

Diagnostic de la Thrombose Veineuse Profonde

10^{ème} symposium valaisan des maladies vasculaires

Raphaël Guanella

Sion, le 5 Septembre 2019

Quelques rappels

- Pathologie fréquente à laquelle le MPR est souvent confronté
- Incidence annuelle de 1-2 / 1'000 avec une augmentation exponentielle avec l'âge
- 300'000 – 600'000 cas par année aux USA
- Deux complications : embolie pulmonaire et le syndrome post-thrombotique

Localisation des TVP

- Membres inférieurs
- Membres supérieurs (1 - 4% des cas)
- Localisations «inhabituelles» : thromboses
splanchniques, cérébrales, pelviennes, rénales,...

TVP des membres inférieurs

:

V. cave inférieure

Vv. iliaques

V. fémorale commune

V. fémorale superf.

V. poplitée

Vv. tibiales postérieures

Vv. péronières

Vv. musculaires



TVP proximale 50%

TVP distale 50%

Présentation clinique de la TVP



Image J-P. Laroche

Evaluation clinique peu fiable !

- Anamnèse et examen clinique peu sensibles et spécifiques pour le diagnostic de la TVP
 - 80% des patients suspects de TVP n'ont pas de TVP
 - 50% des patients suspects d'un autre diagnostic ont une TVP

Stratégie diagnostique en cas de suspicion de TVP

Combinaison de **3 éléments**

- Estimation de la probabilité clinique
- Dosage des D-dimères
- Echo-Doppler veineux de compression



Interrogatoire

- Plaintes les plus fréquentes: **douleurs** et **œdème**
- Evaluation détaillée des circonstances de survenue des symptômes évocateurs de la TVP
- Rechercher la présence de **facteurs de risques** (transitoires et permanents) de survenue de la TVP
- Conséquences sur probabilité clinique de la TVP, bilan étiologique et durée du traitement anticoagulant

Facteurs de risque transitoires

Majeurs

- Chirurgie avec AG > 30 minutes
- Trauma ou fracture des membres inférieurs < 3 mois avec immobilisation prolongée (plâtre, attelle)
- Alitement > 3 jours pour une affection médicale aiguë

Mineurs

- Voyage prolongé (> 4-6 h)
- Grossesse et post-partum
- Contraceptif oral Oe-P et thérapie hormonale substitutive

Facteurs de risque persistants

Majeurs

- Antécédent personnel de thrombose
- Cancer actif ou hémopathie
- Thrombophilies sévères (SaPL, déficit en AT)
- Maladies inflammatoires chroniques digestives ou articulaires

Mineurs

- Age et obésité

Examen clinique

- Œdème unilatéral
- Rougeur / cyanose
- Chaleur
- Dilatation du réseau veineux superficiel (non variqueux)



Scores de probabilité clinique

- Permet de pallier à la faible sensibilité et spécificité de la clinique
- Classifie les patients en niveaux de risque
- En fonction de la probabilité clinique, sélection de l'examen paraclinique avec le meilleur rendement et la meilleure fiabilité (D-dimères ou US)

Score de WELLS pour la TVP

Active cancer treatment (ongoing, within 6 months, or palliative) +1	Paralysis, paresis, recent immobilisation of the lower limbs +1	Recently bedridden for more than 3 days, or major surgery within 4 weeks +1	Alternative diagnosis as likely, or more likely than DVT -2
Localised tenderness along distribution of deep venous system +1	Entire leg swelling +1	Calf swelling >3cm compared with asymptomatic leg +1	
Pitting oedema (greater in symptomatic leg) +1	Collateral superficial veins (non-varicose) +1	Previous documented DVT +1	

Total score: -2 -1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Probabilité de TVP	Faible	Forte
Prévalence de TVP	5.5%	27.9%

Utilité des D-dimères

- Produits de dégradation de la fibrine
- Seuil de «normalité» à 500 ug/L (ELISA)
- **Excellente sensibilité et faible spécificité**
- Utile pour éliminer une TVP chez patients avec probabilité clinique **faible**
- Ne doivent pas être dosés en cas de probabilité clinique **forte** ou pour diagnostiquer une TVP

