
Thrombose veineuse profonde

Adel Rhouati

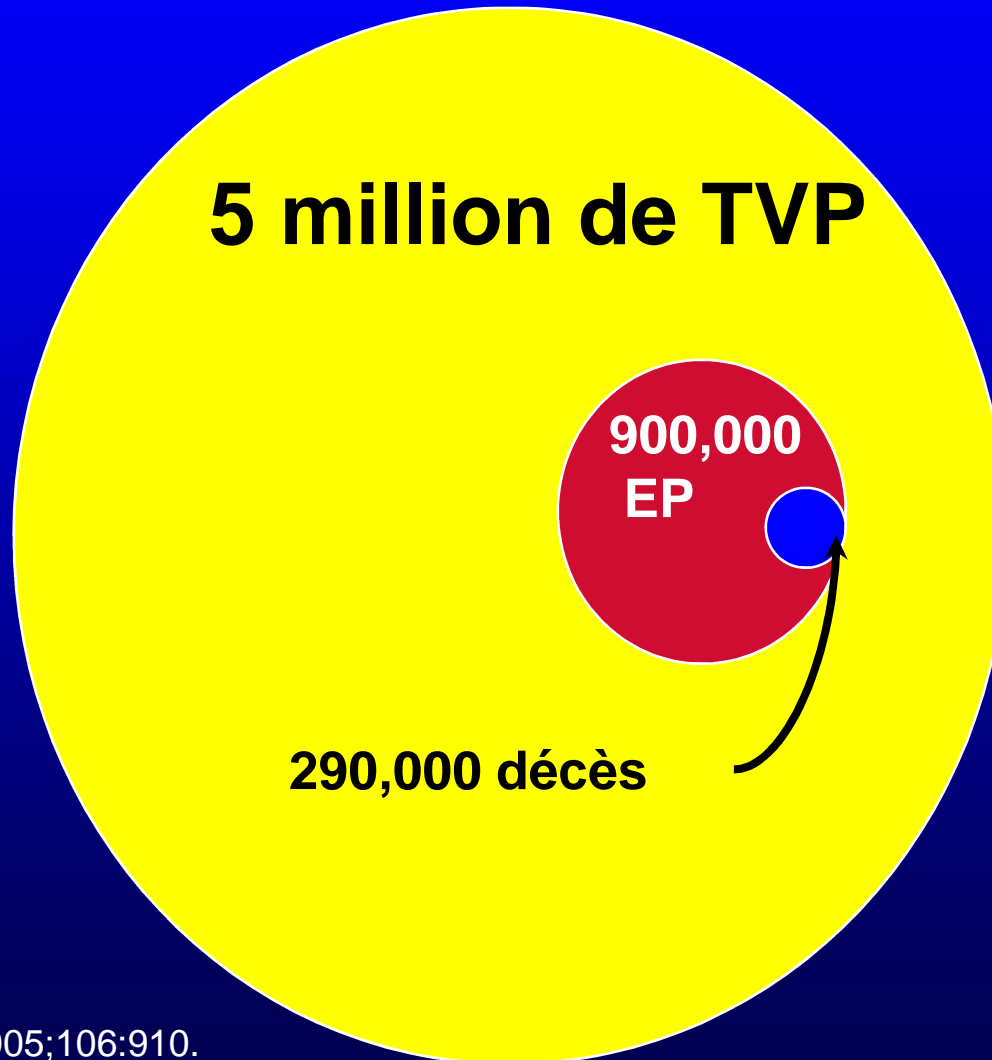
Chef d'unité de cathétérisme

EHS Erriadh Constantine

Généralités

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

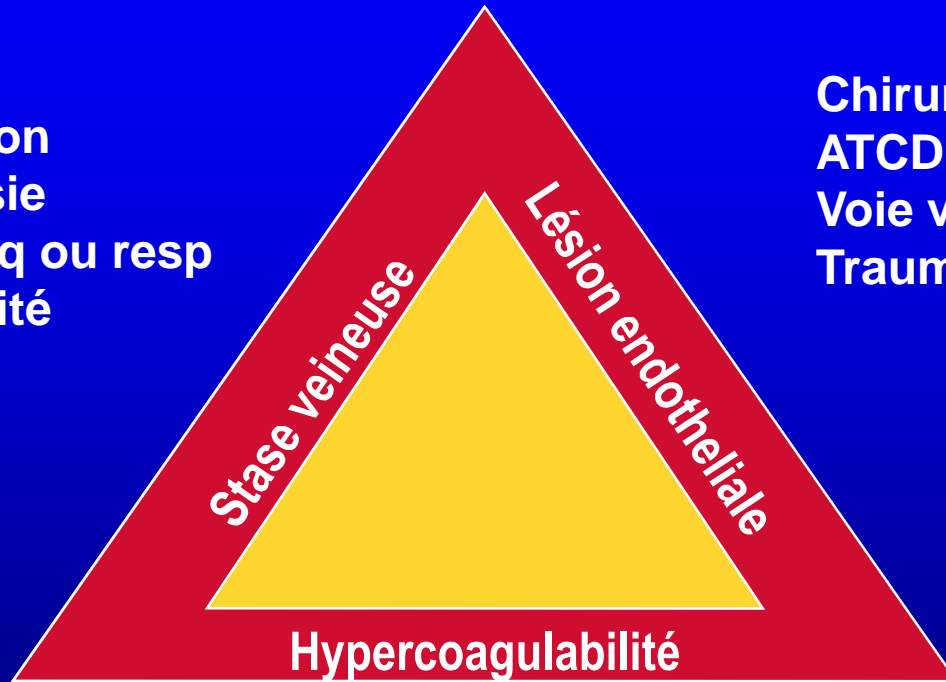
Epidémiologie



