



Docteur, est-ce que je fais une phlébite ?

Alain Beaumier

Trois patients qui vous consultent à votre cabinet ou à l'urgence craignent d'avoir une thrombophlébite.

- M^{me} Lafrance, 52 ans et adepte de la marche, revient de Paris. Elle a les jambes et les mollets enflés.
- M. Lachance, 64 ans, a été opéré il y a plus d'un an pour une néoplasie pulmonaire. Il marche avec une canne. À la suite d'une entorse, son mollet gauche est douloureux et enflé.
- M^{me} Lepire, 75 ans, a un cancer du sein récidivant. Par ailleurs, elle a déjà fait une thrombophlébite profonde il y a cinq ans après une opération. Alitée depuis trois jours à cause d'une gastro-entérite, elle ressent de la douleur et de l'enflure au mollet droit.

Comment allez-vous évaluer ces patients et quels examens complémentaires allez-vous demander ?

ON ESTIME QUE LA THROMBOSE veineuse profonde touche 67 personnes sur 100 000 chaque année dans la population en général¹, ce qui représente environ 4700 cas par année au Québec. De tous les patients présentant des symptômes évocateurs, seulement 30 % recevront un diagnostic de thrombose profonde². Comme cette dernière peut conduire à

une embolie pulmonaire potentiellement mortelle, il est important d'employer une bonne démarche clinique et de bons outils diagnostiques.

Comment évaluer les symptômes au cabinet ou à l'urgence à l'aide d'un modèle clinique standardisé ?

Plusieurs moyens sont utiles pour évaluer la thrombose veineuse profonde, que ce soit l'anamnèse, l'examen physique, les épreuves de laboratoire ou les examens d'imagerie. Malheureusement, aucun n'offre de certitudes diagnostiques³ (tableau I).

Le Dr Alain Beaumier, omnipraticien, exerce à l'Unité de médecine familiale Laval du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et aussi à l'urgence de l'Hôpital Laval, à Québec.

Performances diagnostiques des divers examens (par rapport à la phlébographie) en cas de présomption clinique d'une thrombose profonde^{3,7}

Examen	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Examen clinique	58	46
Dosage des D-dimères		
• ELISA		
• Standard	90 – 96	36 – 67
• Rapide (Ex. : VIDAS)	89 – 96	39 – 54
• Agglutination au latex (Ex. : MDA)	88 – 96	36 – 58
• Agglutination sur sang complet (Ex. : SimpliRED)	87	68
Échographie de compression	98	97
Échographie Doppler	84	75

Tableau II

Diagnostic différentiel de la thrombose veineuse du membre inférieur

- ⊗ Étirement et déchirure musculaire
- ⊗ Lymphangite – Obstruction lymphatique
- ⊗ Insuffisance veineuse chronique – Varicosité
- ⊗ Kyste de Baker
- ⊗ Cellulite
- ⊗ Affections du genou
- ⊗ Atteinte artérielle

L'anamnèse permet d'évaluer les antécédents du patient (cancers antérieurs, opérations récentes, traumatismes des membres inférieurs, grossesse) et d'établir les risques potentiels de thrombose veineuse profonde.

Les signes et symptômes cliniques les plus fréquents de la thrombophlébite sont la douleur, la chaleur, la décoloration de la peau et l'œdème. En raison de leur faible sensibilité (50 %), on ne peut toutefois s'y fier avec certitude pour poser le diagnostic. En effet, plusieurs autres affections peuvent donner les mêmes si-

gnes et symptômes (*tableau II*). La douleur peut être l'unique symptôme présent. Toutefois, il n'y a aucune corrélation entre la localisation de la douleur et le site de la thrombose. Le signe de Homans, quoique autrefois très utilisé, ne devrait plus être employé compte tenu de sa faible sensibilité et spécificité.

À partir de l'anamnèse, des antécédents et des signes cliniques du patient, Wells¹ a mis au point un outil permettant d'établir la probabilité clinique d'une thrombose veineuse profonde (*tableau III*).

Quelle méthode de dosage des D-dimères demander et quelle en est l'utilité ?

