

Thrombose veineuse profonde

Cours destiné aux étudiant(e)s en soins infirmiers (IFSI)

UE « processus obstructifs »

Pr Marc RUIVARD
marc.ruivard@uca.fr



Objectifs du cours

- Connaître l'épidémiologie de la thrombose veineuse profonde (TVP).
- Connaître les facteurs de risque de la maladie thrombo-embolique veineuse.
- Savoir devant quels signes cliniques suspecter une TVP.
- Connaître les examens complémentaires nécessaires.
- Connaître le traitement et les complications d'une TVP.



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- ➔ • Généralités et épidémiologie
 - Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
 - Sémiologie de la TVP
 - Examens complémentaires
 - Traitement d'une TVP
 - Complications d'une TVP



TVP : généralités, épidémiologie

TVP \neq thrombose veineuse superficielle (TVS)

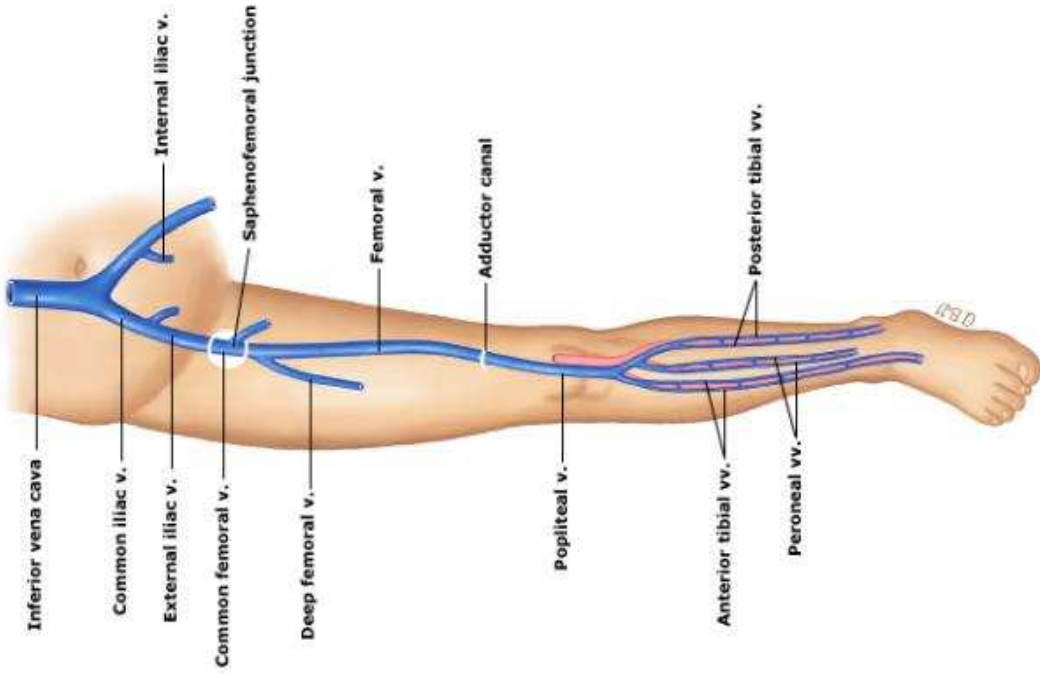
- TVS :
- pas de risque d'EP (sauf si atteint la crosse de la saphène)
 - survient souvent sur une veine variqueuse
 - Sémiologie: cordon indurée douloureux inflammatoire
 - traitement Fondaparinux 2,5 mg X 30 à 45 jours.



