

Résumé des recommandations CHEST 2016

Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline

Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, Huisman M, King CS, Morris T, Sood N, Stevens SM, Vintch JRE, Wells P, Woller SC, Moores CL, Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline, *CHEST* (2016), doi: 10.1016/j.chest.2015.11.026.

Traitement prolongé = pas de date d'arrêt planifiée

1. Chez les patients ayant une **TVP des MI ou une EP sans cancer**, nous suggérons (3 premiers mois) dabigatran, rivaroxaban, apixaban ou edoxaban plutôt que les antivitamines K (grade 2B).
2. Chez les patients ayant une **TVP des MI ou une EP sans cancer** non traités par un AOD, nous suggérons les AVK plutôt que les HBM (grade 2C).
3. Chez les patients ayant une **TVP des MI ou une EP avec cancer**, nous suggérons (3 premiers mois) les HBPM plutôt que les AVK, le dabigatran, le rivaroxaban, l'apixaban ou l'edoxaban (tous grade 2C).
4. Chez les patients ayant une TVP des MI ou une EP qui sont sous anticoagulants, nous suggérons qu'il n'est pas nécessaire de changer de traitement après les 3 premiers mois (grade 2C).
5. Chez les patients ayant une **TVP proximale des MI ou une EP provoquée par une chirurgie**, nous recommandons un traitement anticoagulant d'une durée de 3 mois plutôt qu'un traitement plus court (grade 1B) ou qu'un traitement limité plus long (6, 12 ou 24 mois) (grade 1B) ou qu'un traitement prolongé (grade 1B).
6. Chez les patients ayant une **TVP proximale des MI ou une EP provoquée par un facteur de risque transitoire non chirurgical**, nous recommandons un traitement anticoagulant d'une durée de 3 mois plutôt qu'un traitement plus court (grade 1B) ou qu'un traitement limité plus long (6, 12 ou 24 mois) (grade 1B). Nous suggérons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement prolongé en cas de risque hémorragique faible ou modéré (grade 2B), et nous recommandons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement prolongé en cas de risque hémorragique élevé (grade 1B).

En cas de traitement prolongé, l'indication doit en être réévaluée périodiquement (annuellement).

7. Chez les patients ayant une **TVP distale isolée des MI provoquée par une chirurgie ou par un facteur de risque transitoire non chirurgical**, nous suggérons un traitement anticoagulant d'une durée de 3 mois plutôt qu'un traitement plus court (grade 2C), nous recommandons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement limité plus long (6, 12 ou 24 mois) (grade 1B), et nous recommandons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement prolongé (grade 1B).

Dans le cas où un traitement anticoagulant est retenu pour cette TVP distale isolée.

8. Chez les patients ayant une **TVP non provoquée des MI (distale isolée ou proximale) ou une EP**, nous recommandons un traitement anticoagulant d'une durée de 3 mois plutôt qu'un traitement plus court (grade 1B) et nous recommandons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement limité plus long (6, 12 ou 24 mois) (grade 1B).

9. Chez les patients avec un **1er épisode de MTEV non provoqué** (TVP proximale des MI ou EP) et qui ont un risque hémorragique faible ou modéré, nous suggérons un traitement prolongé plutôt qu'un traitement de 3 mois (grade 2B); qui ont un risque hémorragique élevé, nous recommandons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement prolongé (grade 1B).

Un dosage des D-Dimères réalisé un mois après l'arrêt du traitement anticoagulant peut influencer la décision de poursuivre ou d'arrêter le traitement.

10. Chez les patients avec un **2ème épisode de MTEV non provoqué** (TVP proximale des MI ou EP) et qui ont un risque hémorragique faible, nous recommandons un traitement prolongé plutôt qu'un traitement de 3 mois (grade 1B); qui ont un risque hémorragique modéré, nous suggérons traitement prolongé plutôt qu'un traitement de 3 mois (grade 2B); qui ont un risque hémorragique élevé, nous suggérons un traitement de 3 mois plutôt qu'un traitement prolongé (grade 2B).

