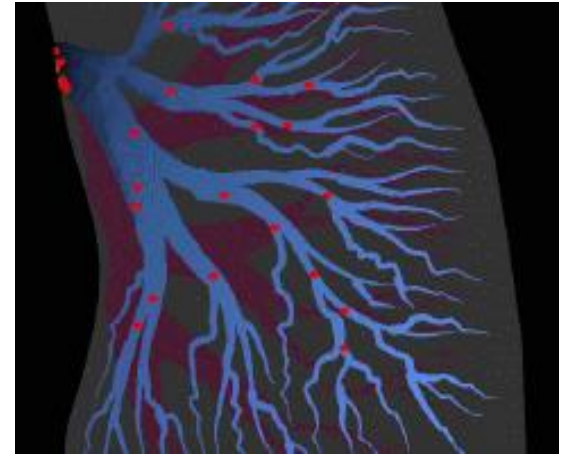
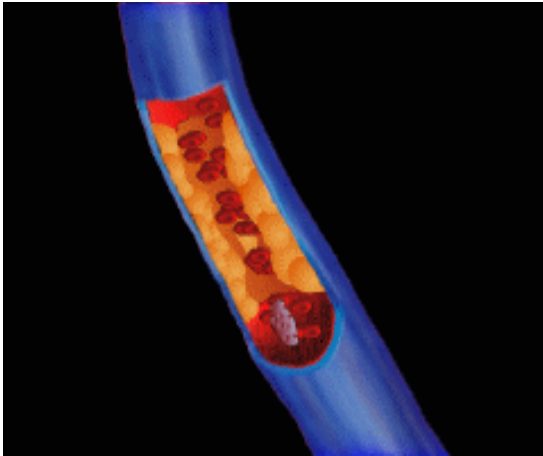


Maladie Thrombo Embolique Veineuse



Jean-François RENUCCI
Médecine Vasculaire

Service de Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle

Pr Gabrielle SARLON

Hôpitaux TIMONE / NORD - MARSEILLE

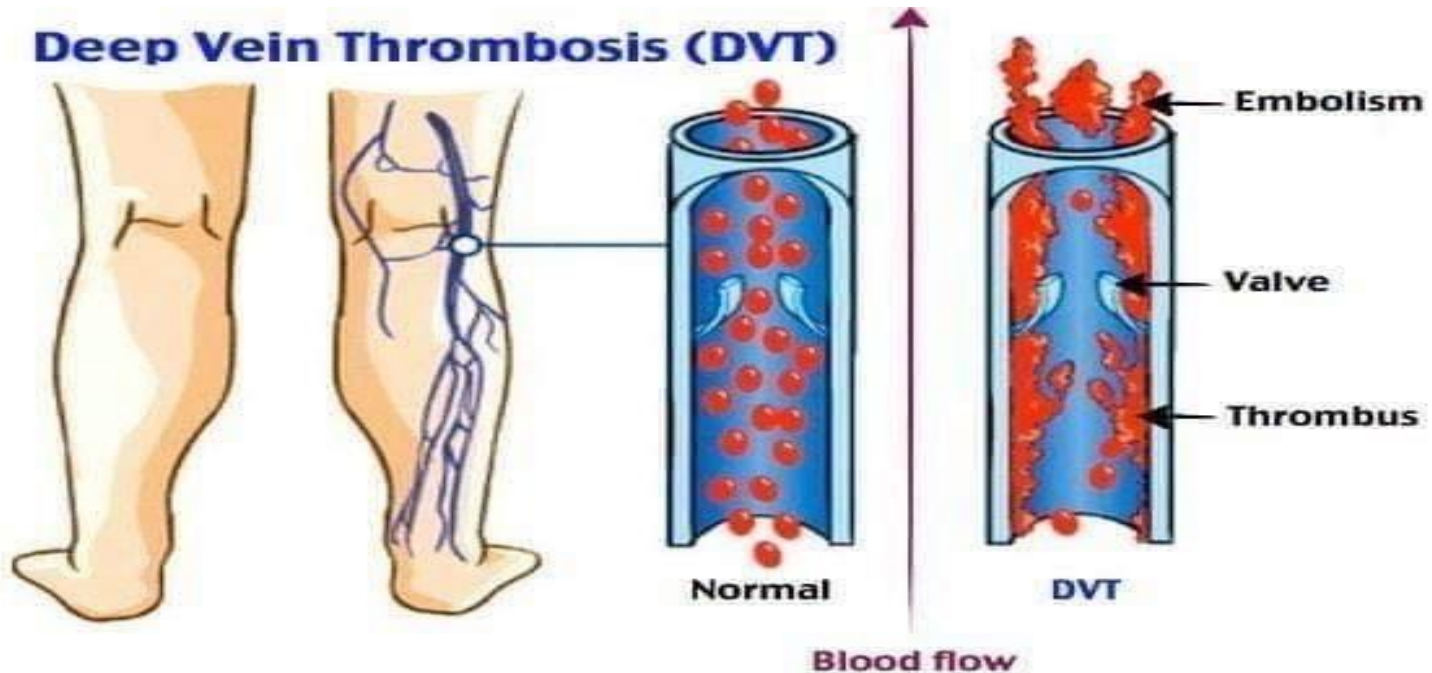
Quelques chiffres

- Maladie Thrombo Embolique Veineuse (MTEV)
= deux entités d'une même maladie :
 Thrombose Veineuse Profonde (TVP)
 Embolie Pulmonaire (EP)
- 3^{ème} maladie CV
- L'EP est Grave → mortalité 7-10%
- EP → 70% de TVP
- TVP → 50% d'EP asymptomatique

Quels sont les facteurs favorisants ?

- FDR majeurs transitoires :
 - Chirurgie
 - Immobilisation prolongée ≥ 3 jours
 - Fracture des membres inférieurs
 - dans les 3 derniers mois
- FDR majeurs permanents :
 - Cancer en cours de traitement
 - SAPL
- FDR mineurs :
 - Contraception OP ou THS
 - Grossesse et post-partum
 - Voyage > 6 H
- Autres → MTEV « idiopathique » ou ambulatoire : 30%

La vision anglo-saxonne



Risk Factors for Deep Vein Thrombosis in Ambulatory Patients	
Acquired (persistent)	<ul style="list-style-type: none">• Advanced age• Malignancy• Antiphospholipid antibodies• Prior history of DVT/PE
Acquired (transient)	<ul style="list-style-type: none">• Recent surgery or major trauma• Pregnancy• Oral contraceptives/hormone replacement therapy• Prolonged immobilization
Inherited	<ul style="list-style-type: none">• Antithrombin III deficiency• Proteins C and S• Factor V Leiden• Prothrombin gene mutation

Quand suspecter une EP ?

Sémiologie clinique en fonction de l'existence d'une EP vs autre diagnostic

Feature	PE confirmed (n = 1880)	PE not confirmed (n = 528)
Dyspnoea	50%	51%
Pleuritic chest pain	39%	28%
Cough	23%	23%
Substernal chest pain	15%	17%
Fever	10%	10%
Haemoptysis	8%	4%
Syncope	6%	6%
Unilateral leg pain	6%	5%
Signs of DVT (unilateral extremity swelling)	24%	18%

SIGNES NON SPÉCIFIQUES ... !

D'où intérêt de la Probabilité Clinique (PC)

Score de Genève révisé - 2006

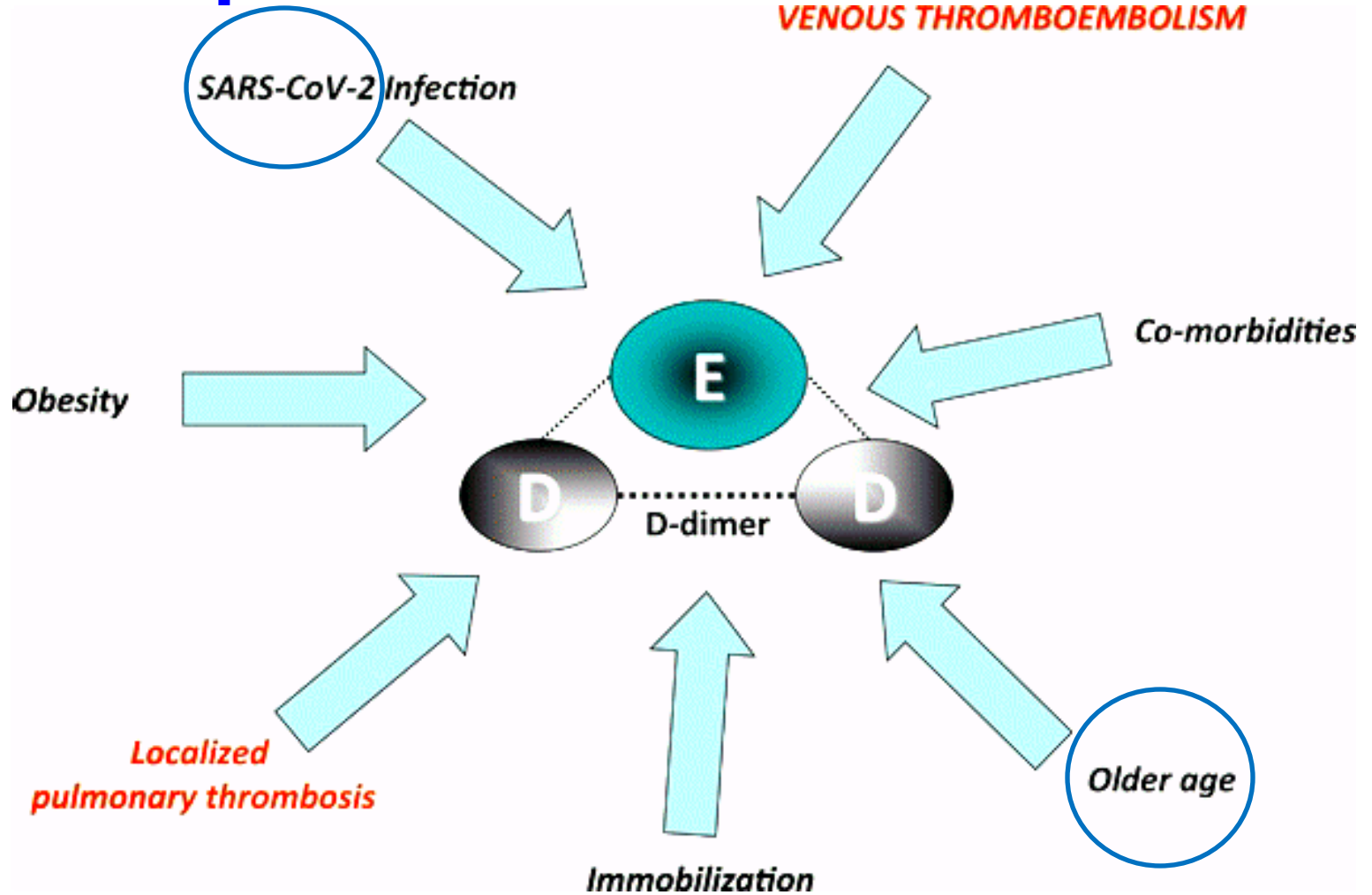
Variable clinique		Points	
Facteurs de risque	Age > 65 ans	+1	
	Antécédent de TVP ou EP	+3	
	Fracture ou opération chirurgicale < 1 mois	+2	
	Affection maligne, solide ou hémato-logique, active ou guérie il y a moins d'un an	+2	
Symptômes	Douleur unilatérale des membres inférieurs	+3	
	Hémoptysie	+2	
Signes cliniques	Fréquence cardiaque 75-94/min	+3	
	Fréquence cardiaque > 94/min	+5	
	Douleur à la palpation veineuse des membres inférieurs et œdème unilatéral	+4	
	Probabilité clinique	Total	EP (%)
	Basse	0-3	7 - 12
	Moyenne	4-10	24 - 31
	Haute	≥ 11	58 - 82

Et la paraclinique ?

