



Extrait du Urgences-Online

<http://www.urgences-serveur.fr/thrombose-veineuse-profonde,1055.html>

# Thrombose veineuse profonde

- Protocoles - Préhospitalier - SMUR Necker - Pneumologie -



Date de mise en ligne : dimanche 29 janvier 2006

---

Copyright © Urgences-Online - Tous droits réservés

---

La maladie thrombo-embolique est au 3e rang des maladies cardiovasculaires : 160 / 100 000 habitants. Le diagnostic n'est pas facile. La principale complication immédiate est l'embolie pulmonaire.

## TRI

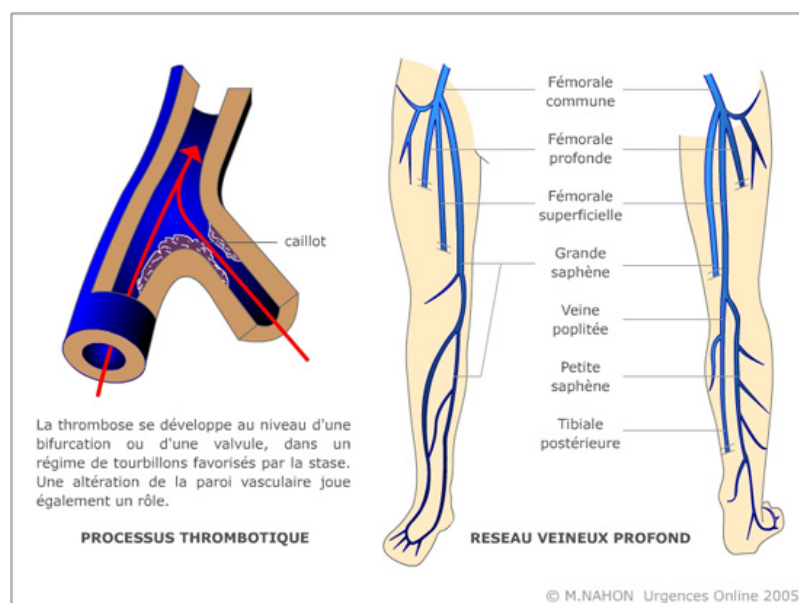
Au moindre doute sur une embolie pulmonaire -> Niveau 1

Sinon -> Niveau 2

## DIAGNOSTIC

Les signes cliniques ne sont pas toujours présents :

- ▶ Rêdème unilatéral (spécifique). L'œdème massif avec cyanose et ischémie (phlegmatia coerulea dolens) ou la douleur avec œdème blanc (phlegmatia alba dolens) sont rares.
- ▶ Douleur spontanée ou à la mise sous tension de la veine : signe de Homans non spécifique (50%)
- ▶ Induration fréquente (75%) mais non spécifique (50%)
- ▶ Augmentation de la chaleur locale et érythème (inconstants)
- ▶ Fébricule. Une fièvre élevée doit faire rechercher une autre cause.
- ▶ EP mode de révélation de la TVP dans 10% des cas. La recherche des signes d'embolie pulmonaire est systématique (Cf.)
- ▶ La thrombophlébite superficielle (cordon veineux induré et inflammé) sans varices ni étiologie évidente (traumatique, sur cathéter) est associée à une TVP dans 40% des cas. Une thrombophlébite superficielle sur le trajet saphène - fémorale commune est à risque de TVP.



# L'analyse des facteurs de risque

## FACTEURS DE RISQUE Thrombose veineuse profonde

<b>Généraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- âge</li> <li>- immobilisation &gt; 3 jours</li> <li>- grossesse et post partum</li> <li>- chirurgie récente &lt; 4 semaines</li> <li>- voyage longue distance (&gt; 4h) en avion ou voiture</li> </ul>
<b>Médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cancer</li> <li>- ATCD de TVP, d'AVC, d'IDM ou Ins cardiaque congestive</li> <li>- sepsis</li> <li>- syndrome néphrotique</li> <li>- colite ulcéraive</li> <li>- hyperviscosité</li> </ul>
<b>Traumatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polytraumatismes, trauma crânien, rachidien</li> <li>- brûlure</li> <li>- fracture des membres inférieurs</li> </ul>
<b>Vascularites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lupus érythémateux systémique, Anticorps antiphospholipides</li> <li>- Behcet</li> <li>- hyperhomocystéinémie</li> </ul>
<b>Hématologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polycythemia rubra vera</li> <li>- thrombocytose</li> <li>- dysfibrinogénémies, anomalies de la fibrinogénolyse (tPA, PAI1), anomalie de l'activation du plasminogène.</li> <li>- déficit en antithrombine III, protéine C, protéine S</li> <li>- mutation du facteur V Leyden, du gène de la prothrombine</li> </ul>
<b>Médicamenteux toxiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toxicomanie IV</li> <li>- contraceptifs oraux</li> <li>- œstrogènes</li> <li>- thrombocytopenie induites aux héparines.</li> </ul>