Score de KEARON

Age > 65 ans
Age > 75 ans
Antécédent d'hémorragie
Cancer
Cancer métastatique
Insuffisance rénale
Insuffisance hépatique
Thrombocytopénie
Antécédent d'AVC
Diabète
Anémie
Antiagrégants plaquettaires
Contrôle anticoagulation de mauvaise qualité
Comorbidités, incapacité fonctionnelle
Chirurgie récente
Chutes fréquentes
Alcool

Risque hémorragique absolu estimé (%)

	Faible (0 FDR)	Modéré (1 FDR)	Elevé (≥ 2 FRD)
Anticoagulation 0 à 3 mois			
Risque de base	0.6	1.2	4.8
Risque majoré	1.0	2.0	8
Risque total	1.6	3.2	12.8
Anticoagulation > 3 mois			
Risque de base	0.3	0.6	≥ 2.5
Risque majoré	0.5	1.0	≥ 4.0
Risque total	0.8	1.6	≥ 6.5

11. Chez les patients ayant une **TVP des MI ou une EP avec cancer**, et qui n'ont pas un risque hémorragique élevé, nous recommandons un traitement prolongé plutôt qu'un traitement de 3 mois (grade 1B),
qui ont un risque hémorragique élevé, nous suggérons un traitement prolongé plutôt qu'un traitement de 3 mois (grade 2B).

12. Chez les patients ayant une **TVP non provoquée des MI ou une EP** qui ont arrêté le traitement anticoagulant et n'ont pas de contre-indication à l'aspirine, nous suggérons l'aspirine plutôt que l'absence d'aspirine pour prévenir la récurrence de MTEV (grade 2C).

13. Chez les patients avec une **TVP distale isolée** sans symptômes sévères ou facteurs de risque d'extension, nous suggérons une surveillance écho-Doppler pendant 2 semaines plutôt qu'un traitement anticoagulant (grade 2C), avec symptômes sévères ou facteurs de risque d'extension, nous suggérons un traitement anticoagulant plutôt qu'une surveillance écho-Doppler (grade 2C).

Les patients à risque hémorragique élevé sont les plus susceptibles de bénéficier d'une surveillance écho-Doppler.

La décision peut être également fonction de la préférence des patients.

Facteurs de risque d'extension
D-Dimères positifs (particulièrement si élevés sans autre explication)
Thrombose extensive (> 5 cm de longueur, plusieurs veines atteintes, > 7 mm de diamètre)
Thrombose proche des veines proximales
Absence de facteur déclenchant transitoire
Cancer actif
Antécédent de MTEV
Patient hospitalisé

Thrombose musculaire (soléaire, gastrocnémienne): faible risque d'extension.

Surveillance écho-Doppler: pas de protocole validé (surveillance à 1 et/ou 2 semaines)

14. Chez les patients avec une **TVP distale isolée** traités par anticoagulants, le traitement est le même que celui d'une TVP proximale (grade 1B).

15. Chez les patients avec une **TVP distale isolée** qui bénéficient d'une surveillance écho-Doppler, nous ne recommandons pas de traitement anticoagulant si le thrombus ne s'étend pas (grade 1B), nous suggérons un traitement anticoagulant si le thrombus s'étend mais reste infra-poplité (grade 2C), et nous recommandons un traitement anticoagulant si le thrombus s'étend en proximalité (grade 1B).

16. **Chez les patients avec une TVP aigüe des MI**, nous suggérons un traitement anticoagulant seul plutôt qu'une thrombolyse dirigée par cathéter (grade 2C).

La décision peut être également fonction de la préférence des patients.

17. **Chez les patients avec une TVP aigüe des MI ou EP traités par anticoagulants**, nous recommandons de ne pas poser de filtre cave (grade 1B).

18. **Chez les patients avec une TVP aigüe des MI**, nous suggérons de ne pas utiliser de façon habituelle de compression élastique pour prévenir un syndrome post-thrombotique (grade 2B).