- D-Dimères :
 - **VPN élevée**, à faire systématiquement
 - Si PC faible ou intermédiaire.
 - Ajustement fonction de l'âge > 50 ans

La place des D-Dimères ?

VENOUS THROMBOEMBOLISM



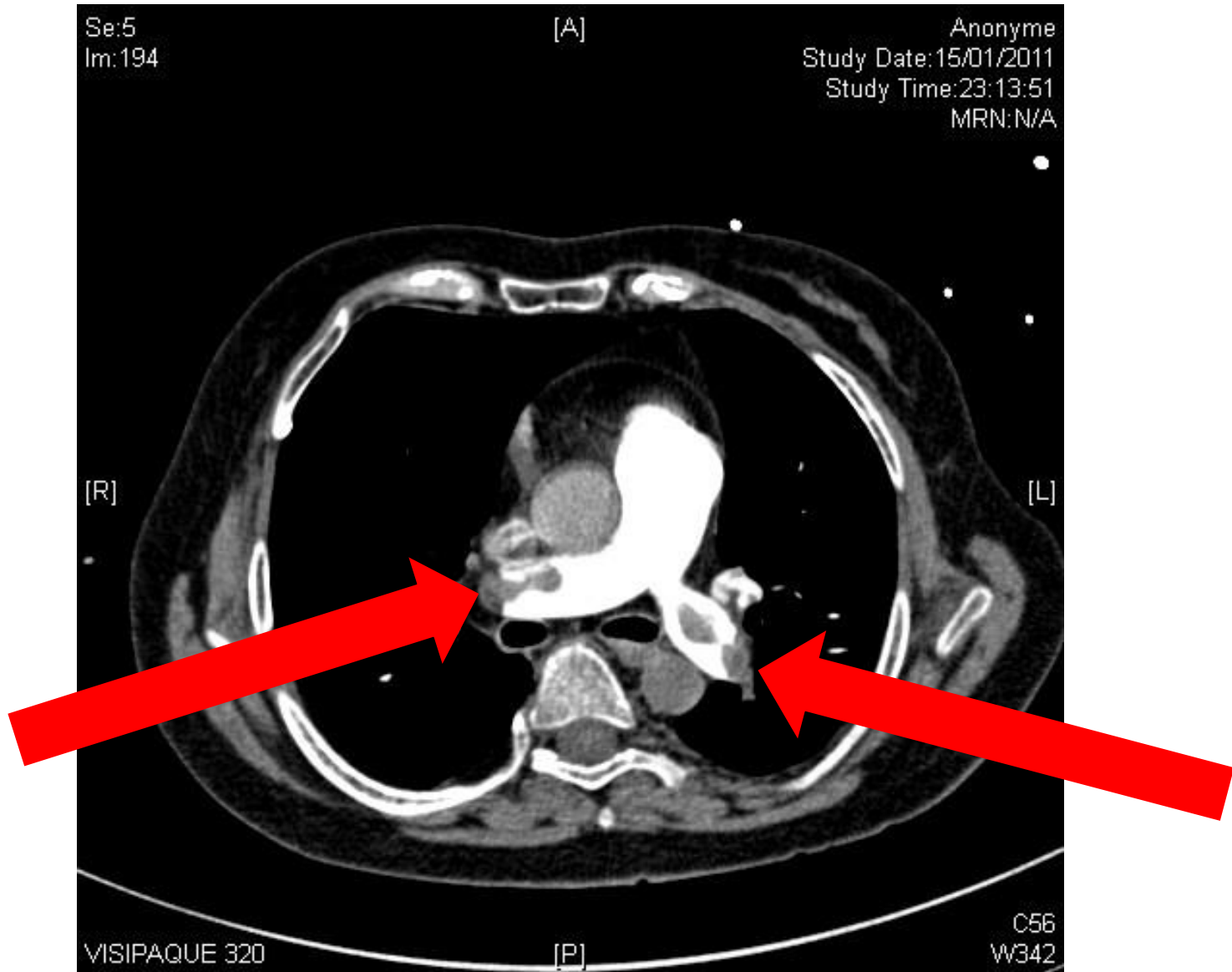
N < 100 ng / ml - **Seuil > 500 ng / ml**
ÂGE > 50 ans : 60 > 600 UI ; 70 > 700 UI
COVID : > 1000 voire > 2000 UI

Et la paraclinique ?

- D-Dimères :
 - **VPN élevée**, à faire systématiquement
 - Si PC faible ou intermédiaire.
 - Ajustement fonction de l'âge > 50 ans
- Angioscanner :
 - Examen de 1^{ère} intention si PC élevée
- Écho-Doppler Veineux :
 - Grossesse, allergie à l'iode, insuffisance rénale
- Scintigraphie Pulmonaire :
 - Grossesse, allergie à l'iode, insuffisance rénale
 - Radiographie thoracique normale

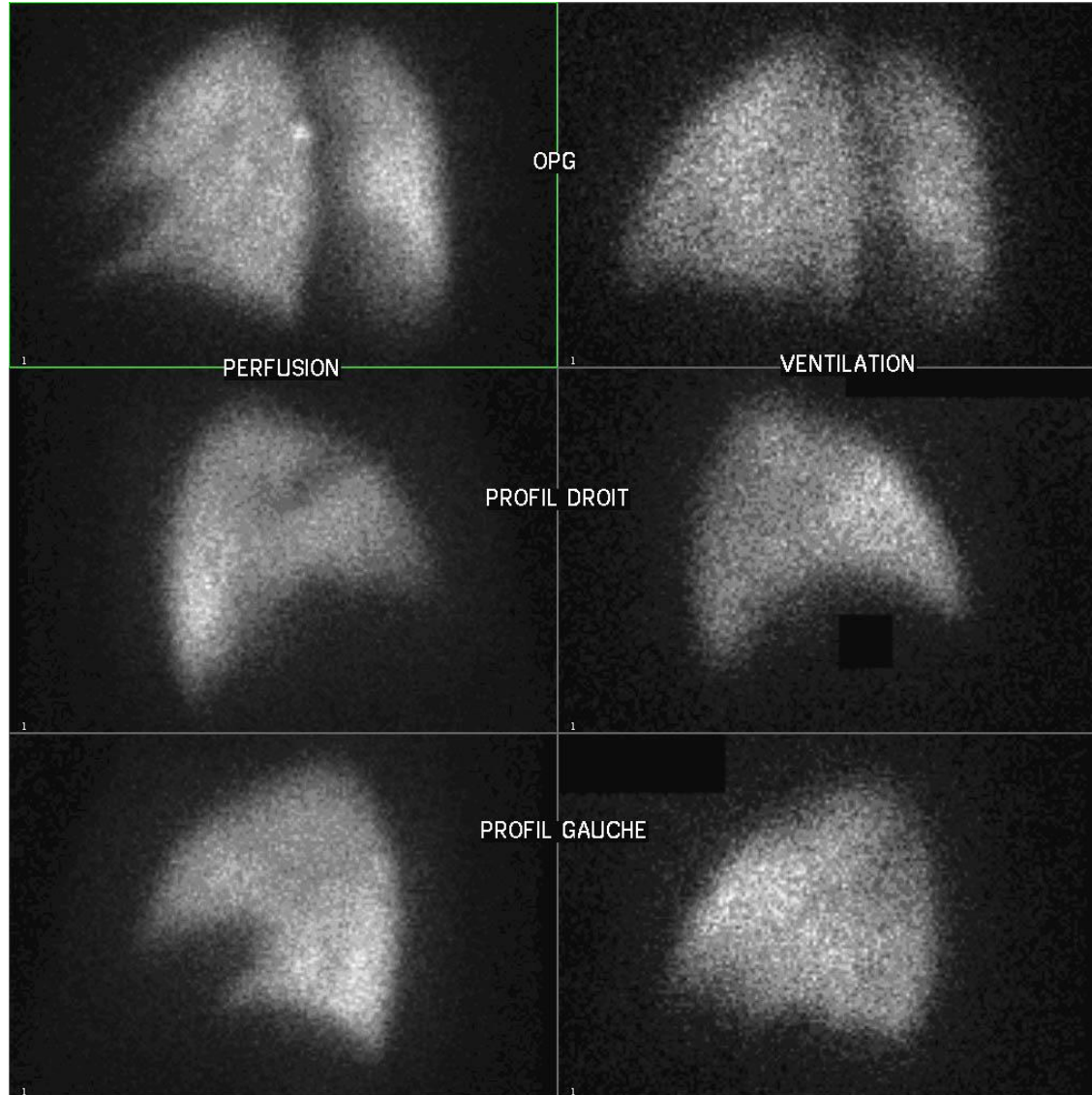
Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Angio-Scanner Pulmonaire



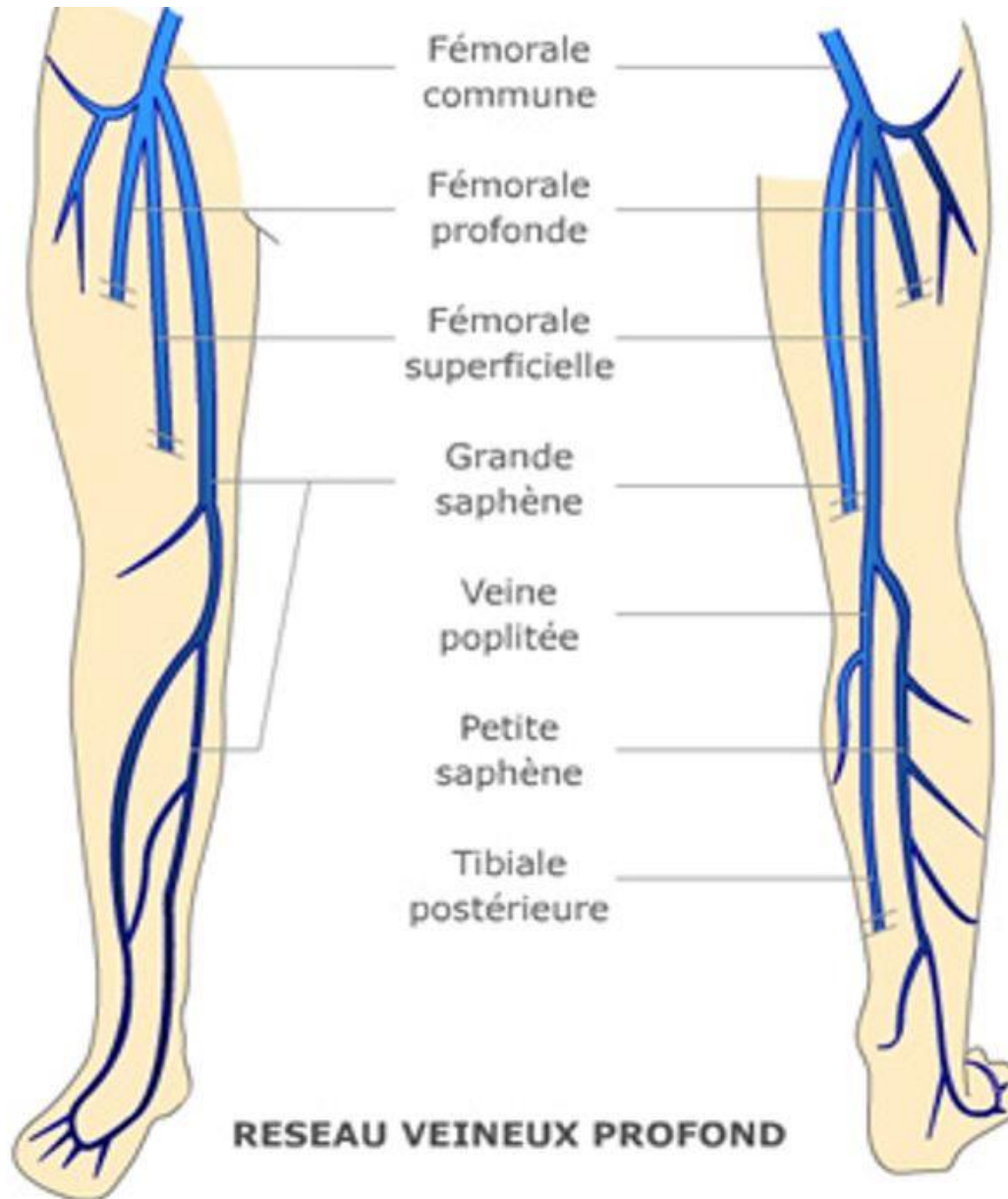
Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Scintigraphie Pulmonaire



