

Prévention des Thromboses Veineuses Profondes

Dr Mayad SLEIMAN
Angiologie, Médecine Vasculaire

Epidémiologie

► Risque Absolu des TV en milieu hospitalier

Groupe patient	Prévalence TVP, %
Patients Médicaux (MEDENOX, 1999)	10-20
Chirurgie générale	15-40
Neurochirurgie	15-40
AVC (MEDENOX, 1999)	20-50
Chirurgie Orthopédique Majeur	40-60
Polytraumatisés	40-80
Lésions Médullaires (MEDENOX, 1999)	60-80

*Selon le niveau de risque, sans prophylaxie (ACCP, Chest juillet 2005)

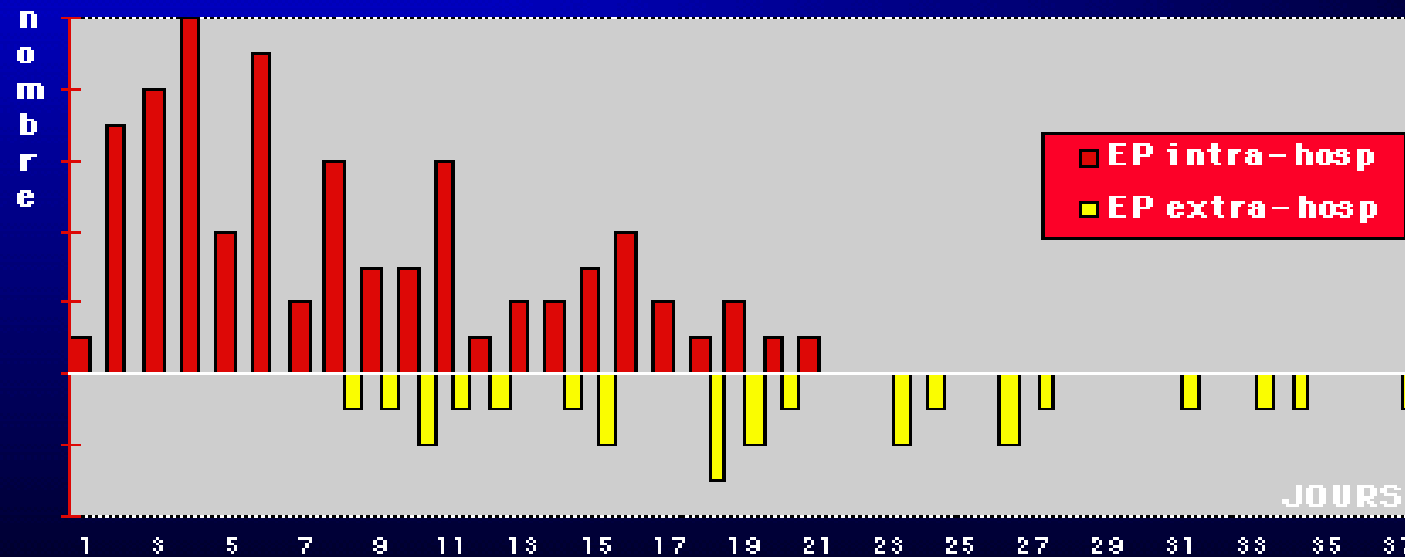
► Morbidité et Mortalité significatives

- Morbidité lié aux Complications des TV (SPT, EP, etc.)
- 50% des TVP proximales se compliquent d'EP
- Mortalité Intra hospitalière des EP : 12 %
- Le Décès par EP survient dans 70 à 90% des cas à la phase inaugurale
- EP non suspectée dans 70 à 80 des cas diagnostiqués à l'autopsie.

► 1/3 des EP surviennent à domicile (Bounameux)

*Raccourcissement des durées d'hospitalisation

EMBOLIE PULMONAIRE intra- et extra-hospitalière



*Suivi de patients hospitalisés en chirurgie générale (Huber et al.)