## Calcul du score de probabilité clinique

### Le score Hamilton

Facteur prédictif	Score
Immobilisation par plâtre de jambe	2
Néoplasie active dans les six derniers mois ou en cours	2
Forte suspicion clinique par le médecin du service des urgences et absence de diagnostic alternatif	2
Alitement de plus de 3 jours ou chirurgie récente de moins de 4 semaines	1
Sexe masculin	1
Tuméfaction de plus de 3 cm du côté atteint (mesurée 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
Erythème	1

## Thrombose veineuse profonde

Un score < 3 donne une faible probabilité de TVP

Un score > ou = 3 est en faveur d'une probable TVP

- ▶ [Importance of pretest probability score and D-dimer assay before sonography for lower limb deep venous thrombosis. Subramaniam RM. et coll. AJR Am J Roentgenol. 2006 Jan ;186\(1\):206-12.](#)

### Le score de Wells modifié

Facteur prédictif	Score
Néoplasie (traitement < 6 mois ou palliatif)	1
Plâtre ou paralysie membre inférieur	1
Alitement de plus de 3 jours ou chirurgie majeure (sous AG ou ALR) récente de moins de 12 semaines	1
Induration sur le trajet d'une veine profonde	1
Oedème de toute une jambe	1
Tuméfaction de plus de 3 cm du côté atteint (mesurée 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
Oedème penant le godet du côté atteint	1
Circulation veineuse collatérale (non variqueuse)	1
ATCD de TVP documentée	1
Présence d'une alternative diagnostique	-2

Un score < 2 donne une faible probabilité de TVP

Un score > ou = 2 est en faveur d'une probable TVP

- ▶ [Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. Wells PS. et coll. N Engl J Med. 2003 Sep 25 ;349\(13\):1227-35.](#)

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ▶ Erysipèle, cellulite, lymphangite, hématome, lymphoedème
- ▶ Varice
- ▶ Thrombophlébite septique
- ▶ Thrombophlébite superficielle
- ▶ Tendinite acchyléenne, arthrite, traumatisme, hématome
- ▶ Compression extrinsèque de la veine iliaque (tumeur, hématome, abcès)
- ▶ Rdème asymétrique (ins . cardiaque, hépatopathie, ins. rénale, syndrome néphrotique)

# BILAN PARACLINIQUE

*Rechercher l'EP au moindre doute (Cf.)*

## Bilan non spécifique

- ▶ numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme, bilan de coagulation, CRP.

## Dosage des D-Dimères

*Ne pas confondre les D-Dimères, produits de dégradation du fibrinogène avec le PDF produit de dégradation de la fibrine.*

- ▶ Une valeur < 500 mcg/L exclue le diagnostic de TVP.
- ▶ Par contre la spécificité est faible, < 50% (élevés dans de nombreuses situations : âge avancé, sepsis, insuffisance rénale, cardiaque et hépatique, syndrome de coagulation intravasculaire disséminée, blessures graves, grosses interventions chirurgicales, cancer de la prostate avant et après intervention et l'IDM ...)

## ECG

- ▶ Réalisé systématiquement à la recherche de signes d'EP.

## Radio de Thorax F+P

- ▶ Réalisé systématiquement à la recherche de signes d'EP.