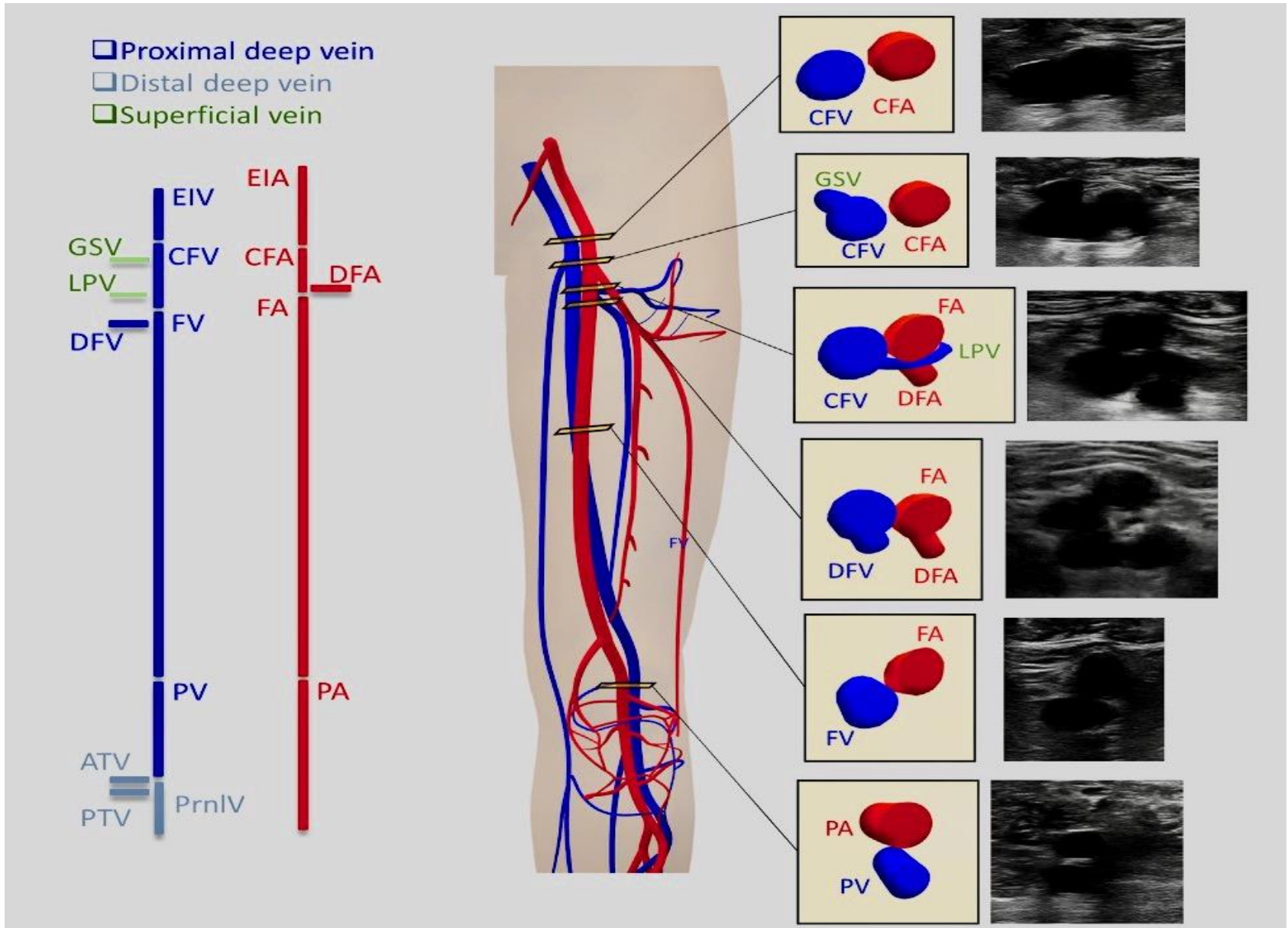
Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Réseau Veineux



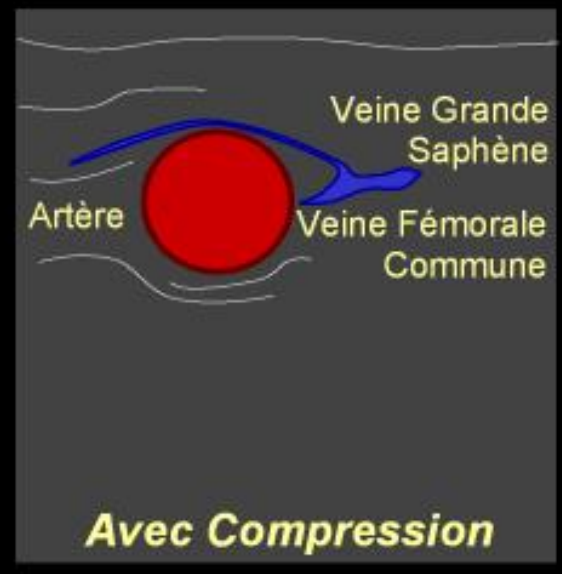
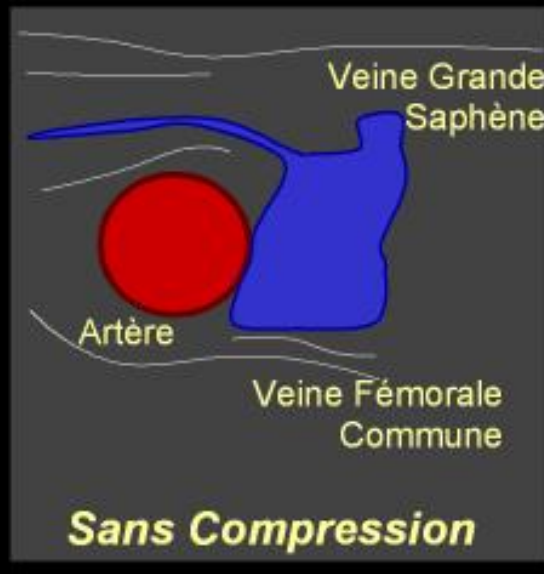
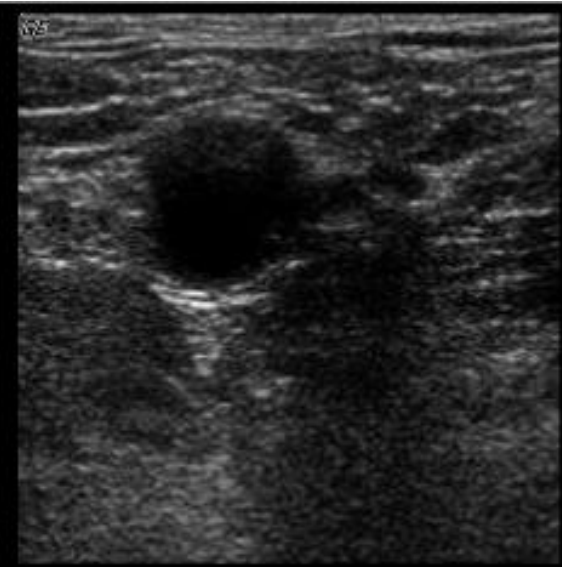
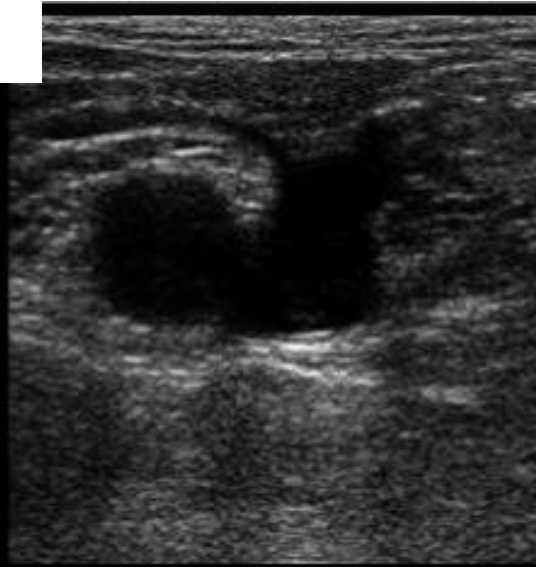
Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Réseau Veineux et Artériel - Échographie



