

# MTEV : apport des algorithmes

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) associe la thrombose veineuse des membres inférieurs et sa complication immédiate, l'embolie pulmonaire.

DR GUY SCEMAMA\*, PARIS

**1.** L'incidence globale de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) tend à diminuer en France (1,57/1000 habitants en 2013), essentiellement en raison d'une baisse de l'incidence de la thrombose veineuse profonde (TVP), car celle de l'embolie pulmonaire (EP) demeure stable.

**2.** La MTEV est un enjeu de santé publique car chaque année près de 35 000 patients sont hospitalisés en France pour une EP, avec une mortalité globale hospitalière de 5%.

**3.** Le diagnostic de TVP repose sur un algorithme. À partir de la probabilité clinique calculée en utilisant un score, une stratégie est mise en place. En cas de faible probabilité clinique, un dosage des D-dimères est réalisé. Un taux normal permet d'exclure le diagnostic de TVP si la probabilité clinique est faible. En cas de probabilité clinique intermédiaire ou forte et en fonction de la clinique, l'échodoppler veineux est réalisé pour confirmer le diagnostic.

**4.** Le diagnostic d'EP doit être évoqué devant une symptomatologie évocatrice, en particulier une dyspnée ou une douleur thoracique non formellement expliquée par un autre diagnostic. En cas de probabilité faible (en dehors de la grossesse et du post-partum), la règle PERC (pour *Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria*) doit être utilisée, prenant en compte : âge  $\geq 50$  ans, fréquence cardiaque  $\geq 100$  batt/min, oxymétrie de pouls ( $SpO_2$ )  $< 95\%$  en air ambiant, épisode d'hémoptysie, œdème unilatéral d'un membre inférieur, prise d'un traitement estrogénique, antécédent personnel de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire, hospitalisation pour traumatisme ou chirurgie sous anes-

thésie générale dans les quatre semaines précédentes. Le risque d'EP est nul dès lors que chacun des items est négatif.

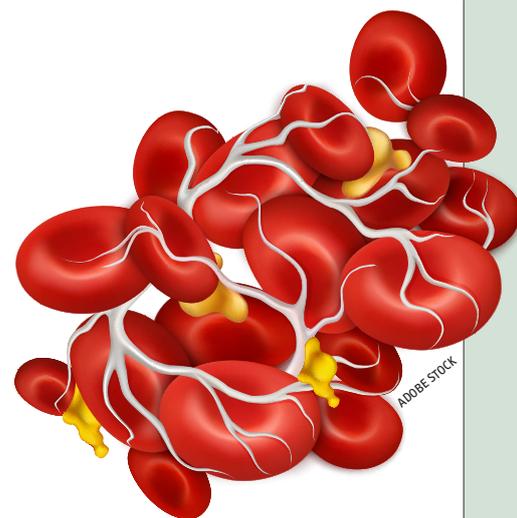
**5.** La suspicion clinique d'une EP doit conduire à une hospitalisation en urgence et à l'initialisation du traitement anticoagulant en dehors de ses contre-indications. Le diagnostic repose sur des algorithmes utilisant l'angioscanner thoracique.

**6.** Chez les patients présentant un premier épisode non provoqué de MTEV, il est recommandé :

- d'effectuer un examen physique attentif et de recueillir les antécédents néoplasiques personnels et familiaux; et de répéter cette évaluation au cours des six premiers mois de suivi;
- en dehors de la surveillance du traitement anticoagulant classique (ionogramme sanguin, créatininémie, tests hépatiques), de réaliser une radiographie de thorax (si un scanner thoracique n'a pas été réalisé pour le diagnostic d'EP), une NFS, une calcémie;
- de mettre à jour les dépistages recommandés dans la population générale : mammographie, frottis, PSA.

**7.** Le traitement de la MTEV a été bouleversé par l'apparition des anticoagulants oraux direct (AOD). Le traitement repose sur les AOD pendant toute la durée du traitement ou les HBPM avec un relais précoce par antivitamine-K (AVK). Les HNF sont indiquées en cas d'insuffisance rénale sévère. En cas d'utilisation des AVK, le traitement est prescrit le plus tôt possible (1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> jour).

**8.** La durée du traitement sera de trois mois en cas de facteur déclenchant et de trois à six mois en cas de TVP ou d'EP idiopathique. Après ces trois à six mois, on



s'oriente vers un traitement au long cours pour les EP idiopathiques et peut-être les TVP. Lorsqu'un traitement non limité est retenu, il est recommandé d'utiliser soit un AVK à pleine dose, soit un AOD à pleine dose, soit un AOD à demi-dose.

**9.** La compression élastique reste recommandée pour une durée minimale de deux ans ou plus s'il persiste des symptômes dans les cas de TVP proximale. Mais des études récentes ont remis en cause son effet sur la réduction de l'apparition de la maladie post-thrombotique, et donc son intérêt après une TVP. Son effet sur la réduction des symptômes d'insuffisance veineuse lorsqu'ils sont présents n'est, en revanche, pas remis en question. Pour la TVP et l'EP, une mobilisation précoce (lever) est recommandée.

**10.** L'utilisation des AOD ne nécessite aucune surveillance particulière. Il est recommandé d'évaluer l'activité anticoagulante par le dosage de l'activité spécifique de chaque AOD, dans les situations suivantes : en cas d'hémorragie majeure ou en cas de procédure invasive non programmée.

## RÉFÉRENCE

Sanchez O, *et al.* Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte. *Rev Mal Respir* 2019;36(2):249-83.

\* Le Dr Guy Scemama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.