

Echo Doppler cours final, 13 et 14 février 2020

Probabilité clinique prétest (pretest probability) et D-dimères

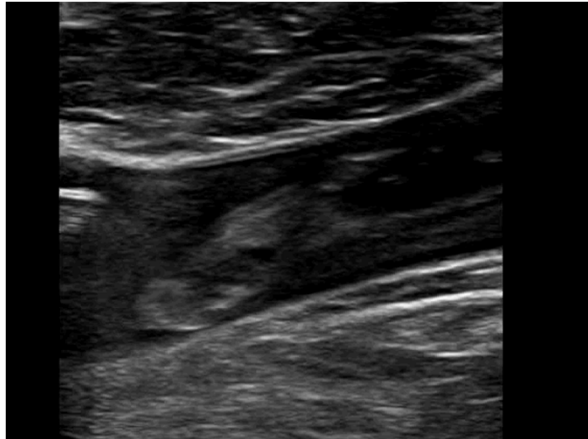
Daniel Staub

Angiologue

Universitätsspital Basel

daniel.staub@usb.ch

Les problèmes de la thrombose veineuse profonde (TVP)

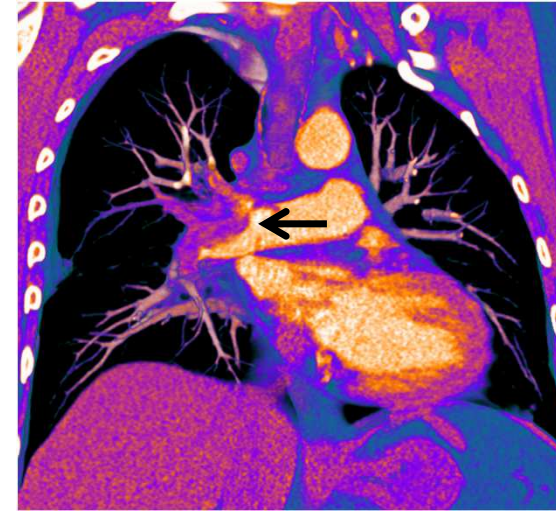


V. femoralis coummunis



Phase aigue

- Progression
- Embolie Pulmonaire (EP)
- Récidive



Phase tardive

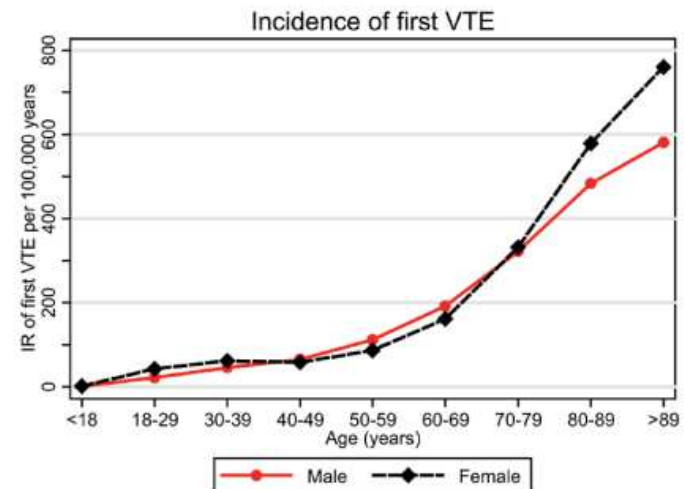
- Syndrome post-thrombotique (SPT)
- Récidive
- Hypertension artérielle pulmonaire



Echo Doppler cours final, 1 et 2 mars 2018

Importance de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV)

- **Sur le plan mondial, la MTEV fait partie des causes de mortalité les plus fréquentes**
 - En Europe, la MTEV est responsable de >500'000 cas de décès par année
 - Sur le plan mondial, environ 3 Mio cas de décès causé par la MTEV
- **Incidence de la MTEV: 0.7-2.7/ 1000/Jahr**
 - Patients < 50 ans 0.05 %
 - Patients > 50 ans 0.3 %
 - Patients avec cancer 2 %
 - Immobilisation 2 %
 - ATCD de MTEV 3 %