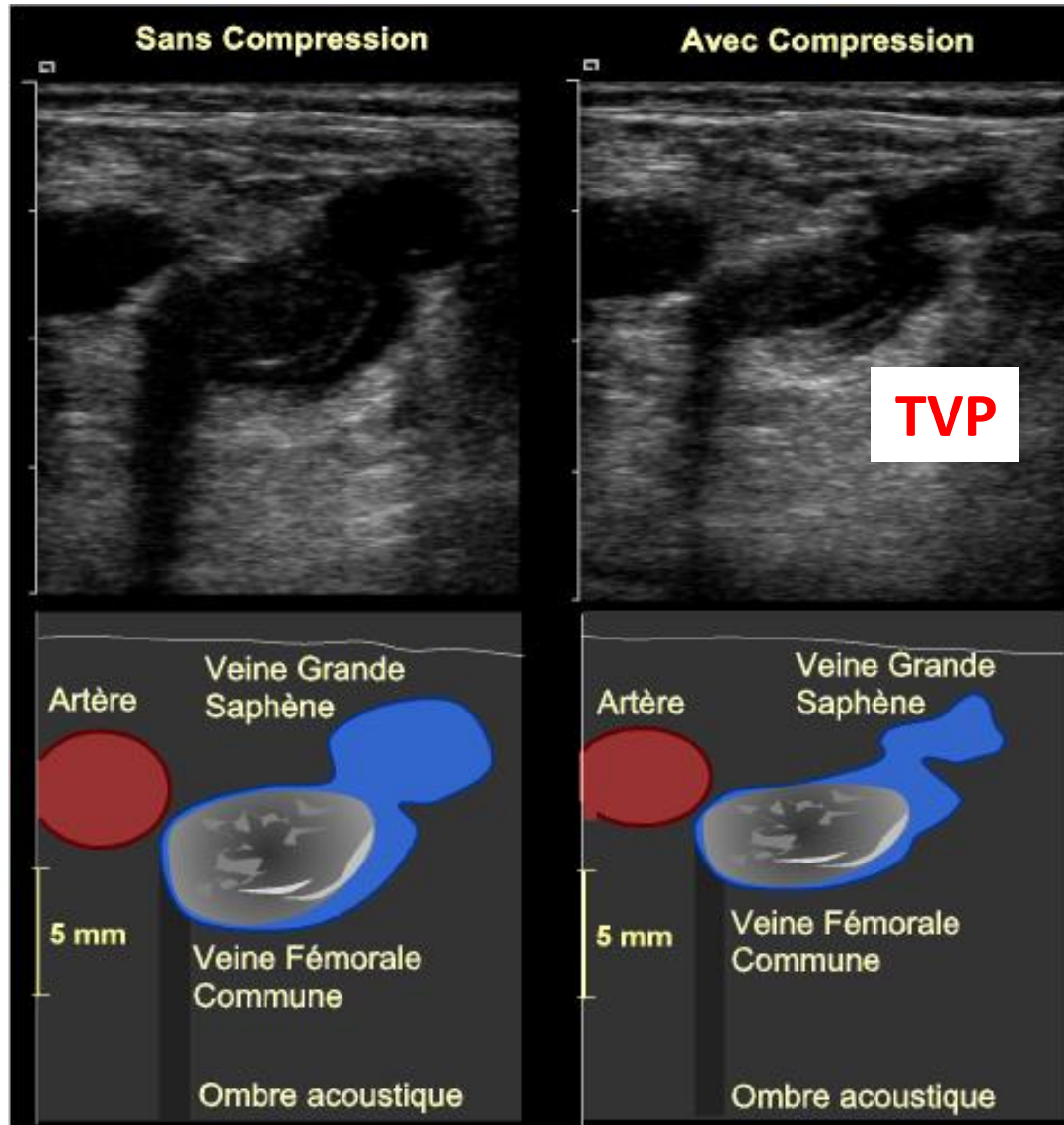
Écho - Doppler Veineux

EXAMEN NORMAL



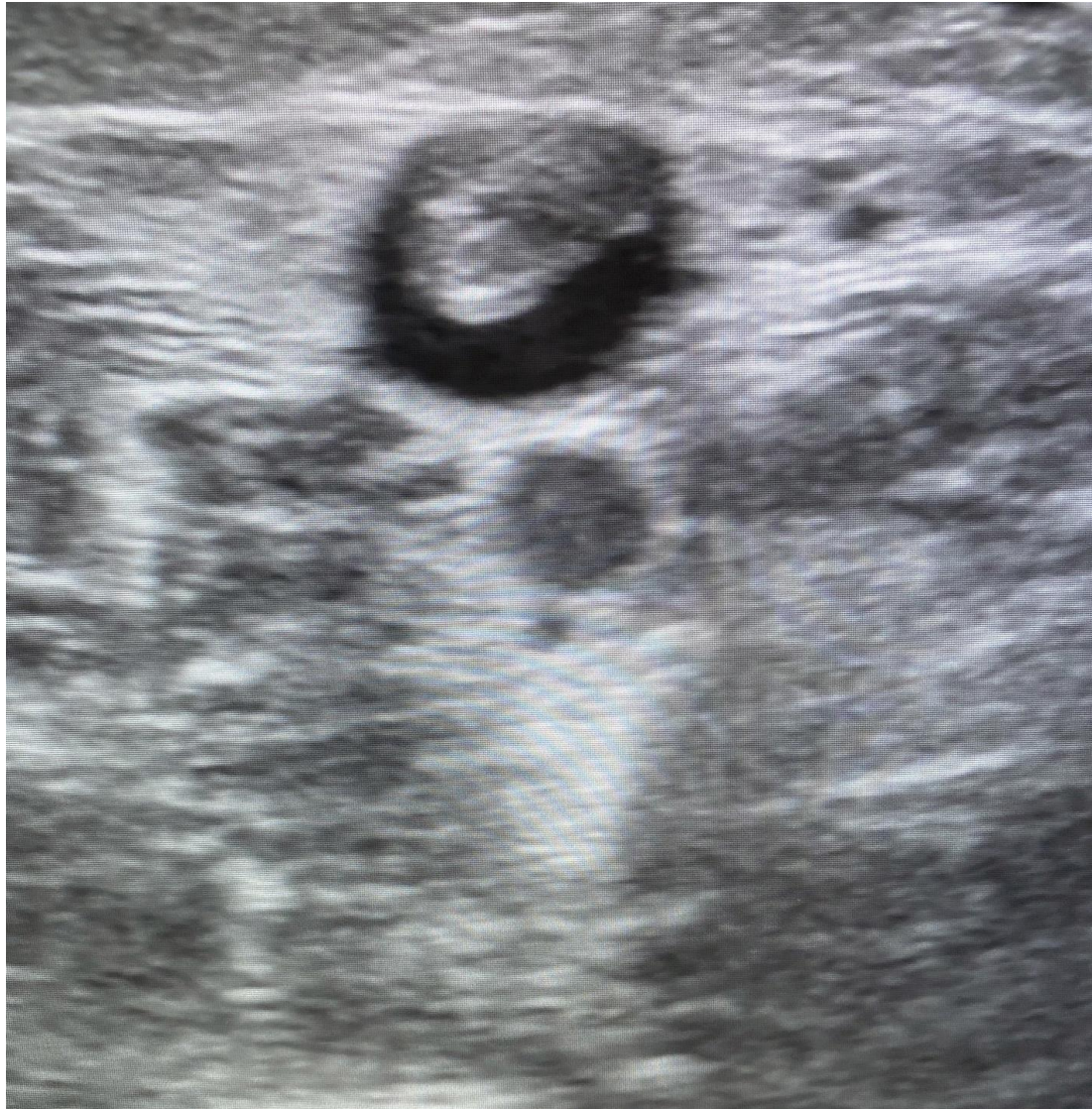
Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Écho - Doppler Veineux



Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Écho - Doppler Veineux



TVS

Thrombose partielle Veine Grande Saphène

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

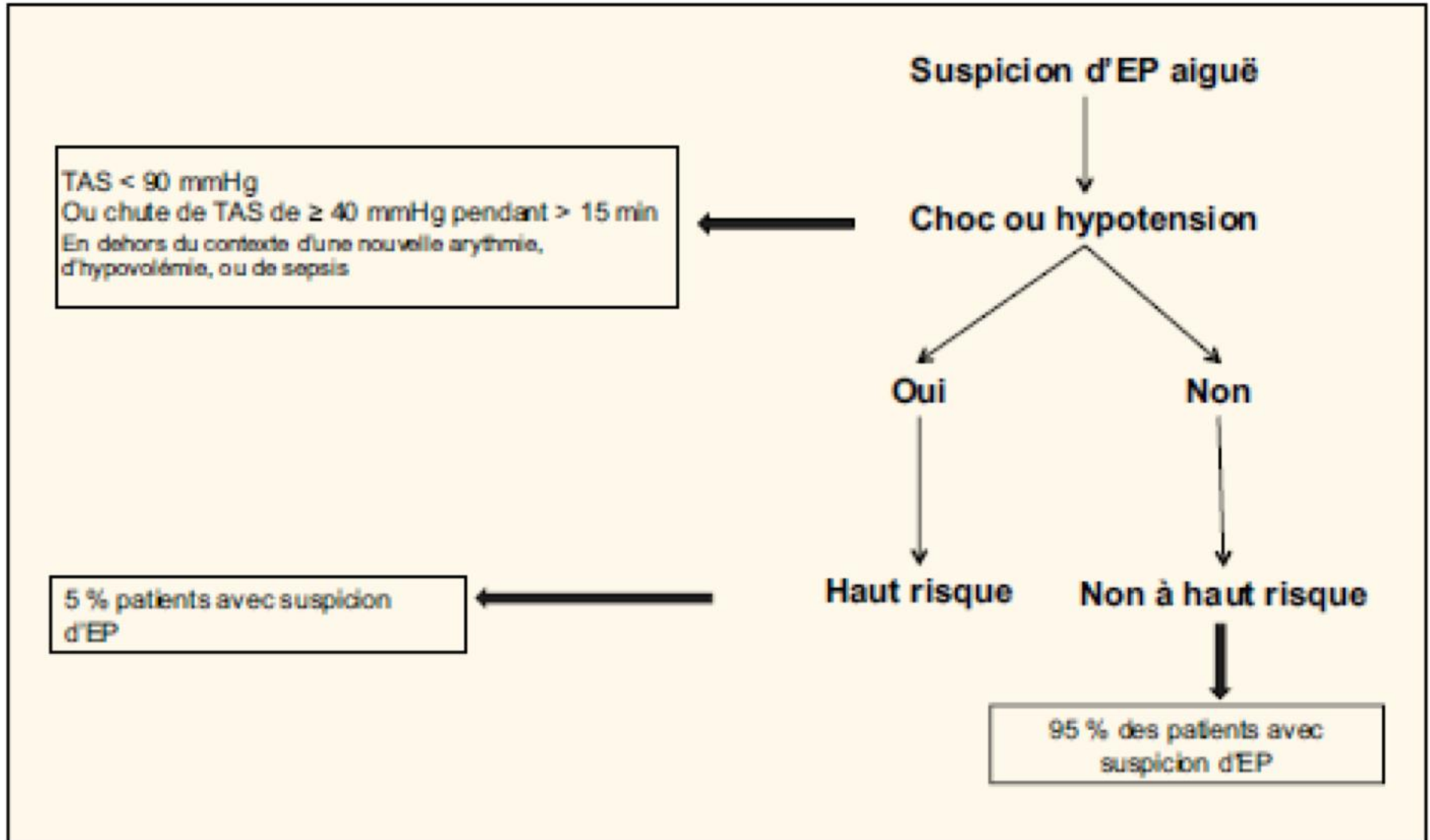
Écho - Doppler Veineux



Thrombus flottant Veine Fémorale Profonde

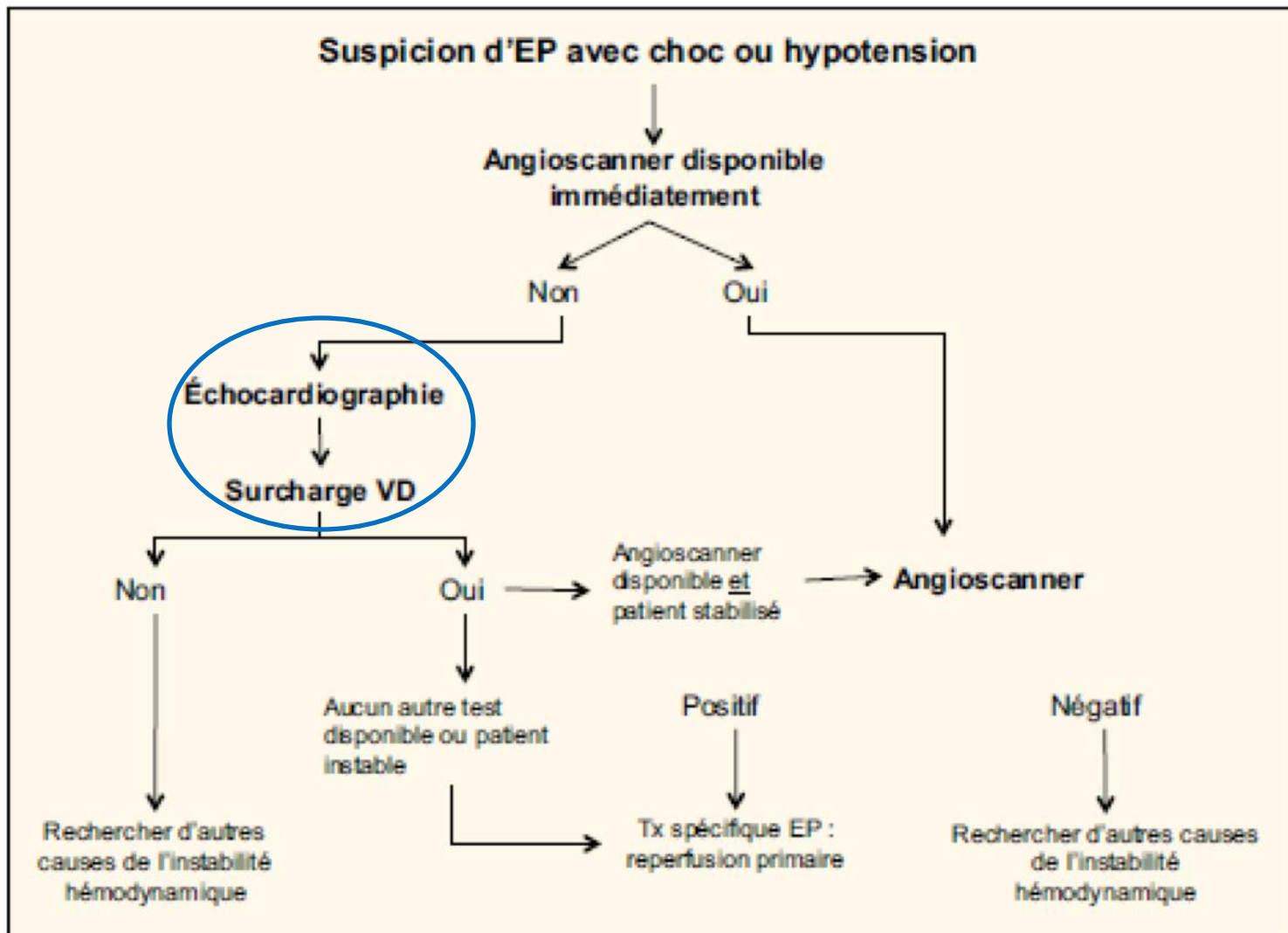
Quelle est la stratégie diagnostique ?