Utilité des D-dimères

- Taux augmenté (utilité limitée) dans de nombreuses situations : post-opératoire, grossesse, néoplasies, IRC, âge avancé,...
- Adaptation du seuil de normalité selon l'âge
 - «**Règle des 10**» : âge x 10 ug/L après 50 ans

Echo-Doppler veineux de compression



Diagnostic TVP

A. Petit

Echo-Doppler veineux

- Examen de référence pour diagnostiquer la TVP
- Excellente sensibilité et spécificité pour les TVP proximales
- Examen utilisé pour les patients avec une **PC forte** ou alors **basse avec D-dimères positifs**
- Critère diagnostic : incompressibilité de la veine en présence d'un thrombus endoluminal

Technique de compression

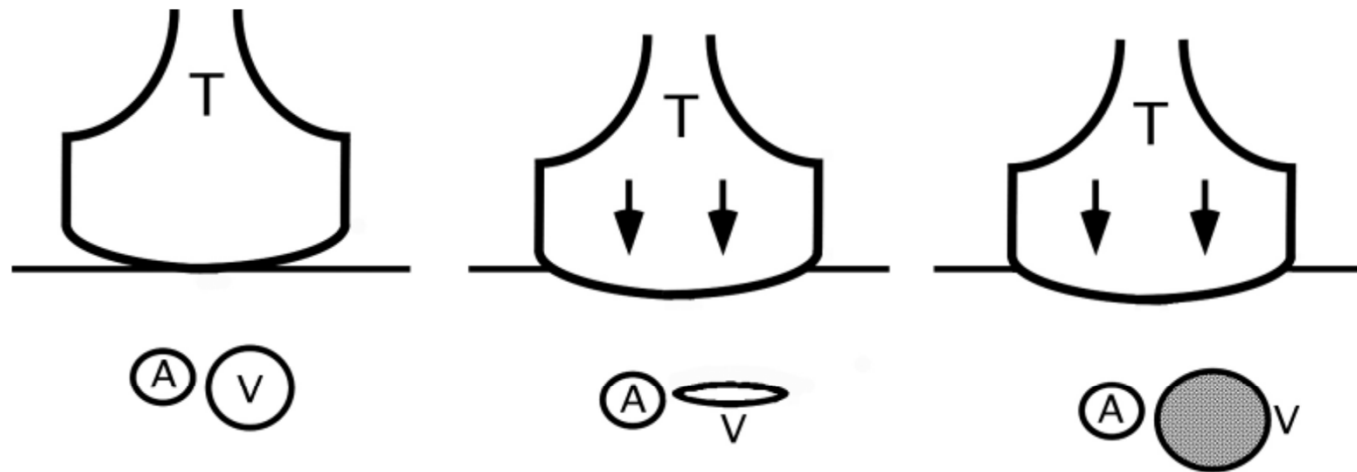
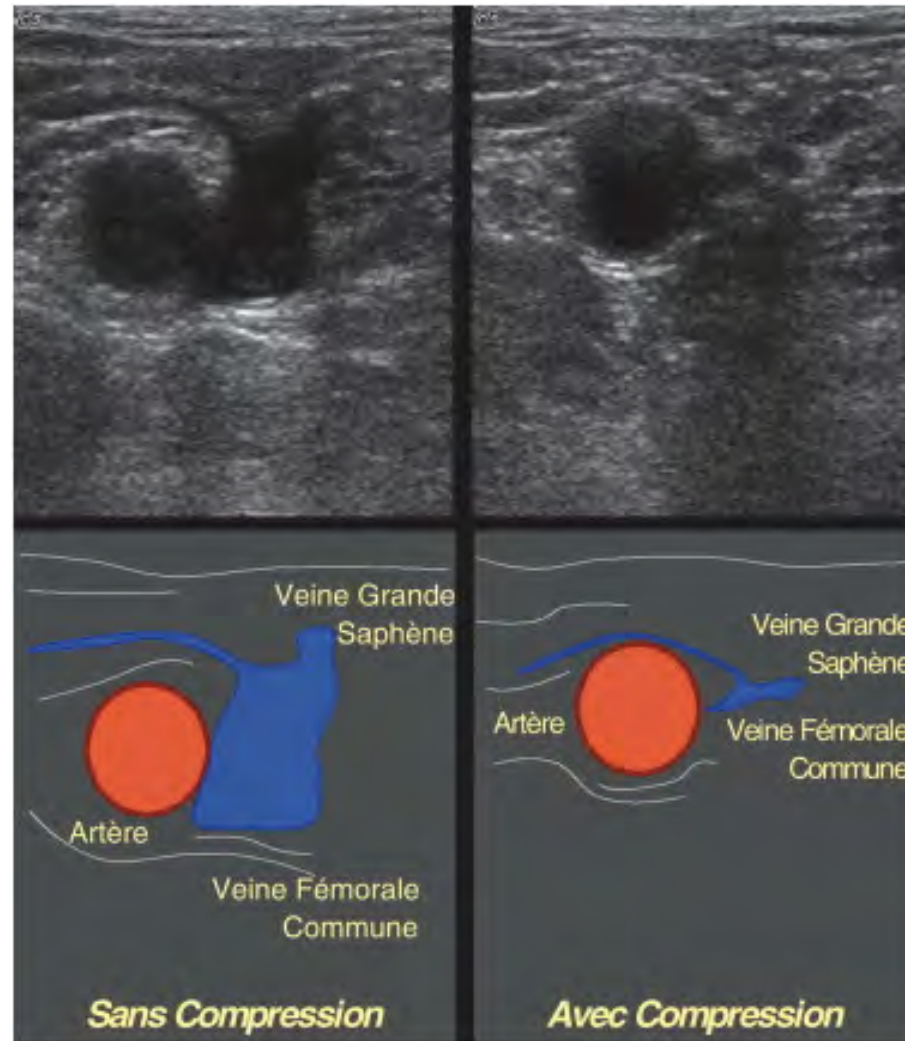
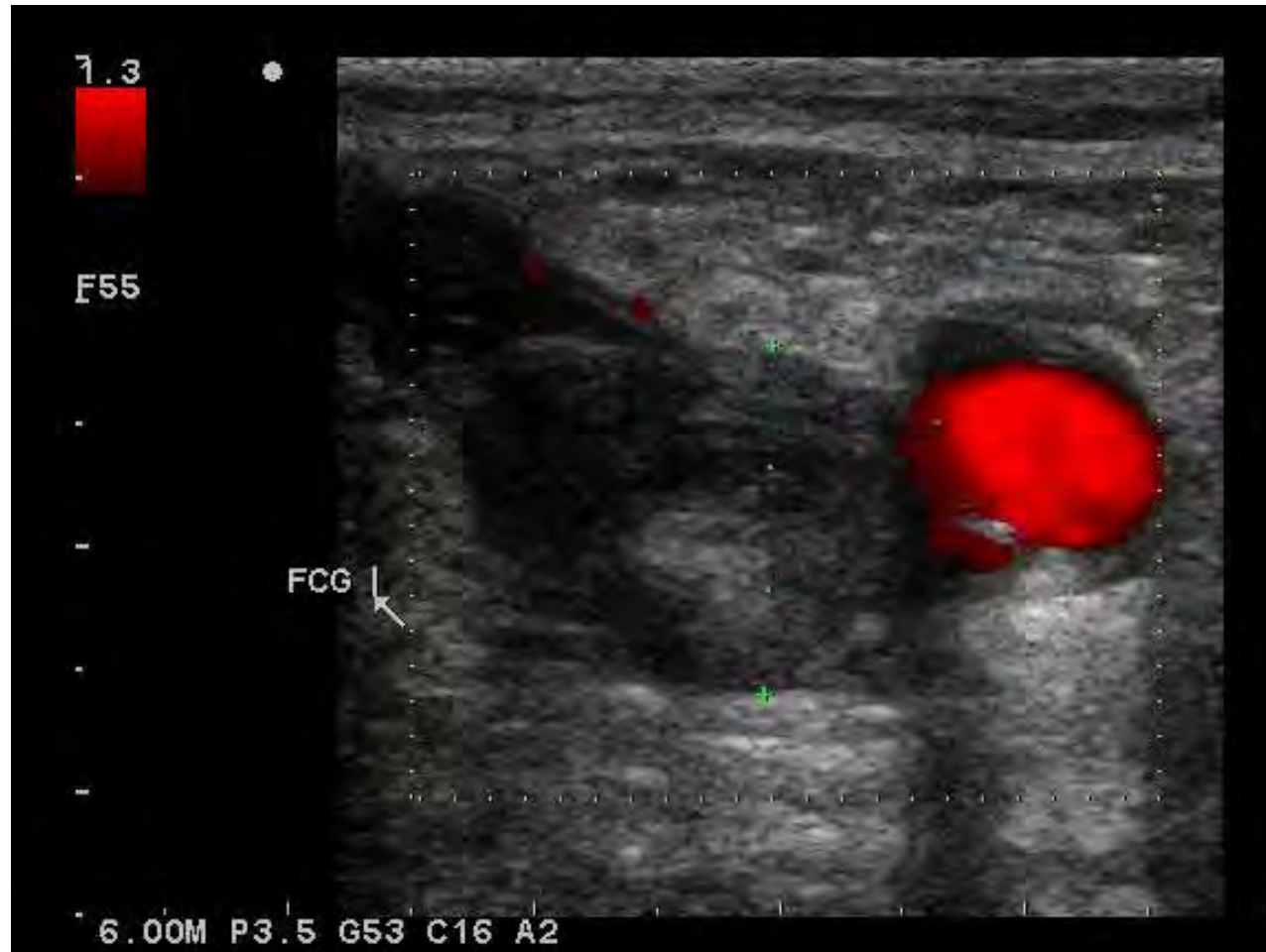