Les D-dimères représentent les molécules de dégradation circulantes lorsque le système fibrinolytique s'attaque à un thrombus. Par conséquent, leur dosage est fort utile pour exclure la thrombose veineuse profonde lorsque le résultat est négatif. Toutefois, cette méthode est inutile lorsque le résultat est positif, car la présence de D-dimères peut aussi être observée en cas de grossesse, d'infections graves, de néoplasie, d'intervention chirurgicale importante et aussi chez les personnes de 75 ans et plus. Il existe plus de quinze méthodes ayant des sensibilités et des

Probabilité clinique de thrombose veineuse profonde selon le score de Wells

Paramètres cliniques	Score
⊗ Cancer évolutif au cours des six derniers mois (traitement actif ou palliatif)	1
⊗ Paralysie, parésie ou immobilisation récente (par un plâtre) des membres inférieurs	1
⊗ Alitement récent de plus de trois jours ou intervention chirurgicale importante dans les quatre dernières semaines	1
⊗ Douleur à la pression sur le trajet du système veineux profond	1
⊗ Œdème de tout le membre inférieur	1
⊗ Gonflement du mollet de plus de 3 cm par rapport au membre sain (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
⊗ Œdème à godet (plus important au niveau du membre atteint)	1
⊗ Veines collatérales superficielles (non variqueuses)	1
⊗ Autre diagnostic aussi ou plus probable que celui d'une thrombophlébite profonde	- 2

Score

⊗ Probabilité élevée	3 ou plus
⊗ Probabilité modérée	1 ou 2
⊗ Probabilité faible	0 ou moins

Adapté de : Wells P, Anderson D, Rodger M et coll. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003 ; 349 (13) : 1227-35. Reproduction autorisée.

Encadré 1

Trois techniques de dosage des D-dimères utilisées dans l'évaluation de la thrombose veineuse profonde

- ⊗ La technique ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*), qui peut être standard ou rapide (Ex. : VIDAS). Ce test est très sensible.
- ⊗ La technique d'agglutination au latex (Ex. : MDA D-dimère), qui est très sensible.
- ⊗ La technique d'agglutination sur sang complet (Ex. : SimpliRED), qui est modérément sensible.

spécificités différentes, mises sur le marché par différentes sociétés pharmaceutiques, pour doser les D-dimères (*tableau 1*). Il est donc essentiel que chaque médecin connaisse le test utilisé dans son milieu avec les sensibilités et les spécificités qui lui sont propres^{5,6}. Il est également important de connaître les limites du test utilisé lors des évaluations cliniques.

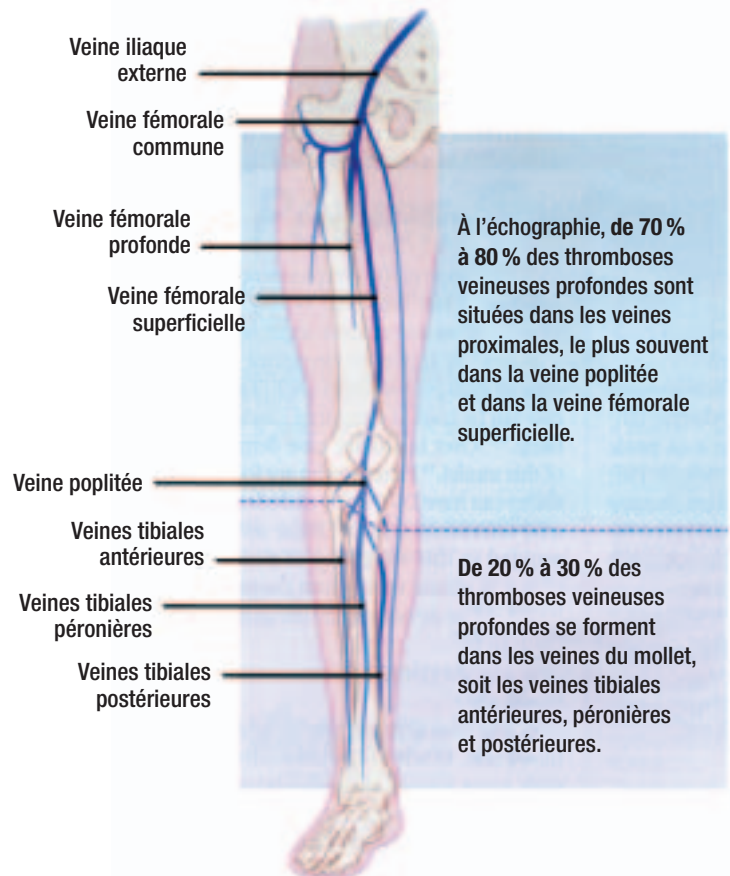
Les diverses méthodes sont réparties en deux classes : celles servant à diagnostiquer et à assurer le suivi de la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) (test semiquantitatif) et celles, au nombre de trois, servant à exclure une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire (*encadré 1*) offrant une bonne sensibilité, mais une spécificité plutôt faible⁷.

