 1-2		Probable ≥ 2
Elevé > 2		

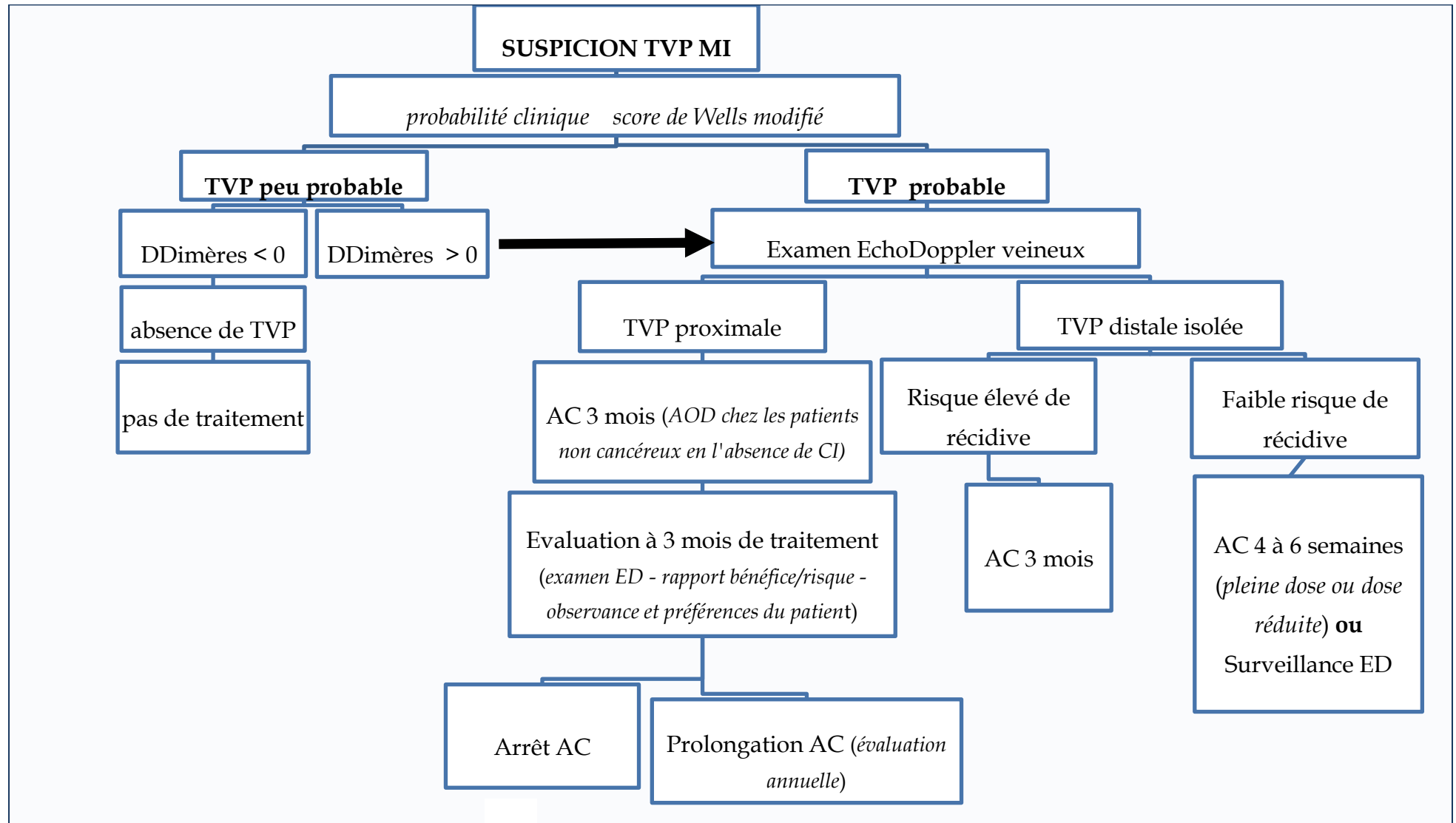


FIGURE 1 ALGORYTHME DECISIONNEL. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TVP (AC ANTICOAGULATION AOD ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS)

