

La thrombo-embolie veineuse : Quelle est la combinaison gagnante?

Maryse Mercier, MD

Présenté dans le cadre de : *La maladie vasculaire* de
l'Université de Sherbrooke, novembre 2004



Le cas de Mme Labrecque

Vous êtes de garde au service d'urgence. Mme Labrecque, âgée de 58 ans et sans antécédent particulier, se présente pour une douleur au mollet droit qui persiste depuis quatre jours. Elle ne se souvient pas avoir subi de traumatisme. Depuis deux jours, elle note aussi un œdème ; ce qui l'a porté à consulter. Vous notez qu'elle prend comme seule médication une hormonothérapie de substitution.



Votre examen physique montre des signes vitaux et une auscultation cardio-pulmonaire normaux. Le mollet droit, dont le diamètre a augmenté de 3.5 cm par rapport au gauche, est un peu plus chaud, douloureux à la palpation et présente un discret érythème. Vous ne palpez aucun cordon et ne notez aucune ecchymose.

Vous pensez entre autre à une thrombose veineuse profonde.

Comment allez-vous procéder pour arriver au diagnostic ?



Comment diagnostiquer une thrombo-embolie veineuse?

La majorité des patients chez qui on entretient une suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP) n'ont pas de maladie thrombo-embolique. En effet, la prévalence de la thrombose veineuse n'est que de 15 à 20 % dans les séries récentes. Plus de 80 % des TVP symptomatiques atteignent les veines proximales (la veine poplitée et sa trifurcation, les veines fémorales superficielle et commune).

Ainsi, il est important d'utiliser une stratégie diagnostique organisée et validée pour éliminer la possibilité d'un diagnostic de TVP. En effet, la question à se poser n'est pas tant : « Mme Labrecque a-t-elle une TVP ? » mais bien : « Est-il possible de ne pas recourir à un traitement anticoagulant, et ce, de façon sécuritaire? »

Il faut donc comparer le taux de thrombo-embolie (à trois mois) d'un patient n'ayant pas reçu un traitement anticoagulant de toute modalité diagnostique par rapport à celui du diagnostic reconnu (« gold standard »), soit la phlébographie normale, d'environ 1,0-1,5% (0,2-4,4%)¹.

Tableau 1

Score de Wells

Caractéristiques cliniques	Score
• Cancer actif (en cours de traitement, découvert depuis moins de six mois ou en traitement palliatif)	1
• Paralysie, parésie, immobilisation plâtrée du membre suspect	1
• Alitement récent de plus de trois jours ou chirurgie majeure datant de moins de quatre semaines	1
• Douleur localisée sur le trajet veineux profond	1
• Œdème de toute la jambe	1
• Œdème unilatéral du mollet (> 3 cm par rapport au mollet controlatéral)	1
• Œdème répondant au godet	1
• Veines superficielles (non variqueuses) collatérales	1
• Présence d'un autre diagnostic aussi probable que celui de la TVP	-2

Score

Probabilité faible : < 1, intermédiaire : 1-2, élevée : >3

Selon que la probabilité clinique soit faible, intermédiaire ou élevée, on retrouve une prévalence de TVP d'environ 3 %, 17 %, et 75 %. On comprendra que dans ce dernier cas, il vaut mieux débiter d'emblée le traitement.

Par contre, l'évaluation de la probabilité clinique permettra d'alléger l'investigation chez les patients à plus faible risque.

Définir la séquence diagnostique

● D-Dimères à haute sensibilité (DD-hs)

Les DD-hs sont des produits de dégradation de la fibrine. Ils s'élèvent donc dans les conditions thrombotiques, mais aussi dans les contextes inflammatoires, infectieux, néoplasiques, etc.

Ils doivent être utilisés lorsqu'ils sont négatifs pour éliminer une TEV et non pas pour en confirmer le diagnostic. Pour être utilisé dans cette optique, il doit s'agir d'un test de haute (85 %) ou de très haute (98%) sensibilité qui utilise des méthodes d'agglutination, d'*Enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA) ou d'anticorps monoclonaux sur particules de latex.

