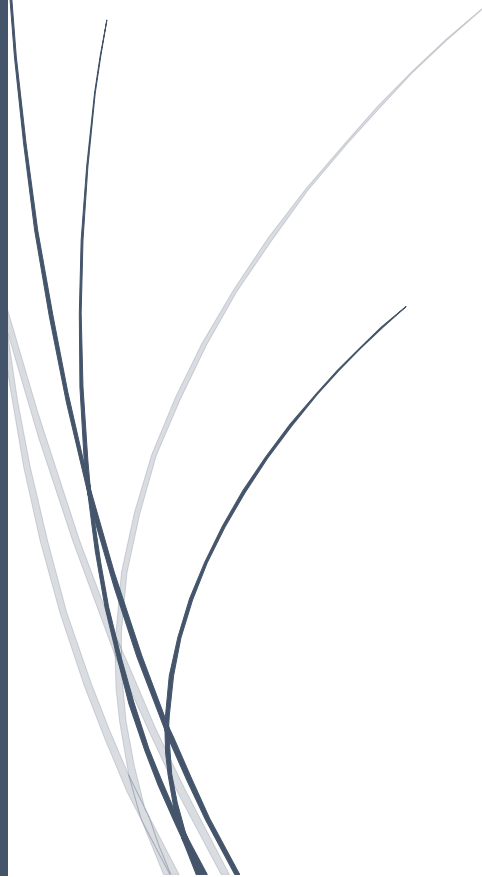




2019

Thromboses veineuses profondes

Dr Djellaoudji, CHU de Sétif



Objectifs pédagogiques :

- définir la thrombose veineuse profonde
- connaître les facteurs de risque et prédisposant à la thrombose veineuse profonde
- Connaître les formes cliniques de la maladie
- Connaître l'intérêt de l'examen clinique dans le diagnostic de la thrombose veineuse profonde et l'intérêt des scores de la probabilité clinique.
- Connaître les examens complémentaires nécessaires au diagnostic positif
- intérêt de l'enquête étiologique dans la prise en charge de la thrombose veineuse profonde
- savoir traiter une thrombose veineuse profonde

1) Définition :

La thrombose veineuse profonde (TVP) est l'obstruction plus ou moins complète d'une veine profonde par un thrombus constitué in situ. L'incidence annuelle de la TVP est de l'ordre de 1 à 1,6 %.

2) Physiopathologie :

Trois facteurs interviennent dans la formation de thromboses veineuse :

- Stase sanguine dans les vaisseaux de gros calibre des membres inférieurs
- Altération de la paroi vasculaire
- Altération de la coagulation

Facteurs prédisposant à la MTEV :

- a) Facteurs de risque forts
 - Fracture du membre inférieur
 - Hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou fibrillation / flutter auriculaire (dans les 3 mois précédents)
 - Remplacement de la hanche ou du genou
 - Traumatisme majeur
 - Infarctus du myocarde (dans les 3 mois précédents)
 - ATCD de MTEV
 - Lésion de la moelle épinière
- b) Facteurs de risque modérés
 - Chirurgie arthroscopique du genou
 - Maladies auto-immunes
 - Transfusion sanguine
 - voie veineuse centrale
 - Cathéters et conduits intraveineux
 - Chimiothérapie
 - Insuffisance cardiaque congestive ou insuffisance respiratoire
 - Agents stimulant l'érythropoïèse
 - Traitement hormonal substitutif
 - La fécondation in vitro

- contraception orale
- Période de post-partum
- Infection (en particulier pneumonie, infection des voies urinaires, HIV)
- Maladie inflammatoire intestinale
- Cancer (risque plus élevé si métastases)
- Paralysie par AVC
- Thrombose veineuse superficielle
- Thrombophilie
- c) Facteurs de risque faibles
- Alitement > 3 jours
- Diabète sucré
- Hypertension artérielle
- Immobilité due à la position assise (par exemple, voyage prolongé en voiture ou en avion)
- âge avancé
- Chirurgie laparoscopique (par exemple, cholécystectomie)
- Obésité
- Grossesse
- Varices

3) diagnostic positif d'une thrombose veineuse profonde

a) Signes cliniques

➤ **Douleur** : elle peut être spontanée, Ou provoquée par :

- ✓ la palpation le long des trajets veineux
- ✓ le ballottement ou la compression manuelle du mollet
- ✓ la dorsiflexion du pied (classique signe de Homans)

➤ **Œdème** : Dur, résistant, la peau est de couleur blanche luisante, avec une augmentation de la température locale et dilatation des veines superficielles.