TVP : généralités, épidémiologie

- Incidence TVP environ 2/1000/an; augmente avec l'âge +++
- Distinguer TVP distale (peu ou pas de risque d'EP)
et TVP proximale (risque EP +++)
- TVP : le plus souvent membre inférieur mais il existe des sièges « atypiques » :
 - Mb sup
 - Thrombose mésentérique et/ou porte
 - Thrombose veineuse cérébrale





IFSI GCS AUVERGNE



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- Généralités et épidémiologie
- ➔ • Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
- Sémiologie de la TVP
- Examens complémentaires
- Traitement d'une TVP
- Complications d'une TVP




Les facteurs de risque de MTEV +++:

- 1) **Chirurgie**: surtout carcinologique et orthopédique
- 2) **Immobilisation** : plâtre, attelle, alitement.
- 3) **Contraception œstro-progestative** : 3^{ème} génération > 2^{ème}.
pas de risque avec progestatifs purs (per os ou sur DIU)
- 4) **Grossesse et post-partum**
- 5) **Voyages long-courrier > 5000 km**
- 6) **Obésité (x 5 si IMC > 30 kg/m²)**
- 7) **Cancers** (tous les cancers) et Sd myéloprolifératifs (polyglobulie primitive, thrombocytémie essentielle)
- 8) **Facteurs familiaux** (contre-indication pilule oestro-progestative si antcd familial au premier degré)
Facteur V Leiden; Mutation F.II G20210A; déficit en antithrombine, protéine C ou protéine S
- 9) **Sd des antiphospholipides**
- 10) **Infection** : surtout COVID 19
- 11) **Cathéters** : centraux, PAC, Picc-line, périph
- 12) **Autres: Crohn et RCH; Behcet, hyperhomocystéinémie...**



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- Généralités et épidémiologie
- Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
-  • Sémiologie de la TVP
- Examens complémentaires
- Traitement d'une TVP
- Complications d'une TVP



TVP: signes cliniques

Signes cliniques mollet +/- cuisse:
« grosse jambe douloureuse »

Œdème (à mesurer) +++

Douleur +++

**Autres: rougeur, chaleur locale,
(Signe de Homans)**

Dans 50% des cas : aucun signe




Score de Wells TVP

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



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- Généralités et épidémiologie
- Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
- Sémiologie de la TVP
-  • Examens complémentaires
- Traitement d'une TVP
- Complications d'une TVP



Bilan initial réduit

D-Dimères +++: n'ont de valeur que négatifs pour éliminer une TVP (valeur prédictive négative de 95%).

Norme < 500 µg/l ou Age X 10 si > 50 ans

En pratique à utiliser si probabilité faible.

NFS Créatinine avant traitement.

Dgc = écho-Doppler veineux ++++




Echo-Doppler veineux ++++: diagnostic de certitude de la TVP



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- Généralités et épidémiologie
- Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
- Sémiologie de la TVP
- Examens complémentaires
-  • Traitement d'une TVP
- Complications d'une TVP



Traitement de la TVP = EP sans signe de gravité

Phase aiguë

Repos inutile

Héparine de bas poids moléculaire HBPM voie s/c
Fraxodi*x1 ou Innohep*x1 ou Lovénox*x2

Ou Arixtra* 7,5 mg (5mg si < 50 kg; 10 mg si > 100 kg) (aucune surveillance, risque hémorragique surtout si clairance < 50 ml/min)

Ou per os Rivaroxaban (Xarelto *) 15mg x 2 pendant 3 semaines
ou Apixaban (Eliquis *) 10 mg x 2 pendant 7 jours

Traitement à domicile possible dans la majorité des cas +++

Si clairance créatinine < 30 ml/min :
héparine non fractionnée (Calciparine ou héparine PSE)
surveillance plaquettes J0, J5 et x 2/semaines x 4 semaines
Adaptation héparinémie / TCA



Traitement la TVP

le relai

AOD si pas de contre-indication :

- Rivaroxaban (Xarelto*) 15 mg x 2 pendant 21 j puis 20 mg x1
- Apixaban (Eliquis*) 10 mg x 2 x 7 j puis 5 mg x 2/J

Ou anti-vitamine K: début à J1 mais au moins 5 j du traitement initial (chevauchement)

- uniquement (HAS 2018) warfarine (Coumadine*) 2 et 5 mg
- Pindione (Préviscan*) ne pas le débiter mais peut être poursuivi si ancien
- INR 2 à 3 (risque hémorragique si sup +++)

→ Durée du traitement :

Pas moins de 3 mois

Au long cours si risque récidive



Plan du cours

« THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE » (TVP)

- Généralités et épidémiologie
- Facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
MTEV = embolie pulmonaire et TVP
- Sémiologie de la TVP
- Examens complémentaires
- Traitement d'une TVP
- ➔ • Complications d'une TVP