Un DD-hs négatif a une valeur prédictive négative de 95 à 99 % selon le test utilisé et la probabilité clinique. Si le DD-hs est négatif en présence d'une probabilité clinique faible, aucun autre examen ne sera nécessaire pour éliminer une TVP car le risque thrombotique subséquent de cette population est identique à celui des patients ayant eu une phlébographie



Quelles sont les étapes de la stratégie diagnostique?

Établir la probabilité clinique

La première étape diagnostique consiste à recourir au jugement du clinicien. En effet, tous les autres examens devront être interprétés à la lumière du risque présumé que notre patiente ait une TVP. On peut estimer la probabilité clinique de façon empirique ou encore normalisée à l'aide d'un score validé dans les études cliniques : le score de Wells² (tableau 1). Celui-ci exclut la grossesse et s'applique à une population externe et hospitalisée, sans antécédent de thrombo-embolie veineuse (TEV).

La thrombo-embolie veineuse

négative, étalon diagnostique.

Les DD-hs ne sont pas utiles chez les patients hospitalisés depuis plus de 24 heures ou en présence d'une probabilité clinique élevée, car dans ces circonstances, peu de tests seront négatifs, rendant le profil coût-efficacité défavorable.

● Duplex veineux (échographie de compression)

La phlébographie est la méthode diagnostique étalon de la thrombose veineuse. Cependant, la plupart des diagnostics peuvent être posés à l'aide de l'échographie de compression, souvent appelée doppler ou duplex veineux.

Alors qu'une veine normale se collabre lors

Un DD-hs négatif a une valeur prédictive négative de 95 à 99 % selon le test utilisé et la probabilité clinique

d'une compression externe douce par la sonde échographique, une veine thrombosée est incompressible, et ce, même si on peut parfois encore y



La Dre Mercier est interniste à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et professeur agrégé d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

Le diagnostic de Mme Labrecque

Notre patiente a un score de Wells de 2, soit une probabilité clinique intermédiaire. Ses DD-hs sont à 328 ug/ml (seuil 130 ug/ml).

Quelle est votre prochaine étape ?

déceler un certain flot sanguin.

Une augmentation du diamètre veineux résiduel de plus de 4 mm (par rapport à l'examen antérieur) en compression maximale peut aussi suggérer une récurrence de thrombose dans un segment veineux auparavant affecté et seulement partiellement recanalisé.

La sensibilité et la spécificité de l'échographie veineuse sont excellentes pour ce qui est de la TVP proximale symptomatique, soit de l'ordre de 97 et 98 %. En revanche, la sensibilité pour les thromboses limitées au mollet, qui constituent environ 15 % des thromboses symptomatiques, est de 60 % seulement. La spécificité est également plus basse et présente une faible reproductibilité inter-observateur.

On peut donc à l'échographie examiner chaque niveau veineux, incluant toutes les veines du mollet, ou ne réaliser qu'un examen des veines proximales, incluant la trifurcation surale, en le combinant avec d'autres étapes diagnostiques (probabilité clinique, DD-hs).

En intégrant toutes les étapes diagnostiques, si l'échographie proximale initiale est négative, on recommande un contrôle à trois ou quatre jours lorsque la probabilité clinique est élevée (on peut encore effectuer une phlébographie) et à environ sept jours, lorsque celle-ci est intermédiaire en présence d'un DD-hs positif.

Lorsqu'il s'agit d'un Duplex veineux réalisé dans le cadre d'une cascade diagnostique d'embolie pulmonaire, un examen proximal bilatéral doit être réalisé.

● Y a-t-il encore de la place pour la phlébographie ?

Il peut être nécessaire de recourir à la phlébographie lorsqu'une TVP antérieure n'a pas été soumise à une documentation échographique et qu'on suspecte une récurrence sur le même segment.

Un Duplex veineux négatif en présence d'une probabilité clinique élevée peut aussi donner lieu à une phlébographie, particulièrement si la réserve cardio-pulmonaire du patient est limitée. On peut aussi chercher à confirmer un diagnostic de TVP sous-poplitée, surtout lorsqu'il existe un risque hémorragique lors d'une anticoagulation.



Algorithme diagnostique : quel est le meilleur ?

