



OBJECTIF

Présenter une stratégie d'évaluation des cas soupçonnés de thrombose veineuse profonde (TVP) fondée sur des données probantes

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

On estime à 45 000 le nombre de Canadiens qui sont touchés par la TVP chaque année, ce qui correspond à une incidence annuelle d'environ 1 ou 2 cas par tranche de 1000 personnes. Cette incidence se traduit pour un médecin de famille canadien typique exerçant en solo par 2 à 4 cas de TVP au sein de sa pratique par an. Mais, comme seulement 10 à 20 % des patients chez qui on soupçonne une TVP en sont effectivement atteints, un médecin de famille typique évalue en fait de 20 à 40 patients présentant des symptômes ou des signes évocateurs de TVP par an.

La capacité à évaluer rapidement et correctement les patients en vue de déceler une TVP est un atout crucial. Pour ce faire, il convient de suivre systématiquement un algorithme diagnostique validé jusqu'à l'établissement d'un diagnostic formel. Le traitement de la TVP est essentiel pour prévenir l'extension du thrombus et l'évolution vers une embolie pulmonaire (EP). En fait, dans bien des cas, il doit même être instauré avant la confirmation du diagnostic de TVP (voir le guide *Thrombose veineuse profonde – Traitement*). En outre, en excluant avec raison la possibilité d'une TVP, on élimine le risque d'exposition injustifiée aux anticoagulants ainsi que les inconvénients et le risque d'hémorragie qui leur sont associés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de TVP repose sur les éléments suivants :

1) Évaluation de la probabilité prétest de TVP (suspicion clinique)

Il existe plusieurs modèles structurés de calcul du risque qui permettent d'évaluer la probabilité prétest de TVP (probabilité établie a priori avant la réalisation de tout examen complémentaire). Le score de Wells est celui qui est le plus couramment utilisé (voir le **tableau 1**). Le médecin peut également se fier à ses impressions cliniques globales (*clinical gestalt* des Anglo-Saxons) pour déterminer la probabilité prétest de TVP. La fiabilité de ce type de méthode intuitive dépend toutefois de l'expérience du médecin. C'est pourquoi on préconise l'utilisation d'une échelle d'évaluation structurée.

TABEAU 1 – UTILISATION DU SCORE BINAIRE DE WELLS POUR L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC DE TVP

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	POINTS
Paralysie, parésie ou mise en plâtre récente du membre inférieur	1
Alitement récent (> 3 jours) ou chirurgie lourde au cours des 12 dernières semaines	1
Douleur à la palpation des veines profondes	1
Enflure de la jambe tout entière	1
Enflure du mollet — diamètre supérieur de 3 cm à celui du mollet asymptomatique (mesure prise 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
Œdème qui prend le godet (plus important sur la jambe symptomatique)	1
Veines superficielles collatérales non variqueuses	1
Cancer évolutif ou traité au cours des 6 derniers mois	1
Antécédents de TVP objectivée	1
Autre diagnostic au moins aussi probable que celui de TVP (kyste poplité, cellulite, lésion musculaire, thrombose veineuse superficielle, syndrome postphlébitique, lymphadénopathie inguinale, compression veineuse extrinsèque)	-2

SCORE DE WELLS	PROBABILITÉ DE TVP	CATÉGORIE
< 2	6 %	TVP peu probable
≥ 2	28 %	TVP probable

2) Échographie veineuse de compression (EVC)