Facteurs prédisposants: Triade de Virchow

Age
Immobilisation
AVC- paralysie
Insuff cardiaq ou resp
Hyperviscosité

Chirurgie
ATCD de TVP
Voie veineuse
Trauma



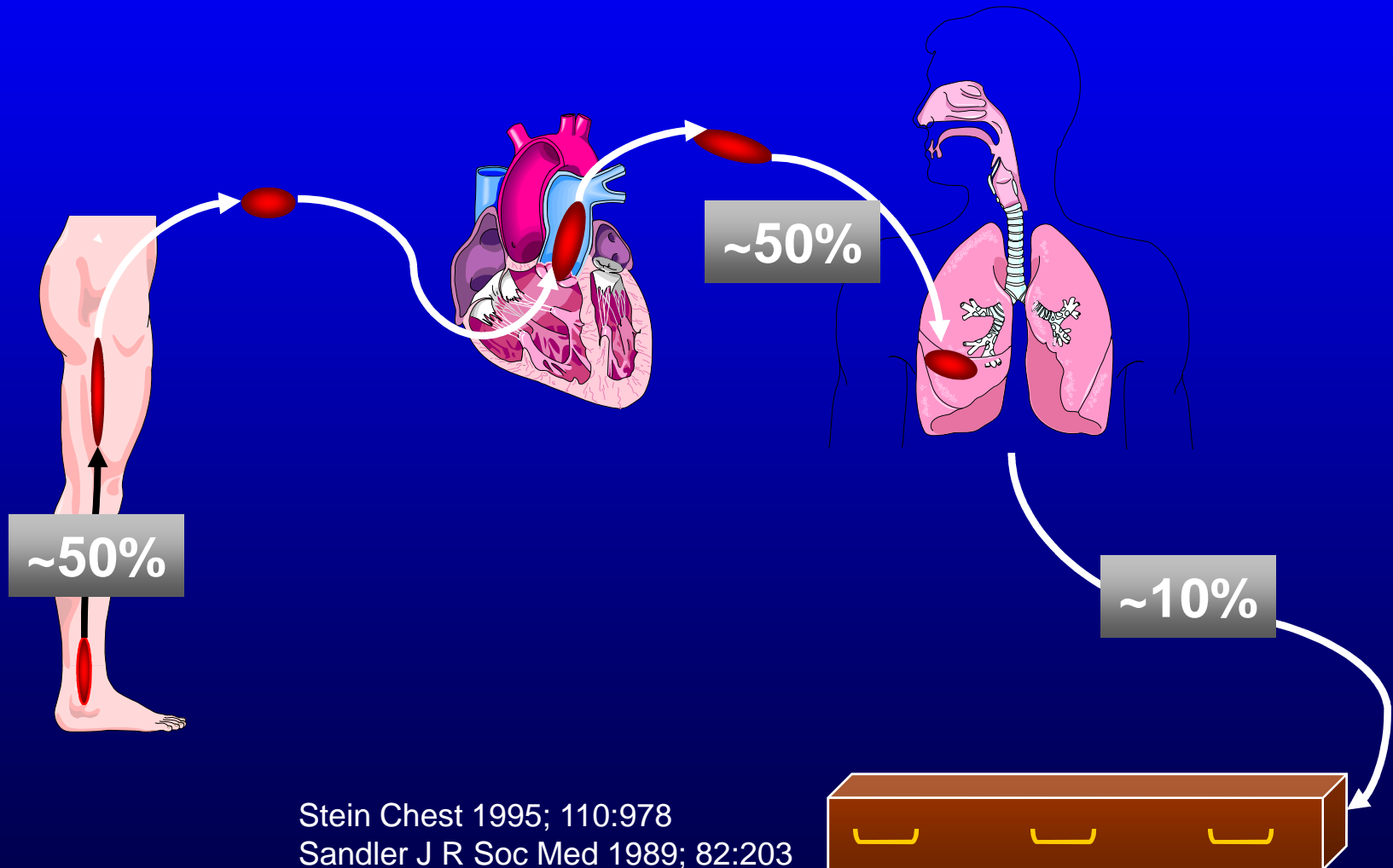
Cancer
Pilule
Syndrome des
antiphospholipides