Complications de la TVP

- Risque EP +++ avant traitement (urgence)
- Récidive : 10% dans l'année après arrêt du tt anticoagulant sous forme de TVP dans la majorité des cas, 20% sous forme d'EP
- Complications hémorragiques du tt
- Sd post-thrombotique (ou post-phlébitique) ++++
 - Environ 25% des patients
 - Œdème persistant
 - Douleur
 - Dermite ocre
 - Ulcère veineux



QROC

Vous êtes IDE en libérale dans une zone reculée du Massif Central et vous constatez une grosse jambe droite qui est douloureuse chez un patient de 75 ans, obèse (85 kg, IMC 31 kg/m²), diabétique, avec antécédent d'AVC 3 mois auparavant (hémiparésie droite séquellaire, ne marche plus) traité par insuline lente 1 fois par jour (raison de votre passage). Il a aussi un traitement par aspirine (160 mg/j), atorvastatine et amlodipine pour une HTA.

A) Quelle est la probabilité d'une TVP?

Le patient, sur vos conseils, a appelé son médecin généraliste qui a prescrit des D-dimères: ils sont à 800 µg/L ; la créatinine est par ailleurs à 105 µg/L (Clairance 45 ml/Min). Vous avez une prescription d'ARIXTRA 7,5 mg/J pendant 2 semaines. Aucun autre examen n'est demandé, ce qui étonne la femme du patient, ancienne aide-soignante. Le patient est par ailleurs demandeur d'un traitement par voie oral.

B) Quel examen aurait dû être fait en urgence?

C) Existe-t-il une alternative de traitement oral dès le début du traitement d'une TVP?



Bibliographie

Collège des enseignants de pneumologie 2021:

http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2020/12/item_226_et_330_MTEV_2021_ex_items_ex-items_224_et_3261.pdf

Toujours sur la MTEV en général:

Venous thromboembolism Lancet 2021; 398: 64–77



Venous thromboembolism

Faizan Khan*, Tobias Tritschler*, Susan R Kahn, Marc A Rodger

Lancet 2021; 398: 64–77

Published Online

May 10, 2021

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32658-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32658-1)

*Contributed equally

School of Epidemiology and Public Health (F Khan MSc), Clinical Epidemiology Program (F Khan, Prof M A Rodger MD), and Department of Medicine (T Tritschler MD), Ottawa Hospital Research Institute, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; Department of General Internal Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Bern, Switzerland (T Tritschler); Department of Medicine,

Venous thromboembolism, comprising both deep vein thrombosis and pulmonary embolism, is a chronic illness that affects nearly 10 million people every year worldwide. Strong provoking risk factors for venous thromboembolism include major surgery and active cancer, but most events are unprovoked. Diagnosis requires a sequential work-up that combines assessment of clinical pretest probability for venous thromboembolism using a clinical score (eg, Wells score), D-dimer testing, and imaging. Venous thromboembolism can be considered excluded in patients with both a non-high clinical pretest probability and normal D-dimer concentrations. When required, ultrasonography should be done for a suspected deep vein thrombosis and CT or ventilation–perfusion scintigraphy for a suspected pulmonary embolism. Direct oral anticoagulants (DOACs) are the first-line treatment for almost all patients with venous thromboembolism (including those with cancer). After completing 3–6 months of initial treatment, anticoagulation can be discontinued in patients with venous thromboembolism provoked by a major transient risk factor. Patients whose long-term risk of recurrent venous thromboembolism outweighs the long-term risk of major bleeding, such as those with active cancer or men with unprovoked venous thromboembolism, should receive indefinite anticoagulant treatment. Pharmacological venous thromboembolism prophylaxis is generally warranted in patients undergoing major orthopaedic or cancer surgery. Ongoing research is focused on improving diagnostic strategies for suspected deep vein thrombosis, comparing different DOACs, developing safer anticoagulants, and further individualising approaches for the prevention and management of venous thromboembolism.



Mentions légales

L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées aux Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la région Auvergne Rhône-Alpes.

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la région Auvergne Rhône- Alpes, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.