

Questions non résolues sur la maladie thrombo-embolique veineuse. Consensus de la Société française de médecine vasculaire (SFMV).

I. Quéré, A. Elias, M. Maufus, M. Elias, M.-A Sevestre, J.-P. Galanaud, J.-L. Bosson, A. Bura-Rivière, C. Jurus, P. Lacroix, S. Zuily, A. Diard, D. Wahl, L. Bertoletti, D. Brisot, P. Frappe, J.-L. Gillet, P. Ouvry, G. Pernod.

Quéré I, et al. Questions non résolues sur la maladie thrombo-embolique veineuse. Consensus de la Société française de médecine vasculaire (SFMV). JMV—Journal de Médecine Vasculaire (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jdmv.2018.12.178>

Membres du comité : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, FX Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J Laffont (joy.laffont@wanadoo.fr), G. Mahé, S. Zuily.

DIAGNOSTIC DE RECIDIVE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP) DES MEMBRES INFERIEURS	
Estimation de la probabilité clinique de récurrence.	En pratique, la RPC de Wells peut être utile pour les services d'urgence à des médecins peu habitués à la gestion du diagnostic de la TVP.
	Nous suggérons de définir la probabilité clinique de récurrence comme étant forte en cas
	- d'épisode antérieur provoqué avec facteur de risque permanent ;
	- d'épisode antérieur non provoqué ;
	- de TVP antérieure proximale ;
	- de TVP antérieure bilatérale ;
	- de durée du traitement initial < 3 mois ;
	- de mauvaise qualité du traitement lors de l'épisode initial ;
	- de délai entre l'épisode antérieur et la suspicion de récurrence < 1 mois ;
	- de délai entre épisode antérieur et la suspicion de récurrence < 3 mois ;
	- de signes cliniques récents (au moment de la suspicion) ;
- d'augmentation unilatérale du volume du membre inférieur ;	

	- de paralysie ou parésie des membres inférieurs ;
	- d'immobilisation récente (3 jours au moins)
	- de chirurgie majeure récente (moins de 4 semaines) ;
	- de cancer actif (traitement carcinologique en cours, délai entre la fin du traitement pour le cancer et le début des signes cliniques < 6 mois, soins palliatifs) ;
	- d'absence d'autre diagnostic aussi probable ou plus probable que le diagnostic de récurrence.
	Nous suggérons que :
	— le jugement clinique du praticien est utile pour le diagnostic de récurrence ;
	— le jugement clinique du praticien est au moins aussi bon que la règle de prédiction clinique de Wells pour le diagnostic de récurrence.

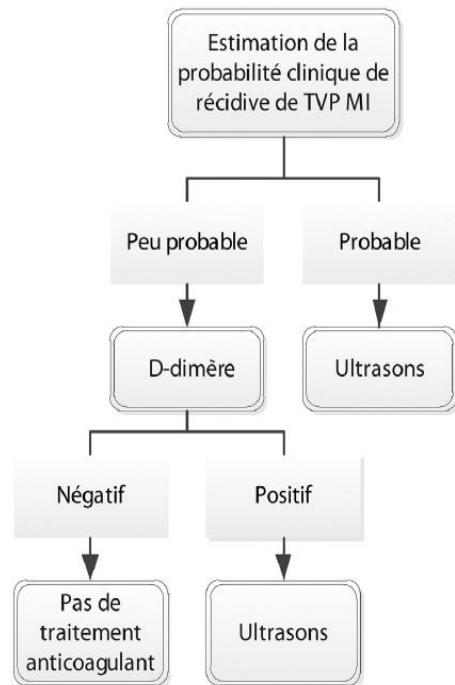


Figure 1 Approche diagnostique idéale.

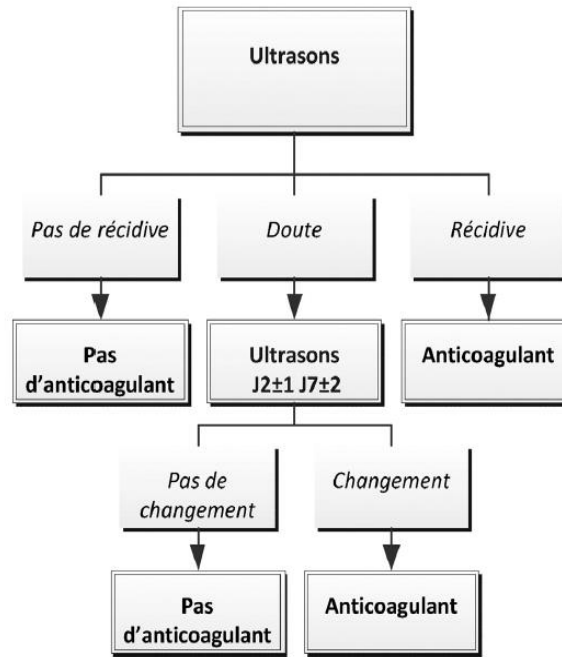


Figure 2 Approche diagnostique pratique basée sur les ultrasons.

