

## 2021 RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA THROMBOSE VEINEUSE. SOCIETE EUROPEENNE DE CHIRURGIE VASCULAIRE (ESVS).

Synthèse du Conseil Recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après le texte « European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis »

Stavros K. Kakkos , Manjit Gohel , Niels Baekgaard , Rupert Bauersachs , Sergi Bellmunt-Montoya , Stephen A. Black , Arina J. ten Cate-Hoek , Ismail Elalamy , Florian K. Enzmann , George Geroulakos , Anders Gottsäter , Beverley J. Hunt , Armando Mansilha , Andrew N. Nicolaidis , Per Morten Sandset , Gerard Stansby

ESVS Guidelines Committee, Gert J. de Borst, Frederico Bastos Gonçalves, Nabil Chakfé, Robert Hinchliffe, Philippe Kolh, Igor Koncar, Jes S. Lindholt, Riikka Tulamo, Christopher P. Twine, Frank Vermassen, Anders Wanhainen

Document reviewers, Marianne G. De Maeseneer, Anthony J. Comerota, Peter Gloviczki, Marieke J.H.A. Kruip, Manuel Monreal, Paolo Prandoni, Melina Vega de Ceniga

Reference: Eur J Vasc Endovasc Surg (xxxx) xxx, xxx Eur J Vasc Endovasc Surg 2020

Lien : <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023> <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023>

Mots Clés : ....

Membres du comité : C. Bonnin, L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, FX Himpens, R. Jacquet, J Laffont ([joy.laffont@wanado.fr](mailto:joy.laffont@wanado.fr)), G. Mahé, S. Zuily.



*Dédicace : Ces recommandations sont dédiées à la mémoire du Dr Clive Kearon de l'Université McMaster à Hamilton, Ontario, Canada. Le Dr Kearon a examiné de manière approfondie les première et deuxième versions du manuscrit et il a toujours été très ponctuel. Dans le premier tour d'examen, il a soumis un examen de 16 pages avec de nombreux commentaires détaillés et utiles. Ignorant sa maladie, nous l'avons invité à revoir la version finale des recommandations le 2 juin 2020, mais malheureusement, il est décédé un jour plus tard, le 3 juin 2020. Nous nous souviendrons toujours du Dr Kearon pour ses nombreuses contributions au domaine de la thrombose et du traitement antithrombotique, y compris ces recommandations*

### CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS ET NIVEAUX DE PREUVE.

Les RBPC dans ce document sont présentées en utilisant le Système de notation de la Société Européenne de cardiologie.

Selon que la recommandation est fortement favorable à une intervention, faiblement favorable ou fortement contre une intervention, chaque recommandation est catégorisée en classe I, IIa / IIb et III, respectivement. Plus le grade est faible, plus la preuve et/ou l'accord général en faveur d'une intervention sont importants.

Pour chaque recommandation, la lettre A, B ou C indique le niveau de preuves guidant la recommandation

GRADE DE LA RECOMMANDATION	DEFINITIONS
<b>Grade I</b>	Preuve et / ou accord général que le traitement ou la procédure appliquée est bénéfique, utile et efficace.
<b>Grade II</b>	Preuves contradictoires et / ou divergence d'avis sur l'utilité / l'efficacité du traitement ou de la procédure appliqués.
<b>IIa</b>	<i>Le poids de la preuve / l'opinion est en faveur de l'utilité / l'efficacité.</i>
<b>IIb</b>	<i>Utilité / efficacité moins bien établie par la preuve / l'opinion.</i>
<b>Grade III</b>	Preuve ou accord général que le traitement ou la procédure appliqué n'est pas utile/ efficace et, dans certains cas, peut être nocif.

NIVEAUX DE PREUVE.	DEFINITIONS
<b>Niveau de preuve A</b>	Données dérivées de plusieurs essais cliniques randomisés ou méta-analyses.
<b>Niveau de preuve B</b>	Données dérivées d'un seul essai clinique randomisé ou de grandes études non randomisées.
<b>Niveau de preuve C</b>	Consensus d'avis d'experts et / ou petites études, études rétrospectives et registres.

<b>FICHE I - 1</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>DIAGNOSTIC DE LA TVP ET STRATEGIES D'IMAGERIE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 1	En cas de suspicion de TVP, une évaluation de la probabilité clinique pré-test est recommandée comme faisant partie de la démarche diagnostique.	<b>I</b>	<b>C</b>
	<i>Remarque : dans ces recommandations la probabilité clinique pré-test utilise le <b>score de Wells modifié</b> avec 2 catégories (probable = forte probabilité et peu probable = probabilité faible).</i>		
Reco 2	Tous les professionnels de santé impliqués dans le diagnostic de TVP devraient utiliser un algorithme diagnostique validé.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 3	Pour les patients suspects de TVP requérant/ nécessitant une imagerie, l'échographie ultrasonore est recommandée en première intention.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 4	Pour les patients suspects de TVP avec une haute probabilité clinique et une échographie de compression négative, une nouvelle évaluation échographique doit être considérée après 5 à 7 jours.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 5	Chez les patients suspects de TVP proximale pour lesquels l'échographie n'est pas concluante ou non réalisable, une phlébographie par TDM ou une phlébographie par IRM ou une phlébographie doit être considérée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 6	Lors de la réalisation d'une échographie chez des patients suspects de TVP du mollet, une exploration ultrasonore complète du membre est recommandée.	<b>I</b>	<b>C</b>

