

Echo Doppler cours final, 13 et 14 février 2020

Précision diagnostique probabilité post-test

-

CUS vs CCUS

Daniel Staub

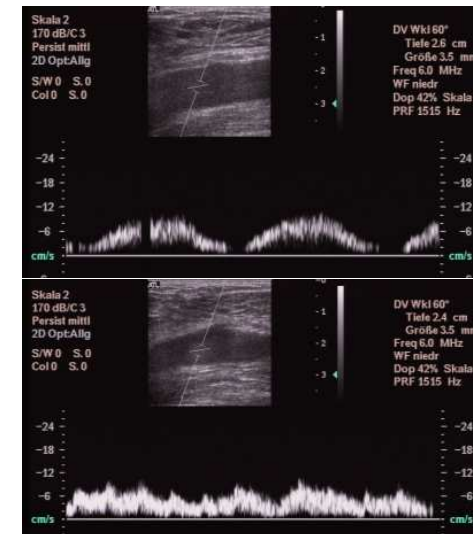
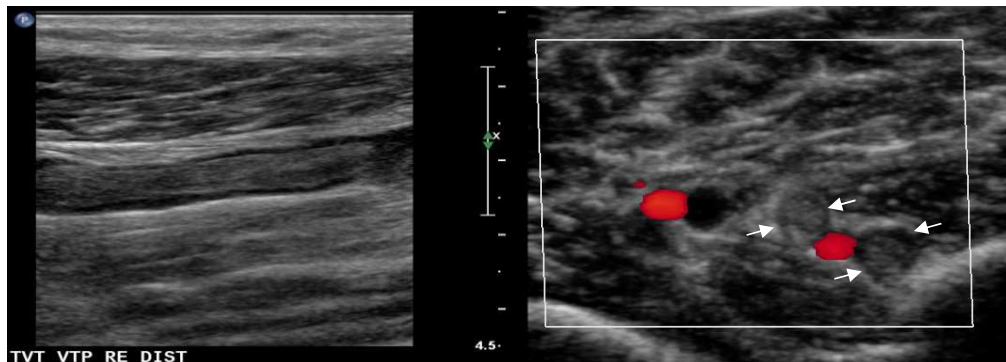
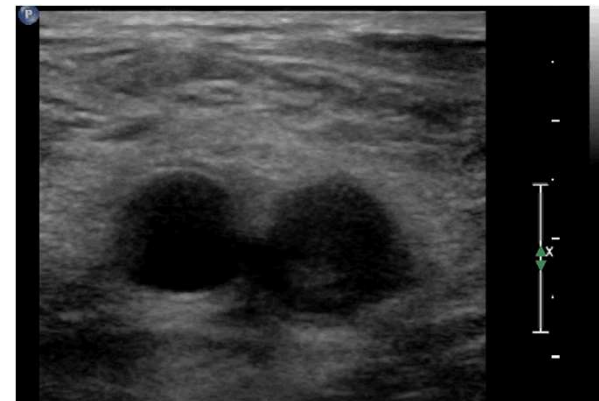
Angiologie

Universitätsspital Basel

daniel.staub@usb.ch

Précision diagnostique

- Sensibilité et spécificité très élevées
- Fiable pour TVP proximales et distales
- Niveau de dépendance vis-à-vis de l'examineur



Incidence post-test de TVP

Survenue d'une TEV dans les 3 mois qui suivent
« l'exclusion » d'une TVP:

Wells faible + DD nég:	0.44 % IC 0.2 - 0.83*
(dans la littérature: 0 – 2.6; correspond à survenue spontanée au sein de la population)	
Phlébographie:	1.2 % IC 0.2 - 4.4**
p-CUS:	2.3 % IC 1.3 - 3.5***
c-CUS:	0.57 % IC 0.25 - 0.89****