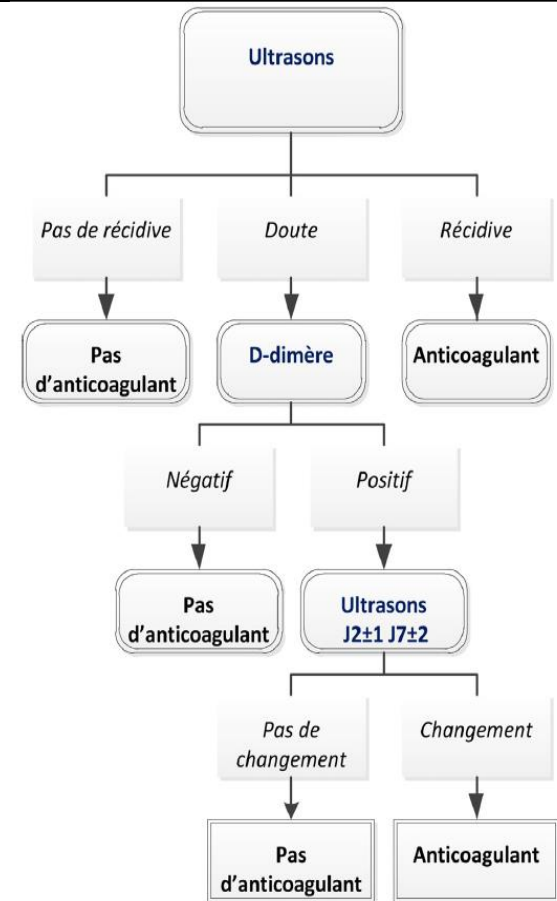


Figure 3 Approche diagnostique pratique basée sur les ultrasons et les D-dimères et la répétition de l'exploration par ultrasons.

D-dimères

Nous suggérons

- de ne pas utiliser les D-dimères seuls pour le diagnostic d'exclusion de la récurrence de TVP des membres inférieurs ;

	<ul style="list-style-type: none"> — de les associer à l'estimation de la probabilité clinique selon la règle de prédiction de Wells ou au jugement clinique du praticien, et que cela soit réalisé avant une échographie diagnostique ;
	<ul style="list-style-type: none"> — si l'échographie est réalisée en première intention et qu'elle n'est pas concluante ou s'il existe une discordance entre la clinique et l'échographie, nous suggérons que les D-dimères soient réalisés après l'échographie.
Ultrasons.	Si un examen écho-Doppler de référence, réalisé à l'arrêt des anticoagulants est disponible, nous recommandons de le comparer à celui réalisé au moment de la suspicion de récurrence
	Pour confirmer le diagnostic de récurrence, nous suggérons
	<ul style="list-style-type: none"> — de se baser sur le critère de non-compressibilité d'un nouveau segment veineux, — et de fixer le seuil d'augmentation du diamètre de la veine fémorale commune ou de la veine poplitée après compression entre 2 explorations par échographie à plus de 4 mm car le seuil de 4 mm d'augmentation du diamètre est plus pertinent que le seuil de 2 mm
	Pour exclure le diagnostic de récurrence, nous suggérons de fixer une augmentation du diamètre entre 2 explorations inférieure à 2 mm.
	Nous suggérons de définir comme douteux une augmentation de diamètre entre 2 explorations ≥ 2 mm et ≤ 4 mm.
	Nous suggérons aussi que
	<ul style="list-style-type: none"> - le critère d'augmentation de diamètre entre deux explorations est à privilégier lorsqu'il est disponible car il est davantage validé ; à défaut, l'analyse morphologique et hémodynamique en échographie-Doppler couleur (état de l'obstruction veineuse et du diamètre, aspect du thrombus, présence ou absence de flux et sa direction) peut être utilisée ; - quel que soit le critère échographique utilisé, si l'exploration par échographie est négative ou au contraire positive, elle ne sera pas répétée;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- si l'exploration par échographie n'est pas concluante (doute diagnostique) et que les D-dimères, s'ils sont réalisés, sont augmentés et ainsi le diagnostic de récurrence de TVP est incertain, de répéter l'échographie à J2 ± 1 et/ou à J7 ± 2 pour vérifier s'il n'existe pas de signes d'aggravation de l'obstruction ou des signes d'extension de la thrombose à un autre segment veineux, sans mettre en place de traitement anticoagulant dans cet intervalle. |
|--|---|

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TVP DISTALES

Place des AC dans la prise en charge des TVP distales.