► Avant 1999 :

- Prévention limitée aux patients chirurgicaux
- Absence de consensus
- Grande difficulté dans la hiérarchisation des groupes de patients à risque

► **MEDENOX 1999**: Prospective, Randomisé, Double aveugle, versus placebo

- Prévention étendue aux patients immobilisés en médecine générale
- Identification de plusieurs facteurs de risque indépendants de TV (Alikhan, Samama; AIM 2004 Mai)
- Déterminisme des groupes médicaux à risque
- Meilleure efficacité des HBPM (Enoxaparine sodium)

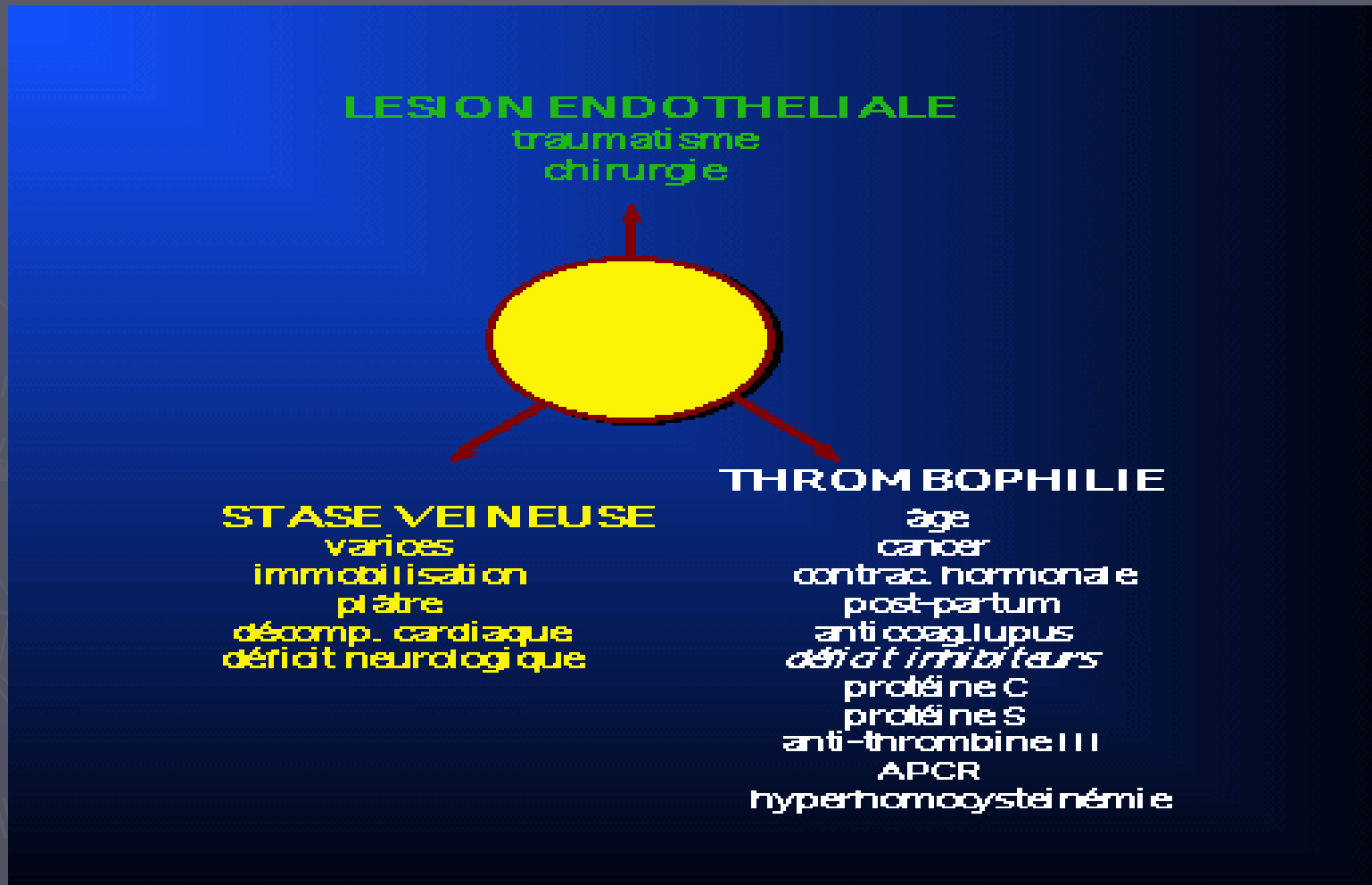
► Malgré MEDENOX :

- Moins de 63 % des services de Médecine Interne adoptent une politique prophylactique (Elis A, QJM 2004 Dec)
- Deux approches dans le déterminisme du risque
 - Approche prophylactique Individualisé (Score de probabilité clinique)
 - Répartition des sujets en groupes à risques spécifiques (ACCP; Chest 2005 Juillet)

Situer la Prévention des TV en pratique

- ▶ A qui s'adresse la prévention? Comment évaluer le risque?
- ▶ Quels Moyens Thérapeutiques?
- ▶ Quand établir le traitement et pour quelle durée?
- ▶ Quel type de surveillance?