*tenCate AJ *J Thromb Haemost* 2005 **Hull R *Circulation* 1981

Bates SM *CHEST* 2012 *Johnson S *JAMA* 2010

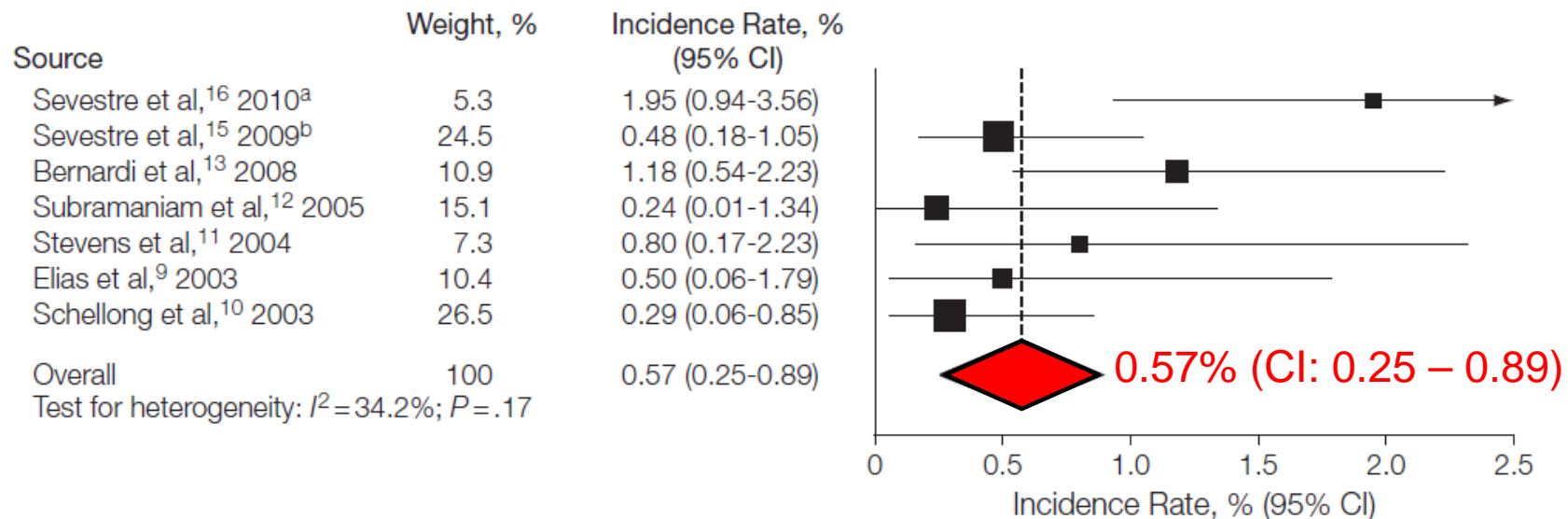
Validation de l'échographie de compression complète (c-CUS)

Méta-analyse:

156 études identifiées, dont 7 incluses

Total 4731 pat. avec c-CUS nég. sans anticoagulation

Observation sur 3 mois: 34 développent une TEV (0.7%), dont 11 TVP distales et 9 TEV fatales



Echo Doppler cours final, 13 et 14 février 2020

p-CUS vs c-CUS

p-CUS / CUS veines proximales (l'incidence TEV après 3 mois en cas de résultat négative 2.3% CI 1.3 - 3.5)

- en cas d' un resultat neg. répétition après 5-7 jours
- POCUS: SGUM section ICAN: médecine interne, médecine d'urgence, chirurgie vasculaire , etc..
- L'efficacité financier est douteuse, puisque 80% de tous les patients doive être examiner pour une deuxième fois

c-CUS (l'incidence TEV après 3 mois en cas de résultat négative 0.57% CI 0.25 - 0.89), information supplémentaire du flux dans la V. fem. com. ddc.

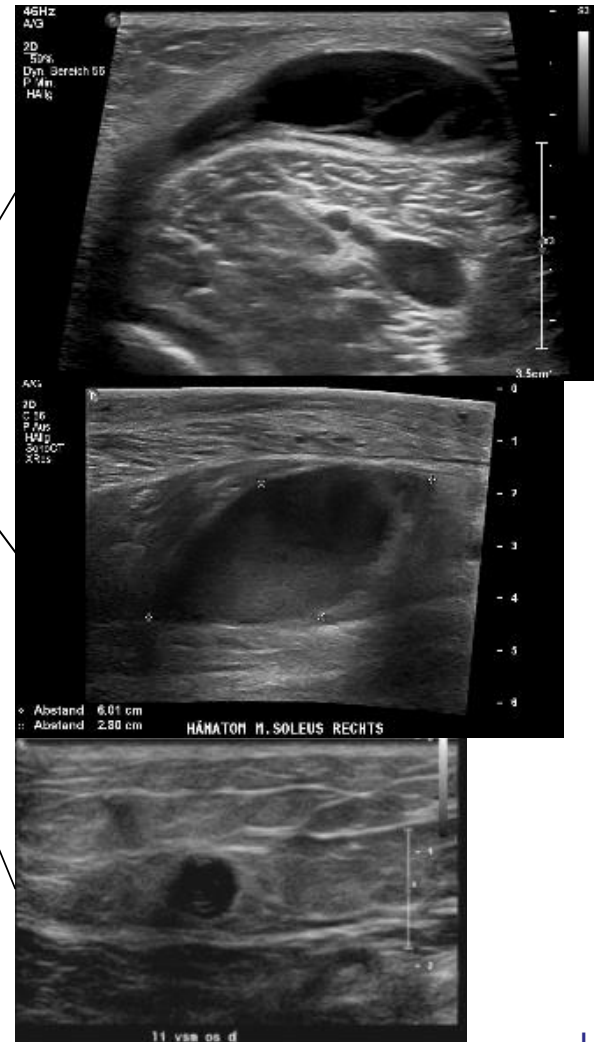
- l'importance de la TVP distale isolée
- Diagnostics alternatifs