TVP distale non provoquée	En cas de 1 ^{er} épisode de TVP distale non provoquée
	— nous suggérons de traiter par anticoagulation curative pour une durée de 3 mois ;
	— en cas de risque hémorragique élevé, nous recommandons une surveillance écho-Doppler simple ;
	— en cas de risque hémorragique modéré, nous recommandons soit une surveillance échographique soit un traitement anticoagulant raccourci pour une durée de 6 semaines ;
	— nous recommandons de ne pas proposer de traitement anticoagulant prolongé (au-delà de 3 mois).
TVP distale récidivante	— En cas de récurrence de TVP distale non provoquée nous suggérons de traiter par anticoagulant à dose curative pour une durée de 3 mois.
	— En cas de 1 ^{re} récurrence de TVP distale non provoquée (i.e. 2 ^e épisode distal), nous suggérons de ne pas proposer de traitement anticoagulant à dose curative prolongé.
	— À partir du 3 ^{ème} épisode de TVP distale non provoquée, le bénéfice d'un traitement anticoagulant prolongé peut être supérieur au risque et doit être discuté avec le patient en fonction du risque hémorragique et de ses choix de vie.
TVP distale et cancer.	— En cas de TVP distale dans un contexte de cancer, nous recommandons un traitement anticoagulant curatif pour au moins 3 mois en l'absence de risque hémorragique avéré.
	— En cas de cancer actif, en l'absence de facteur déclenchant transitoire retrouvé (chirurgie, chimiothérapie) et si le risque hémorragique le permet, nous suggérons un traitement anticoagulant curatif prolongé.

TVP distale et chirurgie.	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale symptomatique post chirurgicale, en cas de reprise précoce de la marche, si un traitement anticoagulant à dose curative est prescrit, nous recommandons de ne pas traiter plus de 6 semaines
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale symptomatique post chirurgicale, en l'absence de reprise précoce de la marche, si un traitement anticoagulant à dose curative est prescrit, nous suggérons un traitement anticoagulant pour une durée de 3 mois. <i>L'intérêt du traitement anticoagulant à dose curative est d'autant plus important qu'il existe des facteurs de risque d'extension : plusieurs veines thrombosées, thrombus proche du réseau proximal, facteur de risque persistant (immobilisation prolongée, cancer), facteur de risque surajouté (maladie inflammatoire, sepsis...).</i>
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale asymptomatique post chirurgicale, en l'absence de facteur de risque d'extension, nous suggérons de ne pas traiter avec un traitement anticoagulant à dose curative.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale asymptomatique post chirurgicale, en l'absence de traitement par anticoagulant à dose curative de cette thrombose, nous suggérons une surveillance échographique.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale symptomatique post chirurgicale, nous suggérons de ne pas traiter par anticoagulation curative en cas de risque hémorragique significatif et nous recommandons de ne pas traiter par anticoagulants à dose curative en cas d'hémorragie active. Une surveillance échographique est alors recommandée.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale symptomatique post chirurgicale, chez un sujet à risque hémorragique (hors hémorragie active), lorsqu'il est décidé ne pas traiter par anticoagulation à dose curative, nous suggérons un traitement anticoagulant à dose prophylactique, notamment en cas de facteur de risque d'extension (limitation de la mobilité. . .).

<p>TVP distale sous hormonothérapie oestroprogestative</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale post-traitement hormonal par oestroprogestatif, nous suggérons un traitement anticoagulant à dose curative pour une durée comprise entre 6 semaines et 3 mois.
<p>TVP distale et autre facteur transitoire favorisant</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale secondaire à un voyage(> 4 heures), nous suggérons un traitement anticoagulant à dose curative pour une durée comprise entre 6 semaines et 3 mois. — À l'arrêt du traitement anticoagulant et en cas de nouveau voyage, nous recommandons des mesures de thromboprophylaxie associant port d'une compression élastique, lutte contre la déshydratation et contre la station assise prolongée (i.e. se lever en avion/arrêts si voyage en voiture). — Après un 1er épisode de TVP distale, en cas de voyage prolongé (> 4 heures), nous suggérons un traitement anticoagulant à dose prophylactique encadrant le trajet.
<p>TVP distale asymptomatique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de découverte fortuite d'une TVP distale asymptomatique, nous suggérons de ne pas la traiter par anticoagulation curative. — En cas de découverte fortuite d'une TVP distale asymptomatique, en l'absence de traitement par anticoagulant curative nous suggérons une surveillance échographique. — Un traitement anticoagulant pourra être proposé en cas de facteur de risque d'extension (alitement prolongé, cancer. . .) et il pourra être éventuellement prescrit à dose prophylactique (cf. chapitre questions non résolues). — Le rapport bénéfice/risque du traitement anticoagulant à dose prophylactique est inconnu en cas de TVP distale.