► Définir la Situation à Risque (triade de Virchow)



- Facteurs de risque transitoires:

- ▶ Chirurgie : orthopédie, Abdominale lourde, Neurochirurgie
- ▶ Traumatologie : fractures, contusions, entorses
- ▶ Obstétrique : Grossesse, accouchement, césarienne, avortement
- ▶ Immobilisation : Alitement, paralysie, plâtre, voyage

- Facteurs de risque permanents:

- ▶ Age
- ▶ Thrombophilies Constitutionnelles
 - Déficits en antithrombine, Protéine C et S
 - Antécédents familiaux de MTE
- ▶ Thrombophilies Acquises
 - Syndrome Antiphospholipide
 - Syndrome Néphrotique
 - Antécédent personnel de MTE

- ▶ Néoplasie, Syndromes Myéloprolifératifs
- ▶ Maladies Inflammatoires aiguës ou chroniques
- ▶ Médicaments
 - Oestroprogestatifs
 - Chimiothérapies
- ▶ Maladies Cardio-vasculaires
 - IDM
 - IVC
 - I cardiaque
 - Cœur pulmonaire chronique
- ▶ Compression veineuse
- ▶ Obésité (IMC>30)

► Définir les groupes à risque :

■ Groupes de patients chirurgicaux

Risque Chirurgical	Urologie	Chirurgie Générale	Orthopédie Traumatologie	Gynécologie
Faible	-Testicules, Verge -Chir Transurétrale	-Appendicectomie -Hernies, Proctologie -Cholécystectomie	-Chir < 30 min -Membres sup -Hallux Valgus -Ostéosynthèse	-Curetage -Hystérocopie -Sein(non néo) -Ponction ovocyte
Modéré	-Adénomectomie Transvésicale -Rein, Uretère -Vessie (non néo) -Transplant Rénale	-Péritonite -Crohn, RCH -Diverticulite -Curetage Ganglion.	-Plâtre Mbr. Inf. -Rachis sans Troubles Neuro. -Arthroscopie	-Hystérectomie -Annectomie -Plastie tubaire -Tumorectomie non néo
Elevé	-Cystectomie Totale -Prostatectomie Radicale	-Toute Chir. Néo. Viscérale -Surrénales -Gastroplastie -Liposuccion -Splénectomie	-Rachis avec Troubles Neuro. -Bassin, Mbr. Inf. -PTH, PTG -Trauma associé: Thorax, Abdo	-Plastie Utérine -Prolapsus -Cancers, Seins et sphère génitale

- **Risque de TV en Chirurgie sans prophylaxie (Valmi 2003)**

Niveau de Risque	TVP Distales	TVP Proximales	EP Cliniques	EP Fatales
Risque Faible: Chirurgie mineure , patient <40 ans sans FDR	2 %	0,4 %	0,2 %	0,002 %
Risque Modéré: -Chirurgie mineure + FDR -Chirurgie non majeure, 40-60 ans sans FDR -Chirurgie Majeure + <40 ans Sans FDR	10-20 %	2-4 %	1-2 %	0,1-0,4 %
Risque Elevé: Chirurgie non majeure et patient > 60 ans ou avec FDR	20-40 %	4-8 %	2-4 %	0,4-1 %
Risque Très Elevé: -Chirurgie majeure et > 40ans + Antécédents MTE, Cancer ou Thrombophilie -PTH ou PTG -Fracture Hanche, Trauma majeur, Trauma Médullaire	40-80 %	10-20 %	4-10 %	0,2-5 %

■ **Groupes de Patients Médicaux, risque de TV sans Prophylaxie (ACCP. Chest, 2005 Juillet)**