L'EVC proximale de la jambe permet d'examiner la compressibilité des veines fémorale et poplitée. Chez un patient exempt d'antécédents de TVP, l'impossibilité de comprimer complètement une veine proximale est fortement évocatrice d'un diagnostic de TVP. Étant donné qu'il existe un risque d'extension proximale de la thrombose distale dans environ 20 % des cas, lorsqu'un patient qui fait l'objet d'une forte suspicion clinique de TVP obtient un résultat négatif à l'EVC proximale, il faut refaire cet examen au bout de 5 à 7 jours. Bien qu'il soit déconseillé dans les lignes directrices internationales d'explorer les veines distales à l'imagerie (afin de réduire le risque de détection erronée d'une TVP distale et, dans bien des cas, le risque de traitement inutile), on réalise systématiquement une EVC de la jambe tout entière dans certains centres en vue d'éviter les échographies en série. L'obtention d'un résultat négatif à une EVC de la jambe tout entière techniquement irréprochable permet d'exclure la possibilité d'une TVP; en revanche, la découverte d'une TVP isolée au mollet peut susciter certains doutes quant à la stratégie de prise en charge à adopter (à savoir s'il faut instaurer un traitement ou réaliser une série d'EVC en vue de déceler une éventuelle extension). En général, les cliniciens optent pour le traitement en cas d'atteinte

très symptomatique, de faible risque d'hémorragie ou de probabilité élevée d'extension du thrombus (voir le guide *Thrombose veineuse profonde [TVP] – Traitement*).

3) Dosage des D-dimères

Le dosage des D-dimères est un marqueur de thrombose sensible, mais non spécifique. En effet, si le taux de D-dimères est élevé en présence de TVP, il l'est également dans le cas de nombreuses autres maladies ou situations courantes (maladies inflammatoires, cancer, grossesse, traitement chirurgical, traumatisme et âge avancé, entre autres). Par conséquent, lorsque le dosage des D-dimères est négatif, il s'avère utile pour exclure la possibilité d'une TVP, mais lorsqu'il est positif, il n'a aucune valeur diagnostique. Il y a plusieurs types de dosage des D-dimères sur le marché. Ceux qui sont habituellement utilisés au Canada possèdent tous une grande sensibilité (plus de 90 %) et permettent d'écartier la possibilité d'une TVP lorsque la probabilité prétest de TVP est faible (d'après le score de Wells ou les impressions cliniques globales du médecin). Quoiqu'il en soit, les cliniciens devraient vérifier le type de dosage des D-dimères utilisé par leur laboratoire. En réalité, il est peu probable que les médecins qui exercent en milieu communautaire reçoivent les résultats des dosages des D-dimères effectués par des laboratoires externes dans des délais appropriés. Il se peut donc qu'ils ne soient pas en mesure d'appliquer les stratégies diagnostiques qui comprennent ce type d'examen. Parmi les autres stratégies de prise en charge possibles, mentionnons l'algorithme diagnostique qui intègre l'évaluation de la probabilité prétest de TVP et l'EVC (décrit ci-dessous) et l'orientation vers les urgences ou une clinique de traitement de la thrombose.

STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

En cas de suspicion de TVP, il convient tout d'abord de reconstituer l'anamnèse et d'effectuer un examen physique en se concentrant plus particulièrement sur les composantes du score de Wells et sur les signes et les symptômes d'EP (voir le guide *Embolie pulmonaire [EP] – Diagnostic*). Les patients chez qui la probabilité prétest de TVP est faible (TVP peu probable) doivent ensuite faire l'objet d'un dosage des D-dimères et subir les examens subséquents décrits dans la **figure 1**, s'il y a lieu. Lorsque l'évaluation de la probabilité prétest de TVP indique une TVP probable, l'EVC proximale est l'examen diagnostique qui est recommandé en premier lieu. En cas de résultat négatif, il faut demander un dosage des D-dimères ou refaire l'EVC au bout de 5 à 7 jours, car il se pourrait que l'examen initial n'ait pas permis de déceler une TVP distale associée à un risque d'extension proximale.

Lorsqu'il est possible de réaliser une EVC dans des délais appropriés ou que les délais d'obtention des résultats du dosage des D-dimères sont longs, la stratégie qui consiste à faire passer une EVC proximale à tous les patients chez qui on soupçonne une TVP s'avère raisonnable (cela dit, elle est beaucoup plus coûteuse). Dans ce cas, l'obtention d'un résultat négatif à l'EVC proximale et la mise en évidence d'une faible probabilité prétest de TVP (TVP peu probable) permettent d'exclure la possibilité d'une TVP. En revanche, en cas de résultat positif à l'évaluation de la probabilité prétest (TVP probable) et de résultat négatif à l'EVC proximale, il faut refaire l'EVC au bout de 5 à 7 jours.