CUS seulement de la jambe symptomatique, parce que le bénéfice de al jambe asymptomatique est faible (*Le Gal G J Thromb Haemost 2015*)

Echo Doppler cours final, 13 et 14 février 2020

Diagnostics alternatifs

	Patients with negative or inconclusive whole-leg CUS N = 212
Alternate diagnosis provided	150/212 (70.8%)
Yes	150
No (idiopathic/unknown)	38
Inconclusive scan recorded – no diagnosis offered	24
Diagnosis directly attributable to or confirmed by whole-leg CUS	55/150 (36.7%)
Severe arterial vascular disease	1 (0.7%)
Bakers cyst	13 (8.7%)
Musculoskeletal (including calf haematoma, tendonitis and muscle rupture)	32 (21.3%)
Superficial thrombophlebitis	4 (2.7%)
Post thrombotic syndrome/venous incompetence	5 (3.3%)
Diagnosis unassisted by whole-leg CUS	95/150 (63.3%)
Crystal arthropathy	2 (1.3%)
Dependent oedema (Cardiac/pregnancy/liver failure)	27 (18.0%)
Diabetic neuropathy	1 (0.7%)
Infective process	43 (28.7%)
Meralgia parasthetica	2 (1.3%)
Post-operative swelling	13 (8.7%)
Arthritic disease	5 (3.3%)
Lymphoedma	1 (0.7%)
Bony injury	2 (1.3%)
Venous eczema/lipodermatosclerosis	2 (1.3%)
Sciatica	2 (1.3%)



Echo Doppler cours final, 13 et 14 février 2020

Durée de l'anticoagulation: ACCP

TEV provoquée	
TVP jambe distal isolée (ou US après 5-7jous.; si progression anticoag.)	3 mois
TVP proximale / facteur de risque réversible	3 mois
EP après chirurgie ou facteur de risque réversibles	3 mois
TEV non provoquée / idiopathique	
TVP jambe distal isolée	(minimum) 3 mois
TVP proximale ou EP	minimum 3 mois
ensuite jugement le rapport du risque -bénéfice:	
premier TVP proximal ou EP, risque d'hémorragie bas	long-term
premier TVP proximal ou EP, risque d'hémorragie élevé	3 mois
deuxième épisode, risque d'hémorragie bas/modéré	Long-term
deuxième épisode, risque d'hémorragie élevé	3 mois
TEV associée à une tumeur, indépendant du risque d'hémorragie: HBPM	long-term (premier 6 mois HBPM)
Thrombose veineuse superficielle du membre inférieur (>5cm)	
HBPM ou (Fondaparinux) dose prophylactique	45 jours

Anticoagulation chez des TVP distale isolée (TVPDI)

- Anticoagulation pour seulement 3 mois chez des patients avec TVPDI, même en cas d'une thrombose idiopathique.
- Le traitement d'anticoagulation pour 3 mois diminue les TEV plus qu'une traitement plus court
- Il y a une sous-population de patients avec TVPDI, qui peut-être n'ont pas besoin d'une traitement d'anticoagulation ou une traitement avec une dose plus bas

Tableau 1: Facteurs de risque d'extension proximale de la TVP distale isolée selon l'ACCP.

Une TVP distale isolée est considérée comme à haut risque d'extension proximale dans les cas suivants:

D-dimères élevés (surtout pour une nette élévation en l'absence d'autre explication)

Thrombose importante (étendue sur >5 cm, plusieurs veines touchées, >7 mm de diamètre maximal)

Thrombose proche des veines proximales

Absence de facteur de risque réversible de TEV

Présence d'un cancer actif

Récidive de TEV

Patient hospitalisé

Abréviations: ACCP = American College of Chest Physicians;
TVP = thrombose veineuse profonde; TEV = thromboembolie veineuse