Niveau de risque	TVP (Phlébo)	I.C. 95%
Risque Faible: Immobilisation sans autres facteurs	1,4 %	0-2 %
Risque Modéré: Immobilisation et -Age >40 ans -Contraception hormonale -Infarctus du myocarde, IC chronique -Varices -Infection pré-opératoire -Post-partum -Obésité	20 %	13-30 %
Risque Elevé: Immobilisation et -Cancer -Antécédent Thromboembolique -Paralysie: AVC, Paraplégie -Syndrome Myéloprolifératif -Thrombophilie: Déficits AT III, Pc, Ps ; APCR ; Anticoag Circulants ; Antiphospholipides	55 %	49-60 %

► Les Moyens Thérapeutiques:

- Les mesures non pharmacologiques de Prophylaxie :
 - Mobilisation précoce agressive
 - Contention ou compression veineuse élastique (CC II:22-32 mmhg)
 - Compression pneumatique active (Pressothérapie)
- Les moyens pharmacologiques de prophylaxie : Les Anticoagulants
 - HNF : Héparines non fractionnées en SC ; 5000 UI x 2 inj/J
 - HBPM : Héparines de bas poids moléculaire en SC ;
 - Risque moyen ; ≤ 3400 UI x 1inj/J ou 45 UI / Kg x 1inj/J
 - Risque élevé ; > 3400 UI x 1inj/J ou 80 UI / Kg x 1inj/J
 - AVK : INR cible à 2,5 (2-3)
 - Penta saccharides : Inhibiteurs synthétiques et spécifiques de l'anti Xa ; Fondaparinux Sodique (Arixtra®) en SC; 2,5 mg x 1 inj/J

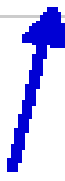
HBPM : résultats

	LMWH	UFH	relative risk
recurrent thromboembolism [4 studies]	12/439 (2,7%)	31/443 (7,0%)	61% $p < 0.005$
major bleeding [9 studies]	6/652 (0,9%)	21/656 (3,2%)	68% $p < 0.005$
mortality [4 studies]	19/439 (4,3%)	36/443 (8,1%)	48% $p < 0.03$

from Lensing et al, 1995

*Efficacité et Sécurité des HBPM supérieures à celles des HNF dans le traitement des TV.

- ▶ Les Antiagrégants plaquettaires et notamment l'Aspirine ne sont pas recommandés comme moyen prophylactique des TV pour le court, moyen ou long terme
- ▶ Dans Un contexte hospitalier, le niveau de risque global est fonction du risque chirurgical, du risque médical ou des deux associés
- ▶ L'évaluation du risque global permet d'adapter la prophylaxie

EVALUATION DU RISQUE		SCHEMA PROPHYLACTIQUE		EVALUATION DU RISQUE	
EN MEDECINE				EN CHIRURGIE	
RISQUE = MEDICAL	RISQUE GLOBAL	schéma recommandé		RISQUE = GLOBAL	RISQUE MEDICAL CHIRURGICAL
FAIBLE		Aucun traitement médicamenteux déambulation précoce		FAIBLE	
		déambulation précoce et bas anti-thrombose		FAIBLE à MODÉRÉ	
MODÉRÉ		bas anti-thrombose ET HBPM 45 U.I./kg/j jusqu'à déambulation active		ELEVÉ	
ELEVÉ		bas anti-thrombose ET HBPM à débiter à J-1 : 45 U.I./kg/j (J-1 et J0) de J+1 à J+30 : 80 U.I./kg/j <i>envisager poursuite au-delà de J30 si persistance des facteurs risque</i>		MODÉRÉ	
				ELEVÉ	
				FAIBLE MODÉRÉ ELEVÉ	
				ELEVÉ	

▶ Surveillance thérapeutique :

■ vigilance pré thérapeutique :

- ▶ Bas anti-thrombose contre-indiqués chez les artéritiques et les diabétiques
- ▶ Risque hémorragique et anticoagulants (sujets âgés, troubles de la crase, etc.)
- ▶ HBPM et Fonction rénale (HBPM contre-indiqués si la clairance de la créatinine est < 30 ml /min)
- ▶ Interactions médicamenteuses (hypo et hyper kaliémiants, AVK)

■ Vigilance per et inter thérapeutique :

- ▶ HBPM et HNF= Dosage des plaquettes 2 x / semaine
- AVK= INR

Conclusion

Les complications thrombotiques existent chez tous les patients à mobilité réduite, le niveau de risque varie en fonction de la pathologie et du terrain sous jacent.

La prévention des thrombopathies Veineuses est recommandée dès que le risque thrombotique existe et tant qu'il persiste.