Topographie :

- thrombose poplitée : œdème limité à la jambe
- thrombose fémoro-iliaque : œdème de tout le membre inférieur phlegmatia alba dolens ou phlébite blanche
- en cas d'œdème massif et brutal la compression de la circulation artérielle, -----
---des signes d'ischémie avec une cyanose, c'est la phlegmatia coerulea dolens ou phlébite bleue

b) Présomption clinique selon le score de Wells :

Variable		Points
Facteurs prédisposants	Parésie, paralysie ou immobilisation plâtrée récente des MI	1
	Chirurgie récente < 4 semaines ou alitement récent > 3 jours	1
	Cancer évolutif connu (traitement en cours ou < 6 mois ou palliatif)	1
Signes cliniques	Sensibilité le long du trajet veineux profond	1
	Œdème généralisé du MI	1
	Œdème du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale antérieure)	1
	Œdème prenant le godet	1
	Développement d'une circulation collatérale superficielle (veines non variqueuses)	1
	Diagnostic différentiel de TVP au moins aussi probable que celui de TVP	- 2
Probabilité clinique (3 niveaux)		Total
Faible		< 0
Intermédiaire		1 ou 2
Forte		> 3

c) Examens complémentaires : diagnostic de certitude

- **D-dimères** : produits de dégradation de la fibrine, son seuil de positivité $\geq 500\text{ng/ml}$
Place importante dans la stratégie diagnostique de la MTEV.
Un taux normal permet d'exclure avec quasi-certitude le diagnostic de la MTEV : La valeur prédictive négative des D-dimères est forte (> 95 %). Le dosage des D-dimères est donc utilisé essentiellement pour exclure le diagnostic de MTEV chez les patients dont le score de probabilité clinique est faible ou intermédiaire
- **Echodoppler veineux** : examen non invasif, qui permet :
 - Le diagnostic positif
 - Le Diagnostic topographique
 - L'extension
 - Le caractère flottant ou adhérent de thrombus

4) Bilan étiologique :

a. Rechercher un facteur déclenchant transitoire :

- une chirurgie ou une fracture des membres inférieurs survenant dans les 3 mois,
- une immobilisation prolongée au-delà de 3 jours.

La TVP en présence d'un ou plusieurs de ces facteurs est donc dite secondaire ou provoquée.

En l'absence de ces facteurs, la TVP est dite idiopathique (ou non provoquée ou spontanée ou Ambulatoire), et un bilan à visée étiologique doit être réalisé.

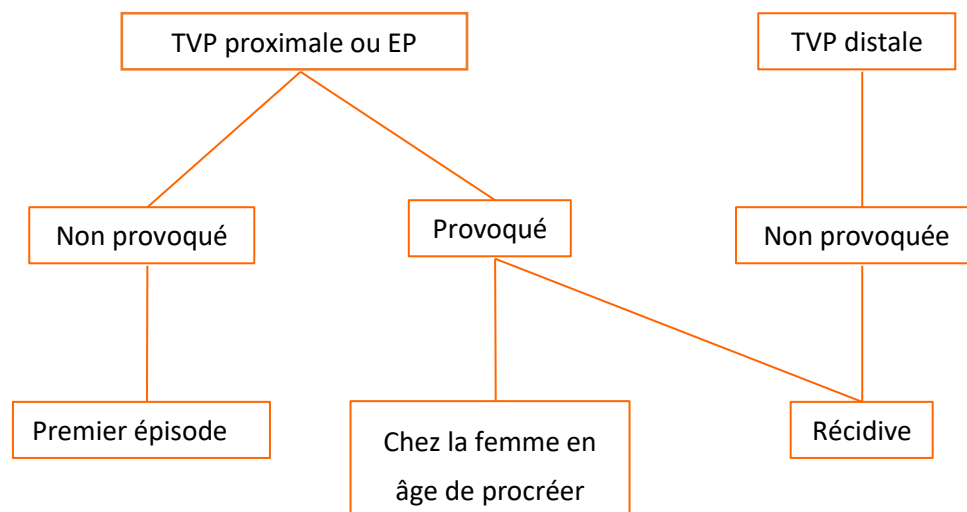
b. Recherche d'une thrombophilie :

La thrombophilie est définie comme la présence d'une anomalie biologique exposant au risque thrombotique veineux. Elle est de deux types :

- ✓ La thrombophilie Constitutionnelle :
 - mutation du facteur V de type Leiden (ou résistance à la protéine C activée)
 - mutation du facteur II de type Leiden
 - déficit en protéine C ou S ou antithrombine III
 - élévation du facteur VIII
 - hyperhomocystéinémie

- ✓ La thrombophilie acquise (présence d'anticoagulant circulant, d'anticorps anticardiolipines...).

Algorithme de demande de bilan de la thrombophilie :



c. Rechercher une néoplasie : Le dépistage est proposé après 40 ans ou si le bilan de thrombophilie est négatif :

- PSA (antigènes spécifiques de prostate) chez l'homme,
- un examen gynécologique avec mammographie et échographie pelvienne chez la femme.
- Une recherche de sang dans les selles
- une radiographie du thorax est effectuée dans les deux sexes.
- Les autres examens ne sont pas systématiques, mais indiqués en fonction de la clinique.

5) Traitement :

a. L'objectif du traitement :

- d'améliorer les symptômes
- d'éviter l'extension et les récurrences
- d'éviter leurs conséquences cliniques sur la morbidité (EP, SPT, HTAP aiguë ou chronique) et la mortalité (EP fatale).

b. Moyens :

- Contention : 2 ans voir à vie
- Anticoagulants: HBPM + AVK: INR cible (2 – 3). La durée est variable selon la localisation