<b>FICHE I - 2</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>RECHERCHE D'EMBOLIE PULMONAIRE EP.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 7	Pour les patients présentant une TVP, une recherche systématique d'EP occulte en l'absence de symptômes n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>

<b>FICHE I - 3</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>RECHERCHE DE CANCER.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 8	Chez les patients porteurs d'une TVP non provoquée, pour la recherche d'un cancer occulte, l'examen clinique et un dépistage spécifique selon le sexe, sont conseillés par rapport à un dépistage systématique extensif.	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>FICHE I - 4</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>RECHERCHE DE THROMBOPHILIE HÉRÉDITAIRE ET ACQUISE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 9	Chez les patients porteurs d'une TVP provoquée, la recherche de thrombophilie n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>
Reco 10	Chez les patients porteurs d'une TVP non provoquée, la recherche systématique de thrombophilie héréditaire n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>
Reco 11	Chez les patients porteurs d'une TVP non provoquée avec des antécédents de MTEV familiale au 1 <sup>er</sup> degré, la recherche d'une thrombophilie héréditaire doit être prise en considération.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 12	Chez les patients porteurs d'une TVP non provoquée, la recherche d'anticorps antiphospholipides doit être considérée si la décision de stopper l'anticoagulation est envisagée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

<b>FICHE I - 5</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>MODELES / STRATEGIES DE SOINS.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 13	Pour la plupart des patients avec TVP, une gestion ambulatoire est recommandée.	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>FICHE I - 6</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>CHOIX DE L'ANTICOAGULATION POUR LE TRAITEMENT D'UNE TVP PROVOQUEE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 14	Chez les patients présentant une TVP proximale provoquée avec un facteur de risque transitoire majeur, un traitement anticoagulant de 3 mois est recommandé plutôt qu'un traitement de plus courte durée.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 15	Chez les patients présentant une TVP proximale provoquée avec un facteur de risque transitoire majeur, un traitement anticoagulant d'une durée de 3 mois devrait être considéré plutôt qu'une durée de 6 mois ou plus.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Reco 16	Chez les patients présentant une TVP proximale provoquée, un traitement par AOD est recommandé plutôt qu'un traitement par AVK, dans la phase principale du traitement.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 17	Chez certains patients présentant une TVP proximale provoquée avec un facteur de risque permanent/persistant autre que le cancer, une anticoagulation de plus de 3 mois doit être envisagée après évaluation des risques thrombotiques et hémorragiques, avec ré-évaluation périodique.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 18	Chez certains patients présentant une TVP proximale provoquée avec un facteur de risque transitoire mineur, une anticoagulation de plus de 3 mois peut être envisagée, après une évaluation des risques thrombotiques et hémorragiques avec une ré-évaluation périodique.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

<b>FICHE I - 7</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>CHOIX DE L'ANTICOAGULATION POUR LE TRAITEMENT D'UNE TVP NON PROVOQUEE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 19	Chez les patients présentant une TVP proximale non provoquée, un traitement par des AOD est recommandé plutôt qu'un traitement par HBPM relayé par des AVK en phase principale du traitement.	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>FICHE I - 8</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>ANTICOAGULATION PROLONGEE APRES TVP NON PROVOQUEE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 20	Chez les patients présentant une TVP non provoquée, une ré-évaluation du risque hémorragique est recommandée avant de poursuivre l'anticoagulation au-delà de 3 mois.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 21	Pour les patients présentant une TVP proximale non provoquée, qui présentent un risque de saignement faible ou modéré, une anticoagulation prolongée au-delà de 3 mois est recommandée, avec ré-évaluation périodique du risque hémorragique.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 22	Pour les patients présentant une TVP proximale non provoquée et qui nécessitent une anticoagulation prolongée au-delà de 3 mois, le traitement par des AOD doit être envisagé plutôt que par des AVK.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Reco 23	Pour les patients présentant une TVP proximale non provoquée et qui nécessitent une anticoagulation prolongée au-delà de 6 mois, mais pas considérés comme à très haut risque de récurrence, l'utilisation d'une dose réduite d'AOD Apixaban (2,5 mg x 2/jour) ou rivaroxaban (10 mg x 1/jour) devrait être considérée.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Reco 24	Pour les patients présentant une TVP non provoquée, l'aspirine n'est pas recommandée pour un traitement antithrombotique prolongé.	<b>III</b>	<b>A</b>

<b>FICHE I - 9</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS : <u>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE RECIDIVANTE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 25	Pour les patients présentant une TVP, une exploration ultrasonore complète du membre peut être envisagée à la fin de l'anticoagulation pour déterminer le nouveau statut anatomique.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Reco 26	Pour les patients présentant un deuxième épisode ou un épisode ultérieur de TVP non provoquée, un traitement anticoagulant prolongé au-delà de 3 mois est recommandé.	<b>I</b>	<b>B</b>