	<p>Nous suggérons de proposer un traitement anticoagulant à dose prophylactique en cas de TVP distale asymptomatique avec facteurs de risque d'extension (immobilisation chronique, cancer), notamment lorsque l'on ne souhaite pas traiter par anticoagulation à dose curative.</p>	
	<p>— Le groupe d'experts tient à préciser qu'il recommande de ne pas réaliser de dépistage systématique des TVP distales asymptomatiques.</p>	
<p>PEC TVP distales selon la localisation anatomique.</p>		
	TVP musculaires et jambières unisegmentaires	— Nous suggérons de ne pas adapter la durée du traitement anticoagulation en fonction du caractère jambier ou musculaire de la TVP distale.
	TVP distales multisegmentaires ou TVP bilatérales	— En cas de TVP distale multisegmentaire ou bilatérale, nous suggérons de traiter par anticoagulation à dose curative pour une durée de trois mois.
	TVP du tronc tibiofibulaire	— En cas de TVP du tronc tibiofibulaire nous suggérons un traitement anticoagulant à dose curative pour une durée de trois mois au moins, par analogie à la TVP proximale.
<p>PEC des TVP distales selon la taille du thrombus (diamètre sous compression)</p>		— Le diamètre sous compression ne prédit ni les récurrences thromboemboliques, ni les complications hémorragiques
		— Nous suggérons de ne pas utiliser le diamètre sous compression pour guider la décision thérapeutique en cas de TVP distale de plus de 5 mm de diamètre sous compression.
<p>PEC des TVP distales & Situations à risque particulier.</p>		
	<p>— Nous suggérons un traitement par HBPM curative en cas de TVP distale gravidique</p>	

TVP distale et grossesse.	— Nous recommandons une durée de traitement anticoagulant à dose curative pour une durée de 3 mois au moins.
	— Nous suggérons que le traitement anticoagulant à dose curative soit continué pendant toute la grossesse et jusqu'à 6 semaines en post-partum.
	— S'il est décidé de ne pas traiter par anticoagulants à dose curative pendant toute la grossesse, nous suggérons d'instaurer un traitement anticoagulant à dose prophylactique pendant le reste de la grossesse et nous recommandons un traitement à dose prophylactique en post-partum.
	— Au vu de la modalité d'administration sous-cutanée prolongée, nous suggérons de privilégier un traitement en une injection quotidienne
	— Il n'y a pas de consensus formel sur l'adaptation posologique des HBPM au cours de la grossesse. Les options thérapeutiques possibles incluent notamment d'adapter la posologie d'HBPM au poids de la patiente et/ou de mesurer l'activité antiXa en cas de suspicion de surdosage
	— Nous suggérons de ne pas réaliser de surveillance plaquettaire régulière chez les patientes traitées par HBPM pour une TVP distale pendant la grossesse.
	— Si elle est bien tolérée, nous suggérons en cas de TVP distale gravidique, le port d'une compression élastique à visée symptomatique (douleur, œdème).
	— Au vu du faible risque d'extension thrombotique des TVP distales et des risques véhiculés par sa pose (migration, fracture, perforation), nous recommandons de ne pas poser de filtre cave en cas de TVP distale gravidique.
	— En l'absence de confirmation du SAPL à trois mois, nous recommandons l'arrêt du traitement anticoagulant (en l'absence de tout autre facteur susceptible de le prolonger) .

Thrombophilies (déficits, syndrome des antiphospholipides [SAPL], mutations)	— En cas de TVP distale et de SAPL confirmé, nous recommandons une prise en charge globale au sein d'un centre référent.
	— En cas de TVP distale et de SAPL confirmé, nous recommandons une durée de traitement anticoagulant à dose curative d'au moins 3 mois.
	— En cas de TVP distale et de SAPL confirmé, nous suggérons, en cas de positivité des 3 tests antiphospholipides de manière persistante, de présence d'un antécédent de thrombose artérielle, et/ou TVP distale récidivante, un traitement anticoagulant à dose curative prolongé.
	— En cas de TVP distale et de SAPL confirmé, nous suggérons l'usage des AVK avec un objectif INR entre 2 et 3 de préférence à toute autre molécule orale.
	— En cas de thrombose distale non provoquée, et en l'absence de contexte familial de MTEV, la recherche d'une thrombophilie constitutionnelle n'est pas recommandée.
Risque hémorragique.	— En cas de TVP distale et de risque hémorragique élevé, nous recommandons une surveillance échographique à une semaine (J5—J7) plutôt qu'un traitement anticoagulant
	— Nous recommandons de ne pas poser de filtre cave dans ce contexte, sauf en cas d'extension proximale.
	— En cas de risque hémorragique modéré, la décision de traiter par anticoagulation se décidera au cas par cas et notamment en fonction de facteurs de risque additionnels d'extension.
Sujet âgé > 80 ans	— Chez le sujet âgé de plus de 80 ans, nous suggérons, en l'absence de risque hémorragique particulier non inhérent à l'âge, la même prise en charge thérapeutique que pour le sujet plus jeune.
Insuffisance rénale sévère.	— Par analogie à la TVP proximale et l'EP, le schéma thérapeutique en cas d'instauration d'un traitement anticoagulant à dose curative, chez les patients avec une insuffisance sévère, comportera l'utilisation d'un traitement par héparine non fractionnée avec relais par AVK.

