

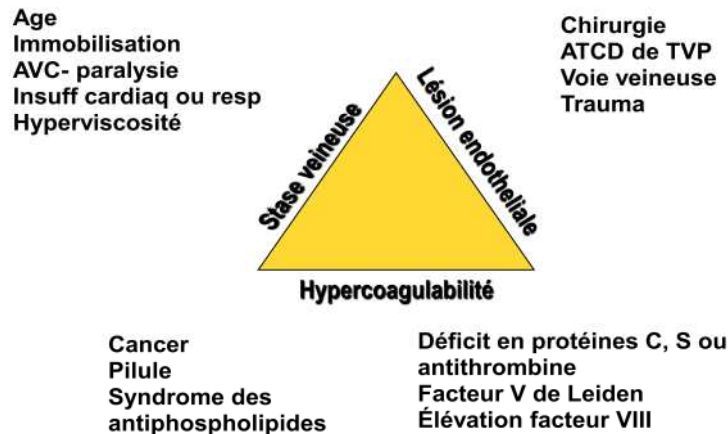
Thrombose veineuse profonde.

I. Généralités

- Obstruction d'une veine profonde par un thrombus constitue *in situ*.
- Cause la plus fréquente de décès évitable en milieu hospitalier.
- Le risque d'EP fixe le pronostic vital immédiat de la TVP justifiant le concept de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).

II. Epidémiologie

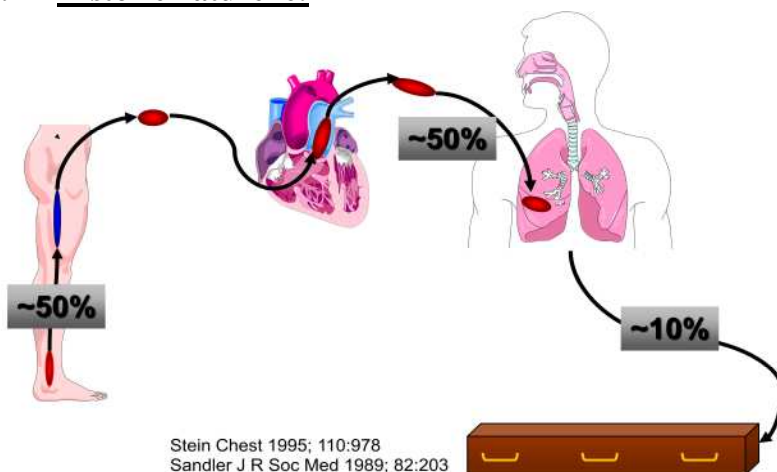
III. Facteurs prédisposants: Triade de Virchow



Facteurs prédisposants

- Contexte particulier:
 - Postopératoire: orthopédie, polytrauma ++
 - Obstétrical: grossesse, postpartum
 - Médical: AVC, cancer++
- TVP ambulatoire sans facteur identifié

IV. Histoire naturelle:



- Syndrome post-thrombotique (SPT): 25-40%, Récidive: 30% après arrêt de l'anticoagulation.

V. Diagnostic positif :

Clinique Douleur exagérée par la palpation des trajets veineux.

- ❖ Œdème: dur, peau blanche luisante chaude, dilatation des veines superficielles; limité à la jambe (thrombose poplitée) ou tout le membre (thrombose fémoro-iliaque),
- ❖ Signes généraux: fébricule, pouls accéléré.

Diagnostiques différentiels

- Rupture d'un kyste de Baker: gêne sévère brutale au mollet.
- Cellulite: fièvre et frissons.
- Syndrome postphlébitique.

Score de Wells

Facteur	points
• Cancer évolutif	1
• Paralysie, parésie ou plâtre récent	1
• Alitement > 3 j ou chirurgie < 12 sem	1
• Dlr à la palpation des v profondes	1
• Oedème de tout le membre	1
• Oedème unilatéral du mollet > 3cm	1
• Oedème prenant le godet	1
• V collatérales superf non variqueuses	1
• Diagnostic alternatif vraisemblable	-2

Probabilité forte > 2, intermédiaire 1-2, faible < 1

D-dimères

- Produits de dégradation de la fibrine
- Très sensible
- Faux positifs: cancer, postop, trauma infection, infarctus, grossesse