Déficit en protéines C, S ou
antithrombine
Facteur V de Leiden
Élévation facteur VIII

Facteurs prédisposants

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

Histoire naturelle



Stein Chest 1995; 110:978
Sandler J R Soc Med 1989; 82:203

Histoire naturelle

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



DIAGNOSTIC POSITIF



Clinique

- u Douleur exagérée par la palpation des trajets veineux.
- u Œdème: dur, peau blanche luisante chaude, dilatation des veines superficielles; limité a la jambe (thrombose poplitée) ou tout le membre (thrombose fémoro-iliaque),
- u Signes généraux: fébricule, pouls accéléré.



Diagnostics différentiels

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

Score de Wells

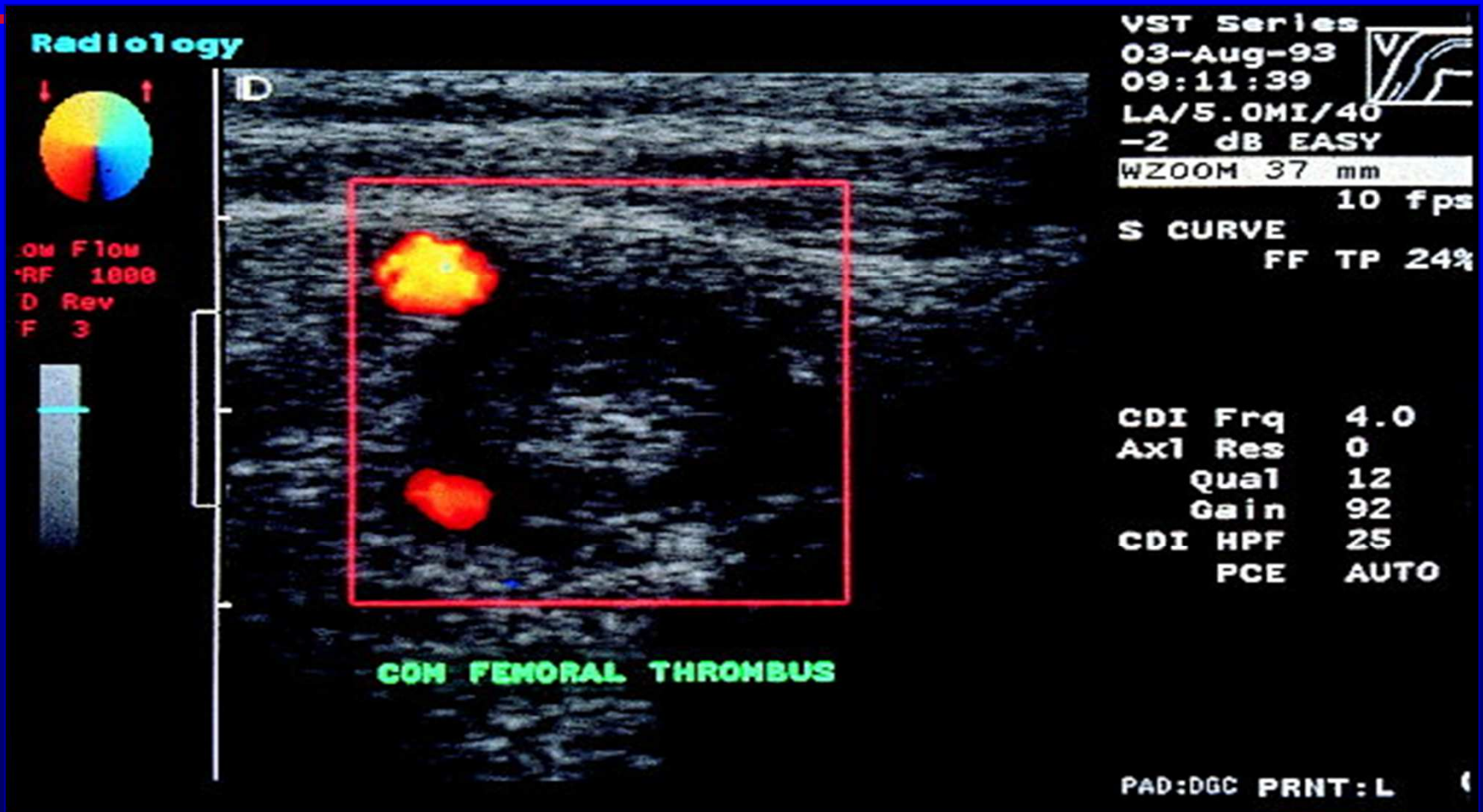
Facteur	points
• Cancer évolutif	1
• Paralysie, parésie ou plâtre récent	1
• Alitement > 3 j ou chirurgie < 12 sem	1
• Dlr à la palpation des v profondes	1
• Oedème de tout le membre	1
• Oedème unilatéral du mollet > 3cm	1
• Oedème prenant le godet	1
• V collatérales superf non variqueuses	1
• Diagnostic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

