

Mots clés :

TVP
Thrombose
veineuse
profonde
Diagnostic

Suspicion de TVP : la clinique d'abord...

La thrombose veineuse profonde (TVP) est fréquente. Le nombre de nouveaux cas annuels dépasse 1 pour 1000 habitants en Europe et en Amérique du Nord et va en croissant avec l'âge (l'âge moyen est de 60 ans). En France, l'embolie pulmonaire est cause de 10 000 décès annuels. La maladie post-thrombotique concerne 25 à 30% des patients^{1,2}. Reconnaître une TVP est donc une préoccupation fréquente du clinicien. Mais la faible fiabilité de la clinique a conduit à un usage systématique des examens complémentaires. De nombreuses études ont re-évalué la valeur prédictive positive de la clinique, réaffirmant son caractère indispensable comme première étape de la démarche diagnostique^{2,3,4}.

Aucun élément clinique isolé ne permet de retenir ou d'éliminer le diagnostic

Une TVP n'est mise en évidence que chez 10 à 25% des patients pour lesquels un signe clinique permet une suspicion diagnostique^{2,3,4}.

Des scores intégrant une combinaison de signes améliorent la probabilité diagnostique de TVP

Cette approche de réhabilitation de la clinique a été développée principalement par des auteurs canadiens et genevois^{2,4}. Les règles de prédiction à partir de ces scores permettent de mieux utiliser les examens complémentaires. L'outil le plus utilisé est le **score de Wells**, avec 9 items : *Existe-t-il chez ce patient :*

- un cancer évolutif
- un alitement récent de plus de 3 jours ou une chirurgie majeure de moins de 4 semaines,
- un trouble moteur récent ou une immobilisation plâtrée,
- une douleur localisée le long d'un axe veineux,
- un gonflement de tout un membre,
- un gonflement du mollet asymétrique,
- un œdème prenant le godet du coté symptomatique,
- une circulation collatérale superficielle non variqueuse,
- un diagnostic autre que celui de TVP, aussi ou plus vraisemblable.

Un point est attribué à chacun des 8 premiers signes, et 2 points négatifs au dernier. En fonction du score obtenu les patients sont classés en **3 groupes de probabilité** : **faible** pour un score de 0 ou moins, **moyenne** pour un score de 1 ou 2, **forte** pour un score de 3 ou plus.

Que conclure pour notre pratique ?

La clinique doit être réhabilitée dans la stratégie diagnostique des TVP : elle ne permet pas le diagnostic, mais elle permet de définir une probabilité clinique, forte, moyenne ou faible, qui guidera les investigations ultérieures.

Les scores cliniques et l'estimation pragmatique de la probabilité du diagnostic de TVP ont une valeur voisine. Les scores ont leurs limites. Ils ont l'intérêt de permettre de confronter l'expérience clinique à un raisonnement plus rationalisé.

La probabilité clinique complétée par le dosage des D-dimères permet de décider des examens ultrasonographiques éventuels. Ainsi chez un patient avec une probabilité clinique faible et un dosage des D-dimères normal, une TVP peut être exclue sans autre examen. A l'inverse, un dosage des D-dimères normal chez un patient avec forte probabilité n'élimine pas une TVP et demande d'autres investigations. Nous y reviendrons plus en détail.

Les taux de TVP ont été évalués dans ces 3 groupes. Ils étaient respectivement de 3%, 17% et 75% dans l'étude de Wells, et de 5%, 17% et 53% dans 14 études concernant 8239 patients^{2,3}. La différence entre les deux est sans doute liée à l'hétérogénéité d'expérience et de compétence des cliniciens.

L'estimation probabiliste de TVP par le clinicien a une valeur prédictive sensiblement équivalente

A partir de l'analyse des facteurs de risque et des constatations cliniques, cette « impression » clinique probabiliste permet une classification en groupes de risque faible (*je ne crois pas qu'il s'agisse d'une TVP*), moyen (*je ne sais pas s'il s'agit ou non d'une TVP*) ou fort (*je suis presque sûr qu'il s'agit d'une TVP*) à la valeur prédictive sensiblement équivalente à celle du score de Wells^{3,4}.

Alors que faire ?

Les scores ont l'intérêt de conduire à une approche plus rationnelle de l'analyse clinique. Cependant le dernier item introduit une grande part de subjectivité, et certains facteurs de risque ne sont pas pris en compte, comme les antécédents familiaux, les facteurs hormonaux, l'âge, les antécédents de TVP. De plus les scores peuvent parfois être en désaccord avec l'estimation clinique. Pour Perrier, l'emploi des scores est surtout didactique, et permet de confronter son expérience à une évaluation plus rationalisée. En cas de désaccord entre les deux, une analyse cas par cas doit être mise en œuvre⁴.

Références :

- 1- Emmerich J. Fréquence et facteurs de risque de la maladie veineuse thromboembolique. *Rev Prat.* 2003;53:14-9.
- 2- Wells PS et al. Do this patient have deep vein thrombosis? *JAMA.* 2006;295:199-207.
- 3 - Goodacre S et al. Meta-analysis: the value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Int Med.* 2005. 143: 129-39.
- 4- Perrier A. Peut-on prédire la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire par la clinique? *Med Hyg.* 2001;59:2118-20.