Échodoppler veineux: examen clé

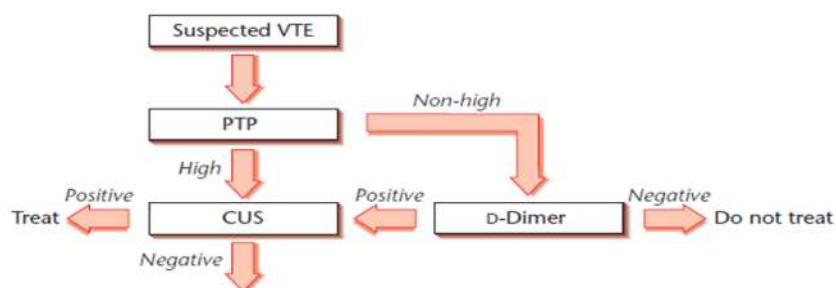
Confirme les TVP prox mais peut rater qq TVP distales

Phlébographie

Injection de produit iode dans une veine dorsale du pied.

Largement remplacée par l'échodoppler.

Stratégie diagnostique



PTP: probabilité prétest CUS: échodoppler

VI. Diagnostic étiologique :

- ✓ **Recherche d'une thrombophilie**
 - ❖ Avant 60 ans si 1er épisode non provoqué ou récidive.
 - ❖ Toute femme si ATCD personnels ou familiaux de MTEV; avant contraception ou désir de grossesse.
 - ❖ 2 à 3 semaines après l'arrêt du traitement anticoagulant.
- ✓ **Recherche d'une néoplasie**
 - ❖ Après 40 ans: sang dans les selles, thorax, PSA, examen gynéco avec mammo et écho pelvienne.
 - ❖ Surveillance clinique répétée sur au moins 1 an.

VII. TRAITEMENT :

1. Héparine non fractionnée

- IV ou SC
- 500 UI/kg/j puis adaptée au TCA (1,5 à 2,5 le témoin)
- recommandée chez les insuffisants rénaux et pour les patients susceptibles de subir des interventions

2. HBPM et fondaparinux

- Absence d'adaptation des doses à des tests d'hémostase; réduction du risque de thrombopénie induite.
- Enoxaparine (Lovenox): 100 UI/kg/12 h

3. AVK

- INR entre 2 et 3.
- 3 mois si facteur déclenchant réversible.
- 3 mois avec réévaluation annuelle si TVP proximale en l'absence de facteur déclenchant.

4. Compression élastique

- Bas de compression veineuse élastique dès le diagnostic de TVP pour une durée minimale de 2 ans pour prévenir le SPT.

VIII. Prévention :

Niveaux de risque		Risque de TVP sans prophylaxie (%)	Prévention suggérée
Bas risque	Chirurgie mineure et patients valides	< 10	Lever précoce
	Patients médicalisés mais valides		
Risque modéré	Chirurgie générale, gynécologique	10 à 40	HBPM énoxaparine (Lovenox®) 2000 UI/24 h
	Ou urologique ou		Ou
	Patients médicalisés allongés		Fondaparinux (Arixtra®) 2,5 mg/24 h
	Risque modéré + risque hémorragique		Compression élastique
Haut risque	Arthroplastie de hanche ou du genou	> 40	HBPM énoxaparine (Lovenox®) 4000 UI/24 h
	Traumatisme majeur		Fondaparinux (Arixtra®) 2,5 mg/24 h
	Haut risque + risque hémorragique		Compression élastique

IX. SITUATIONS PARTICULIERES :

1. Grossesse

- Signes cliniques difficiles à interpréter du fait de la stase induite par la grossesse.
- D-dimères peut être faussement positif.
- AVK non recommandés aux 1^{er} et 3^{ème} trimestres.

2. Cancer

- HBPM pendant 3 à 6 mois au long cours avec des posologies légèrement inférieures.
- Au-delà de 6 mois, réévaluer la possibilité de passer aux AVK.
- **Thrombopénie à l'héparine :** Complication redoutée de l'héparinothérapie

3. Thrombose veineuse superficielle

- Habituellement trajet de la grande saphène, palpation douloureuse, cordon induré, peau rouge et chaude.
- TVP associée dans 10% des cas
- Causes: cancer, Buerger, Behcet, thrombophilie
- AINS en local, compression veineuse, HBPM ou fondaparinux à *dose prophylactique* pendant 1 à 4 semaines.

X. Conclusions:

- prévention si risque
- Dlr + oedème asymétrique = TVP jusqu'à preuve du contraire
- En ambulatoire des d-dimères négatifs excluent le dg si probabilité clinique faible.
- Le doppler confirme les TVP prox mais peut rater qq TVP distales.
- TRT par (HNF ou HBPM) + AVK
- TRT ambulatoire possible.