Cohen AT. *Thromb Haemost* 2007. Becattini C *JACC* 2016

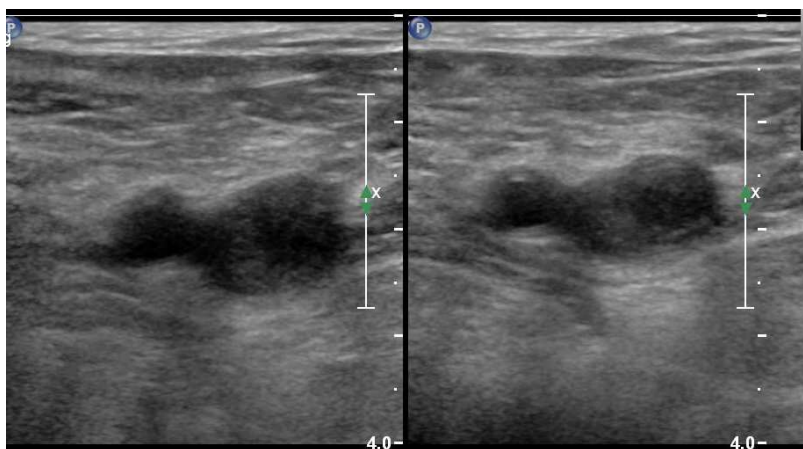
Martinez C *Thromb Haemost* 2014

EP cliniquement silencieuse en cas de TVP

32% des TVP associées avec une EP cliniquement silencieuse

En cas de TVP proximale : 32-36%

En cas de TVP distale isolée : 13%



V.fémorale commune



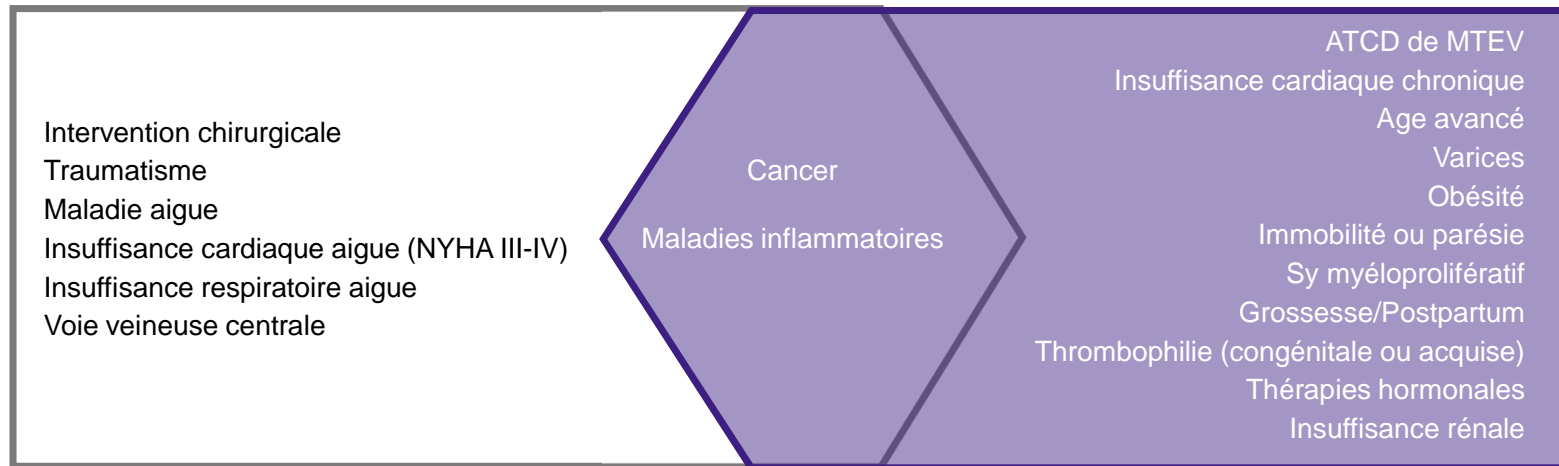
Maladie Thrombo-Embolique Veineuse - Facteurs de risque