Reco 27	Pour les patients présentant une récurrence de TVP alors que le traitement est respecté, changer de type d'anticoagulation, augmenter la dose d'HBPM ou d'AOD à une dose thérapeutique ou passer à des AVK avec un objectif plus élevé d'INR, devrait être envisagé. .	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>FICHE I - 10</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>SUIVI ET SURVEILLANCE APRES TVP. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE RECIDIVANTE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 28	Pour les patients avec une TVP et candidats potentiels à une anticoagulation prolongée, l'obstruction veineuse résiduelle en échodoppler et/ou le taux de DDimères peuvent être pris en compte dans le processus décisionnel.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b>FICHE I - 11</b>	<b>TRAITEMENT TVP DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>UTILISATION DE FILTRES VCI.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 29	Pour les patients avec une TVP proximale qui présentent des contre-indications à l'anticoagulation pendant la phase initiale ou principale du traitement, la mise en place d'un filtre temporaire dans la veine cave inférieure est recommandée.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 30	Chez les patients sous anticoagulant pour une TVP, l'utilisation courante d'un filtre cave inférieur n'est pas recommandé.	<b>III</b>	<b>B</b>
<b>FICHE I - 12</b>	<b>TRAITEMENT TVP DES MEMBRES INFÉRIEURS : <u>THERAPIE PAR COMPRESSION ELASTIQUE ET SPT.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 31	Chez les patients avec une TVP proximale, une compression précoce à 30-40 mm Hg avec soit un dispositif multi-couches soit des bas de compression appliqués dans les 24 heures, est recommandée pour réduire la douleur, l'œdème et l'obstruction veineuse résiduelle.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 32	Chez les patients avec une TVP proximale, utiliser des chaussettes de compression devrait être envisagé afin de réduire le risque de syndrome pot-thrombotique.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Reco 33	Pour les patients avec une TVP, des symptômes et signes cliniques réduits/limités, comme décrits dans le score de Villalta, il est recommandé de limiter l'utilisation des chaussettes de compression à 6 ou 12 mois.	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>FICHE I - 13</b>	<b>TRAITEMENT TVP DES MEMBRES INFERIEURS : <u>ABLATION PRECOCE DU THROMBUS ET STENTING.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 34	Chez certains patients avec une TVP ilio-fémorale symptomatique, les stratégies d'ablation précoce du thrombus doivent être considérées.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
Reco 35	Pour les patients avec une TVP limitée aux veines fémorale, poplitée ou du mollet, l'ablation précoce du thrombus n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>B</b>
Reco 36	Chez les patients avec une TVP traités par une ablation précoce du thrombus, avec ou sans stent, il est recommandé que la durée de l'anticoagulation devrait être au moins aussi longue que si les patients étaient traités par anticoagulation seule et à l'appréciation du médecin traitant.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 37	Pour les patients avec une TVP ilio-fémorale qui subissent une ablation précoce du thrombus, il est recommandé de baser le choix de la thérapie sur le jugement du médecin traitant.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

<b>FICHE I - 14</b>	<b>TRAITEMENT TVP DES MEMBRES INFERIEURS : <u>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DU MOLLET.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 38	Pour les patients avec TVP du mollet, une décision d'anticoaguler basée sur les symptômes, les facteurs de risque d'extension/progression et le risque hémorragique doit être prise en considération.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 39	Pour les patients avec une TVP du mollet symptomatique qui nécessite une anticoagulation, un traitement de 3 mois est recommandé plutôt qu'une durée plus courte.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 40	Pour les patients avec une TVP du mollet symptomatique qui nécessite une anticoagulation, les AOD sont recommandés plutôt qu'une HBPM relayée par un AVK.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 41	Pour les patients avec une TVP du mollet symptomatique et un cancer actif, une anticoagulation au-delà de 3 mois doit être considérée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 42	Pour les patients avec une TVP du mollet symptomatique non anticoagulés, une ré-évaluation clinique et une exploration ultrasonore complète de la jambe après une semaine sont recommandées.	<b>I</b>	<b>B</b>

<b>FICHE I - 15</b>	<b>TRAITEMENT TVP DES MEMBRES INFERIEURS : <u>THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE TVS.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 43	Pour les patients suspects de TVS des membres inférieurs, une exploration ultrasonore complète du membre est recommandée pour déterminer l'étendue du thrombus et exclure une TVP asymptomatique.	<b>I</b>	<b>B</b>
Reco 44	Pour les patients avec une TVS isolée des membres inférieurs <5 cm de longueur à l'échographie et sans caractéristiques à haut risque, comme le cancer, la thrombophilie ou la proximité du système veineux profond, l'anticoagulation n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>
Reco 45	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs à ≥ 3 cm de la jonction avec les veines profondes et s'étendant sur ≥ 5 cm de longueur, le fondaparinux 2,5 mg une fois par jour est recommandé.	<b>I</b>	<b>B</b>
Reco 46	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs à ≥ 3 cm de la jonction avec les veines profondes et s'étendant sur ≥ 5 cm de longueur, une dose intermédiaire d'HBPM doit être considérée comme une alternative au fondaparinux.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Reco 47	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs s'étendant sur ≥ 5 cm de longueur à l'échographie et à ≥ 3 cm de la jonction avec les veines profondes, un traitement anticoagulant de 45 jours est recommandé.	<b>I</b>	<b>B</b>
Reco 48	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs à ≤ 3 cm de la jonction avec les veines profondes, une anticoagulation à dose thérapeutique est recommandée.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 49	Pour les patients avec une TVS de la jambe, qui présentent un risque élevé clinique et / ou des caractéristiques anatomiques, une cure de trois mois d'anticoagulation peut être prise en considération.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Reco 50	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs, une intervention veineuse superficielle en urgence n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>
Reco 51	Pour les patients avec une TVS des membres inférieurs, l'ablation des veines superficielles incontinentes doit être considérée une fois la phase aiguë inflammatoire et prothrombotique résolue, au moins trois mois après l'événement thrombotique le plus récent.	<b>IIa</b>	<b>C</b>



