

THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES

NB: en cas de bilan clinique et paraclinique et d'absence d'argument pouvant orienter vers une origine vagale ou neuropathique, ne pas hésiter à adresser le patient à un spécialiste cardiologie ou neurologie pour exploration.

Définition: Avec pour principales complications l'E.P et la maladie post-phlébitique, les thromboses veineuses siègent le plus souvent au niveau des membres inférieurs et du bassin.

PHYSIOPATHOLOGIE

Facteurs favorisants:

- Stase veineuse: alitement prolongé, immobilisation, grossesse, IC, I veineuse chronique, voyage prolongé
- Lésions endothéliales veineuses: fracture, traumatisme ou chirurgie, cathéter
- Etat hypercoagulable:
 - . Congénital:
 - * Déficit en inhibiteur de la coagulation protéine C, protéine S, antithrombine III (rares)
 - * résistance à la protéine C activée (plus fréquent)
 - . Acquis: traumatisme, chirurgie, cancer, grossesse, oestrogènes, etc....

SUSPICION EN EXTRAHOSPITALIER

TERRAIN	SIGNES CLINIQUES
- Obésité - Immobilité ou alitement, - voyage prolongé, - grossesse, - cancer - Insuffisance cardiaque, - arythmie complète, - IDM, - varices, - valvulopathies, , - syndrome néphrotique , - Suites opératoires, d'accidents, - des fractures - Pilules (associées à la nicotine), - hémopathies - ATCD de thromboses veineuses profondes ou d'EP - matériels intravasculaires - anomalies de l'hémostase d'hypercoagulabilité	Phlébite surale <u>Etat général</u> - Fébricule <u>Inspection</u> - augmentation du volume du mollet en rapport avec un œdème - dilation des veines superficielles <u>Palpation</u> - augmentation de la chaleur locale, - diminution du ballonnement passif du mollet par rapport au mollet controlatéral, - signe de Homans ⊕ (douleur à la dorsiflexion du pied), - douleur spontanée ou provoquée à la palpation du mollet +++ phlébite fémoro-iliaque contrairement à la phlébite surale , on note une fièvre, une augmentation importante du volume du membre avec douleur spontanée ou provoquée à la palpation au niveau inguinal et crural. Phlébite bleue (phlegmatia coerulea) Stade maximal d'une phlébite avec apparition de signes ischémiques en rapport avec l'importance de l'œdème.

SCORE DE WELLS (estimation de la probabilité d'une TVP)

Caractéristiques cliniques	Score	Interprétation
Cancer actif (ou en cours de traitement ou découvert depuis moins de 6 mois ou en traitement palliatif	1	Score > 3 Probabilité élevée
Paralysie, parésie, immobilisation plâtrée du membre suspect	1	
Alitement récent de plus de 3 jours ou chirurgie majeurs datant de moins de 4 semaines	1	
Douleur localisée sur le trajet veineux profond	1	Score entre 1 et 2 Probabilité intermédiaire
Tuméfaction de tout le membre	1	
Tuméfaction unilatérale du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral	1	
Œdème prenant le godet	1	Score < 1 Probabilité faible
Veines superficielles (non variqueuses) collatérales	1	
Présence d'un autre diagnostic au moins aussi probable que celui de la TVP	-2	

CAT EN INTRAHOSPITALIER

EXAMENS PARACLINIQUES	TRAITEMENT
- bilan biologique: NFS-plaquettes, hémostase, fibrinogène, d-dimères+++ - Echo-doppler veineux des membres inférieurs - Phlébographie des membres < - Radiographie pulmonaire, - ECG, - GDS → systématique à la recherche d'une embolie pulmonaire Conduite pratique <u>Probabilité faible ou intermédiaire:</u> - d-dimères < 500µg/ml → abstention thérapeutique - d-dimères > 500µg/ml → Echo-doppler veineux des membres <: si Echo-doppler normal → pas de traitement; si TVP → traitement <u>probabilité élevée:</u> - Echo-doppler veineux des membres inférieurs: Si TVP → traitement; si normal phlébographie des membres inférieurs - Phlébographie des membres inférieurs: Si TVP → traitement; si normal → abstention thérapeutique	Mesures générales: Repos au lit, pieds légèrement surélevés, cerceau en cas de douleur locale, contention élastique avec lever précoce le 3^{ème} j si anticoagulation efficace Traitement anticoagulant curatif: soit Héparine non fractionnée: héparine chloay en bolus iv de 50 à 100 UI/kg puis 400 UI/kg/24h ivse ou en cas d'altération de la fonction rénale Calciparine 250 UI/kg en s/cut puis 500 UI/kg/j en 3 x/j Objectif: TCA = 2 à 3 fois le témoin ou héparinémie entre 0,3 et 0,7 UI/ml à rechercher 4h après le début du traitement si iv ou après la 2^{ème} injection si s/cut puis à mi-chemin entre 2 injections. HBPM: (1) Fraxodi, Innohep: 175 UI anti-Xa/ en s/cut 1x/j (2) Lovenox, fragmine, fraxiparine, clivarine: 100 UI/kg en s/cut x 2/j Objectif: (1) activité anti-xa = 0,8-1,5 UI/ml après la 2^{ème} inj (2) activité anti-xa = 0,5 à 1 UI/ml après la 3^{ème} inj Relais précoce par des AVK dès le 1^{er} ou 2^{ème} jour Thrombolytique ou interruption de la veine cave <: possibles