Facteurs de risque

FdR d'exposition

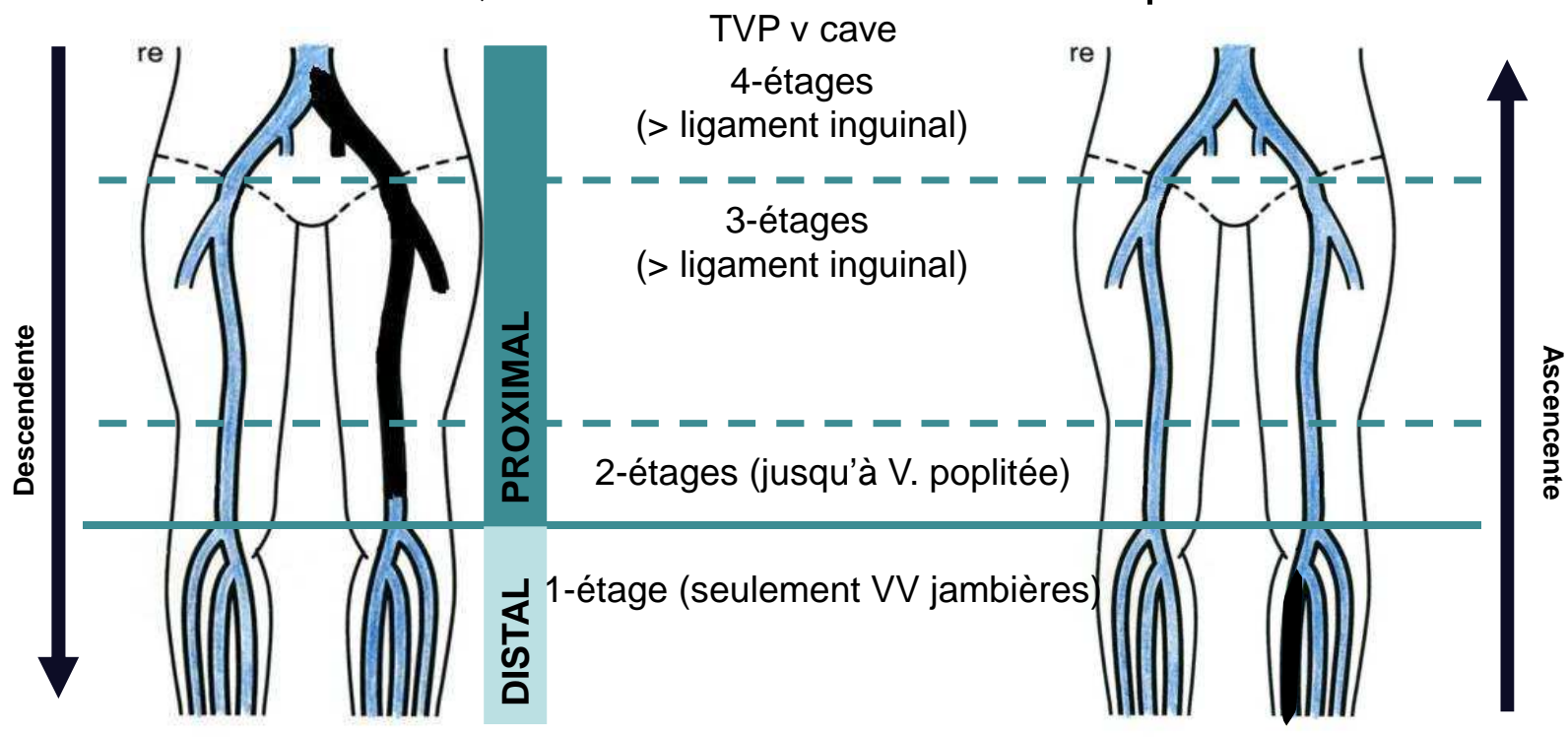
(Maladies aiguës ou traumatisme,
interventions chirurgicales)

FdR de prédisposition (caractéristiques du patient)



Classifications des TVP

- Selon localisation, extension et sévérité clinique des TVP



- Selon étiologie

- Provoquée/secondaire à des situations de risques connues/certains facteurs de risque
- Non-provoquée/idiopathique/primaire

Echo Doppler cours final, 1 et 2 mars 2018

Signes cliniques de la TVP



- Oedème
- Douleur
- Gonflement (différence de périmètre)
- Sensation de tension
- Chaleur
- Changement de couleur
- Collatérales visibles
- Tissus „indurés“
- Douleur du mollet à la pression
- Douleur sur le trajet de la veine

Probabilité clinique pré-test

- Sensibilité et spécificité de la clinique insuffisante
- Imagerie nécessaire
- Prévalence de la TVP en cas de suspicion seulement de 10-20%
- Présélection des patients souhaitables
- **Wells-Score** et **D-Dimere** validés prospectivement
- Un examen écho-Doppler n'est pas nécessaire dans 40 – 50 % des cas

