

## TVP : la clinique critériée d'abord

# Diagnostic de thrombose veineuse profonde en médecine générale : recommandations de pratiques cliniques

*Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians*

Qaseem A, Snow V, Barry P et al.

Ann Fam Med 2007;5:57-62.

### Contexte

La réduction de la morbidité des thromboses veineuses profondes (TVP) des membres inférieurs et des embolies pulmonaires (EP) passe par un diagnostic précoce.

Parmi les 600 000 cas annuels d'EP aux États-Unis <sup>(1)</sup>, il y a 26 % de décès par absence de diagnostic et 26 % d'EP récidivantes pouvant être fatales. L'apport de nouvelles connaissances, dans ce domaine très dynamique, impose une modification périodique des recommandations.

### Objectif

Proposer de nouvelles recommandations de pratiques cliniques pour les diagnostics de TVP et d'EP en médecine générale.

### Population étudiée

Toute population adulte susceptible de développer une TVP ou une EP, y compris les femmes enceintes, incluse dans les essais étudiés.

### Méthode

Recommandations pour la pratique clinique élaborées par un groupe de travail multidisciplinaire : analyse et synthèse de la littérature avec mise à jour des précédentes recommandations.

Les questions auxquelles les experts devaient répondre étaient :

- Les scores cliniques sont-ils valables pour le diagnostic de TVP ou d'EP et leurs performances sont-elles améliorées par le dosage des D-dimères ?
- Quelles sont les performances diagnostiques du dosage des D-dimères utilisé seul pour exclure une TVP ou une EP ?
- Quelles sont les performances du Doppler veineux des membres inférieurs pour le diagnostic de TVP ?

- Quelles sont les performances de la tomographie axiale pour le diagnostic d'EP ?

### Résultats

- Les scores cliniques validés comme le score de Wells devraient être utilisés pour estimer la probabilité prétest de TVP et d'EP et pour interpréter les autres examens diagnostiques. Le score de Wells a les meilleures performances diagnostiques, s'il est utilisé chez les jeunes patients sans comorbidité ni antécédents de TVP, ayant des symptômes récents.
- Chez les patients ayant une faible probabilité prétest de TVP ou d'EP, un dosage négatif des D-dimères permet de décider d'arrêter les investigations. Chez les patients âgés, avec comorbidités ou ayant des symptômes prolongés, le dosage des D-dimères seul n'est pas suffisant pour décider d'arrêter les investigations.
- Un Doppler est recommandé chez les patients ayant une probabilité prétest intermédiaire à élevée de TVP des membres inférieurs. Sa sensibilité est de 89 % à 96 % et sa spécificité de 94 % à 99 % chez les patients symptomatiques. Toutefois, la sensibilité de cet examen est plus faible (47 % à 62 %) chez les patients asymptomatiques, et tout aussi faible (50 %) en cas de thrombose des veines du mollet. La phlébographie demeure le « *gold standard* » pour éliminer une TVP. Elle est nécessaire en cas de Doppler douteux devant une suspicion de TVP ou de thrombose des veines du mollet.
- Chez les patients ayant une probabilité prétest intermédiaire à élevée d'EP, les investigations doivent être poursuivies. La tomographie axiale a une sensibilité de 45 % à 100 % et une spécificité de 78 % à 100 %. Une tomographie

tométrie axiale normale, chez un patient à risque élevé, n'a pas une sensibilité suffisante pour exclure une EP. Dans ce cas, d'autres examens sont nécessaires, comme le Doppler des veines des membres inférieurs et l'angiographie ou la scintigraphie de ventilation/perfusion.

## Résultat principal

Préalablement à toute investigation, l'utilisation du score clinique pour établir une probabilité

prétest de TVP est confortée par de solides données de la littérature.

Chez des patients ayant une faible probabilité prétest de TVP, les D-dimères ultrasensibles ont une forte valeur prédictive négative.

Le Doppler veineux des membres inférieurs devrait être pratiqué chez tous les patients ayant une TVP présumée symptomatique.