TVP distales survenues sous traitement AC préventif	— Nous recommandons de traiter par anticoagulation curative les TVP distales survenues malgré un traitement anticoagulant préventif, pour une durée de 3 mois.
	— Ce traitement pourra être éventuellement prolongé en cas de facteur de risque persistant majeur tel un cancer.
Immobilisation chronique	— En cas de TVP distale symptomatique chez un patient présentant une immobilisation chronique, nous recommandons un traitement anticoagulant à dose curative pour une durée de 6 semaines à 3 mois.
	— Au-delà de la période initiale de traitement, la décision de prolonger ou non le traitement dépendra de la présence de facteurs de risque de récurrence/extension additionnels (i.e. cancer, antécédent de MTEV. . .) et du risque hémorragique
Choix de la molécule AC.	
En cas de TVP distale traitée par anticoagulants à dose curative	— nous recommandons de ne pas traiter par HNF en l'absence d'insuffisance rénale sévère ou de risque hémorragique particulier ;
	— nous recommandons de traiter par HNF avec relais précoce par AVK en cas d'insuffisance rénale sévère (clearance créatininémie < 30 mL/min selon la formule de Cockcroft et Gault) ;
	— nous recommandons un traitement par HBPM sans relais au cours de la grossesse ;
	— dans l'attente de données complémentaires concernant d'autres anticoagulants, nous suggérons un traitement par HBPM sans relais en présence d'un cancer et en l'absence de contre-indication aux HBPM ;
	— nous suggérons, en dehors des contextes cliniques particuliers précités, soit un traitement par HBPM/fondaparinux avec relais par AVK, soit un traitement par AOD selon les mêmes modalités de prescription qu'en cas de TVP proximale ;

	<ul style="list-style-type: none"> — le choix de la classe d'anticoagulants sera guidé par les comorbidités (âge notamment) et le choix du patient.
Q non résolue	
1. Place du traitement AC préventif	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale, en cas de décision de traiter par anticoagulants, nous suggérons de prescrire ce traitement à dose curative
	<ul style="list-style-type: none"> — Le rapport bénéfice/risque du traitement anticoagulant à dose prophylactique est inconnu en cas de TVP distale. Nous suggérons de proposer un traitement anticoagulant à dose prophylactique en cas de TVP distale asymptomatique avec facteurs de risque d'extension (immobilisation chronique, cancer. . .), notamment lorsque l'on ne souhaite pas traiter par anticoagulation à dose curative.
2. Place de la compression élastique.	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVP distale symptomatique, la prescription d'une compression élastique à la phase aiguë (2 premières semaines) est suggérée à visée symptomatique (traitement de l'œdème et de la douleur).
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de ne pas prescrire systématiquement une compression élastique au-delà de la phase aiguë pour prévenir le syndrome post-thrombotique.
3. Filtre cave	<ul style="list-style-type: none"> — Compte tenu des risques inhérents à la pose des filtres caves (migration, fracture, perforation) et à leur maintien (thrombose avec risque de syndrome post-thrombotique) et compte tenu du fait qu'en cas de contre-indication à un traitement anticoagulant, il est toujours possible de réaliser une surveillance échographique simple des TVP distales isolées, nous recommandons de ne pas poser de filtres caves en cas de TVP distale isolée et de contre-indication à un traitement anticoagulant.
4. TVP distale de diagnostic préopératoire	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de diagnostic préopératoire d'une TVP distale symptomatique, nous suggérons que la décision de traiter par anticoagulant ou de différer la chirurgie soit prise au cas par cas en fonction du risque de la chirurgie et des facteurs de risque propres au patient et à la TVP.