Recommandation ciblée sur la prévention du SPT et non pas sur le traitement des symptômes.

19. **Chez les patients avec une EP sous-segmentaire (sans extension plus proximale) et sans TVP proximale des MI***,

avec un faible risque de récurrence thrombo-embolique, nous suggérons une surveillance clinique plutôt qu'un traitement anticoagulant (grade 2C),

avec un risque élevé de récurrence thrombo-embolique, nous suggérons un traitement anticoagulant plutôt qu'une surveillance clinique (grade 2C).

**Absence de TVP proximale vérifiée par écho-Doppler*

La surveillance clinique peut être complétée d'une surveillance écho-Doppler des veines proximales des MI.

Facteurs de risque de récurrence:

- *Patients hospitalisés ou à mobilité réduite*
- *Cancer actif*
- *Absence de facteur de risque réversible (chirurgie récente)*

20. **Chez les patients avec une EP à faible risque de mortalité** et pour lesquels l'environnement à domicile est favorable, nous suggérons un traitement à domicile ou après une courte hospitalisation plutôt qu'une prise en charge standard (sortie après 5 jours de traitement) (grade 2B).

Score PESI < 85 ou PESIs = 0

21. **Chez les patients avec EP aigüe associée à une hypotension** (PAS < 90 mmHg) qui n'ont pas de risque hémorragique élevé, nous suggérons une thrombolyse systémique plutôt que l'absence de traitement (grade 2B)

22. **Chez la plupart des patients avec EP aigüe sans hypotension**, nous recommandons de ne pas réaliser de thrombolyse systémique (grade 1B).

23. **Chez des patients sélectionnés avec EP aigüe** qui présentent une altération cardio-pulmonaire sous traitement anticoagulant mais qui n'ont pas d'hypotension et qui ont un faible risque hémorragique, nous suggérons une thrombolyse systémique plutôt que l'absence de traitement (grade 2C).

24. **Chez les patients avec EP aigüe** traitée par un agent thrombolytique, nous suggérons une thrombolyse systémique plutôt qu'une thrombolyse dirigée par cathéter (grade 2C).

25. **Chez les patients avec EP aigüe associée à une hypotension** et qui ont un risque hémorragique élevé, dont la thrombolyse systémique a échoué, qui présentent un état de choc avec probabilité de décès avant que la thrombolyse ne soit efficace, et si les ressources nécessaires sont disponibles, nous suggérons une thrombectomie percutanée mécanique plutôt que l'absence d'intervention (grade 2C).

26. **Chez des patients sélectionnés avec Hypertension Pulmonaire Thromboembolique Chronique (HPTC)** diagnostiqués par une équipe experte dans le domaine de la thromboendartériectomie pulmonaire, nous suggérons une thromboendartériectomie pulmonaire plutôt que l'absence de geste (grade 2C).

27. **Chez les patients avec TVP aigüe des MS** qui atteignent la veine axillaire ou les veines plus proximales, nous suggérons un traitement anticoagulant seul plutôt qu'une thrombolyse (grade 2C).

28. **Chez les patients avec TVP des MS** qui bénéficient d'une thrombolyse, nous recommandons la même intensité et durée de traitement anticoagulant que chez les patients qui ne sont pas thrombolysés (grade 1B).

29. **Chez les patients qui présentent une récurrence de MTEV** sous traitement par AVK (INR dans la zone thérapeutique) ou sous dabigatran, rivaroxaban, apixaban ou edoxaban (patients supposés être compliants), nous suggérons de switcher vers les HBPM au moins temporairement* (grade 2C).

**Habituellement, pour au moins 1 mois*

30. **Chez les patients qui présentent une récurrence de MTEV** sous traitement HBPM au long cours (patients supposés être compliants), nous suggérons d'augmenter les doses d'HBPM d'un quart à un tiers (grade 2C).

La récurrence de MTEV sous traitement anticoagulant est inhabituelle et doit conduire à vérifier le diagnostic de récurrence, évaluer la compliance au traitement anticoagulant, envisager un cancer.