<b>FICHE II - 1</b>	<b>TYPES PARTICULIERS DE THROMBOSE VEINEUSE : <u>TVP MEMBRE SUPERIEURS.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 52	Pour les patients suspects de TVP du membre supérieur, une exploration ultrasonore est recommandée comme examen d'imagerie de première intention.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 53	Pour les patients présentant une TVP primitive du MS, un traitement anticoagulant pendant trois mois est recommandé.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 54	Chez la plupart des patients présentant une TVP primitive du MS symptomatique, l'élimination précoce du thrombus n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>C</b>
Reco 55	Chez certains patients jeunes et actifs présentant une TVP MS avec des symptômes sévères, une thrombolyse peut être considérée dans les deux premières semaines.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Reco 56	Pour les patients atteints de TVP MS traitée par une ablation précoce de thrombus, la résection de la première côte peut être prise en compte s'il existe des signes évidents d'un syndrome veineux du défilé thoracique.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

<b>FICHE II - 2</b>	<b>TYPES PARTICULIERS DE THROMBOSE VEINEUSE : <u>TVP SUR CATHETER.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 57	Pour les patients présentant une thrombose sur cathéter, le retrait du cathéter doit être envisagé lorsque (1) il n'est pas nécessaire ; (2) il n'est pas fonctionnel ; (3) l'anticoagulation est contre-indiquée ; (4) les symptômes ne disparaissent pas avec l'anticoagulation ; ou (5) la thrombose met en jeu le pronostic vital du membre ou celui du patient.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Reco 58	Pour les patients atteints de thrombose sur cathéter, l'anticoagulation avec une HBPM ou avec une HBPM suivie d'un AVK doit être considérée pendant au moins trois mois.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

<b>FICHE III - 1</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS ; <u>TVP CHEZ L'ENFANT.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 59	La prise en charge des enfants avec une TVP devrait être guidée par des cliniciens ayant une expertise spécifique de la thrombose et de l'hémostase pédiatriques.	<b>I</b>	<b>C</b>

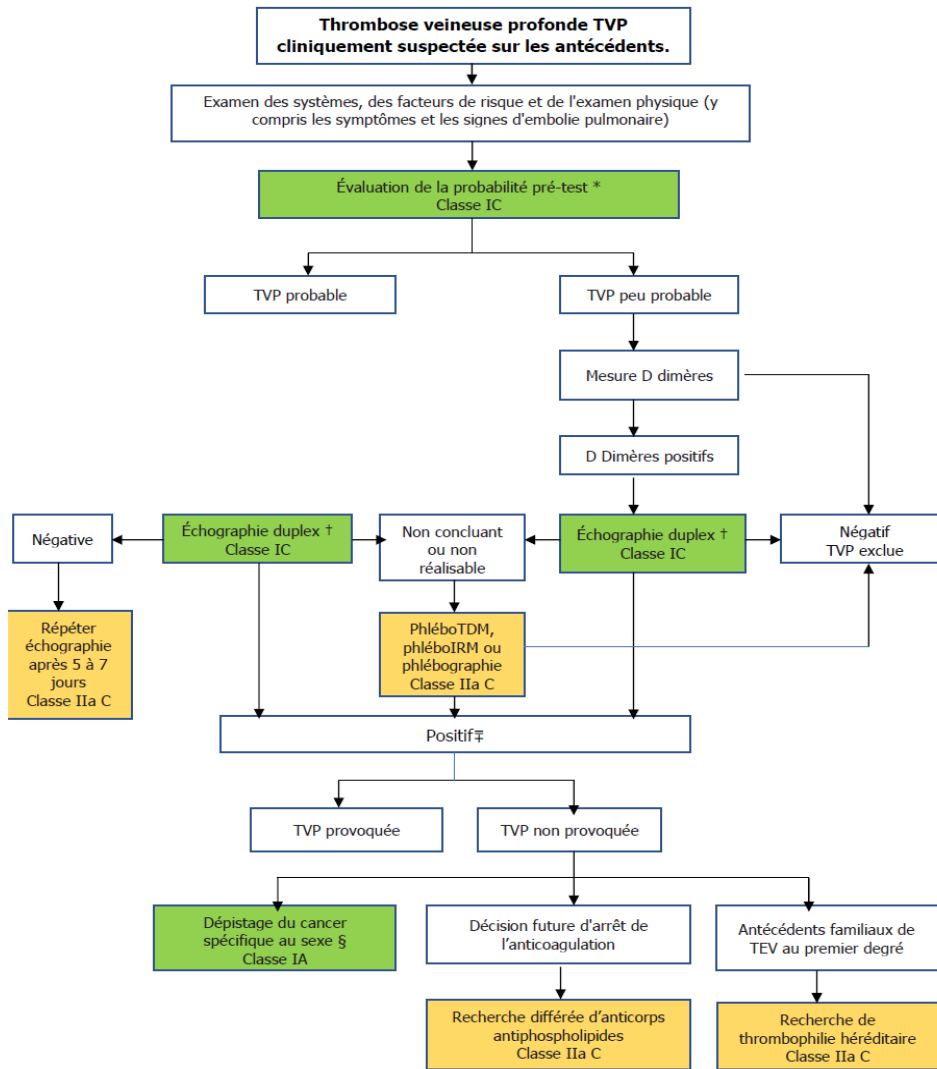
<b>FICHE III - 2</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS : <u>TVP ET GROSSESSE.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 60	Chez les femmes enceintes suspectes de TVP, l'utilisation des D-dimères et du score de Wells n'est pas recommandée.	<b>III</b>	<b>B</b>
Reco 61	Chez la femme enceinte avec TVP, des doses thérapeutiques d'HBPM sont recommandées pendant au moins trois mois et pendant au moins six semaines après l'accouchement.	<b>I</b>	<b>B</b>
Reco 62	Chez les femmes enceintes avec TVP survenant moins de deux semaines avant la date prévue/programmée de l'accouchement, un filtre-cave peut être envisagé.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