Figure 1 Schematic representation of compression ultrasonographic technique. When pressure is applied with the transducer (T) patent veins do collapse (middle) but not when a thrombus is present within the vein (right).

Technique de compression



TVP fémorale commune G



Deux protocoles d'examen

- Echographie **limitée**

- Examen limité à l'étage fémoral et poplité
- Ne tient pas compte des TVP distales, TVS et le confluent ilio-cave
- Examen rapide, facile d'apprentissage
- Nécessité de **répéter l'examen** à J7 si négatif

- Echographie **complète**

- Examen de choix actuellement
- Evaluation complète des veines proximales, **distales et superficielles**
- **Pas** de nécessité de répéter l'examen
- Plus complexe à réaliser (niveau d'expertise plus élevé → angiologue)
- Possibilité de poser un **diagnostic alternatif**

TVP distale



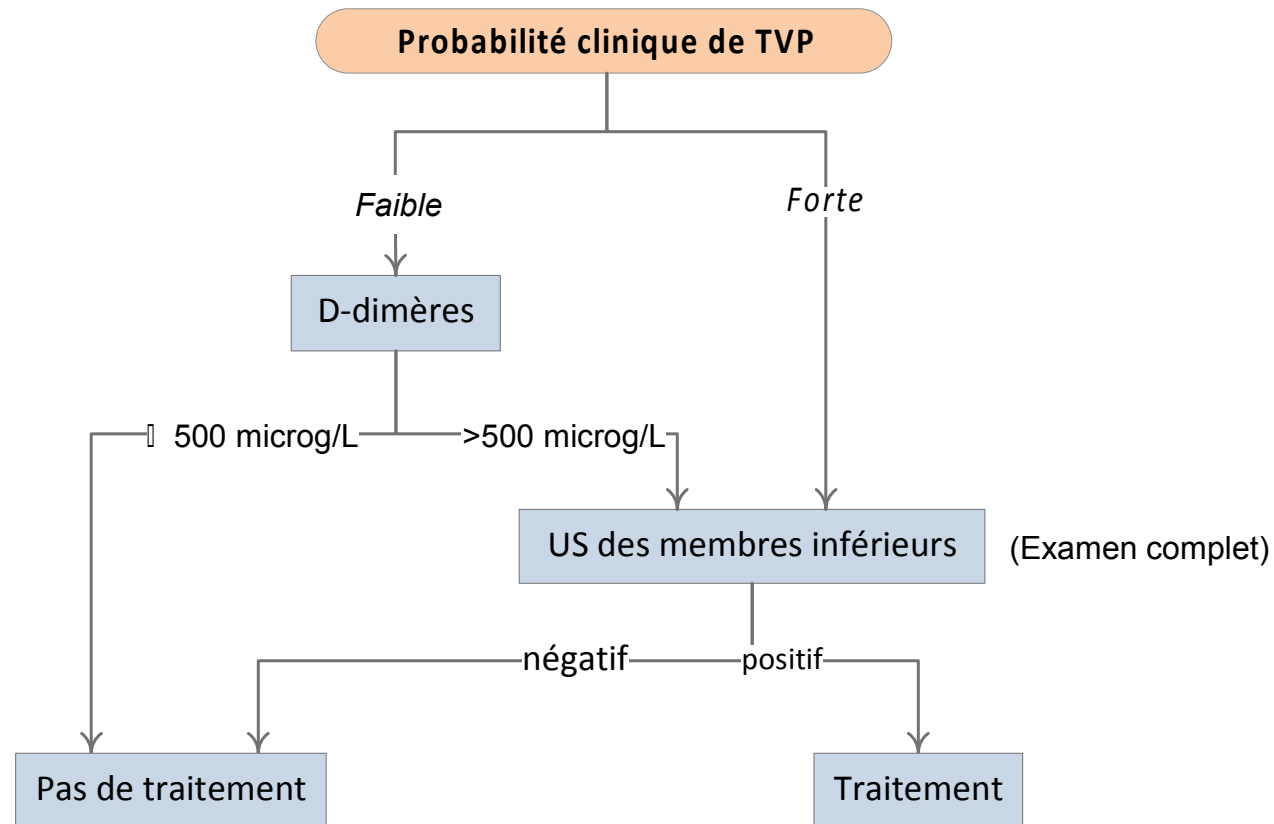
Diagnostic différentiel



Diagnostic différentiel

- **Vasculaire** → thrombose veineuse superficielle, insuffisance veineuse chronique, lymphoedème
- **Musculo-squelettique** → claquage musculaire, hématome, tendinite, rupture kyste poplité
- **Infectieux** → érysipèle

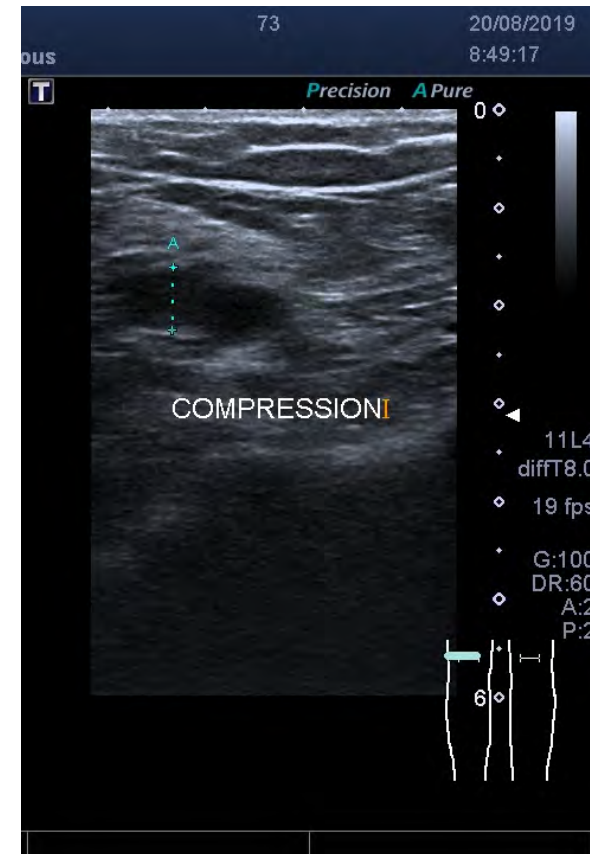
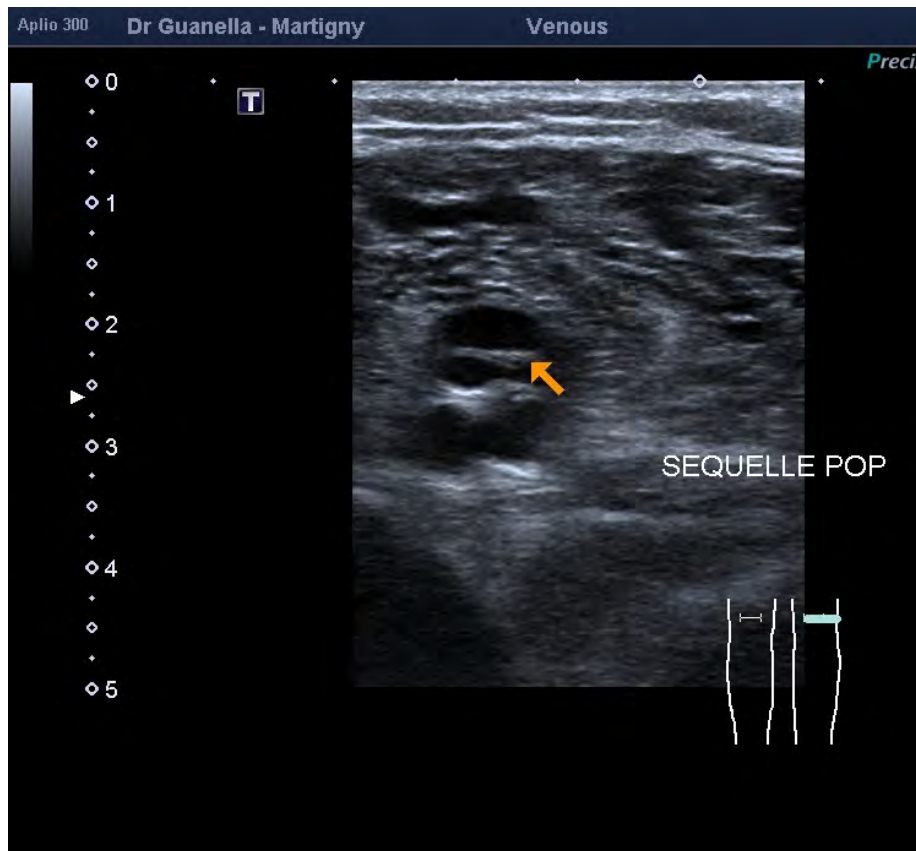
Algorithme diagnostique de la TVP