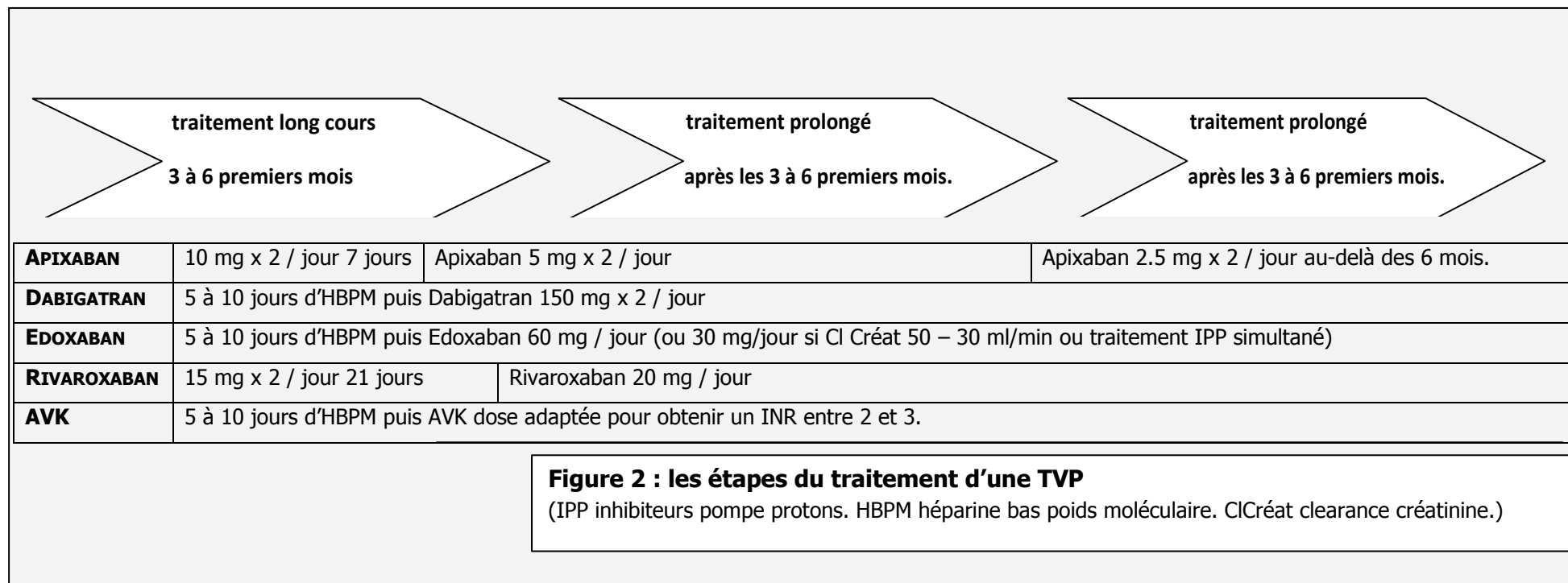


Tableau 3. Conditions ou facteurs de risque de complications après un premier épisode de TVP distale isolée

HAUT RISQUE	FAIBLE RISQUE
Antécédent(s) MTEV	TVP distale isolée secondaire à une chirurgie ou à un facteur de risque transitoire (plâtre, immobilisation, traumatisme, long voyage, etc.). Mobilisation complètement reprise
Sexe masculin	TVP distale isolée sous contraception ou traitement hormonal de substitution (si le traitement a été interrompu)
Âge > 50 ans	
Cancer	
TVP distale isolée idiopathique	
TVP distale isolée secondaire avec mobilité entravée (gênée) de manière persistante (prolongée)	
TVP distale isolée impliquant le carrefour poplité	
TVP distale isolée impliquant plus d'une veine du mollet	
TVP distale isolée bilatérale	
Présence de maladies favorisantes (maladies inflammatoires digestives)	
Anomalies thrombophiliques connues	
TVP distale isolée axiale vs musculaire	

