



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale

Arnaud Saada

► **To cite this version:**

Arnaud Saada. État des lieux de la prise en charge de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00709866

HAL Id: dumas-00709866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00709866>

Submitted on 19 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

PAR

ARNAUD SAADA

Né le 18 Septembre 1983 à Rosny Sous Bois

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/05/2012

**Etat des lieux de la prise en charge de la thrombose
veineuse profonde des membres inférieurs en haute-
Normandie en médecine générale.**

PRESIDENT DE JURY : Pr LEVESQUE
DIRECTEUR DE THESE : Dr Ygal BENHAMOU

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET –**
C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-**
GUITRANCOURT - M.BENOZIO-J.BORDE -
Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J.
DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P
FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J.
HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT -
J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph.
LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER -
J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B.
MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI
- P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme
SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB -
R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M.
THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I-MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI Moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Jacques BENICHOU informatique médicale	HCN	Biostatistiques et
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU cardio-vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD Travail	HCN	Médecine et santé au
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne(Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW de la santé	HCH	Epidémiologie, économie
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéfan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE -Entérologie	HCN	Hépto– Gastro
M. Frank DUJARDIN -Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie-Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO Travail	HCN	Médecine et Santé au
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Alain LAVOINNE moléculaire	UFR	Biochimie et biologie

M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL -Entérologie	HCN	Hépto - Gastro
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ reconstructrice et esthétique	HCN	Chirurgie plastique,
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE -Vénérologie	HCN	Dermatologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES développement et de la reproduction	HCN	Biologie et médecine du
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>mise en dispo</i>) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER Réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie
M. Pierre VERA de l'image	C.B	Biophysique et traitement
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS moléculaire	HCN	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER de la santé	HCN	Epidémiologie, économie
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET cardio-vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT Techniques d'expression	UFR	Sciences humaines -

II-PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et
économie de la santé	
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE

Toxicologie

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU

Pharmacie Officinale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL

Chimie Analytique

M. Johann PELTIER

Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III-MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT Minérale	Chimie Générale et
M. Thierry BESSON thérapeutique	Chimie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Economie de la Santé	Législation,
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA Galénique	Pharmacie
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et
biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et
biologie moléculaire (Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité
Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI** Biochimie et
biologie moléculaire (Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie
(Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A mon Directeur de thèse Ygal BENHAMOU, pour sa patience, sa disponibilité, son expertise, ses judicieux conseils et le temps qui m'a consacré. Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans son aide.

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur LEVESQUE Hervé, qui a accepté de présider cette thèse.

Au Pr JOLY Luc-Marie pour sa présence et son jugement sur cette thèse et sa formation de très grande qualité qu'il m'a apporté aux urgences au CHU de Rouen

Au Pr TAMION Fabienne qui a accepté de venir juger cette thèse malgré un emploi du temps chargé.

A mon Maître de stage, Jean-Luc JOSPIN, pour sa pédagogie, son pragmatisme médicale et sa façon d'exercer la médecine générale. Le stage au sein de son cabinet a constitué mon premier contact avec la médecine générale et m'a pleinement conforté dans mon choix professionnel.

A mon Maître de stage, Dominique BOUTRY, pour sa convivialité, son amour pour le métier de généraliste qu'il m'a transmis.

A mon Maître de stage, Philippe NGUYEN-THANH, pour la rigueur qu'il m'a transmis, sa grande compétence dans la gestion de cabinet et dans sa quête de revalorisation de la médecine générale.

A mon Maître de stage, Michel MENANTEAU, pour ses grandes réflexions, ses visions du statut de médecin généralistes et ses grandes compétences.

A mon Maître de stage, Simon NGUYEN-THANH qui m'a rappelé que dans les démarches thérapeutiques plusieurs sont possibles ce qui rend la médecine générale extraordinaire.