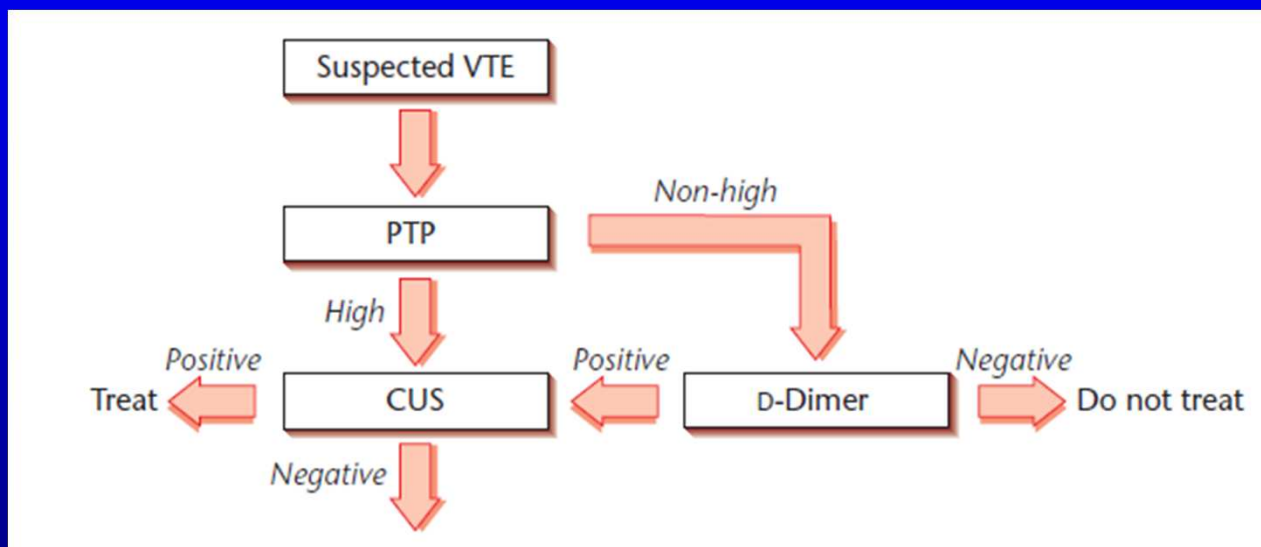
Phlébographie

Injection de produit iode dans une veine dorsale du pied.

Largement remplacée par l'échodoppler.



Stratégie diagnostique



PTP: probabilité prétest

CUS: echodoppler

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Recherche d'une thrombophilie

- u Avant 60 ans si 1er épisode non provoqué ou récédive.
- u Toute femme si ATCD personnels ou familiaux de MTEV; avant contraception ou désir de grossesse.
- u 2 à 3 semaines après l'arret du traitement anticoagulant.

Recherche d'une néoplasie

- u Après 40 ans: sang dans les selles, thorax, PSA, examen gynéco avec mammo et écho pelvienne.
- u Surveillance clinique répétée sur au moins 1 an.

TRAITEMENT

Héparine non fractionnée

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

HBPM et fondaparinux

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

AVK

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

Compression élastique

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



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

SITUATIONS PARTICULIERES

Grossesse

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

Cancer

- u HBPM pendant 3 à 6 mois au long cours avec des posologies légèrement inférieures.
- u Au-delà de 6 mois, réévaluer la possibilité de passer aux AVK.

Thrombopénie à l'héparine

- u Complication redoutée de l'héparinothérapie.

Thrombose veineuse superficielle

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

Conclusions

- Prévention si risque
- Dlr + oedeme asymetrique = 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.