Quels sont les examens radiologiques disponibles ?

Dans la littérature, la phlébographie demeure le test de référence, mais n'est que très peu utilisé compte tenu de sa nature effractive, de ses coûts, des difficultés techniques qui y sont associées, des risques d'allergie au produit de contraste et de la possibilité de provoquer une thrombose veineuse chimique. Pour toutes ces raisons, l'échographie de compres-

Figure

Diagramme des veines du membre inférieur (vue antérieure de la jambe droite)



Source : Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep vein thrombosis. *CMAJ* 24 2006; 175 (9): 1087-92. Permission accordée par l'éditeur. © 2006 AMC.

sion est maintenant le test d'imagerie de choix. Une veine normale se laissant comprimer facilement à l'échographie, l'absence de compressibilité de la veine confirme la présence d'un thrombus.

L'échographie Doppler permet de visualiser en couleur sur l'écran le débit spontané dans la veine qui sera accru lors de la compression d'une veine normale. En l'absence d'augmentation, une occlusion de la veine est possible. Un diagramme des différentes veines du

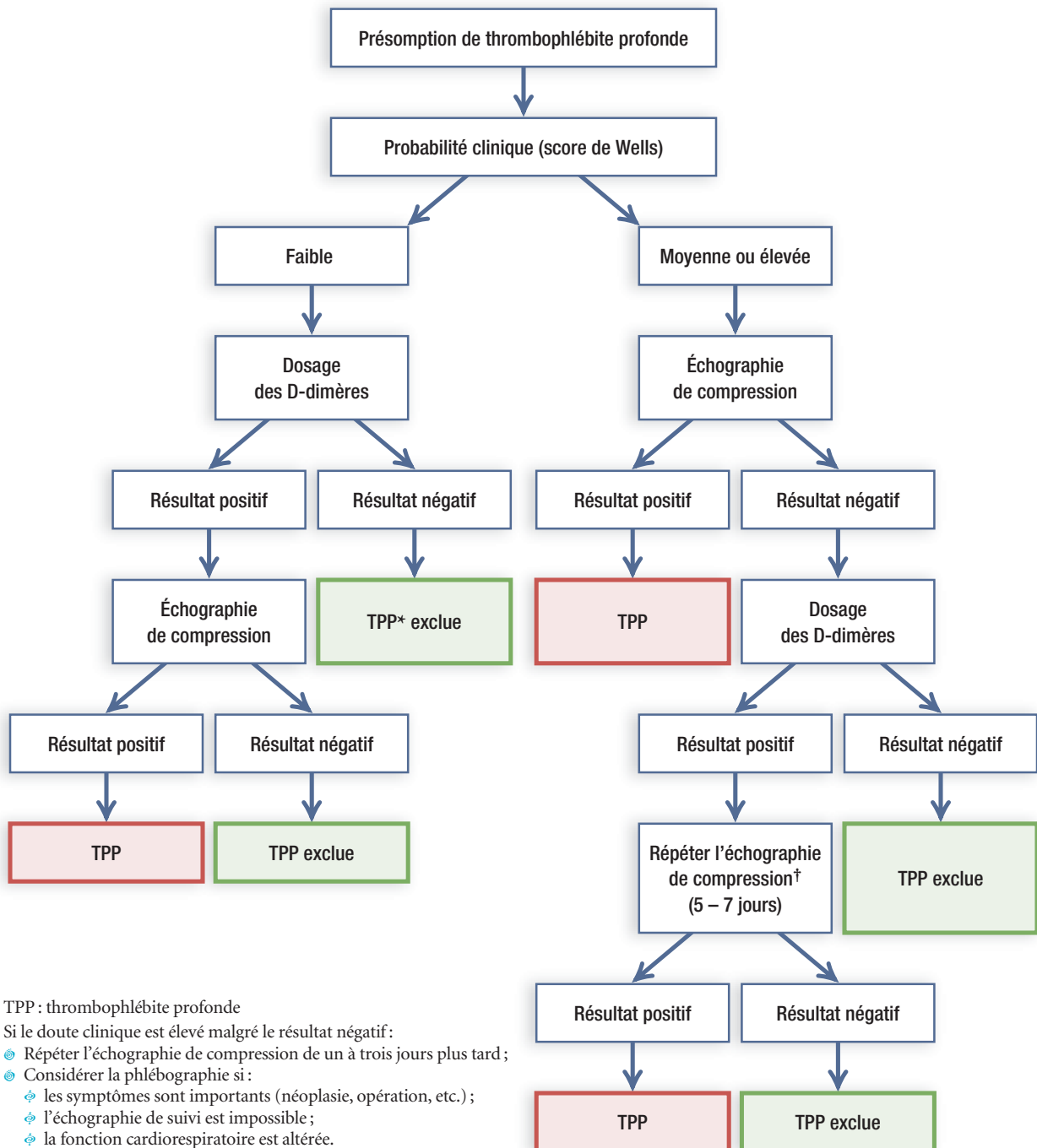
Les signes et symptômes cliniques les plus fréquents de la thrombophlébite sont la douleur, la chaleur, la décoloration de la peau et l'œdème.