Tableau 4. Risque de récurrence après un premier épisode de TV idiopathique

FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

Localisation proximale de la TVP	Sexe masculin	Persistance d'un thrombus veineux résiduel à l'échographie
Obésité	Groupe sanguin O-	Taux élevés des D-dimères
Age	Apparition précoce d'un SPT	Rôle controversé de la thrombophilie héréditaire

SCORE CLINIQUE PREDICTIF EVALUANT LE RISQUE DE RECIDIVE DE TV APRES UN PREMIER EPISODE IDIOPATHIQUE

Score	Score de Vienne	DASH score	HERDOO-2
<u>Paramètres</u>	⇒ Doser les D-dimères à 3 semaines et à 3, 9, 15 et 24 mois après arrêt de l'anticoagulation	⇒ Taux anormal de D-dimères 3 à 5 semaines après arrêt de l'anticoagulation	⇒ Taux anormal des D-dimères avant arrêt de l'anticoagulation
	⇒ Sexe masculin	⇒ Sexe masculin	⇒ Symptômes post-thrombotiques (Hyperpigmentation, œdème et rougeur)
	⇒ Localisation du thrombus veineux (TVD distale, TVP proximale, EP)	⇒ Âge < 50 ans	⇒ Âge ≥ 65 ans
		⇒ Absence de traitement œstroprogestatif chez les femmes	⇒ IMC ≥ 30
Étude de validation	Oui	Oui	Oui
Commentaires	Des nomogrammes différents sont disponibles pour calculer le risque de récurrence de TV à un moment différent	Les patients ayant un score faible (≤ 1) ont un taux de récurrence annuel de 3,1%	Score applicable uniquement aux femmes. Les femmes à score faible (≤ 1) ont un taux de récurrence annuel de 1,3%

Tableau 6. Scores cliniques décisionnels de Constans et Khorana		Score de risque
SCORE DE CONSTANS : ITEMS (CRITERES)		
	Cathéter veineux central ou stimulateur cardiaque	1
	Douleur localisée	1
	Œdème unilatéral	1
	Autre diagnostic au moins aussi plausible	-1
SCORE DE KHORANA : CARACTERISTIQUES DU PATIENT		
•	Localisation du cancer	
•	⇒ Risque très élevé (estomac, pancréas)	2
	⇒ Risque élevé (poumon, lymphome, gynécologie, vessie, testicule)	1
•	Numération plaquettaire avant la chimiothérapie $350 \times 10^9 / L$ ou plus	1
•	Niveau d'hémoglobine $<10 \text{ g} / dL$ ou utilisation de facteurs de croissance des globules rouges	1
•	Nombre de leucocytes avant chimiothérapie $> 11 \times 10^9 / L$	1
•	IMC $\geq 35 \text{ kg} / m^2$	1
Score de Constans:		Score de Khorana:
— Score ≤ 1 = TVP extrémité supérieure improbable		— Score ≥ 3 = risque élevé
— Score ≥ 2 = TVP extrémité supérieure probable		— Score 1-2 = risque intermédiaire
		— Score 0 = faible

Tableau 7. Facteurs de risque de MTEV pendant la grossesse	
Antécédent(s) MTEV	Accouchement prématuré
Tabagisme	Pré-éclampsie
Varices	Césarienne (surtout en urgence)
Vomissements sévères	Infection ou hémorragie du postpartum
Thrombophilie sévère	Transfusion
Procréation médicalement assistée	Immobilisation
IMC $> 30 \text{ kg} / m^2$	Lupus érythémateux systémique