A Yann POULINGUE, pour la qualité de ses formations médicales continues donnés à Louviers qui m'ont été d'une grande utilité tout au long de mon cursus et son stage d'une très grande qualité.

A Daniel SIGOURA, qui me conseille dans la prise de décision dans les impasses thérapeutique.

A François FARJON, biologiste et cousin qui m'a donné de précieux conseils pour la rédaction de cette thèse.

A ma femme Marilyn qui a su faire preuve d'une grande patience pour que je puisse finir mes études sur Rouen alors qu'elle était en région parisienne.

A mes parents, pour leur soutien indispensable tout au long de ces études.

A mon frère, Michaël qui sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A mon frère, Laurent qui m'a aidé dans la construction de graphique sur Excel.

A mes beaux-parents, pour leur soutien tout au long de ces études.

A l'ensemble du personnel de la bibliothèque de médecine de Rouen pour sa disponibilité.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	19
II. GÉNÉRALITÉS SUR LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE	20
1.EPIDÉMIOLOGIE DE LA TVP.....	20
2.APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET SCORES DE PROBABILITÉ CLINQUE DE TVP	20
FIGURE 2 : ARBRE DÉCISIONNEL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TVP DES MEMBRES INFÉRIEURS.....	23
III. DONNÉES DE LA LITTÉRATURE SUR LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA TVP.....	23
1. PATIENTS ÉLIGIBLES POUR LE TRAITEMENT AMBULATOIRE DES TVP.....	23
IV. MÉTHODOLOGIE.....	25
1.OBJECTIF.....	25
2.MÉTHODE.....	25
3.QUESTIONNAIRE.....	26
V. RÉSULTATS.....	35
1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	35
.....	41
FIGURE 11 : ATTITUDE DES GÉNÉRALISTES FACE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT.....	41
2. STATISTIQUES COMPARATIVES.....	42
VI. DISCUSSION	44
1.POURQUOI LE SCORE DE WELLS EST SOUS-UTILISÉ EN AMBULATOIRE ?.....	44
2.RETARD D'INITIATION DU TRAITEMENT AU CABINET: POUR QUELLES RAISONS ?.....	45
3.QUELLE UTILITÉ POUR UNE FMC?.....	46
4.LIMITES DE L'ÉTUDE.....	46
VII. CONCLUSION.....	48
VIII. ANNEXES (LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT QUESTIONNAIRE).....	49
LEXIQUE.....	50
IX. BIBLIOGRAPHIE.....	50

I. Introduction

Considérée pendant longtemps comme exclusivement hospitalière, la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique des membres inférieurs (MVTE), a été profondément modifiée depuis la mise sur le marché des Héparines de bas poids moléculaire (HBPM). Ainsi l'instauration et la gestion du traitement anticoagulant peuvent se faire en ambulatoire de façon certaine.

En effet, les données de la littérature [1], [2], [3] ont confirmé que le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) par HBPM en ambulatoire était au moins aussi efficace et sûr que le traitement héparinique hospitalier de référence. Outre la sécurité d'emploi des HBPM, la diffusion des examens d'imageries tels que l'échographie Doppler veineux a considérablement amélioré et simplifié le diagnostic des TVP en médecine de ville.

La principale conséquence de ces évolutions, est l'implication en première ligne du médecin généraliste lui conférant ainsi à la fois un rôle dans le diagnostic mais également dans la thérapeutique immédiate, à moyen et à long terme des TVP. Cependant, du fait de son incidence élevée et de son impact en matière de santé publique, la MVTE fait l'objet de nombreux travaux scientifiques amenant à une constante évolution des recommandations de prise en charge. De ce fait, cela nécessite une mise à jour permanente des connaissances de la part des praticiens. Toutefois, la rédaction des référentiels n'intègre que très rarement la problématique de la médecine de ville avec notamment l'accès aux examens complémentaires. Ainsi, afin de mieux préciser les besoins de formation médicale continue, il paraissait indispensable de réaliser un état des lieux dans notre région sur les habitudes des praticiens devant une TVP.