<b>FICHE III - 3</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS : <u>TVP ET CANCER.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 63	Pour les patients avec une TVP associée au cancer, une HBPM est recommandée pour l'anticoagulation de phase initiale et principale.	<b>I</b>	<b>A</b>
Reco 64	Pour les patients présentant une TVP associée à un cancer actif, le passage d'une HBPM à un anticoagulant oral est recommandé après trois à six mois de traitement pour un traitement prolongé.	<b>I</b>	<b>C</b> <i>consensus</i>
Reco 65	Chez certains patients présentant une TVP associée à un cancer non localisé dans les systèmes gastro-intestinaux ou génito-urinaires, un traitement par AOD doit être envisagé pour les traitements initiaux, principaux et prolongés.	<b>IIa</b>	<b>A</b>

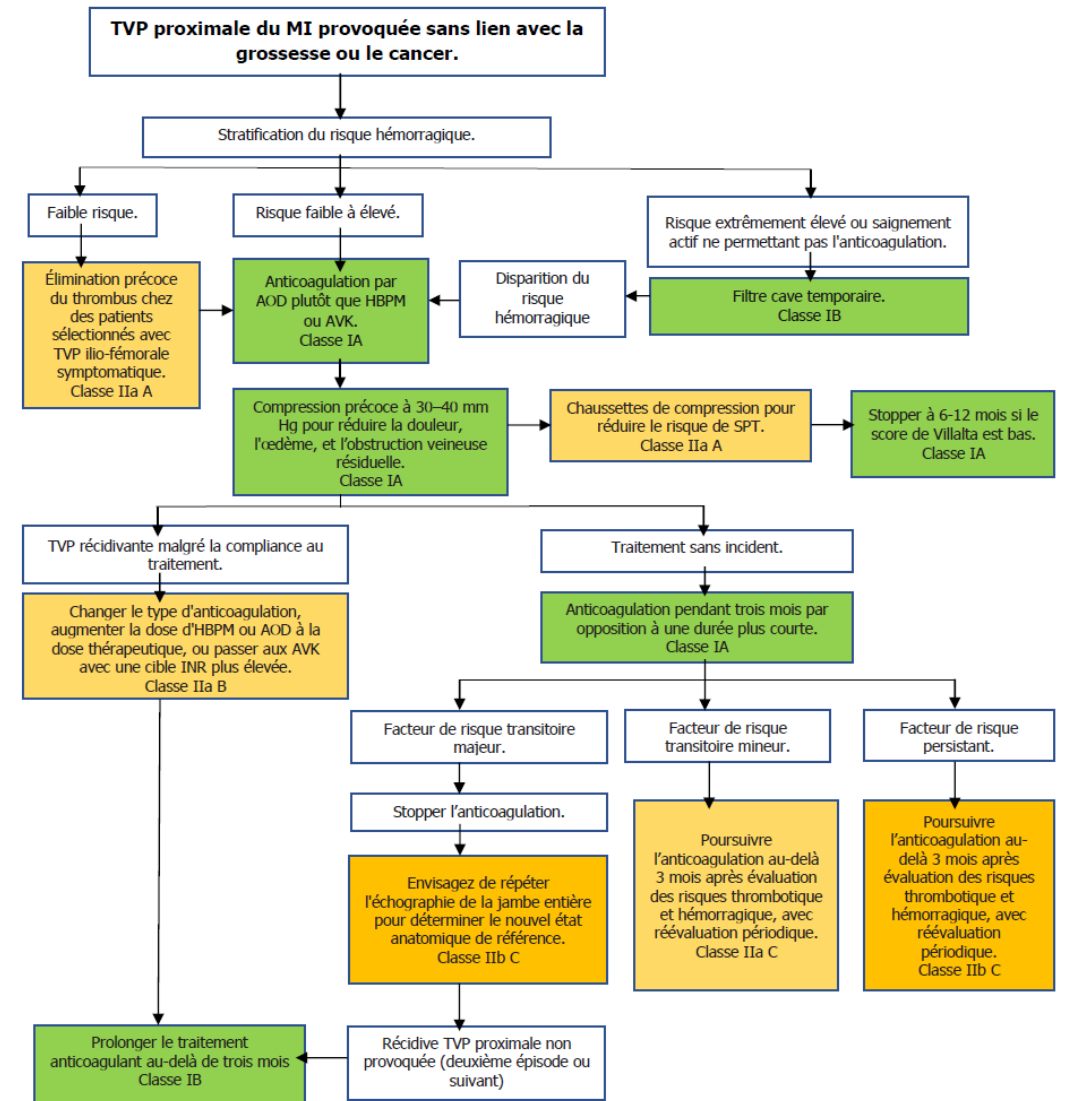
<b>FICHE III - 4</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS : <u>TVP ET THROMBOPHILIES.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 66	Pour les patients avec TVP et thrombophilie à haut risque (ou sévère) ( <i>par exemple, syndrome des antiphospholipides, mutation homozygote facteur V Leiden ou déficit en protéine C ou S, ou antithrombine</i> ), un traitement anticoagulant prolongé à dose complète est recommandé avec des ré-évaluations périodiques.	<b>I</b>	<b>C</b>
Reco 67	Pour les patients avec une TVP et SAPL triplement positif ou qui ont des antécédents de thrombose artérielle et des petits vaisseaux, les AOD ne doivent pas être utilisés.	<b>III</b>	<b>B</b>
Reco 68	Pour les patients avec une TVP et SAPL triplement positif, un traitement avec un AVK dosé pour maintenir un INR cible entre 2 et 3 doit être considéré.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Reco 69	Pour les patients avec une TVP et une thrombophilie à haut risque (ou sévère), un suivi à long terme par un expert de la thrombophilie est recommandé.	<b>I</b>	<b>C</b>