Un résultat négatif au dosage des D-dimères est fort utile pour exclure la thrombose veineuse profonde.

Repères

Algorithme

Diagnostic de thrombophlébite profonde



Source : Hirsh J, Lee AYY. How we diagnose and treat deep vein thrombosis. *Blood* 2002 ; 99 (9) : 3102-10. Reproduction autorisée par l'American Society of Hematology ©.

membre inférieur et de la fréquence relative des thrombophlébites associées vous est proposé (figure)¹.

La sensibilité de l'échographie de compression pour

la détection des thromboses proximales (de la veine fémorale commune jusqu'à la veine poplitée) est de 97 %. Elle diminue à 73 % pour les thromboses vei-

neuses distales (mollet)¹. Toutefois, ces dernières conduisent rarement à des embolies pulmonaires. Cependant, une proportion de 20 % des thromboses distales peuvent s'étendre aux réseaux des veines proximales à l'intérieur de cinq à sept jours, d'où l'importance de prévoir un contrôle échographique une semaine plus tard, surtout chez les patients dont la probabilité est de modérée à élevée¹.

Quelle est la démarche diagnostique ?

Il existe plusieurs algorithmes pour le diagnostic de la thrombose veineuse profonde. L'algorithme, publié par Hirsh et Lee⁸ en 2002, semble le plus pratique et le plus approprié à nos milieux actuels. Ainsi, en cas de présomption d'une première thrombophlébite chez une personne dont la probabilité clinique est faible selon le score de Wells, il est recommandé de doser les D-dimères. Si le résultat est négatif, il est possible d'exclure sans trop de risques la phlébite et de libérer le patient (cas de M^{me} Lafrance). Si des D-dimères sont présents, il faut alors procéder à une échographie de compression.

Lorsque la probabilité clinique est moyenne, on commence par l'échographie de compression (cas de M. Lachance). Si le résultat est négatif, on fera alors le dosage des D-dimères. En présence de D-dimères, il est recommandé de répéter l'échographie de compression de cinq à sept jours plus tard. La décision de prescrire des anticoagulants en attendant la deuxième échographie dépendra de votre évaluation des risques chez chacun de vos patients.

Lorsque la probabilité clinique est élevée (cas de M^{me} Lepire), on procède d'emblée à l'échographie de compression. Si cette dernière est négative, on dose les D-dimères. Si le résultat est négatif et que notre doute clinique reste élevé, l'échographie de compression doit être répétée de cinq à sept jours plus tard.

Encadré 2

Indications d'orientation en spécialité

- Thrombose veineuse chez une femme enceinte
- Thrombose veineuse récidivante
- Thrombose veineuse proximale
- Thrombose veineuse chez un patient atteint d'un cancer évolutif (car le risque de récurrence étant élevé avec le Coumadin, le choix d'une héparine de faible poids moléculaire serait plus sûr)
- Orientation au centre de soins de jour de votre région pour la prise en charge
- Évaluation de thrombophilie

Le patient est toutefois avisé de se présenter plus tôt si les symptômes progressent entre-temps.

La phlébographie demeure un test à considérer chez les patients présentant des symptômes importants ou une altération de la fonction cardiorespiratoire. Par ailleurs, elle est indiquée en cas d'œdème de tout le membre inférieur et de présomption de thrombose iliaque isolée, car l'échographie de compression ne permettra pas de visualiser ce type de thrombose. Il faut soupçonner ce tableau clinique notamment chez les femmes enceintes et les personnes atteintes de néoplasies pelviennes ou ayant subi une opération pelvienne récente. Une anticoagulation empirique doit être envisagée, surtout chez les patients dont la probabilité clinique est élevée, en cas de retards dans l'évaluation.