Stratification clinique du risque de décès précoce



EP à Haut Risque

Algorithme diagnostique des EP à haut risque



Échocardiographie

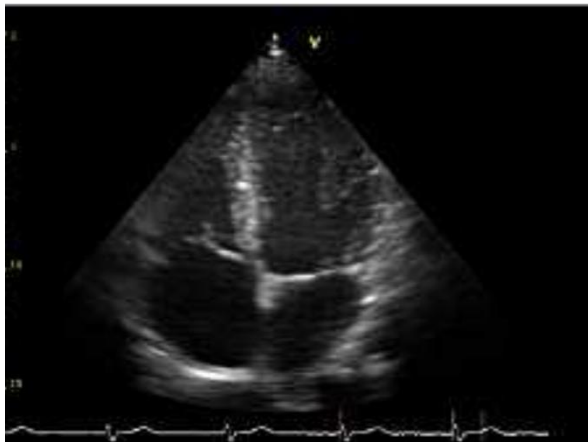
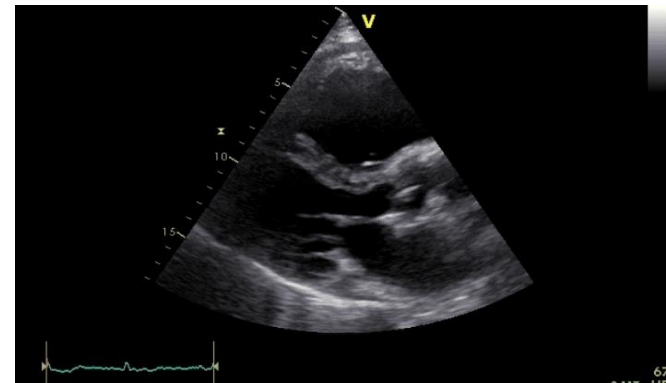
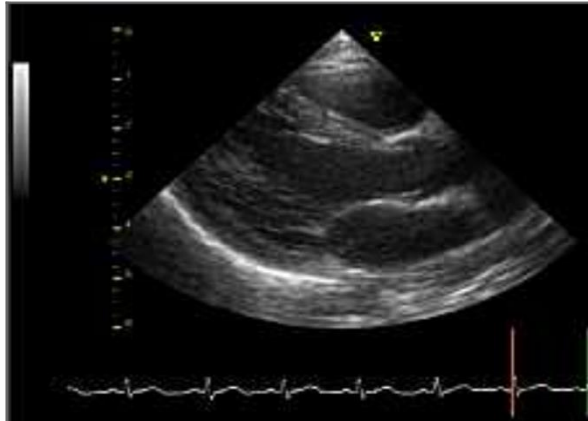
« Cœur Droit Aigu »

Savoir reconnaître :

- **Dilatation des cavités droites**
- **Dysfonction VD**
- **Hypertension pulmonaire**

Échocardiographie

« Cœur Droit Aigu »



Dilatation des cavités droites : évaluation visuelle

Échocardiographie

« Cœur Droit Aigu »

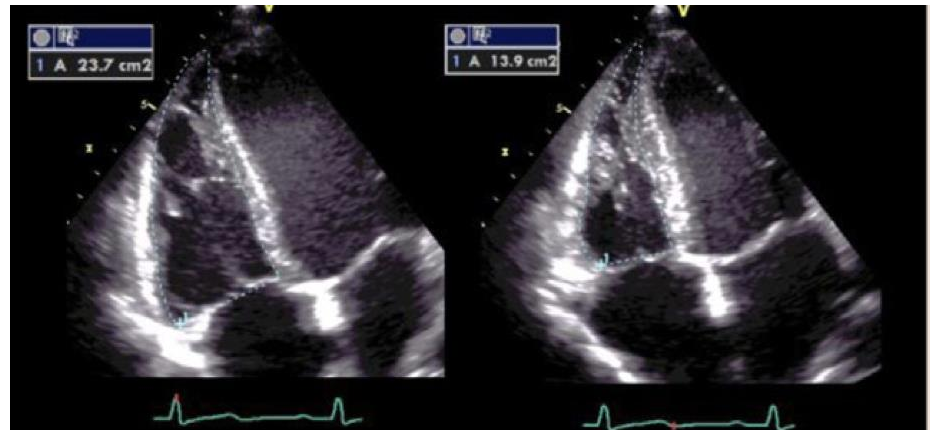
Evaluation de la fonction VD :

Fonction systolique globale

Fraction de raccourcissement de la surface VD

- Surface VD en télédiastole
- Surface VD en télésystole
- $FR = \frac{STD - STS}{STD} \times 100$

Anormal < 35 %



Dysfonction VD

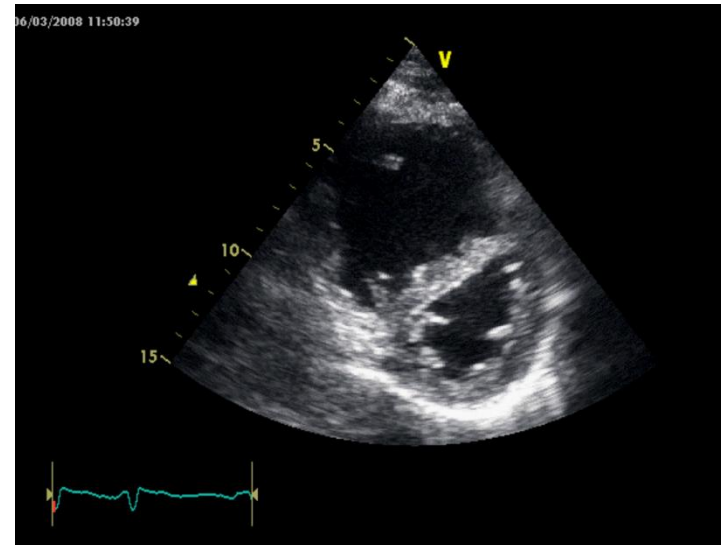
Échocardiographie

« Cœur Droit Aigu »

Signes indirects :

Septum paradoxal

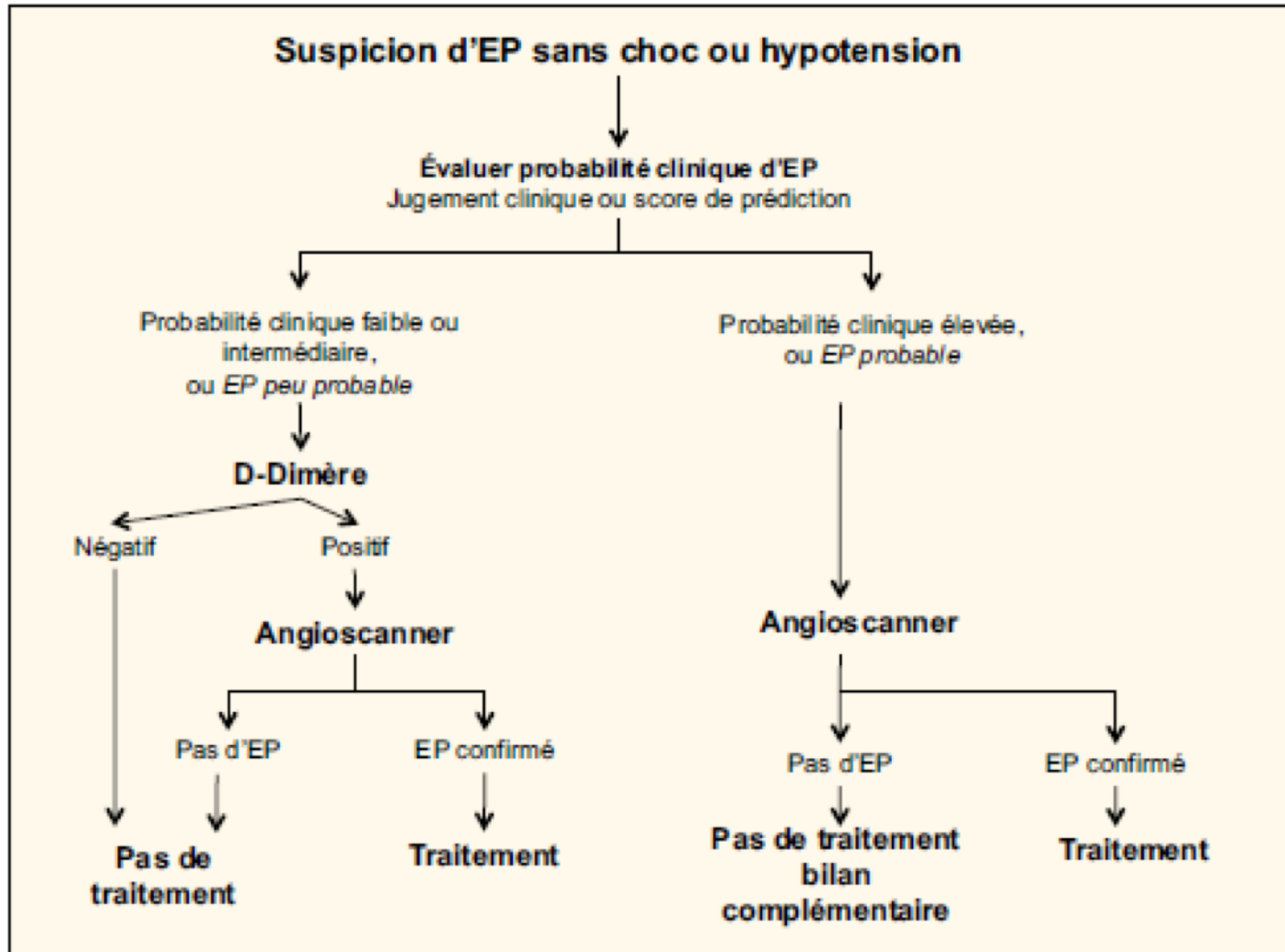
- Coupes apicales
- Coupe parasternale petit axe ++
- Systolique lors de surcharge en pression



Hypertension pulmonaire

EP « non à Haut Risque »

Algorithme diagnostique des EP « non à haut risque »



Comment évaluer le Pronostic ?

S-PESI : Simplified Pulmonary Embolism Severity Index

Cancer	1 pts
Maladie cardiopulmonaire chronique	1 pts
Age > 80 ans	1 pts
SatO2 < 90 %	1 pts
PAS < 100 mmHg	1 pts
FC > 110 bpm	1 pts

Score $\geq 1 \rightarrow$ EP à haut risque : mortalité à 1 mois 10%

Comment évaluer le Pronostic ?