<b>FICHE III - 5</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS : <u>TVP ET INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE IRC.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 70	Pour les patients avec une TVP et une IRC exigeant une anticoagulation, la surveillance des niveaux d'anticoagulation et la réduction de dose doivent être considérées puisque la plupart des anticoagulants sont excrétés par voie rénale.	<b>IIA</b>	<b>C</b> <i>consensus</i>
Reco 71	Pour les patients avec une TVP et une IRC, traités avec HBPM, fondaparinux ou AOD, l'évaluation périodique de la fonction rénale est recommandée.	<b>I</b>	<b>C</b> <i>consensus</i>

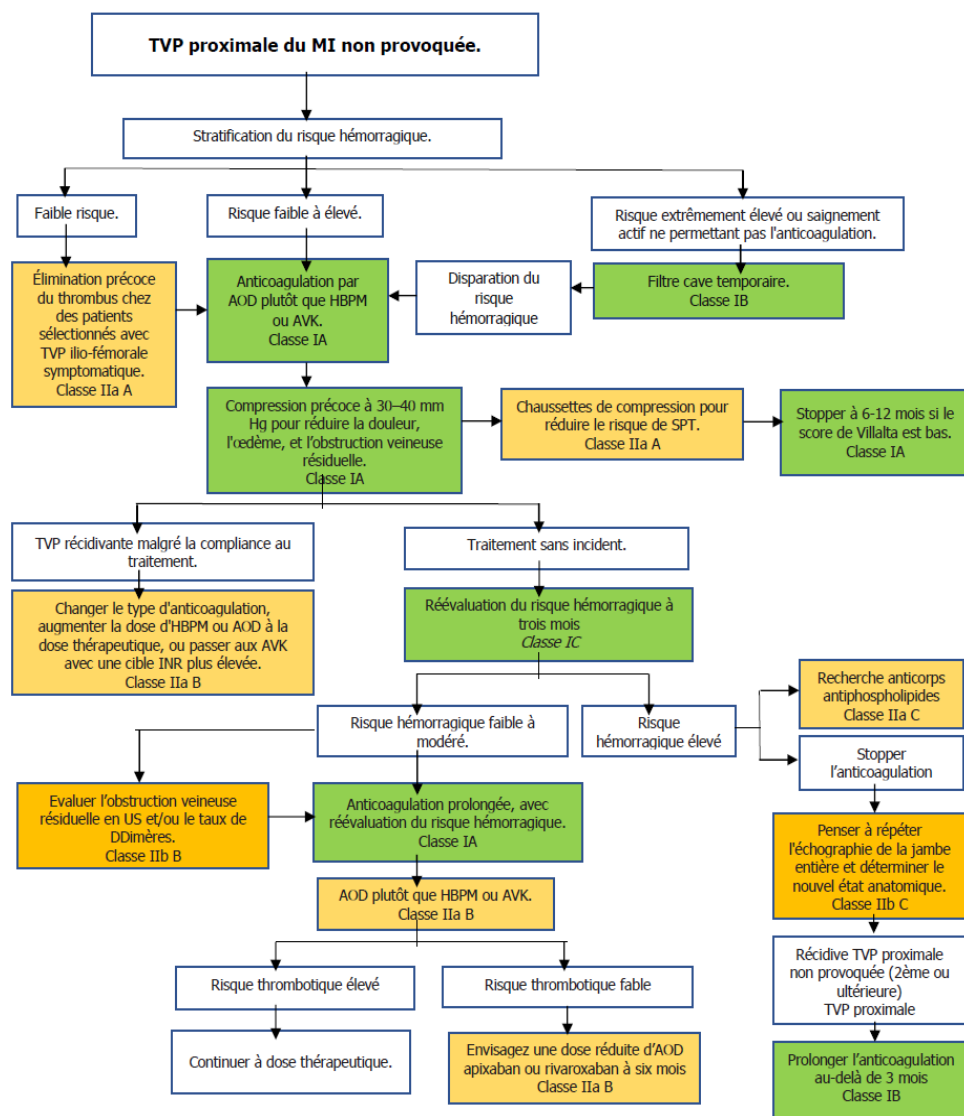
<b>FICHE III - 6</b>	<b>THROMBOSE VEINEUSE. POPULATIONS DE PATIENTS PARTICULIERS : <u>TVP CHEZ LES PATIENTS DE POIDS EXTREMES.</u></b>	<b>GRADE</b>	<b>NIVEAU PREUVE</b>
Reco 72	Pour les patients en sous poids ou en surpoids avec une TVP nécessitant une anticoagulation, il est recommandé d'ajuster la dose d'HNF, d'HBPM et de fondaparinux.	<b>I</b>	<b>C</b> <i>consensus</i>