SYNDROME POST THROMBOTIQUE.	
Diagnostic clinique	
Nous recommandons	— d'évaluer le SPT sur le membre ayant présenté la TVP au minimum trois mois après la TVP.
	De plus, nous recommandons de rechercher les signes cutanés d'IVC préexistante sur les deux membres dès le diagnostic de thrombose. Ce n'est pas ce qui est dit plus haut : clarifier la recommandation en précisant qu'il faut rechercher un SPT côté TVP et une IVC préexistante des deux côtés ;
	— de voir le patient en consultation de préférence l'après-midi et demander au patient de ne pas porter sa compression élastique le jour de la consultation.
Nous suggérons, devant tout patient présentant une TVP de plus de trois mois	— de rechercher systématiquement une insuffisance veineuse symptomatique à traiter, d'effectuer un examen bilatéral et comparatif et d'en évaluer son retentissement sur la qualité de vie du patient ;
	— en cas de TVP iliofémorale de rechercher systématiquement une claudication veineuse.
Place de l'échographie-Doppler vasculaire dans le diagnostic et la prise en charge du SPT	— Nous recommandons au moment du diagnostic de la TVP, un examen écho-Doppler bilatéral pour le diagnostic de la TVP et un examen clinique à la recherche de signes d'IVC préexistante bilatérale
	— Nous recommandons à la fin du traitement anticoagulant ou 6 mois après le diagnostic, un examen écho-Doppler à la recherche des séquelles pariétales et/ou hémodynamiques post-thrombotiques
	— Dans le bilan de manifestations cliniques évocatrices d'un SPT, nous suggérons de réaliser une cartographie lésionnelle du réseau veineux profond.
	— Nous suggérons de réaliser une cartographie superficielle à la recherche d'une insuffisance veineuse homo et controlatérale.

	<ul style="list-style-type: none"> — Nous recommandons que l'exploration du réseau profond comporte un temps en décubitus dorsal comme pour toute exploration de thrombose de l'étage sural jusqu'à la veine cave inférieure, et un temps en orthostatisme en appui sur le membre controlatéral.
	<ul style="list-style-type: none"> — Lorsque l'orthostatisme n'est pas réalisable, nous suggérons d'examiner la patient en décubitus dorsal et en proclive > 15°.
<p>Désobstructions des thromboses à la phase aigue.</p>	
<p><u>En l'absence de thrombose ischémique :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> — chez les patients avec une TVP proximale aiguë du membre inférieur, et en l'absence de données précises de la littérature, la désobstruction n'est pas indiquée en première intention. Nous recommandons un traitement anticoagulant seul plutôt qu'une désobstruction ; — en cas d'absence d'amélioration symptomatique dans les 15 premiers jours et de critères de gravité (obstruction majeure, douleur, œdème) malgré un traitement anticoagulant bien conduit, nous suggé-rons une désobstruction interventionnelle en cas de TVP iliofémorale, pour certains patients sélectionnés (IIaB, AHA 2011, Grade 2C AVF/SVS 2012) sous réserve des conditions ci-dessous : dans cette situation, le panel d'experts recommande que la prise en charge soit le fait d'équipes ayant une expertise sur cette technique, rassemblant unité médicale spécialisée et unité interventionnelle, possédant des moyens appropriés avec une discussion individuelle de chaque cas. (IC, AHA 2011) ; — les critères de sélection des patients sont (IIb /B, AHA2016) : <ul style="list-style-type: none"> ~ TVP proximale (iliocave ou iliofémorale principalement) aiguë symptomatique datant de moins de 7 à 14 jours ~ présence d'un ou plusieurs critères de mauvaise tolérance : œdème, douleur, extension malgré un traitement anticoagulant bien conduit ; ~ patient présentant une espérance de vie > 1 an, en bon état général et présentant un risque hémorragique faible ;

	<p>~ nous recommandons que la conduite thérapeutique anticoagulante après la procédure soit la même qu'en l'absence de procédure ;</p>
	<p>~ le traitement anticoagulant doit être poursuivi au moins 3—6 mois après la procédure ;</p>
	<p>~ l'adjonction d'un traitement inhibiteur des fonctions plaquettaires est discutée au cas par cas par l'équipe en charge du patient ;</p>
	<p>~ la durée de traitement anticoagulant doit être discutée indépendamment de la procédure, notamment en cas de thrombose index non provoquée (IIa/C, AHA 2011) ;</p>
	<p>~ la durée de traitement anticoagulant doit être discutée au cas par cas en cas de recanalisation incomplète.</p>
<u>En cas de thrombose ischémique.</u>	<p>~ nous recommandons d'appliquer les recommandations internationales ;</p>
	<p>~ nous recommandons une revascularisation chez les patients présentant une thrombose iliofémorale ischémique avec mise en jeu de la vitalité du membre (AHA IC, AVF/SVS 1A) ;</p>
	<p>~ nous recommandons en 1^{ère} intention une revascularisation par cathéter dirigé ou pharmaco-mécanique (AHA IC) ;</p>
	<p>~ en l'absence de possibilité de traitement endovasculaire, nous recommandons le transfert dans un centre « expert » (AHA IC) ;</p>
	<p>~ une thrombectomie chirurgicale peut être envisagée par des chirurgiens expérimentés en cas de thrombose iliofémorale.</p>
Compression et traitement du SPT - Quelle compression prescrire ?	
1. Dans la prévention du	<p>— de ne pas prescrire systématiquement une compression après une TVP proximale.</p>
	<p>— de ne prescrire de compression élastique qu'en présence de signes d'insuffisance veineuse chronique après une TVP des membres inférieurs.</p>