## Gaz du sang

- ▶ Réalisé systématiquement en cas de suspicion de TVP proximale

## Echo-doppler veineux

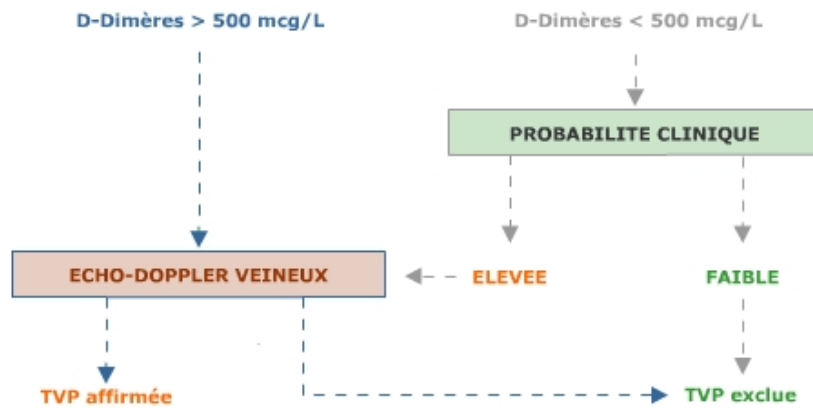
- ▶ Echo-Doppler des veines iliaques et des membres inférieurs.
- ▶ Dans les 4 h en cas de CI aux anticoagulants, sinon le traitement anticoagulant est mis en route avant l'examen qui doit être réalisé dans les 24 h.
- ▶ La présence d'une TVP proximale permet d'affirmer le diagnostic.

## Phlébographie

- ▶ En général inutile lorsque l'écho-doppler et le scanner sont réalisables

# DIAGNOSTIC POSITIF

## STRATEGIE DIAGNOSTIQUE Suspicion de thrombose veineuse profonde



## TRAITEMENT

Le risque de récurrence à court terme, souvent grave est très élevé en l'absence de traitement efficace (50%).

### Héparinothérapie

▶ Héparine non fractionnée (HNF) : bolus 70UI/kg puis 500UI/kg/24H IVSE à adapter en fonction du TCA (1,5 à 3x le témoin). Penser au dosage des plaquettes à J0 puis à J5 puis deux fois par semaine.

ou

▶ Héparine de bas Poids Moléculaire (HBPM) : Enoxaparine ou Dalteparine 200UaXa/Kg/jour SC en l'absence de contre indications : grossesse, insuffisance rénale sévère, obésité, sujets âgés. Ne nécessite pas de dosage biologique sauf chez les patients âgés et insuffisants rénaux : l'activité anti-Xa souhaitée est entre 0,5 et 1 U/mL. Le contrôle des plaquettes est réalisé 2 fois par semaine à la recherche d'une thrombopénie induite.

▶ Relais AVK entre J1 et J3 : chevaucher AVK et HNF ou HBPM pendant 5 jours et arrêt Héparine quand INR stable pendant 2 jours consécutifs.

Les AVK seront poursuivis en fonction du risque :

- risque faible : 3 à 6 mois
- risque intermédiaire : 6 mois
- risque élevé : 1 an et plus

- ▶ Prévoir bilan thrombose (+++), de préférence avant traitement par héparine.
- ▶ Prévoir éventuelle CST pneumo ou cardio(CD poste 8210).

### Thrombolyse

Elle sera toujours réalisée en milieu de réanimation.

- ▶ réservée à la phlegmatia coerulea dolens et lors de l'extension du thrombus à la veine cave.

### Chirurgie

- ▶ Le filtre cave est réservé aux récurrences sous traitement anti-coagulant ou en cas de CI de ceux ci.

### Contention

L'utilisation d'une compression élastique avec une pression de 30 à 40 mmHg à la cheville est recommandée durant 2 ans après l'épisode de TVP.

## CRITERES DE NON ADMISSION

Si la sortie est évoquée, un doppler des membres inférieurs est prévu à J+10.

## CRITERES D'ADMISSION EN USR

Avis réanimateur pneumologue (bip 1118) au moindre doute d'EP et en cas d'aide pour :

- ▶ décision d'hospitalisation en salle ou en USR
- ▶ choix du traitement

## CRITERES D'ADMISSION EN REA

(après appel du réa au bip 1118)

En présence d'embolie pulmonaire grave et en cas d'indication de thrombolyse.

## Références

- ▶ [Importance of pretest probability score and D-dimer assay before sonography for lower limb deep venous](#)

