
Valeur de la clinique dans les thromboses veineuses

Le diagnostic clinique des thromboses veineuses profondes (TVP) est généralement considéré comme non fiable, et l'habitude a été prise de faire de l'échodoppler l'attitude de première intention. Cependant la valeur prédictive (positive ou négative) de cet examen n'est pas de 100%, et la phlébographie est considérée comme l'examen de référence nécessaire au diagnostic de certitude. Une étude multicentrique (2 centres au Canada et un en Italie)¹ montre que l'association de la clinique et des examens non invasifs permet d'améliorer la valeur prédictive de l'un et de l'autre, de réduire le nombre de phlébographies et de "récuser le dogme de l'inutilité de la clinique dans le diagnostic des TVP".

Les auteurs ont étudié, sur 529 patients adressés à l'hôpital pour suspicion de TVP, la concordance entre la probabilité clinique a priori, les performances de l'échographie et la présence prouvée par phlébographie d'une TVP. Cliniquement, les patients avaient été répartis en trois groupes: probabilité clinique haute (85 patients), moyenne (143 patients) ou basse (301 patients); les items de probabilité clinique étaient fondés sur des données validées ou consensuelles, prenant en compte les signes et symptômes et les facteurs de risque. La TVP a été prouvée chez 85% des patients à haute probabilité, 33% à moyenne probabilité et 5% à basse probabilité. Une échographie anormale témoignait d'une TVP dans 100% des cas de forte probabilité clinique mais seulement dans

63% des cas de faible probabilité. Par contre devant une échographie normale une TVP reste présente chez 32% des patients à forte probabilité clinique, 16% en cas de moyenne probabilité, et seulement 2% dans le groupe de faible probabilité (moins de 1% pour les TVP proximales, les seules vraiment à risque).

Ainsi, la combinaison de la clinique et de l'échographie permet aux auteurs de proposer une stratégie diagnostique et thérapeutique nouvelle. Il était recommandé jusqu'ici que les patients symptomatiques avec tests non invasifs anormaux (avant tout échodoppler) soient traités d'emblée, et ceux avec tests normaux soient revus au bout d'une semaine. Les auteurs proposent de maintenir cette stratégie pour les patients à moyenne probabilité clinique, mais de la modifier dans les deux autres cas. Un test négatif en cas de forte probabilité clinique, a des chances non négligeables d'être un faux négatif, et les auteurs recommandent dans ce cas une phlébographie (ce qui représentera moins de 20% des patients de ce groupe). Un test positif en cas de faible probabilité clinique, a de fortes chances d'être un faux positif, et doit être confirmé par une phlébographie pour éviter un traitement inutile. Mais dans ces situations de faible probabilité clinique (qui représentent 55% des cas de cette étude) un test négatif a une fiabilité suffisante pour arrêter là les investigations. Les auteurs terminent en rappelant qu'une validation prospective de ce modèle est nécessaire.

Cette étude est tout à fait passionnante pour replacer la clinique à sa juste place:

- elle propose un modèle d'analyse clinique simple, facilement utilisable (en moins de 2 minutes disent les auteurs), et reproductible (utilisé ici dans trois centres assez différents). B. Krahenbuhl, à Genève, avait déjà en 1988 dans une étude clinique moins élaborée apporté des données similaires².
- elle nous rappelle que le diagnostic clinique peut être évalué de façon scientifique, avec les mêmes méthodes que les examens complémentaires. Dans le cas particulier, les études d'évaluation initiales avaient négligé le fait essentiel que la valeur d'un test varie selon la probabilité a priori de la maladie. On pourra retrouver une présentation précise de ces données dans un article de la même équipe publiée dans le JAMA édition française en 1994³.
- elle nous montre que la conjonction de la clinique et des examens techniques, pour lesquels on a trop oublié qu'ils étaient "complémentaires", augmente considérablement la rentabilité et l'utilité de ces derniers.

1 - Wells P., Hirsh J., Anderson D.R. et al. Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis. Lancet, 1995, 345, 1326-1330

2 - Krahenbuhl B. L'usage de la clinique dans le diagnostic de la thrombose veineuse profonde. Application pratique du théorème de Bayes. J. des Mal. Vasc. 1988, 13, 1-3

3 - Wheeler H.B., Hirsh J., Wells P., et al. Diagnostic paraclinique des thromboses veineuses profondes L'utilité clinique des tests repose sur la probabilité clinique de l'affection. JAMA (ed française) 1994, 19, 303, 27-35

Numéro 27 du 12 septembre 1996

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)