SPT, nous suggérons	<ul style="list-style-type: none"> — aucune recommandation de compression ne peut être réalisée à ce jour pour les patients présentant une TVP distale en l'absence de résultats de l'étude Cactus-PTS. Cependant, nous suggérons par analogie à la TVP proximale, de traiter les signes d'IVC des deux membres inférieurs.
2. Durée de la compression	<ul style="list-style-type: none"> — Après une TVP proximale, nous suggérons qu'une compression élastique soit maintenue tant que les signes d'IVC persistent.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons que la compression soit portée sur les deux membres en cas d'IVC controlatérale et quelle qu'en soit l'étiologie.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de vérifier que la compression élastique soulage efficacement les complications précoces (œdème et douleur) avant tout renouvellement de prescription
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas d'inefficacité de la compression, nous recommandons de s'assurer l'observance, et suggérons de majorer la force de compression et de rechercher une cause aggravante sous-jacente (syndrome obstructif, reflux) qui pourrait relever d'une alternative thérapeutique.
3. Type de compression élastique	Nous suggérons des bas jarrets plutôt que des bas cuisses.
	Aucune suggestion de texture de dispositif (tissé à plat ou circulaire) ne peut être réalisée à ce jour.
	Nous ne recommandons pas de niveau de pression à la cheville en l'absence d'études comparatives directes et dans l'attente des résultats de l'essai thérapeutique comparatif CELEST

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE (TVS).	
En préambule, nous recommandons de réaliser un écho-Doppler veineux complet des membres inférieurs à la recherche d'une thrombose veineuse profonde associée en cas de suspicion de TVS.	
Caractère non provoqué ou provoqué de la TVS. Définition des TVS non provoquées/provoquées	— la TVS non provoquée est définie par l'absence de facteur déclenchant ;
	— la TVS provoquée se définit par la présence de facteurs de risque (immobilisation, cancer, chirurgie. . .) ;
	— l'existence de varices est un facteur de risque de TVS.
Traitement des TVS	⊛ En cas de premier épisode ou de 1 ^{ère} récurrence de TVS symptomatique isolée de plus de 5 cm de longueur, située à plus de 3 cm de la jonction saphénofémorale (critères de Calisto), sans facteur de risque, nous recommandons de traiter le patient avec une anticoagulation utilisant le fondaparinux 2,5 mg (1 injection/jour) pendant une durée de 45 jours.
	⊛ Il n'y a pas lieu d'utiliser de dose de charge, ni d'augmenter la durée de traitement.
	⊛ En cas de TVS symptomatique survenant sur une veine non variqueuse et sans facteur de risque associé, le traitement est identique.
	⊛ À partir du 3 ^{ème} épisode, le bénéfice d'un traitement prolongé est incertain et doit être discuté avec le patient en fonction du risque hémorragique et de ses choix de vie.
	⊛ Une recherche de cancer peut être utile en cas de thrombose non provoquée dès le 1 ^{er} épisode.
TVS et cancer actif selon les critères ISTH	— En cas de TVS dans un contexte de cancer nous suggérons de discuter au cas par cas la prolongation du traitement anticoagulant au-delà de 45 jours.

	<ul style="list-style-type: none"> — En cas d’extension symptomatique de la TVS objectivement confirmée par écho-Doppler et survenant sous traitement anticoagulant à dose « préventive », il est suggéré de prescrire un traitement anticoagulant à dose curative pour une durée de 3 mois sans relais par un anticoagulant oral.
TVS et facteurs de risque identifiés (hors cancer)	<p>Nous suggérons de respecter la durée du traitement du fait d’un taux de récurrence important en cas d’arrêt prématuré du traitement.</p>
	<p>Nous suggérons de ne pas proposer de traitement des varices saphènes en urgence en cas de diagnostic de TVS.</p>
	<p>À distance de l’épisode aigu, et en dehors de facteur de risque particulier, nous suggérons de proposer une ablation des varices après TVS sur veines variqueuses.</p>
	<p>✿ Les TVS de moins de 5 cm</p>
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de ne pas traiter avec anticoagulants une TVS de moins de 5 cm de longueur.
	<ul style="list-style-type: none"> — En ce qui concerne les TVS de moins de 5 cm de longueur, nous suggérons donc un traitement local.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVS multisegmentaires ou bilatérales de moins de 5 cm, en l’absence de cancer, nous suggérons d’instaurer un traitement anticoagulant à dose prophylactique.
	<p>✿ Les TVS siégeant à moins de 3 cm de la jonction saphénofémorale</p>
<ul style="list-style-type: none"> — En l’absence de données scientifiques étayées, nous suggérons de ne pas réaliser de ligature saphénofémorale. 	