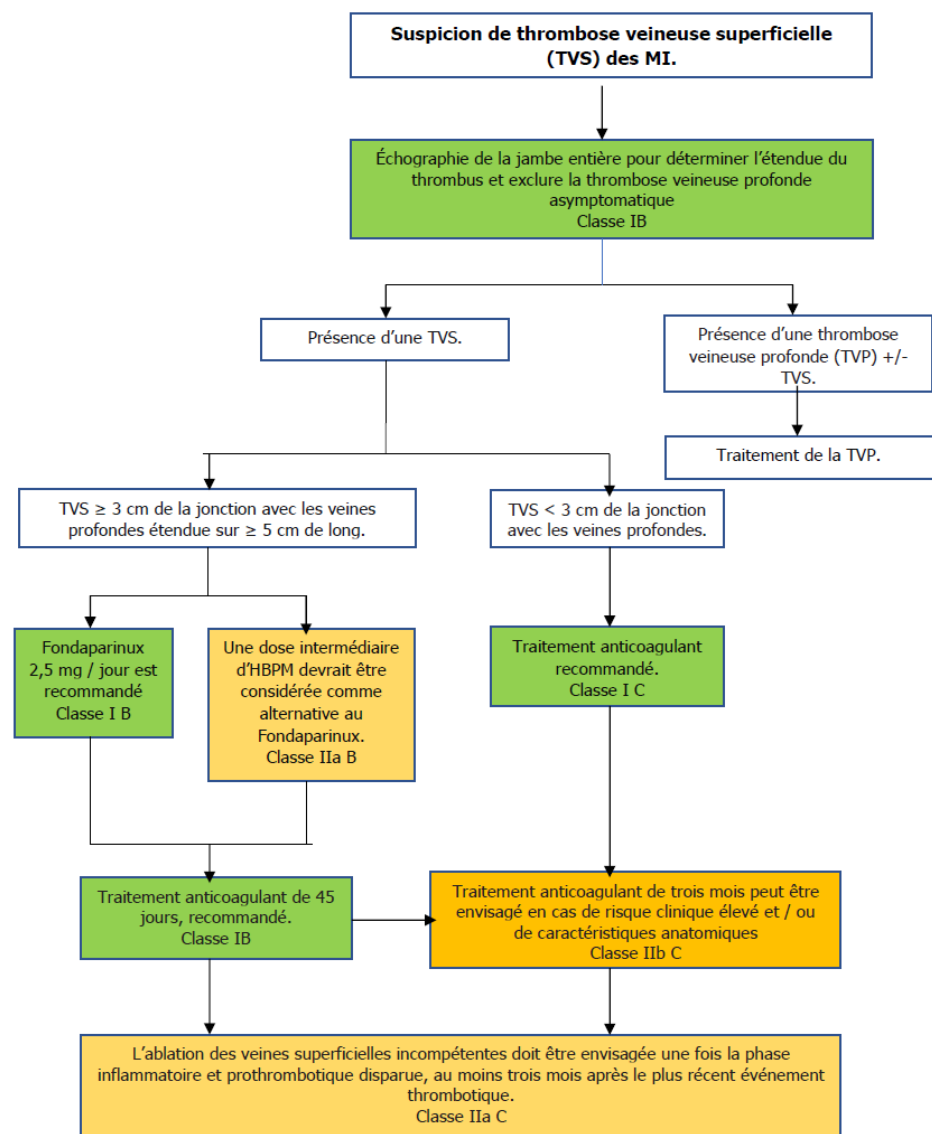
**Figure 1. Organigramme des recommandations pour le diagnostic et l'exploration de la thrombose veineuse profonde (TVP) y compris la phlébographie par tomодensitométrie (TDM) et la phlébographie par résonance magnétique (RMN).**  
 TEV = thromboembolie veineuse. \* En utilisant un outil validé tel que le score de Wells. † En cas de suspicion de TVP du mollet, il est suggéré une échographie de la jambe entière. ‡ La prise en charge de la TVP doit se faire en ambulatoire dans tous les cas sauf exception. § Un examen clinique et le dépistage spécifique au sexe sont recommandés plutôt que le dépistage systématique et extensif de la malignité.



**Figure 7. Organigramme des recommandations sur le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) provoquée.**  
 SPT Syndrome post-thrombotique ; AOD anticoagulant oral direct ; HBPM héparine de bas poids moléculaire ; AVK antagoniste de la vitamine K ; INR ratio normalisé international.



**Figure 8. Organigramme des recommandations pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) non provoquée.**  
 SPT = Syndrome post-thrombotique ; AOD = anticoagulant oral direct ; HBPM = héparine de bas poids moléculaire ; AVK = antagoniste de la vitamine K ; INR = rapport international normalisé.