Utilité de l'US après le diagnostic ?

- Contrôles répétés contemplatifs du thrombus inutiles !
- Durée du traitement est validée **sans** recours à l'échographie
- Indiqué en cas de suspicion de récurrence de TVP ou à l'arrêt du traitement AC («état des lieux» des séquelles thrombotiques)

Séquelles post-thrombotiques



Complications liées aux TVP

- A la phase **aiguë**
 - Embolie pulmonaire (25 % des cas)
 - *Phlegmasia coerulea dolens* (très rare) → mise en jeu de la viabilité du membre atteint
- A la phase **chronique**
 - Syndrome post-thrombotique
 - Récidive de TVP / EP (~ 30%)

Thrombose «ischémique»

Phlegmasia coerulea dolens

- TVP avec obstruction veineuse complète
- Signes **d'hyperpression veineuse**
douleurs, œdème massif et cyanose
- Signes **d'ischémie veineuse**
froideur, phlyctènes / bulles puis nécrose
- Traitement invasif recommandé
- Pronostic sombre



Syndrome post-thrombotique (SPT)

- Complication fréquente (20-50% des patients)
- Diagnostic clinique
- Survenue de signes / symptômes d'IVC à la suite d'une TVP
- Evaluation 3 mois après la TVP
- Penser à la claudication veineuse



Compression élastique après TVP

- Utilité reconnue à la **phase aiguë** de la TVP
(amélioration des symptômes, recanalisation du thrombus)

EE Amin et al, Blood 2018

- Utilité remise en question pour la prévention du syndrome post-thrombotique (*étude SOX*)

SR Kahn et al, Lancet 2014

- Proposée pendant 3-6 mois suivant l'épisode aigu puis poursuite si patient reste symptomatique

Conclusion

- Evaluation clinique initiale est importante mais insuffisante pour poser le diagnostic de TVP
- La stratégie diagnostique de la TVP respecte un algorithme précis (probabilité clinique, DD et US)
- Probabilité clinique *faible* → D-dimères
Probabilité clinique *forte* → Echo-Doppler

Conclusion

- L'écho-Doppler dans sa forme **complète** est l'examen de choix pour poser le diagnostic de TVP
- Permet de poser un diagnostic alternatif et d'évaluer les séquelles post-thrombotiques en fin de TTT
- Contention élastique fait partie intégrante du TTT de la TVP. Son rôle dans la prévention du SPT est incertain.

Merci de votre attention !