

COMPTE RENDU DE LA SEANCE ESCOLETA DU 18 NOVEMBRE 2003

Maladie thrombo embolique dans ses aspects les plus fréquents en médecine générale

Avec le Dr Jean Pierre LAROCHE (Angéiologue à Avignon)

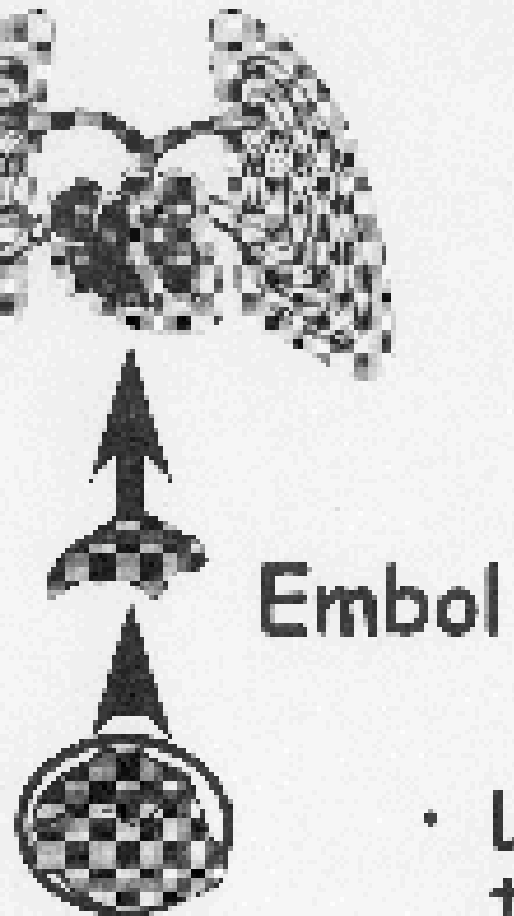
Nous avons débuté par un questionnaire (Abaque de Regnier):

- 1) ***Devant une douleur du mollet, un examen clinique normal permet d'éliminer un diagnostic de phlébite*** : FAUX. Une fois sur deux la clinique est mise en défaut par excès ou par défaut. C'est parfois évident, mais il ne s'agit pas d'un diagnostic de certitude. La clinique revient en force sur la notion de « probabilité clinique »
- 2) ***L'angoisse n'est plus un critère clinique d'embolie pulmonaire*** : C'est FAUX, si on rajoute le terme « inhabituelle », et cette angoisse doit être considérée comme une alerte
- 3) ***Une sensation de lourdeur de jambe sur un trajet variqueux impose un échodoppler*** : FAUX, car les varices ne sont pas un facteur de risque de thrombose veineuse profonde (TVP) (il faut les opérer en raison de la possibilité de troubles trophiques cutanés). La thrombose veineuse superficielle est aussi grave qu'une TVP et nécessite un échodoppler (localisation du thrombus)
- 4) ***Tout érysipèle de jambe impose un traitement anticoagulant immédiat puis un échodoppler*** : FAUX sauf si atcd de TVP ou facteurs de risques. Dans ce cas seul le LOVENOX* a l'AMM. Tenir compte de la clearance de la créatinine (contreindication relative si <30) avec surveillance des plaquettes 2 fois/semaine pdt 28 jours (médico-légal)

MTEV : une seule maladie

3 entités cliniques

- La Thrombose Veineuse Profonde (TVP)



Embol

- La thr
(A

5) *Devant une douleur de jambe, des d-dimères à 2 fois la limite supérieure de la normale doivent faire prescrire un traitement anti-coagulant* : FAUX, car c'est sa négativité qui en fait son intérêt. La recherche des d-dimères (test Elisa) est l'examen le moins cher (10€). Ce sont les produits de dégradation du caillot. Si <500 , c'est normal, et ce test a une valeur prédictive négative importante (sauf si la clinique est

positive). Les d-dimères augmentent en cas d'embolie, de grossesse, de CIVD, chez les personnes âgées >80 ans, de pathologie hépatique, d'artériopathies et en cas d'infections. Leur positivité doit faire prescrire un écho-doppler