**Figure 11. Organigramme des recommandations sur le traitement de la thrombose veineuse superficielle.**

ACCP	American college of chest physicians	
Ahr	adjusted hazard ratio	
APC	activated protein C	<b>Pca Protéine C activée</b>
Apl	antiphospholipid	<b>APL Antiphospholipides</b>
APS	antiphospholipid syndrome	<b>SAPL Syndrome des antiphospholipides</b>
APTT	activated partial thromboplastin time	<b>TTPa Temps de thromboplastine partielle activée</b>
AT	antithrombin	<b>AT antithrombine</b>
ATTRACT	Acute Venous Thrombosis: Thrombus Removal with Adjunctive Catheter-Directed Thrombolysis	
AVF	arteriovenous fistula	<b>FAV fistule artériovoineuse</b>
BMI	body mass index	
CAVA	Catheter Versus Anticoagulation Alone for Acute Primary Iliofemoral DVT	
CAVENT	Catheter-Directed Venous Thrombolysis in Acute Iliofemoral Vein Thrombosis	
CAVT	cancer associated venous thrombosis	<b>Thrombose veineuse associée au cancer</b>
CDT	catheter directed thrombolysis	
CI	confidence interval	<b>IC intervalle de confiance</b>
CKD	chronic kidney disease	<b>Maladie rénale chronique</b>
CT	computed tomography	<b>TDM Tomodensitométrie</b>
CrCl	creatinine clearance	<b>ClCr clairance de la créatinine</b>
CRT	catheter related thrombosis	<b>Thrombose sur cathéter</b>
CTV	computed tomography venography	<b>PhléboTDM phlébographie par tomodensitométrie</b>
CUS	compression ultrasound scanning	<b>Échographie de compression</b>
CVC	central venous catheter	<b>KTC Cathéter veineux central</b>
CXR	chest X ray	<b>RP Radiographie pulmonaire</b>

DACUS	Duration of Anticoagulation based on Compression UltraSonography	<b>Durée de l'anticoagulation basée sur l'Ultrasonographie de Compression</b>
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand	<b>Handicaps du bras, de l'épaule et de la main</b>
DOAC	direct oral anticoagulan	<b>AOD Anticoagulant oral direct</b>
DVT	Deep vein thrombosis	<b>TVP Thrombose veineuse profonde</b>
ECG	electrocardiogram	<b>ECG Electrocardiogramme</b>
ECS	elastic compression stockings	<b>BCE Bas de compression élastique</b>
ESVS	European Society for Vascular Surgery	<b>SECV Société européenne de chirurgie vasculaire</b>
EU	European Union	<b>UE Union européenne</b>
GC	Guidelines Committee	<b>CR Comité des recommandations</b>
GSV	great saphenous vein	<b>VGS veine grande saphène</b>
GWC	Guideline Writing Committee	<b>CRR Comité de rédaction des recommandations</b>
HIT	heparin induced thrombocytopenia	<b>TIH Thrombocytopenie induite par l'héparine</b>
HR	hazard ratio	<b>Taux de dangerosité</b>
INR	international normalised ratio	<b>INR rapport normalisé international</b>
IVC	inferior vena cava	<b>VCI veine cave inférieure</b>
IU	international unit	<b>UI unité internationale</b>
IV	intravenous	<b>IV intraveineuse</b>
LMWH	Low-molecular-weight heparin	<b>HBPM Héparine de bas poids moléculaire</b>
MLB	multilayer bandaging	<b>BMC Bandage multicouches</b>
MRV	magnetic resonance venography	<b>Phlébographie par résonance magnétique</b>
NNT	number needed to treat	<b>NNT Nombre nécessaire pour traiter</b>
OR	odds ratio	<b>OR</b>
PCC	prothrombin complex concentrate	<b>CCP Concentré de complexe prothrombinique</b>
PE	pulmonary embolism	<b>EP Embolie pulmonaire</b>

PCDT	pharmacomechanical catheter directed thrombolysis	Thrombolyse pharmacomécanique sur cathéter
PF4	platelet factor 4	FP4 Facteur plaquettaire 4
PNH	paroxysmal nocturnal haemoglobinuria	HPN Hémoglobinurie paroxystique nocturne
POST	Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis	Étude Prospective Observationnelle sur la TVS
PTS	post-thrombotic syndrome	SPT Syndrome post-thrombotique
QoL	quality of life	QV Qualité de vie
RCT	Randomised controlled trial	ECR Essai contrôlé randomisé
MRI	magnetic resonance imagery	IRM Imagerie par résonance magnétique
RR	relative risk	RR Risque relatif
rtPA	recombinant tissue plasminogen activator	rtPA Activateur tissulaire du plasminogène recombinant
RVO	residual venous obstruction	OVR Obstruction veineuse résiduelle
SPC	summary of product characteristics	RCP Résumé des Caractéristiques du Produit
SSV	small saphenous vein	PVS Petite veine saphène
SVT	superficial vein thrombosis	TVS Thrombose veineuse superficielle
TORPEDO	Thrombus Obliteration by Rapid Percutaneous Endovenous Intervention in Deep Venous Occlusion	Essai clinique - Oblitération du thrombus par Intervention endoveineuse percutanée dans l'occlusion veineuse profonde
UEDVT	upper extremity deep vein thrombosis	TVP MS Thrombose veineuse profonde des membres supérieurs
UFH	unfractionated heparin	HNF Héparine non fractionnée
VKA	vitamin K antagonist	AVK Antagoniste de la vitamine K
VTE	venous thromboembolism	TEV Thromboembolie veineuse
WLUS	whole leg ultrasound	Echographie US de la jambe entière