Mortalité précoce	Choc ou hypotension	S PESI	Imagerie avec IVD	Biomarqueurs cardiaques
EP haut risque	+	+	+	+
EP risque intermédiaire haut	-	+	+	+
EP risque intermédiaire bas	-	+	Un ou l'autre	
EP bas risque	-	-	Pas nécessaire	

USI

UMV

RAD

Intérêt majeur
pour l'orientation du patient

Recommandations Françaises

Diagnostic et prise en charge (traitement) de l'embolie pulmonaire aigue: RECOMMANDATIONS POUR L'ÉVALUATION PRONOSTIQUE.

RECOMMANDATIONS	GRADE RECOS	NIVEAU DE PREUVE
La stratification du risque initial d'EP suspecte ou confirmée, basée sur la présence d'un choc ou d'une hypotension persistante, est recommandée pour identifier les patients à haut risque de mortalité précoce.	I	B
Chez les patients qui ne sont pas à haut risque, l'utilisation d'un score clinique prédictif de risque, de préférence le PESI ou le PESI simplifié (sPESI) (annexe), devrait être considérée pour faire la différence entre un risque faible et intermédiaire d'EP	IIa	B
Chez les patients à risque intermédiaire, l'évaluation de la fonction du ventricule droit par échocardiographie ou échotomographie, et l'évaluation des lésions myocardiques par un bio-marqueur, doit être considérée pour une nouvelle stratification des risques.	IIa	B

TVP : Probabilité Clinique de Wells

Facteur prédictif	Score
Néoplasie (traitement < 6 mois ou palliatif)	1
Plâtre ou paralysie membre inférieur	1
Alitement de plus de 3 jours ou chirurgie majeure (sous AG ou ALR) récente de moins de 12 semaines	1
Induration sur le trajet d'une veine profonde	1
Oedème de toute une jambe	1
Tuméfaction de plus de 3 cm du côté atteint (mesurée 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
Oedème pendant le godet du côté atteint	1
Circulation veineuse collatérale (non variqueuse)	1
ATCD de TVP documentée	1
Présence d'une alternative diagnostique	-2

Un score < 2 donne une faible probabilité de TVP

Un score > ou = 2 est en faveur d'une probable TVP

Patients hospitalisés et ambulatoires

TVP : Algorithme Diagnostique

Suspicion de thrombose veineuse profonde

Examen clinique

Etablissement d'un score de probabilité clinique

Score de Wells TVP

Probabilité faible

D-Dimères

Probabilité forte
ou D-Dimères non indiqués ou
non disponibles

D Dimères adaptés à l'âge > 50 ans

<500ng/ml

≥500ng/ml

Echographie

négative

positive

TVP exclue

Envisager un diagnostic différentiel

Diagnostic de TVP confirmé

Diagnostic - Pronostic : Résumé

- **Suspicion de TVP :**
 - Calcul de la probabilité clinique
 - D₂-dimères
 - Écho-Doppler veineux
 - Pas de recherche systématique d'EP si asymptomatique

- **Suspicion d'EP :**
 - Calcul de la probabilité clinique
 - D₂-dimères, ECG
 - Angioscanner pulmonaire ou scintigraphie
 - Écho-doppler veineux systématique
 - Calcul du score sPESI +/- ETT, troponine, (BNP).

Bases thérapeutiques communes

- **Urgence thérapeutique**
- **Hospitalisation si nécessaire**
- **Anticoagulation efficace**

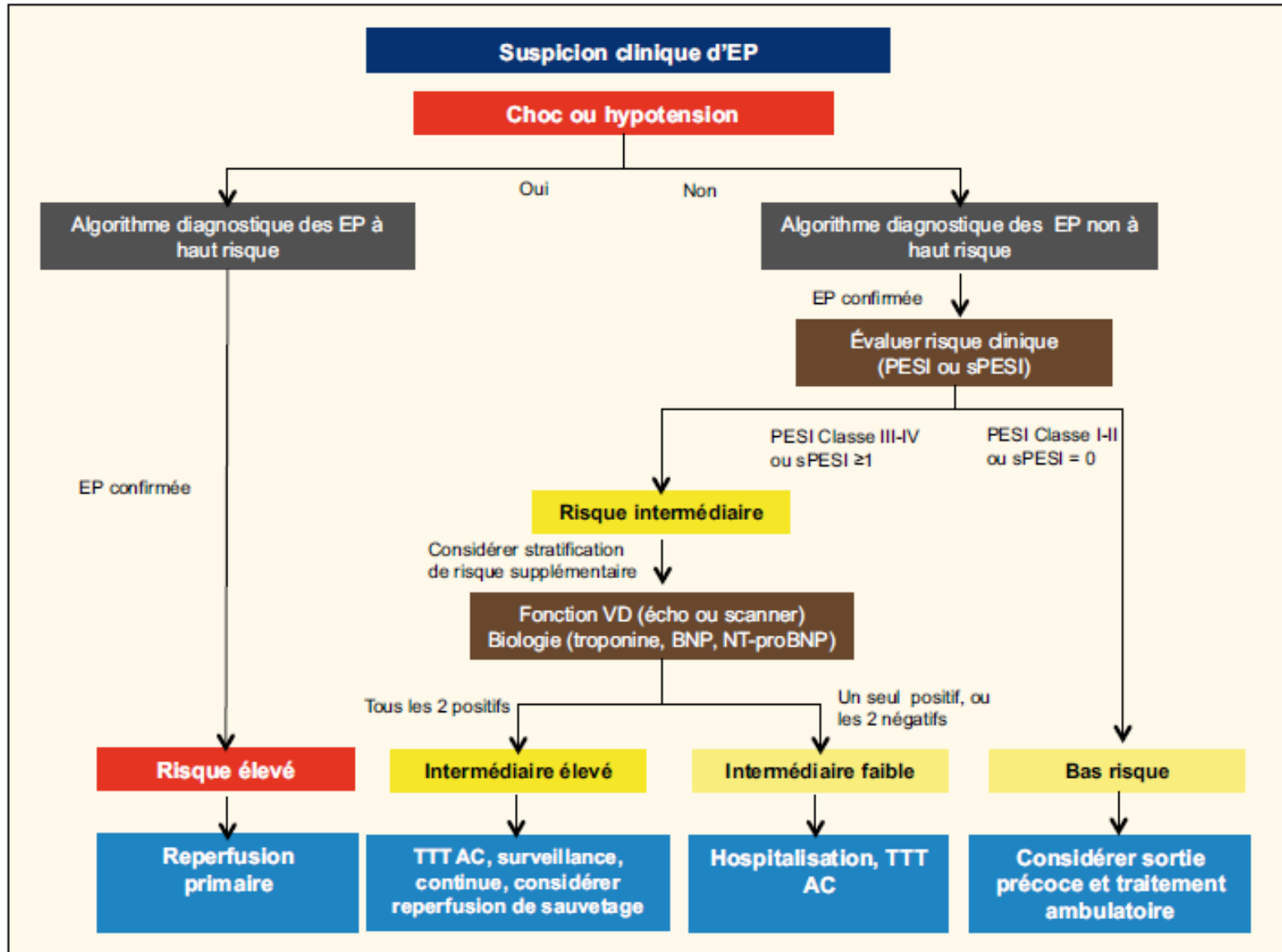
Bases thérapeutiques TVP

- **Lever précoce dès que possible
(24 H d'anticoagulation)**
- **Compression élastique de classe III
sur le membre concerné (durée 2 ans ?)**

Bases thérapeutiques EP

- **USI si EP à haut risque ou risque intermédiaire**
- **Oxygénothérapie**
- **Thrombolyse systémique si EP à haut risque**

Traitement d'une EP en phase aiguë



Bases thérapeutiques - Anticoagulation

- Phase initiale :

- PO : Apixaban : ELIQUIS ® 10 mg X 2 / jour
durant 7 jours

- Rivaroxaban : XARELTO ® 15 mg X 2 / jour
durant 21 jours

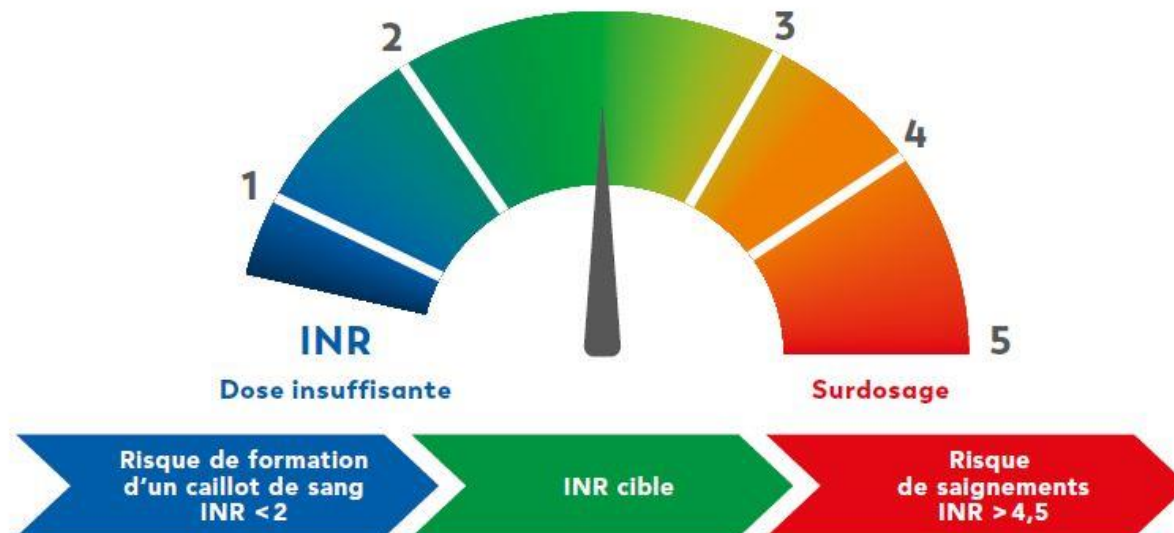
- IV : Héparine Non Fractionnée : 50 UI / kg IVD
puis 15 à 20 UI / kg / H (SE)
Surveillance = TCA : 1,5 à 3 X le témoin
ou activité anti-Xa : 0,3 à 0,7 UI / ml
Premier contrôle à la 4 ème heure

- SC : HBPM doses curatives :

- Enoxaparine : LOVENOX ® 100 UI anti-Xa / kg 2 X / jour
 - Tinzaparine : INNOHEP ® 175 UI anti-Xa / kg 1 X / jour

Bases thérapeutiques - Anticoagulation

- Relais :
 - Apixaban : ELIQUIS ® 5 mg 2 X / jour
 - Rivaroxaban : XARELTO ® 20 mg 1 X / jourAttention à la fonction rénale avec les AOD
- (Anti Vitamine K)
 - Warfarine : COUMADINE ® 2 et 5 mgDébuter à 4 mg et augmenter mg par mg



Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Durée du traitement

	Facteurs	Risque annuel de récurrence après arrêt d'un traitement de 3 mois	Durée de traitement recommandée	Grade de recommandation
MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire	<ul style="list-style-type: none">- chirurgie,- immobilisation prolongée ≥ 3 jours,- fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois	Faible (3%)	3 mois	Grade A
MTEV avec facteur de risque persistant majeur	<ul style="list-style-type: none">- cancer en cours de traitement,- syndrome des anti-phospholipides	Elevé (9%)	≥ 6 mois, prolongé tant que le facteur persiste	Accord professionnel
MTEV idiopathique	<ul style="list-style-type: none">- absence de facteur déclenchant majeur- absence de facteur de risque persistant majeur	Elevé (9%)	≥ 6 mois	Grade B