Echo Doppler cours final, 1 et 2 mars 2018

Probabilité clinique pré-test selon Score de Wells

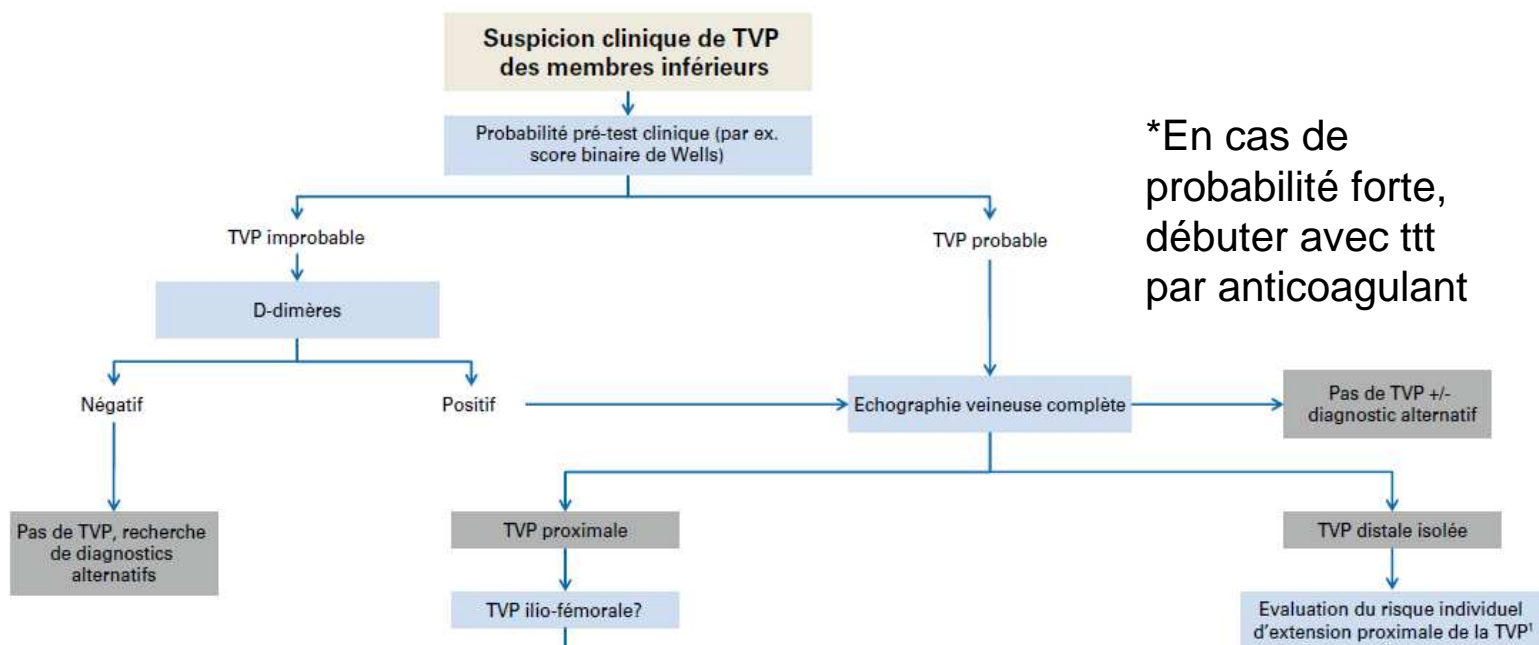
Données anamnétiques ou cliniques	Score
Cancer (en cours de traitement ou au cours des six mois précédents ou palliatif)	1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée récente	1
Alitement > 3 jours ou chirurgie dans les 12 semaines précédentes nécessitant une anesthésie locale ou général	1
Douleur localisée en regard d'un trajet veineux	1
Gonflement de la jambe entière	1
Œdème du mollet d'au moins 3 cm de plus que la jambe controlatérale (mesuré 10 cm en-dessous de la tubérosité tibiale)	1
Œdème gardant le godet	1
Présence de veines collatérales superficielles (non variqueuses)	1
ATCD de TVE documentée	1
Diagnostic différentiel aussi probable que la TVE	-2
Interprétation	
Score 0-1	Faible probabilité clinique (5.5%)
Score >2	Forte probabilité clinique (27.9%)

- alternative: union d' l' anamnèse et l'examen clinique par un examinateur avec beaucoup d'expérience (jugement empirique par und examinateur)
- Documentation comme mesure diagnostique autonome

Tests de D-dimères

Testverfahren	Sensitivität (95%-KI)	Spezifität (95%-KI)
Hoch-sensitive D-Dimer-Tests		
Enzyme-Linked Immunofluorescence Assays (ELFA)	96% (89%–98%)	46% (31%–61%)
Microplate Enzyme-Linked Immunosorbent Assays (ELISA)	94% (86%–97%)	53% (38%–68%)
Quantitative Latex Assays oder Immunoturbidimetric Assays	93% (89%–95%)	53% (46%–61%)
Moderat-sensitive D-Dimer Tests		
Whole Blood D-Dimer Assay	83% (67%–93%)	71% (57%–82%)
Latex Semiquantitative Assay	85% (68%–93%)	68% (53%–81%)

Echo Doppler cours final, 1 et 2 mars 2018



Interprétation de la probabilité clinique pré-test et D-dimères

- D-dimère en cas d'une probabilité clinique pré-test bas (PCPT):
 - Test ELISA quantitatif (valeur limite $>500 \mu\text{g/l}$)
 - «bedside»-Test d' agglutination (positive/negative) insuffisant pour l'exclusion (mauvais sensibilité)
- CAVE:
 - Cancer
 - Grossesse
 - Patients hospitalisées
- D-dimère recommander en cas de suspicion de récurrence de TVP indépendant de la PCPT
- Age (seuil pour D-dimères \rightarrow âge $\times 10\mu\text{g/L}$): augmente spécificité avec sensibilité égale $>97\%$ (meta-analyse chez MTEV)