Diverses combinaisons de procédures diagnostiques en série ont été testées dans les études cliniques prospectives pour en déterminer l'efficacité et la sécurité.

Le meilleur algorithme est celui qui est applica-

Tableau 2

Critères d'exclusion de la TVP³

Critères diagnostiques	Risque de TEV à 3 mois (% , IC 95 %)
Phlébographie normale	1,5 % (0,2-4,4 %) ¹
DD-hs très haute sensibilité (98 %) et probabilité clinique faible/intermédiaire	1,6 % (0,4-5,5 %) ⁴
DD-hs haute sensibilité (85 %) et probabilité clinique faible	1,8 % (0,9-3,3 %) ⁵
Duplex veineux proximal négatif et probabilité clinique faible/intermédiaire	2,0 % (1,0-4,1 %) ⁴

ble dans votre hôpital. En l'absence de DD-hs, la séquence diagnostique préconisée est fondée sur la probabilité clinique suivie du Duplex veineux. Si toutes les étapes sont disponibles, vous pouvez développer une cascade diagnostique dans votre institution. En référence, il est utile d'avoir en tête les combinaisons diagnostiques qui excluent la TVP³ (tableau 2).

L'avènement des examens non effractifs

Le traitement de Mme Labrecque

Le Duplex veineux de Mme Labrecque a démontré une TVP impliquant la trifurcation et la veine poplitée.

Vous lui recommandez de cesser son hormonothérapie et vous amorcez un traitement avec une héparine de faible poids moléculaire sous-cutanée sur une base externe, en même temps que l'anticoagulation orale à base de warfarine est amorcée.

(DD-hs, duplex veineux) permet dorénavant de proposer des stratégies diagnostiques validées dans l'investigation de la thrombose veineuse. Outre un rapport coût-efficacité favorable, elles doivent avoir été démontrées sécuritaires.

Bien que la phlébographie demeure nécessaire dans certains cas sélectionnés, une évaluation clinique normalisée et un bilan non effractif séquentiel nous conduisent rapidement à un diagnostic dans la plupart des cas.

Clin

Références

1. Hull R, Hirsh J, Sackett DL. Clinical validity of a negative venogram in patients with clinically suspected venous thrombosis. *Circulation* 1981;64: 622-625.
2. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997;350:1795-1798.
3. Perrier A. Stratégies diagnostiques de la maladie veineuse thrombo-embolique. *La revue du praticien* 2003;53:35-41.
4. Perrier A, Desmarais S, Miron MJ et al. Non-invasive diagnosis of venous thromboembolism in outpatients. *Lancet* 1999;353:190-195.
5. Kraaijenhagen RA, Piovella F, Bernardi E et al. Simplification of the diagnostic management of suspected deep vein thrombosis. *Arch Internal Med* 2002;162:907-911.
6. Bounameaux H, de Moerloose P, Perrier A, Miron MJ. D-Dimer testing in suspected venous thrombo-embolism : an update. *Quarterly Journal of Medicine* 1997;90:437-442.
7. Perone N, Bounameaux H, Perrier A. Comparison of four strategies for diagnosing deep-vein thrombosis : a cost-effectiveness analysis. *American Journal of Medicine* 2001;110:33-40.

À retenir...

1. La probabilité clinique est la première étape du diagnostic de la TVP. Il est important de se familiariser avec le score de Wells et de ranger le patient dans l'une ou l'autre des catégories avant de procéder à tout autre examen.
2. Les D-Dimères haute sensibilité sont utiles pour infirmer le diagnostic de TEV.
Cependant, il vaut mieux ne pas les utiliser chez les patients hospitalisés, à cause de leur rapport coût-bénéfice non favorable, et en présence de probabilité clinique élevée.
3. Toute cascade d'examen non-effractifs a pour but d'arriver à un taux de thrombo-embolie à trois mois de moins de 1,0 à 1,5 % chez les patients qui ont des examens négatifs et qui n'ont pas subi un traitement anticoagulant. Ce taux se compare à celui observé chez les patients ayant subi une phlébographie négative.

Cet article est en ligne!

Procurez-vous cet article en format PDF
à l'adresse suivante :

www.stacommunications.com