Ainsi, nous avons mené une étude d'évaluation des pratiques auprès des médecins généralistes de Haute-Normandie.

II. Généralités sur la thrombose veineuse profonde

1. Epidémiologie de la TVP

La MVTE, qui comprend la thrombose veineuse profonde, l'embolie pulmonaire (EP) et la maladie post-thrombotique, est fréquente, potentiellement mortelle et de diagnostic difficile. On estime en France l'incidence de la TVP à 124/100000 habitants/an ce qui la place au 3^{ème} rang des maladies cardiovasculaires[4]. L'incidence de la MVTE augmente avec l'âge, ainsi avec le vieillissement de la population, le nombre absolu des MVTE augmentera dans les prochaines années. Lorsqu'elle se complique d'embolie pulmonaire, la TVP peut être responsable d'une mortalité pouvant atteindre 11% [5]. C'est ainsi qu'on dénombre tous les ans entre 5000 et 10 000 décès/an par embolie pulmonaire [6]. De même, selon une enquête de L'INSEE en 2008 portant sur 530643 décès en France, 2% étaient d'origine thrombo-embolique. D'après une enquête des caisses primaires d'assurance maladie et l'étude de Ruud Oudega, un médecin généraliste est confronté en moyenne dix fois par an à une suspicion de thrombose veineuse profonde [7]

Par ailleurs, outre la mortalité à court terme, la TVP, lorsqu'elle se complique de maladie post-thrombotique (2 à 3% de la population générale serait porteuse d'un syndrome post-phlébitique) [8] est responsable d'une morbidité non négligeable et d'un coût de prise en charge très élevé. En effet, la maladie post-thrombotique se manifeste généralement par des douleurs des membres inférieurs, des œdèmes et plus tardivement par des complications cutanées pouvant aboutir à la constitution d'ulcères variqueux qui en font toute la gravité et dont les coûts de prise en charge sont considérables [9].

2. Approche diagnostique et scores de probabilité clinique de TVP

La thrombose veineuse profonde est une pathologie qui consiste en la formation d'un thrombus dans le réseau veineux profond responsable d'un ralentissement du retour veineux et d'un phénomène de stase locale.

L'examen clinique ne permet jamais à lui seul d'affirmer ou d'exclure le diagnostic de TVP. Ainsi, parmi les patients chez qui une thrombose veineuse profonde est supposée, le diagnostic n'est vérifié que dans 30% des cas.

Les signes cliniques (figure1) habituellement décrits ont des sensibilités et spécificités variables rendant hasardeux le diagnostic [10]. Devant cette difficulté clinique, des scores de

probabilité clinique et des algorithmes décisionnels ont été établis afin de guider au mieux les praticiens dans le choix des examens complémentaires.

Signe clinique	Sensibilité	Spécificité
Douleur	75% (5 -90)	20% (3-50)
Tension	78% (75-82)	34% (28-50)
Signe de Homans	40% (33-48)	55% (50-59)
Oedème unilatéral	45% (42-48)	63% (59-68)
Dilatation veineuse	25% (17-33)	81% (80-82)
Chaleur cutanée	85%	20%

Figure 1. D'après Bounameaux *et al. Vasa* 1988

Plusieurs scores de probabilités cliniques ont été établis avec comme objectif principal d'identifier les patients à faible risque afin de mieux cibler les demandes d'examens complémentaires. A ce jour, le score de Wells demeure le score de probabilité le plus utilisé et surtout celui qui a été validé aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine de ville [11][12]. L'approche diagnostique actuellement recommandée consiste à établir dans un premier temps, la probabilité clinique en listant un certain nombre d'items du score de Wells. Ces items prennent en compte à la fois les principaux facteurs de risque de thrombose veineuse et également des signes cliniques de TVP. Une pondération a été attribuée à chaque item permettant ainsi le calcul d'un score. Les items sont listés ci dessous :

- Cancer actif (dernier traitement datant de moins de 6 mois, ou stade palliatif)
- Paralysie, parésie ou plâtre d'un membre inférieur.
- Alitement de plus de 3 jours ou chirurgie majeure datant de moins de 4 semaines.