TVP distale provoquée : 6 semaines

TVP distale idiopathique : 3 mois

Récidive : au long cours

MTEV et Durée de Traitement

Risque de récurrence Faible

Risque de récurrence Modéré

Risque de récurrence Elevé et Gravité de la Récurrence

Facteur de risque Transitoire Majeur

Femme < 50 ans
Femme et HERDOO2 ≤ 1
Facteur mineur transitoire
TVP
Risque hémorragique

Homme
Femme et HERDOO2 ≥ 2
EP
Thrombophilie modérée
Filtre cave
Maladies inflammatoires

Facteur majeur persistant
Déficit AT
SAPL
EP haut risque
MTEV récidivante
HTP-TEC

Durée de 3 à 6 mois

Préférence patients

Non limité
+/- Demi dose

Non limité
Pleine dose

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Cas particuliers

Diagnostic et prise en charge (traitement) de l'embolie pulmonaire aigue. RECOMMANDATIONS POUR EP ET CANCER.		
RECOMMANDATIONS	GRADE RECOS	NIVEAU DE PREUVE
Une EP de découverte fortuite chez les patients atteints de cancer doit être gérée de la même manière qu'une EP symptomatique	IIa	C
Un dosage négatif des D-Dimères a la même valeur diagnostique négative que chez les patients sans cancer.	IIa	B
Pour les patients atteints d'EP et de cancer, une HBPM sous-cutanée adaptée au poids doit être envisagée pour les 3 – 6 premiers mois.	IIa	B
Pour les patients atteints d'EP et de cancer, une anticoagulation prolongée (au-delà des 3 à 6 premiers mois) doit être envisagée pour une période indéfinie ou jusqu'à la guérison du cancer.	IIa	C

Diagnostic et prise en charge (traitement) de l'embolie pulmonaire aigue. RECOMMANDATIONS POUR L'EP DE LA GROSSESSE.		
RECOMMANDATIONS	GRADE RECOS	NIVEAU DE PREUVE
La suspicion d'EP pendant la grossesse justifie une évaluation diagnostique formelle à l'aide de méthodes validées.	I	C
Le dosage des D-Dimères peut être effectué afin d'éviter une irradiation inutile, un résultat négatif a une signification clinique identique à celle des patientes qui ne sont pas enceintes.	IIb	C
Une échographie veineuse de compression peut être envisagée afin d'éviter une irradiation inutile., ainsi le diagnostic de TVP proximale confirme l'EP.	IIb	C
Une scintigraphie de perfusion peut être considérée pour éliminer une suspicion d'EP chez les femmes enceintes ayant une radiographie de thorax normale.	IIb	C
Un angioscanner doit être envisagé si la radiographie de thorax est anormale ou si la scintigraphie pulmonaire n'est pas facilement disponible.	IIa	C
Une dose d'HBPM adaptée au poids est le traitement recommandé pendant la grossesse chez les patientes ne présentant ni choc ni hypotension.	I	B

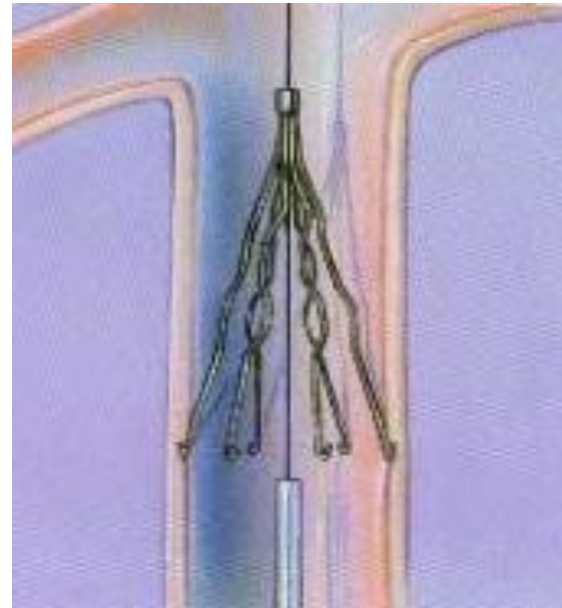
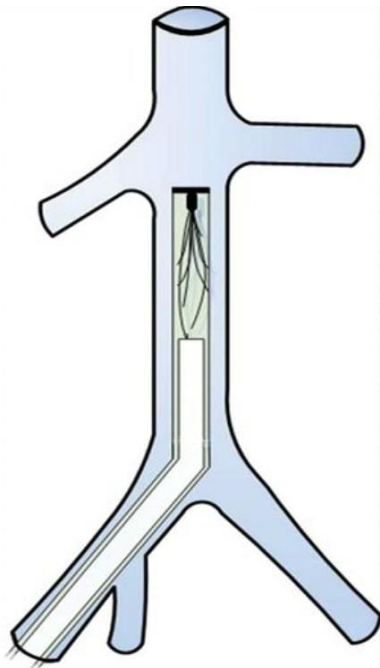
Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte
 Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) et autres Sociétés - 2019
 (D'après Guideline on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism : ESC - ERS 2019)

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Cas particuliers

Diagnostic et prise en charge (traitement) de l'embolie pulmonaire aigue. RECOMMANDATIONS POUR LES FILTRES CAVE.

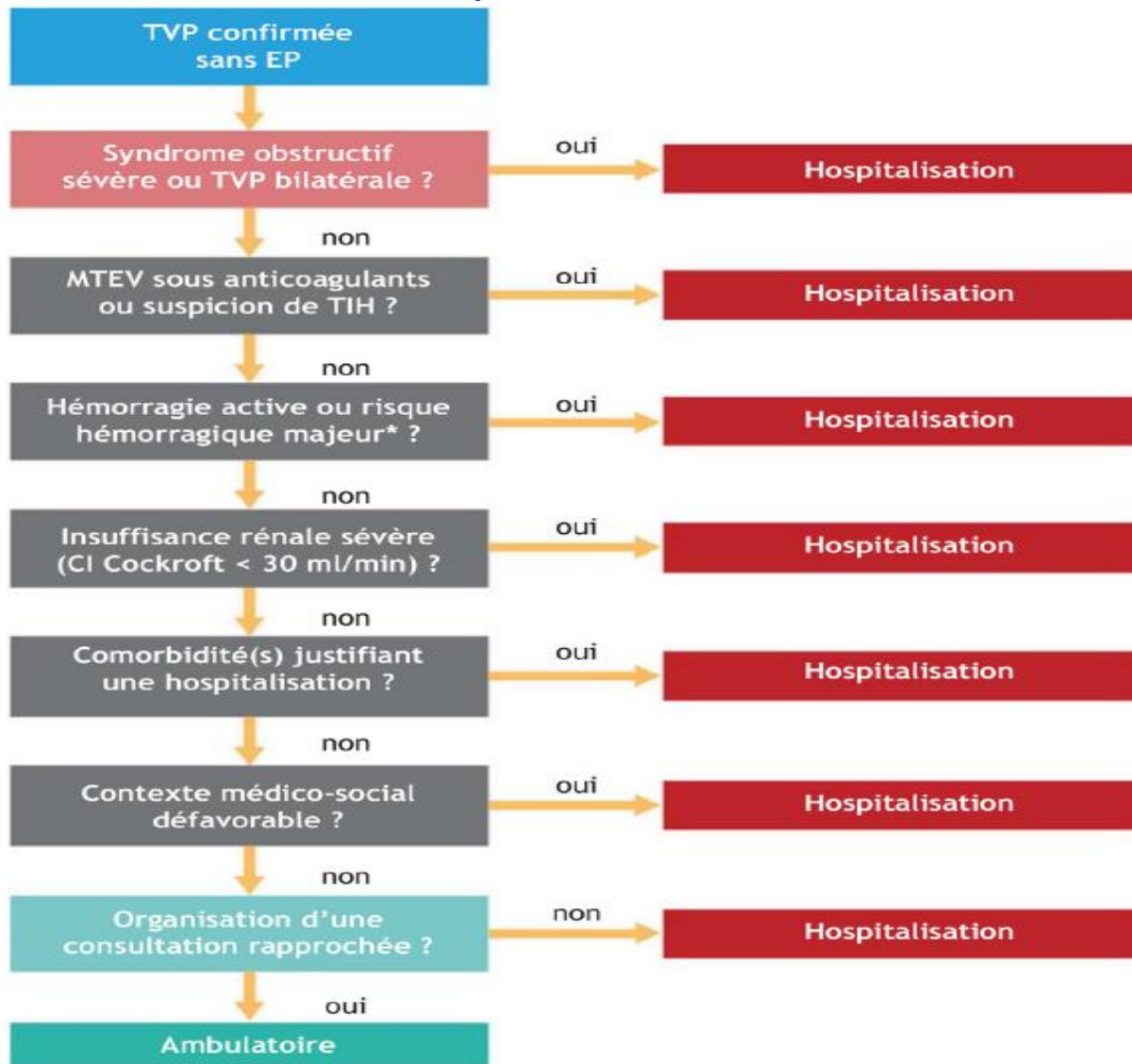
RECOMMANDATIONS	GRADE RECOS	NIVEAU DE PREUVE
Le filtre cave doit être considéré pour les patients atteints d'EP aigue et présentant une contre-indication absolue à l'anticoagulation.	IIa	C
Le filtre cave doit être considéré en cas de récurrence d'EP malgré une anticoagulation à niveau thérapeutique	IIa	C
L'usage systématique du filtre cave chez les patients atteints d'EP n'est pas recommandé.	III	A
Précision du comité recommandations : le caractère permanent ou temporaire du filtre cave n'est pas précisé dans la synthèse des recommandations.		



Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte
Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) et autres Sociétés - 2019
(D'après Guideline on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism : ESC - ERS 2019)

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Quand Hospitaliser une TVP ?



Filière de soins MTEV - AP-HM

- **Issue d'un travail collaboratif entre les différentes disciplines impliquées depuis 2015**
- **Arbres décisionnels mis à disposition des urgentistes sur le terminal des Urgences**

Suspicion Thrombose Veineuse Profonde

Évaluation et bilan initial aux Urgences

Examen obligatoire clairance selon **Cockcroft**

1 Examen clinique : signes cliniques locaux

2 Évaluation de la probabilité clinique de TVP (Wells simplifié)

3 Probabilité Faible

Probabilité Forte

4

Dosage D Dimères US

Négatif

Positif

< 500 ug/l, après 50 ans < Age x 10
Exclusion diagnostique, pas de TRT

Echo-Doppler MI en urgence si disponible ou dans les 48h
Jour CHU Nord Secrétariat d'écho-doppler 68 706
Timone Med Vasc Jour : 85 254

Négatif

Pas de TRT

Positif

TRT + prise en charge ambulatoire ou hospitalisation

Echo non réalisable
Nuit et WE :
se présenter dans l'unité d'explorations vasculaires (Timone ou Nord) le lendemain 10h après enregistrement au bureau des entrées

TRT d'attente

Pas d'alitement, donner bandes de compression, mobilisation précoce recommandée, prévoir un RDV rapidement

Timone : CS « Médecine Vasculaire Thrombose » 04 91 38 63 99

CHU Nord: CS MI 04 91 96 87 11; Cardiologie 04 91 96 86 83

1 – **Apixaban (ELIQUIS®)** : CI clairance < 30 mL/min. Peut être utilisé en première intention. 10mg 2 fois par jour pendant 7 j puis 5 mg 2 fois par jour jusqu'à la fin du traitement. **Rivaroxaban (XARELTO®)** : CI clairance < 30 mL/min. Peut être utilisé en première intention. 15 mg 2 fois par jour pendant 21 j puis 20 mg par jour jusqu'à la fin du traitement

2 - **HBPM à dose curative** : (CI : insuffisance rénale sévère, obésité) **Tinzaparine (INNOHEP®)** : 175 UI anti-Xa/kg/24h en SC (soit poids-10 x 100 ml/j) **Enoxaparine (LOVENOX®)** : 100 UI/kg toutes les 12h