On proposera une anticoagulothérapie au patient si l'EVC de la jambe tout entière met en évidence une TVP distale isolée et s'il présente des symptômes graves ou qu'il est exposé à un risque élevé d'extension proximale. Il est également possible de le soumettre à une série d'EVC pendant une à deux semaines, période après laquelle une éventuelle extension proximale est peu probable. En général, il faut instaurer un traitement chez tout patient qui est peu susceptible de revenir passer les examens de suivi ou qui est dans l'incapacité de le faire. Les facteurs de risque d'extension proximale d'une TVP distale sont les suivants : résultat positif au dosage des D-dimères, TVP siégeant dans le mollet qui est en pleine extension ou qui est proche des veines proximales, absence de facteur de risque déclenchant réversible, cancer, antécédents de thromboembolie veineuse, immobilisation des membres inférieurs (p. ex., mise en plâtre, maladie neuromusculaire) et hospitalisation.

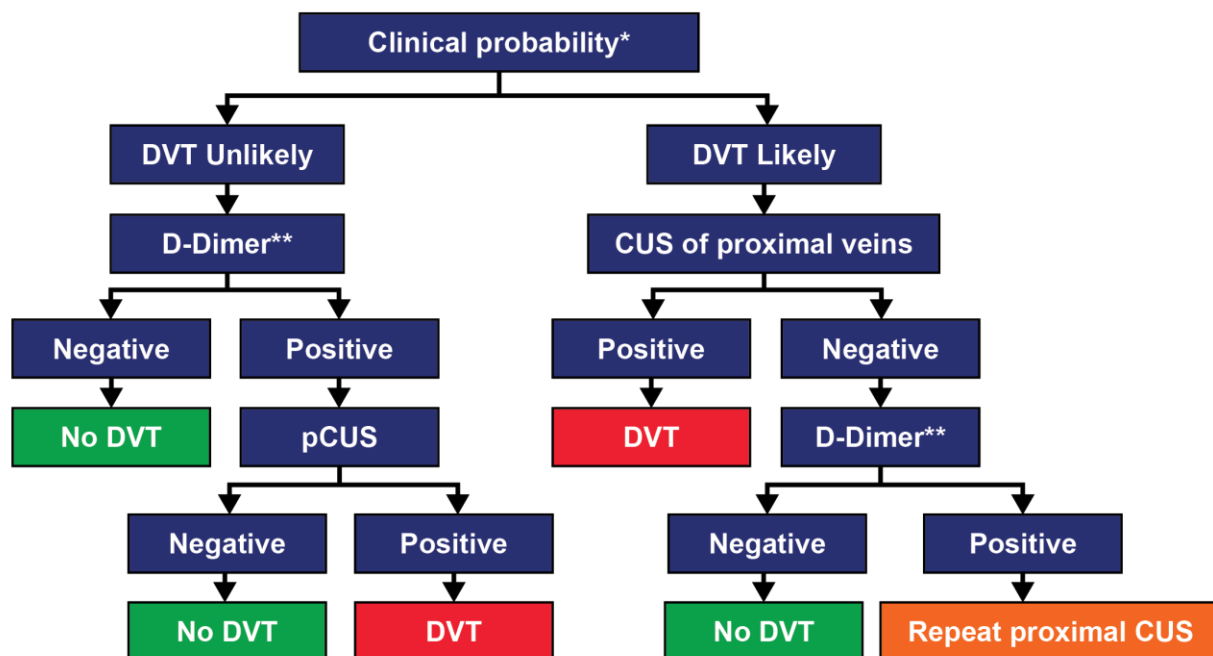


Figure 1 – Stratégie diagnostique proposée en cas de suspicion de TVP

* La probabilité clinique de TVP peut être évaluée au moyen du score de Wells ou sur la base des impressions cliniques globales du clinicien si ce dernier est expérimenté.