Selon une revue systématique des études utilisant une telle stratégie d'intervention, on estime à 0,06 % le risque de décès attribuable à une embolie pulmonaire⁹.

Quand orienter en spécialité ?

Plusieurs situations nécessitant l'avis d'un spécialiste ou une orientation en spécialité sont énumérés dans l'encadré 2.

La sensibilité de l'échographie de compression pour la détection des thromboses proximales (de la veine fémorale commune jusqu'à la veine poplitée) est de 97 %. Elle diminue à 73 % pour les thromboses veineuses distales (mollet)¹. Toutefois, ces dernières conduisent rarement à des embolies pulmonaires.

La phlébographie est indiquée en cas d'œdème de tout le membre inférieur et de présomption de thrombose iliaque isolée, car l'échographie de compression ne permettra pas de visualiser ce type de thrombose.

Repères

Summary

Suspected Deep Venous Thrombosis: What a Challenge! The diagnosis of deep venous thrombosis of the lower limbs offers an interesting diagnostic challenge. The risks associated with pulmonary embolism, which is a potentially fatal complication, remain at the forefront of our minds at the clinical evaluation. The decision tree presented in this article helps facilitate your decision-making process by combining clinical probability assessment (clinical probability of Wells) with D-dimer testing and compression ultrasonography for diagnosing patients with clinically suspected deep venous thrombosis.

Keywords: deep venous thrombosis, D-dimer testing, compression ultrasonography

Qu'est-il arrivé à nos trois patients ?

M^{me} Lafrance, dont la probabilité clinique était faible, a obtenu un résultat négatif au dosage des D-dimères. Nous l'avons rassurée et libérée sans faire d'échographie de compression.

M. Lachance, dont la probabilité clinique était modérée, a subi d'emblée une échographie de compression qui s'est révélée négative. Cependant, le résultat du dosage des D-dimères a été positif. Nous ne lui avons pas prescrit d'anticoagulants et avons refait une échographie de compression cinq jours plus tard. Comme le résultat était de nouveau négatif, nous lui avons donné son congé.

M^{me} Lepire, dont la probabilité clinique était élevée, a subi une échographie de compression qui révéla d'emblée une thrombose veineuse profonde. Nous avons donc entrepris une anticoagulothérapie.

TOUS LES ALGORITHMES que nous utilisons dans le cadre de notre travail quotidien sont des outils et ne sont pas une panacée. Le jugement clinique doit donc rester au centre de nos interventions. Par conséquent, lors de votre prochaine consultation pour une douleur au membre inférieur, avec ou sans œdème, demandez-vous s'il y a possibilité d'une thrombose veineuse profonde. Si vous combinez l'évaluation clinique ainsi que l'utilisation judicieuse du dosage des D-dimères et de l'imagerie médicale, comme l'indique l'algorithme, votre démarche diagnostique n'en sera que plus facile. ☞

Date de réception : 20 juin 2007

Date d'acceptation : 11 juillet 2007

Mots clés : thrombophlébite profonde, D-dimères, échographie de compression

Le Dr Alain Beaumier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep vein thrombosis. *CMAJ* 2006 ; 175 (9) : 1087-92.
2. Bockenstedt P. D-dimer in venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2003 ; 349 (13) : 1203-4.
3. Merminod T, de Moerloose P. Diagnostic de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : performance des tests diagnostiques. *Ann Cardiol Angeiol* 2002 ; 51 (3) : 135-8.
4. Wells P, Anderson D, Rodger M et coll. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003 ; 349 (13) : 1227-35.
5. Frost SD, Brotman DJ, Michota F. Rational use of D-dimer measurement to exclude acute venous thromboembolic disease. *Mayo Clin Proc* 2003 ; 78 (11) : 1385-91.
6. Stein PD, Hull RD, Patel KC et coll. D-dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review. *Ann Intern Med* 2004 ; 140 (8) : 589-602.
7. Goodacre S, Sampson FC, Sutton AJ et coll. Variation in the diagnosis performance of D-dimer for suspected deep vein thrombosis. *QJM* 2005 ; 98 (7) : 513-27.
8. Hirsh J, Lee AYY. How we diagnose and treat deep vein thrombosis. *Blood* 2002 ; 99 (9) : 3102-10.
9. Clive K, Julian JA, Math M et coll. Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1998 ; 128 (8) : 663-77. Site Internet : www.annals.org/cgi/content/full/128/8/663 (Date de consultation : mars 2007).