- Douleur sur un trajet veineux.
- Œdème de tout le membre inférieur.
- Plus de 3 cm de différence dans la circonférence des mollets.
- Œdème prenant le godet du côté symptomatique.
- Circulation veineuse collatérale (non variqueuse)
- Diagnostic alternatif au moins aussi probable que le diagnostic de TVP.

Une fois le calcul effectué, la probabilité clinique est dite forte lorsque le score est $>$ ou $=$ 3, intermédiaire si $=$ 1 ou 2 et faible si $<$ à 1. Une TVP est authentifiée dans 3 % des cas pour un niveau du score faible, 17 % des cas pour un niveau intermédiaire et 74 % des cas pour un niveau de probabilité forte.

Une fois évoqué, le diagnostic doit être confirmé par des examens complémentaires, échographie-doppler d'emblée si probabilité forte ou bien D-dimères dans les autres cas. Le couple score de Wells et D-dimères a été évalué en 2006 par l'équipe du Pr Wells et permet de tirer les conclusions suivantes :

- La valeur prédictive négative des D-dimères augmente avec le score de probabilité clinique pour atteindre 100% lors d'une probabilité faible (VPN D-dimères: 81-97% si probabilité élevée, VPN D-dimères: 96-100% si probabilité intermédiaire et VPN D-dimères: 97- 100% si probabilité faible) [13].
- Si probabilité faible, des D-dimères négatifs suffisent à exclure le diagnostic de TVP sans réalisation d'un écho- doppler.(figure 2)
- Si probabilité élevée, l'écho-doppler doit être réalisé d'emblée sans recours au dosage des D-dimères. (figure 2)
- Si Echo-doppler et les D-dimères sont tous deux négatifs, il n'y a aucune indication à répéter l'examen morphologique après 1 semaine [14](figure2).

Enfin, le score de Wells est utile pour décider de la mise en route du traitement en urgence (probabilité forte) ou après les résultats des examens complémentaire.[12] [14] [15] [16]