** Dans le cas de cet algorithme, le dosage des D-dimères doit être effectué au moyen d'une méthode dotée d'une grande sensibilité pour que l'on puisse écarter la possibilité d'une TVP; si ce type de dosage ne peut être réalisé, il faut avoir recours à l'EVC dans tous les cas.

L'obtention d'un résultat négatif à l'EVC et d'un score indiquant une faible probabilité prétest de TVP (TVP peu probable) permet d'exclure la possibilité d'une TVP; mais en cas de résultat négatif à l'EVC et de résultat positif à l'évaluation de la probabilité prétest de TVP (TVP probable), il faut refaire une EVC au bout de 5 à 7 jours.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Moment idéal pour effectuer les examens diagnostiques

Les examens doivent être réalisés le plus tôt possible. Si les délais risquent d'être très longs, il faut prescrire un anticoagulant à action rapide (p. ex., héparine de bas poids moléculaire ou anticoagulant oral direct) aux patients chez qui on décèle d'emblée la probabilité d'une TVP (probabilité prétest modérée ou élevée de TVP) jusqu'à la réalisation des examens, à moins qu'ils ne soient exposés à un risque élevé d'hémorragie ou qu'ils ne présentent une autre contre-indication à l'anticoagulothérapie.

Suspicion de récurrence de TVP

L'EVC peut être problématique dans les cas où l'on soupçonne une récurrence de TVP homolatérale, car il est fréquent que des anomalies de compressibilité veineuse résiduelles liées à l'épisode antérieur persistent. Il est donc essentiel de comparer les résultats obtenus à ceux des EVC antérieures. Un diagnostic formel de récurrence de TVP ne pourra être établi qu'en présence de signes évocateurs d'une nouvelle thrombose, y compris la non-compressibilité de segments veineux qui étaient normaux auparavant ou une augmentation d'au moins 4 mm du diamètre observé après compression par rapport aux EVC antérieures. Il peut être utile de consulter un expert en la matière dans de tels cas ou en l'absence de résultats d'EVC antérieures pouvant servir de référence pour la comparaison.

TVP des membres supérieurs (TVPMS)

(Voir le guide *Thrombose veineuse profonde liée au port d'un cathéter veineux central*.)

La TVPMS est peu fréquente : son incidence annuelle est estimée à environ 3 cas par tranche de 100 000 personnes. La plupart des patients qui en sont atteints présentent des facteurs de risque : port d'un cathéter veineux central, implantation récente d'un stimulateur cardiaque ou cancer. Les épisodes spontanés de TVPMS sont souvent liés à un effort physique soudain et à un rétrécissement du défilé thoracobrahial (syndrome de Paget-Schroetter, syndrome du défilé thoracobrahial). Les manifestations cliniques de la TVPMS sont les suivantes : douleur aiguë et chronique au bras; enflure, changement de couleur et dilatation des veines collatérales du bras, du cou ou de la partie supérieure du thorax.

En général, l'évaluation des patients chez qui on soupçonne une TVPMS associe l'EVC à l'écho-Doppler. Si le résultat de l'EVC initiale est négatif, on peut considérer que le diagnostic de TVPMS peut être écarté, à moins que le degré de suspicion clinique ne soit élevé. Si celui-ci demeure élevé, il est recommandé de poursuivre les explorations diagnostiques en réalisant un dosage des D-dimères (suivi d'autres examens d'imagerie en cas de résultat positif), en répétant l'EVC ou en effectuant une phlébographie de contraste classique, une phlébographie par tomodensitométrie (TDM) ou un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Selon une étude, l'association d'une faible probabilité prétest de TVPMS (selon le score de prise de décision clinique de Constans) et d'un résultat négatif à une méthode de dosage des D-dimères très sensible a permis d'exclure la possibilité d'une TVPMS chez une faible proportion de patients. Précisons toutefois que l'utilisation des scores de probabilité prétest et du dosage des D-dimères n'a pas encore été bien validée pour les cas de suspicion de TVPMS.