## Commentaires

*Les items du score de Wells et leur pondération pour le diagnostic de TVP sont : cancer évolutif (1 point) ; paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée du membre inférieur (1 point) ; alitement récent de plus de 3 jours ou chirurgie avec anesthésie dans les 12 semaines précédentes (1 point) ; douleur locale sur un trajet veineux (1 point) ; jambe complètement gonflée (1 point) ; périmètre du mollet gonflé plus large de 3 cm que celui du côté opposé (1 point) ; œdème prenant le godet du côté symptomatique (1 point) ; circulation collatérale superficielle non variqueuse (1 point) ; présence d'un diagnostic alternatif au moins aussi probable que celui de TVP (– 2 points). La probabilité prétest de TVP est faible si la somme des items est inférieure ou égale à zéro, intermédiaire si elle de 1 ou 2, et élevée si elle est supérieure ou égale à 3<sup>(2)</sup>.*

*Les items du score de Wells et leur pondération pour le diagnostic d'EP sont les suivants : antécédents d'EP ou de TVP (1,5 point) ; fréquence cardiaque > 100/min (1,5 point) ; chirurgie récente ou immobilisation (1,5 point) ; signes cliniques de TVP (3 points) ; diagnostics alternatifs moins probables que celui d'EP (3 points) ; hémoptysie (1 point) ; cancer (1 point). La probabilité prétest est faible si la somme des items est de 0 à 1, intermédiaire de 2 à 6, et élevée si elle est supérieure ou égale à 7<sup>(3)</sup>.*

*Ces recommandations donnent aux scores cliniques une place déterminante dans la stratégie diagnostique des TVP et de l'EP. La primauté revient finalement à la clinique et à l'histoire du patient. En ce sens, ces recommandations sont adaptées aux soins primaires, car l'utilisation judicieuse du score de Wells et des D-dimères permet de limiter les investigations inutiles. Toutefois, en pratique quotidienne, la pondération de chaque item et surtout le calcul du score, semblent difficilement applicables. Selon Kearon, peu importe la méthode d'évaluation du risque du patient, qu'elle soit empirique ou standardisée, l'essentiel est de pouvoir, avant toute investigation, le situer dans une des trois catégories : à risque faible, intermédiaire ou élevé<sup>(4)</sup>.*

*La rédaction de cette recommandation vise essentiellement à aider les médecins à décider. Dans ce contexte d'urgence, les préférences du patient ne sont pas prises en compte. C'est une lacune, car les situations à risque intermédiaire, où l'avis du patient compte, sont assez nombreuses. Le contexte, n'est également pas mentionné. Or l'accessibilité aux plateaux techniques peut varier, par exemple en fonction des lieux d'exercices, même proches. Une étude parisienne a montré que, dans la prise en charge des TVP, le délai pour obtenir un Doppler des membres inférieurs variait de moins de 6 heures à plus de 24 heures<sup>(5)</sup>.*

*Malgré ces réserves, ces recommandations sont très utiles pour la pratique en médecine générale, en particulier pour exclure une EP (le diagnostic le plus difficile en médecine ?), car elles proposent une stratégie assez simple combinant deux outils facilement accessibles : les critères cliniques du score de Wells et les D-dimères ultrasensibles.*

Henri PARTOUCHE – UFR Paris Descartes

## Références

1. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ et al. A populationbased perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study. Arch Intern Med 1991;151:933-8.
2. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Lancet 1997;350:1795-8.
3. Chagnon I, Bounameaux H, Aujesky D et al. Comparison of two clinical prediction rules and implicit assessment among patients with suspected pulmonary embolism. Am J Med 2002;113:269-75.
4. Kearon C. Diagnosis of pulmonary embolism. CMAJ 2003;168:183-94.
5. Etienne AL, Fiessinger JN. Diagnostic et traitement ambulatoire de la thrombose veineuse profonde. Enquête de pratique auprès de généralistes parisiens. La revue du praticien médecine générale 2006;20:894-6.