3 - ATCD de thrombopénie à l'héparine : discuter TRT par **Fondaparinux (ARIXTRA®)** 7,5mg/24h en SC

Suspicion d'Embolie Pulmonaire

Dyspnée ou douleur thoracique ou malaise non explicité

Évaluation et bilan initial aux Urgences †

† bilan de thrombophilie à programmer éventuellement en hospitalisation ou lors de la consultation 2

1

Évaluation de la probabilité clinique (PC) d'EP sans choc ou hypoTA
Score Genève révisé

Probabilité Faible

Probabilité Modérée

Probabilité Forte

4

Calcul du Score sPESI

2

Dosage D Dimères US

Négatif

Positif

3

Angioscanner

CHU Timone
Jour : 84 953, Nuit : 84 694
CHU Nord : 68 592

*

Positif

TRT

sPESI = 0

PEC aux U ou ambulatoire
Prévoir un suivi à 7 jours
- RDV Timone 0491386999
- Patients de Nord RDV suivi de TRT en ville

sPESI = 1 Hospitalisation
Si Timone 86 005 USIC ou U méd vasculaire 86 035 si CHU Nord USIC 68 858 puis Cardio, MI, MV pour Timone Cardio, MI, Gériatrie pour Nord prévoir un suivi à 7 jours

Négatif

Scanner non conclusif mais PC importante -> Relecture

5

* Echo-doppler veineux MI

Timone: RDV écho : 04 91 3 87023
Timone: DECT d'urgence 85 254
CHU Nord Secrétariat d'écho-doppler 68 706

Pas de TRT

Négatif

TRT

Positif

Calcul du Score sPESI

* NB : Indication Echo doppler MI

- Signes cliniques de thrombose veineuse des MI, grossesse, allergie à l'iode, insuffisance rénale
- Bilan étiologique EP avérée

- **HBPM à dose curative** : (CI : insuffisance rénale, obésité)
Tinzaparine (INNOHEP®) : 175 UI anti-Xa/kg/24h en SC (soit poids-10 x 100 ml/j)
Enoxaparine (LOVENOX®) : 100 UI/kg toutes les 12h
- **Apixaban (ELIQUIS®)** : CI clairance < 30 mL/min. Peut être utilisé en première intention. 10mg 2 fois par jour pendant 7 jours puis 5 mg 2 fois par jour jusqu'à la fin du traitement.
- **Rivaroxaban (XARELTO®)** : CI clairance < 30 mL/min. Peut être utilisé en première intention. 15mg 2 fois par jour pendant 21 jours puis 20 mg par jour jusqu'à la fin du traitement

EP avec choc ou Hypotension

Évaluation et bilan initial aux Urgences

EP grave appel de la Réa
Réa Timone au 691, 88 542
Réa CHU Nord 66 666

Angioscanner faisable

non

oui

Échocardiographie
Surcharge VD

Négatif

Positif

Non

Oui

Pas de TRT
Recherche
d'autres causes

Angioscanner si disponible
ou reperfusion si patient
instable

Pas de TRT
Recherche
d'autres causes

Reperfusion Primaire

Collaboration inter disciplinaire

- **Accès rapide aux Écho-Dopplers**
- **Unité de Médecine Vasculaire dédiée (Timone) pour hospitalisation (9 ème)**
- **Prise en charge en ambulatoire**
- **Organisation d'une Consultation Post-Urgences (Timone)**
- **RCP thrombose mensuelle (Timone) : étiologie, dépistage familial, durée du traitement**

CONSULTATION POST URGENCES POUR ECHO-DOPPLER

Marseille le : ____ / ____ / 20__

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu aux urgences de la Timone 2, le diagnostic de

THROMBOSE VEINEUSE (PHLEBITE)

du membre inférieur droit / gauche est suspecté.

SCORE DE WELLS = _____

DDIMERES = _____

Un traitement par ANTICOAGULANT vous a été instauré.

Type et Posologie : _____

Pour confirmer le diagnostic, vous devez passer rapidement

un ECHO DOPPLER VEINEUX du membre inférieur.

Vous avez rendez vous demain (lundi si week-end) dans l'Unité d'Explorations de Médecine Vasculaire (04.91.38.70.23) au 1^{er} étage TIMONE 1

- Lundi ____ / ____ / 20__ à 10h
- Mardi ____ / ____ / 20__ à 10h
- Mercredi ____ / ____ / 20__ à 10h
- Jeudi ____ / ____ / 20__ à 10h
- Vendredi ____ / ____ / 20__ à 10h

Avant votre rendez vous il faut vous enregistrer au Bureau des entrées dans le Hall central RDC Timone 1, puis présenter vous avec ce papier dans l'Unité d'Explorations de Médecine Vasculaire (04.91.38.70.23) au 1^{er} étage TIMONE 1

Si le diagnostic de phlébite est confirmé par l'écho-doppler, il vous sera donné par le médecin des échos-dopplers un autre RDV pour assurer votre suivi clinique, thérapeutique et rechercher les causes de la phlébite.

**EDV : Explorations Vasculaires
Timone 1 – 1^{er} Étage
À partir de 9 H SANS RDV**

CONSULTATION POST URGENCES THROMBOSE

(Maladie Veineuse Ambulatoire < 60 ans)

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu aux urgences de la Timone 2 et on vous a diagnostiqué une

THROMBOSE VEINEUSE (PHLEBITE) ET/OU UNE EMBOLIE PULMONAIRE

Un traitement par ANTICOAGULANT vous a été instauré.

Type et Posologie : _____

Un bilan sanguin a été effectué aux urgences pour rechercher les causes de votre phlébite.

Un rendez-vous de consultation spécialisée post-urgences vous est donné par le médecin des urgences afin d'assurer votre suivi clinique, thérapeutique et rechercher les causes de la phlébite.

Vous avez rendez vous LUNDI ____ / ____ / 20__ à 14h.

Merci de prévenir le secrétariat de la consultation clinique thrombose :

Au 04 91 38 63 99 pour confirmer l'HEURE du rendez-vous.

Avant votre rendez vous il faut vous enregistrer au 10^{ème} étage auprès de l'agent comptable Timone 1, puis présenter vous avec ce papier au 5^{ème} Étage de la Timone 1 à la consultation clinique de thrombose située dans le service de Cardiologie (Pr DEHARODr SARLON).

VOTRE PRESENCE À CE RENDEZ VOUS EST INDISPENSABLE POUR LE SUM CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET LE BILAN ETIOLOGIQUE DE VOTRE MALADIE THROMBO EMBOLIQUE

**Consultation Post Urgences Thrombose
Timone 1 - 1^{er} Étage
Médecine Vasculaire : 04 91 38 70 23**

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Comment faire le diagnostic d'une thrombose veineuse des membres inférieurs ?

How to make the diagnosis of venous thrombosis of the lower limbs?

A. Elias^{a,b}, G. Pernod^{a,c}, O. Sanchez^{a,*,d,e}, pour le groupe de travail Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la MVTE

Chez un patient suspect de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs :

- R2.1 — Pour l'estimation de la probabilité clinique, il est suggéré d'utiliser une règle de prédiction validée plutôt que le jugement implicite seul pour guider la réalisation des explorations (Grade 2+).
- R2.2 — Il est recommandé de tenir compte du niveau de probabilité clinique pour demander et interpréter le dosage des D-dimères (Grade 1+).
- R2.3 — Il est recommandé d'utiliser une technique de dosage quantitative des D-dimères très sensible et validée (Grade 1+).
- R2.4 — Lorsque la probabilité clinique est faible ou intermédiaire, il est recommandé de réaliser un dosage des D-dimères afin d'exclure l'hypothèse d'une TVP sans réaliser d'écho-Doppler lorsque le résultat est négatif (Grade 1+).
- R2.5 — Il est recommandé de ne pas poursuivre les investigations en cas de probabilité clinique non forte et de D-dimères négatifs (Grade 1-).
- R2.6 — Il est recommandé de ne pas réaliser de dosage des D-dimères lorsque la probabilité clinique est forte (Grade 1-).
- R2.7 — Il est recommandé de réaliser un écho-Doppler complet comme test diagnostique de la TVP si la probabilité clinique est forte ou les D-dimères positifs (Grade 1+).

- R2.8 — Il est recommandé, pour l'examen écho-Doppler complet, d'explorer l'ensemble du réseau veineux comprenant les veines proximales et les veines distales en utilisant le test de compression veineuse (Grade 1+) ; il est suggéré d'utiliser aussi les modes doppler couleur et doppler pulsé pour poser le diagnostic de TVP des membres inférieurs (Grade 2+).
- R2.9 — Il est suggéré, en l'absence d'écho-Doppler complet réalisable, de réaliser une échographie veineuse de compression proximale (Grade 2+).
- R2.10 — Le diagnostic de TVP est exclu en cas d'écho-Doppler complet négatif et de probabilité clinique non forte (Grade 1+).
- R2.11 — Le diagnostic de TVP est confirmé si l'écho-Doppler complet montre une TVP proximale et/ou distale (Grade 1+).
- R2.12 — Il est recommandé, en cas de simple échographie proximale négative, de faire un contrôle écho-Doppler complet dans les 7 jours (Grade 1+).
- R2.13 — En l'absence de possibilité du dosage des D-dimères, il est suggéré d'avoir recours à un écho-Doppler complet en première intention (Grade 2+).

Points Clés

- **MTEV** : maladie fréquente et mortelle
- Diagnostic clinique difficile
- Importance du calcul du score de probabilité clinique et de la retranscription dans le dossier
- Stratégies diagnostiques incluant clinique et paraclinique
- Importance du calcul du score s-PESI de l'EP pour PEC optimisée
- Révolution avec les AOD mais attention à la fonction rénale

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Numéro Urgences Médecine Vasculaire

DECT 85 254

Avis médicaux urgents :

Médecine Vasculaire ou HTA

ou Écho-Doppler en semaine 9 H - 16 H

Astreintes seniors

Écho-Doppler URGENCES

samedi - dimanche - jours fériés

8 h 30 - 18 H 30

Maladie Thrombo Embolique Veineuse

Numéros Urgences Astreintes

Profil

Nature

Site

UEP

SENIORS ▼

ASTREINTES ▼

INTERSECTEUR ▼

INTERSECTEUR-ECHO-DOPPLER VASCULAIRE-ASTREINTES SENIORS.PDF ▼

11/06/2023 16:43 - 16AFN - 16 AS SENIORS WE ET JF- URG ECHO-DOPP VASCUL-TA - Tableau des astreintes - Réalisé - INTERSECTEUR-ECHO-DOPPLER VASCULAIRE-ASTREINTES SENIORS

UF de mandatement : UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA

Référent(s) : BERTOLINO Julien 0676274935

AS - As_Astreinte

Juin 2023	Période				NOM PRENOM	UF D'AFFECTION PRINCIPALE	TELEPHONE
	Ma	AM	N1	N2			
lun. 05/06							
mar. 06/06							
mer. 07/06							
jeu. 08/06							
ven. 09/06							
sam. 10/06		X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	078
dim. 11/06	X	X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	078
lun. 12/06							
mar. 13/06							
mer. 14/06							
jeu. 15/06							
ven. 16/06							
sam. 17/06		X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	062
dim. 18/06	X	X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	062
lun. 19/06							
mar. 20/06							
mer. 21/06							
jeu. 22/06							
ven. 23/06							
sam. 24/06		X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	062
dim. 25/06	X	X				UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	062
lun. 26/06							
mar. 27/06							
mer. 28/06							
jeu. 29/06							
ven. 30/06							
sam. 01/07		X			Jean Francois RENUCCI	UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	0622071798
dim. 02/07	X	X			Jean Francois RENUCCI	UF3263 - UF3263 ECHODOPPLER VASCULAIRE-TA	0622071798

MERCI !

Pour votre attention