Enfants

(Voir le guide *Thrombose chez l'enfant.*)

La première étape de la démarche diagnostique de la TVP consiste à réaliser une EVC. Certes, cet examen a l'avantage de ne pas être invasif, mais il n'est pas toujours fiable pour l'examen du système veineux des membres supérieurs et il n'y a eu que quelques études sur son utilisation pour l'examen du système veineux des membres inférieurs. En cas de forte suspicion clinique de TVP et de résultat négatif à l'EVC, l'IRM ou la TDM sont envisageables. Les études portant sur l'intégration de l'évaluation de la probabilité prétest de TVP ou le dosage des D-dimères à la stratégie diagnostique n'ont pas encore été menées à terme chez les enfants.

Suspicion de TVP chez la femme enceinte

(Voir le guide *Grossesse – Diagnostic de la TVP et de l'EP.*)

Quatre-vingts pour cent (80 %) des cas de TVP observés durant la grossesse siègent dans la jambe gauche. Par ailleurs, les thromboses iliofémorales (64 %) et les thromboses isolées de la veine iliaque (17 %) sont très fréquentes chez les femmes enceintes qui ont reçu un diagnostic confirmé de TVP. Il se peut que les examens d'échographie usuels soient moins sensibles chez les femmes enceintes. En effet, la fréquence des thromboses des veines iliaques et pelviennes est accrue durant la grossesse, ce qu'il est impossible de prendre compte en réalisant ces examens, qui ont de toute façon une faible sensibilité pour les TVP limitées à la région pelvienne. Aucune règle prédictive structurée n'a encore été validée chez les femmes enceintes, et les seuils qui sont habituellement recommandés pour le dosage des D-dimères sont d'une utilité limitée chez ces patientes.

Les femmes enceintes chez qui on soupçonne une TVP doivent subir une EVC du réseau veineux profond, de la veine fémorale commune jusqu'à la veine poplitée, ainsi qu'un Doppler de la veine iliaque externe. Si les résultats initiaux sont négatifs, il faut refaire ces examens au moins une autre fois au cours des 3 à 7 jours suivants. Si l'on dispose des ressources matérielles et de l'expertise nécessaire sur place, on peut avoir recours à l'IRM pour confirmer les anomalies se limitant à la veine iliaque.

AUTRES GUIDES CLINIQUES PERTINENTS DE THROMBOSE CANADA

- *Thrombose veineuse profonde liée au port d'un cathéter veineux central*
- *Thrombose veineuse profonde (TVP) – Traitement*
- *Grossesse – Diagnostic de la TVP et de l'EP*
- *Thrombose chez l'enfant*
- *Embolie pulmonaire (EP) – Diagnostic*

RÉFÉRENCES

Bates SM, *et al.* Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e351S-418S.

Chan WS, *et al.* Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy: SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(6):527-553.

Kleinjan A, *et al.* Safety and feasibility of a diagnostic algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and ultrasonography for suspected upper extremity deep venous thrombosis: a prospective management study. *Ann Intern Med* 2014;160(7):451-457.

Monagle P, *et al.* Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e737S-801S.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous Thromboembolic Diseases: Diagnosis, Management and Thrombophilia Testing.; 2015 November. Disponible au <http://www.nice.org.uk/guidance/cg144/>.

Date de la version : 16 mai 2017

Il est à noter que l'information contenue dans le présent guide ne doit pas être interprétée comme étant une solution de rechange aux conseils d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Si vous avez des questions précises sur un problème d'ordre médical, quel qu'il soit, vous devez consulter votre médecin ou un autre professionnel de la santé. En somme, vous ne devriez jamais reporter une consultation médicale, faire abstraction des conseils de votre médecin, ni mettre fin à un traitement médical sur la base de l'information contenue dans le présent guide.