	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de proposer un traitement anticoagulant à doses curatives pour les TVS situées à moins de 3 cm de la jonction saphénofémorale pendant au moins trois mois en l'absence de risque hémorragique.
	<p>⚙ TVS asymptomatique</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>En l'absence de données validées, nous suggérons de ne pas proposer de traitement anticoagulant.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dans le cadre du cancer, les TVS sont généralement symptomatiques mais en cas de TVS asymptomatiques découvertes chez un patient porteur d'un cancer, on pourra envisager un traitement anticoagulant à dose curative sans preuve clinique ; dans tous les autres cas, un traitement anticoagulant ne sera pas proposé.</i>
<p>Situations particulières TVS grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVS au cours de la grossesse, nous suggérons un traitement anticoagulant à dose prophylactique par HBPM pendant une durée de 6 semaines.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de prendre en compte le risque thromboembolique majoré au cours du post-partum.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVS au cours de la grossesse, nous suggérons un traitement anticoagulant à dose prophylactique par HBPM.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de prendre en compte le risque thromboembolique majoré au cours du post-partum.
	<ul style="list-style-type: none"> — Par analogie avec les TVP proximales, nous suggérons de discuter au cas par cas la prolongation du traitement anticoagulant au-delà de 45 jours et pendant le post-partum.

	<ul style="list-style-type: none"> — En cas d'extension avérée de la TVS sous dose prophylactique, nous suggérons d'envisager des doses curatives avec une surveillance clinique régulière.
	<ul style="list-style-type: none"> — Au vu de la modalité d'administration sous-cutanée prolongée, nous suggérons de privilégier un traitement en une injection quotidienne.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de ne pas réaliser de surveillance plaquettaire régulière chez des patientes sous HBPM pour une TVS.
Situations particulières TVS et contraception oestroprogestative	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVS au cours d'un traitement oestroprogestatif, nous recommandons un traitement par fondaparinux 2,5 mg pendant 45 jours. — Nous suggérons de remplacer le traitement oestroprogestatif par une méthode non associée à une majoration du risque thromboembolique.
Situations particulières TVS sous traitement anticoagulant	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de survenue d'une TVS sous traitement anticoagulant oral à dose prophylactique, nous suggérons de reprendre un traitement par HBPM ou fondaparinux à dose curative.
Situations particulières Risque hémorragique	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de ne pas prescrire de traitement anticoagulant en cas de risque hémorragique significatif et en cas d'hémorragie active. Une surveillance clinique et échographique est alors suggérée. Ce contrôle échographique sera effectué à une semaine.
	<ul style="list-style-type: none"> — Nous recommandons de ne pas poser de filtre cave dans ce contexte.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de risque hémorragique plus faible, la décision de traiter par anticoagulation se décidera au cas par cas et notamment en fonction de facteurs de risque additionnels d'extension.

Situations particulières Compression élastique en cas de TVS.	<ul style="list-style-type: none"> — Malgré l'absence de données convaincantes sur le bénéfice de la compression sur la reperméabilisation et le risque de récurrence, nous suggérons le port d'une compression à visée antalgique en l'absence de contre-indication.
Situations particulières TVS du MS	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de thrombose après ponction veineuse périphérique, un traitement local est suffisant (en dehors du cancer).
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de TVS non provoquée, le traitement est le même que pour le membre inférieur.
Situations particulières TVS après ablation thermique des varices	<ul style="list-style-type: none"> — Après un éveinage thermique, une TVS symptomatique de plus de 5 cm peut bénéficier d'un traitement par fondaparinux 2,5 mg par jour pendant 45 jours.
	<ul style="list-style-type: none"> — Après ablation thermique, il n'y a pas d'indication à traiter un thrombus qui ne dépasse pas la jonction saphénofémorale.
Situations particulières Maladie de Mondor	<ul style="list-style-type: none"> — Nous suggérons de ne pas prescrire de traitement anticoagulant dans la maladie de Mondor. Il ne s'agit pas d'une thrombose veineuse.
Situations particulières Insuffisance Rénale sévère	<ul style="list-style-type: none"> — En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine selon Cockcroft < 30 mL/min), nous suggérons en 1^{ère} intention de pratiquer uniquement une surveillance clinique et échographique.
	<ul style="list-style-type: none"> — En cas de facteurs de risque surajoutés, lorsque la clairance de la créatinine est comprise en 20 mL/min et 30 mL/min, nous suggérons de remplacer le fondaparinux par la tinzaparine à dose préventive.

Situations particulières

Patient > 80 ans

- Chez le sujet âgé de plus de 80 ans nous suggérons, en l'absence de risque hémorragique particulier non inhérent à l'âge, la même prise en charge thérapeutique que pour le sujet plus jeune.