- [thrombosis. Subramaniam RM. et coll. AJR Am J Roentgenol. 2006 Jan ;186\(1\):206-12.](#)
- ▶ [Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. \(Article in French\) Achkar A. et coll. Rev Mal Respir. 2005 Jul 27 ;](#)
  - ▶ [Bed rest or ambulation in the initial treatment of patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary embolism : findings from the RIETE registry. Trujillo-Santos J. et coll. Chest. 2005 May ;127\(5\):1631-6.](#)
  - ▶ [3rd update workshop of the SPLF \(Article in French\) Lorut C. et coll. Rev Mal Respir. 2005 Feb ;22\(1 Pt 1\):169-73.](#)
  - ▶ [Epidemiology of acute deep vein thrombosis. Bulger CM. et coll. Tech Vasc Interv Radiol. 2004 Jun ;7\(2\):50-4.](#)
  - ▶ [Current DVT imaging. Katz DS. et coll. Tech Vasc Interv Radiol. 2004 Jun ;7\(2\):55-62.](#)
  - ▶ [Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. Wells PS. et coll. N Engl J Med. 2003 Sep 25 ;349\(13\):1227-35.](#)
  - ▶ [The evolution and impact of the American College of Chest Physicians consensus statement on antithrombotic therapy. Tapson VF. Clin Chest Med. 2003 Mar ;24\(1\):139-51](#)
  - ▶ [Medical literature and vena cava filters : so far so weak. Girard P. et coll. Chest. 2002 Sep ;122\(3\):963-7.](#)
  - ▶ [Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence : the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. Tsai AW. et coll. Arch Intern Med. 2002 May 27 ;162\(10\):1182-9.](#)
  - ▶ [Plasma D-dimers in the diagnosis of venous thromboembolism. Kelly J. et coll. Arch Intern Med. 2002 Apr 8 ;162\(7\):747-56.](#)
  - ▶ [Prevention of venous thromboembolism : recommendations based on the International Consensus and the American College of Chest Physicians Sixth Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. Haas S. Clin Appl Thromb Hemost. 2001 Jul ;7\(3\):171-7.](#)
  - ▶ [Management of suspected deep venous thrombosis in outpatients by using clinical assessment and D-dimer testing. Kearon C. et coll. Ann Intern Med. 2001 Jul 17 ;135\(2\):108-11.](#)
  - ▶ [A meta-analysis comparing low-molecular-weight heparins with unfractionated heparin in the treatment of venous thromboembolism : examining some unanswered questions regarding location of treatment, product type, and dosing frequency. Dolovich LR. et coll. Arch Intern Med. 2000 Jan 24 ;160\(2\):181-8.](#)
  - ▶ [A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. Samama MM. et coll. N Engl J Med. 1999 Sep 9 ;341\(11\):793-800.](#)
  - ▶ [The diagnostic approach to acute venous thromboembolism. Clinical practice guideline. American Thoracic Society. Tapson VF. et coll. Am J Respir Crit Care Med. 1999 Sep ;160\(3\):1043-66.](#)
  - ▶ [Applying risk assessment models in general surgery : effective risk stratification. Samama MM. Blood Coagul Fibrinolysis. 1999 Aug ;10 Suppl 2:S79-84.](#)
  - ▶ [Low-molecular-weight heparins compared with unfractionated heparin for treatment of acute deep venous thrombosis. A meta-analysis of randomized, controlled trials. Gould MK. et coll. Ann Intern Med. 1999 May 18 ;130\(10\):800-9.](#)
  - ▶ [Non-invasive diagnosis of venous thromboembolism in outpatients. Perrier A. et coll. Lancet. 1999 Jan 16 ;353\(9148\):190-5.](#)
  - ▶ [Does this patient have deep vein thrombosis ? Anand SS. et coll. JAMA. 1998 Apr 8 ;279\(14\):1094-9.](#)
  - ▶ [Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Wells PS. et coll. Lancet. 1997 Dec 20-27 ;350\(9094\):1795-8.](#)
  - ▶ [The role of D-dimer in the diagnosis of venous thromboembolism. Lee AY. et coll. Curr Opin Pulm Med. 1997 Jul ;3\(4\):275-9.](#)
  - ▶ [A novel and rapid whole-blood assay for D-dimer in patients with clinically suspected deep vein thrombosis. Wells PS. et coll. Circulation. 1995 Apr 15 ;91\(8\):2184-7.](#)
  - ▶ [Plasma measurement of D-dimer as diagnostic aid in suspected venous thromboembolism : an overview. Bounameaux H. et coll. Thromb Haemost. 1994 Jan ;71\(1\):1-6.](#)
  - ▶ [Acquired risk factors for deep-vein thrombosis in symptomatic outpatients. Cogo A. et coll. Arch Intern Med. 1994 Jan 24 ;154\(2\):164-8.](#)
  - ▶ [A comparison of real-time compression ultrasonography with impedance plethysmography for the diagnosis of deep-vein thrombosis in symptomatic outpatients. Heijboer H. et coll. N Engl J Med. 1993 Nov 4 ;329\(19\):1365-9.](#)
  - ▶ [Subcutaneous low-molecular-weight heparin compared with continuous intravenous heparin in the treatment of proximal-vein thrombosis. Hull RD. et coll. N Engl J Med. 1992 Apr 9 ;326\(15\):975-82.](#)



## Références embolie pulmonaire

► [Cliquez sur ce lien](#)