- 6) **Devant une suspicion de phlébite profonde, le médecin doit demander un échodoppler au praticien le plus proche** : En fait, il s'agit d'un problème de compétence. Il existe un angiologue pour 50000 habitants. Celui-ci doit répondre clairement à la question posée. Le critère principal est la mesure du diamètre de la veine. L'échodoppler est intégré à une démarche diagnostique. Ce n'est pas un acte d'imagerie médicale simple.
- 7) **Vous pensez à une embolie pulmonaire : prescrivez-vous un scanner ?** NON c'est inutile. Dans l'embolie pulmonaire, deux examens de référence : l'écho-doppler (si positif, TVP, donc risque d'EP) et les d-dimères si on peut avoir le résultat en moins d'une heure. Sinon, scanner spiralé thoracique (c'est jouable dans le Vaucluse), la scintigraphie suivant probabilité clinique (mais il y a beaucoup d'erreurs). L'ECG n'est pas performant. La moitié des TVP embolisent, mais la plupart restent soignées à domicile. Si dg d'EP, l'hospitalisation est obligatoire
- 8) **L'efficacité des AVK est évaluée sur le TP** : NON. L'examen de référence est l'INR qui a beaucoup d'avantages : moins anxigène, s'affranchit de la variabilité des réactifs de labo, il est reproductif
- 9) **Une INR >4 au cours d'une TVP impose un arrêt de l'AVK pdt 24h** : Si l'INR est >3 et <5, supprimer une prise, entre 5 et 9, supprimer 2 prises (mais si manifestations cliniques, faire prendre 2mg de Vitamine K1 Roche per os), si >10 hospitaliser. « L'INR au bout du doigt » serait idéal pour une auto-surveillance, mais sa commercialisation est bloquée par les laboratoires d'analyse médicale
- 10) **Chez une personne de 80 ans, un AVK à demi-dose est efficace** : VRAI. Il faut commencer par ½ dose de COUMADINE, avec un objectif d'INR entre 1,5 et 2. Aspirine ou PLAVIX* sont inutiles dans le cadre des TVP
- 11) **Le reprise précoce de la marche au cours d'une TVP est dans 30% des cas responsable d'une EP** : FAUX, En cas de phlébite traitée par AVK, faire marcher tout de suite, et faire porter une contention N°2 (les chaussettes sont suffisantes). La contention réduit l'œdème, colle le thrombus à la paroi, favorise la reperméation
- 12) **Avant un voyage en avion de plus de 5h, il est conseillé de faire une injection d'HBPM avant le départ** : C'est le syndrome de la Classe 2. Si voyage > 6h : porter des mi-bas de contention classe 2 et faire boire (1 litre). Si atcd de TVP une HBPM est indiquée (LOVENOX* 1h avant le départ). Ce n'est pas une histoire de classe, et c'est favorisé par la dépressurisation. Les d-dimères augmentent chez 10% des voyageurs. Pas de TVP chez les voyageurs ayant une contention
- 13) **Une suspicion de TVP impose l'arrêt de la pilule** : VRAI mais pas d'urgence. Prévoir de cesser la CO avant l'arrêt de l'AVK, mais ça dépend de l'étiologie
- 14) **La durée d'un traitement préventif par HBPM est toujours limitée à 10 jours** : FAUX. L'AMM des HBPM (FRAGMINE*, LOVENOX*) est de 10-12 jours. Si le risque persiste (immobilisation suite à chirurgie orthopédique), il faut prolonger
- 15) **Chez une personne âgée alitée, la prévention par HBPM doit être poursuivie pendant toute la durée de l'alitement** : FAUX La prévention n'est pas systématique et dépend des facteurs de risque. Il y a de toute façon un moment où elle doit être arrêtée. Nécessité d'une contention
- 16) **Au cours d'un traitement par HBPM, les plaquettes en 1 semaine passent de 120000 à 60000/mm³ : continuez-vous le traitement ?** NON il faut arrêter et faire un échodoppler, car 50% des thrombopénies s'accompagnent d'une extension du thrombus ou d'une TVP du côté opposé.

La séance s'est poursuivie par l'étude de deux cas cliniques

CAS N°1: Mme B, 38 ans, 100 kg, sous pilule depuis 10 ans, vue à domicile pour sciatique gauche, avec Lassègue à 60°. Ttt par AINS et repos. Elle rappelle 4 jours plus tard. Mollet sensible et légèrement empâté. Sa mère a eu une phlébite.

Le dg peut être fait grâce à deux scores :

- un score empirique : alitement > 4j, obésité, pilule et peut être atcd familiaux sont des facteurs de risque de TVP
- le score de Wells (1993) de clinimétrie, validé par comparaison doppler. C'est un score intéressant quand on ne peut pas avoir d'examen doppler rapidement. Si > 3 Forte probabilité de TVP (75%)
 - o +1 Cancer actif (traité ou < 6 mois)
 - o +1 Alitement récent > 3 jours
 - o +1 Chirurgie lourde < 4 semaines
 - o +1 Immobilisation plâtrée
 - o +1 Douleur ou sensibilité sur le trajet des veines profondes
 - o +1 Gonflement d'un membre
 - o +1 Œdème prenant le godet unilatéral
 - o +1 Collatéralité veineuse superficielle non variqueuse
 - o -2 Si dg de remplacement
- Difficulté d'avoir des d-dimères rapidement en médecine de ville

Il faut anticoaguler dans un premier temps puis éventuellement confirmer par echo-doppler : HBPM en 2 injections si très maigre ou si > 100kg, sinon en une injection. Relais précoce par AVK, et arrêt des HBPM dès que l'INR est bon

- S'il n'existe pas de facteur déclenchant, rechercher une thrombophilie constitutionnelle ou acquise par bilan d'hémostase 3 semaines à 1 mois après la fin du ttt par AVK. Sinon rechercher un cancer (Rx pulmonaire, PSA, examen gynéco, bilan sanguin de base devant être ciblé en fonction de la clinique)

CAS N°2: Mr L, 40 ans, sportif ayant une hémarthrose avec appui limité à des déplacements à l'intérieur de son appartement. Prescrivez vous une prévention de phlébite ?

La prévention passe par la contention (bande biflex ou mi-bas classe 2). Ponctionner l'hémarthrose.

Si hémarthrose + thrombose (ça arrive), contention + HBPM en curatif. Pas d'AVK, même si les HBPM sont prolongés jusqu'à 3 mois

Chez les cancéreux : moins de TVP avec les HBPM qu'avec les AVK. Ne pas effectuer de relais

L'avenir des traitements par HBPM passera par un traitement hebdomadaire SC d'IDRAPARINUX*

Les AVK sont contraindiqués au cours du 1^{er} et du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Les AMM : EP : INNOHEP*

Orthopédie : LOVENOX* ; FRAGMINE*

Préventif : LOVENOX pour des immobilisations > 4j

PTH et PTG : FONDAPARINUX* (c'est cher)