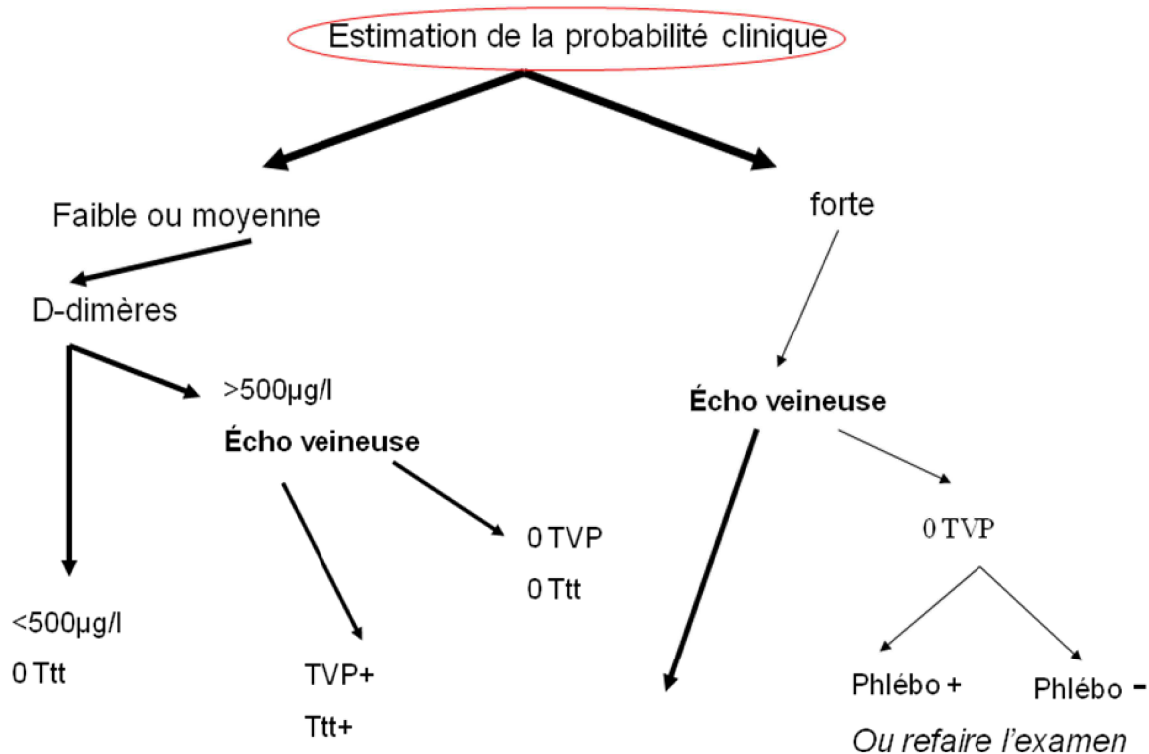


Figure 2 : Arbre décisionnel dans la prise en charge de la TVP des membres inférieurs.

III. Données de la littérature sur la prise en charge ambulatoire de la TVP

1. Patients éligibles pour le traitement ambulatoire des TVP.

La prise en charge ambulatoire de la TVP est devenue fréquente. Dans un article récent publié dans le Lancet, il est même question de traiter certaines embolies pulmonaires en ambulatoire [17].

Le coût de la maladie est moindre lorsque la prise en charge se fait en ambulatoire comparativement à une prise en charge hospitalière [2]. Le coût a été estimé par une équipe française de l'hôpital Paul Brousse en 1999 ; Leur étude a consisté à analyser le coût du traitement et les conséquences de la TVP entre un traitement par HBPM initié en ambulatoire et un traitement hospitalier sur une durée de 10 jours. Cette étude a démontré une réduction du coût de 56% en faveur du traitement ambulatoire [18].

Bien que séduisante, la prise en charge ambulatoire doit toutefois répondre à un certain nombre de critères d'éligibilité du patient. La reconnaissance des patients éligibles pour le traitement ambulatoire passe par la constitution de critères d'exclusion.

Ces critères sont regroupés dans trois grandes catégories :

- Les critères d'exclusion liés à la MVTE.
- Les critères d'exclusion liés aux comorbidités.
- Les critères d'exclusion liés à l'environnement du patient.

Concernant les critères d'exclusion liés à la MVTE, les TVP proximales massives associées à un syndrome obstructif sévère (douleur importante, œdème de tout le membre, acrocyanose +/- ischémie d'un membre) ou de localisation sus-inguinale (iliaque ou ilio-cave) n'ayant été que très peu étudiées en soins primaire, relèvent encore le plus souvent d'une hospitalisation. Hormis l'étude récente du Lancet, les EP avaient été systématiquement exclues des essais randomisés évaluant le traitement ambulatoire des TVP et ne peuvent pas encore prétendre systématiquement à une prise en charge ambulatoire [2] [17] [19].

Les comorbidités augmentant le risque de récurrences thrombo-emboliques ou le risque hémorragique sont bien sûr à exclure du traitement ambulatoire. Certaines situations méritent une attention particulière :

Les patients cancéreux ne sont pas systématiquement exclus des études évaluant le traitement ambulatoire: 0 à 41% des patients présentent un cancer. Une étude rétrospective portant sur 321 patients cancéreux traités pour une TVP démontre que 61% d'entre eux ont été traités au domicile. Il n'y a pas eu plus de récurrences en traitement ambulatoire qu'en traitement hospitalier (6% à la maison et 4,8% à l'hôpital) ou d'hémorragie majeure (1% à la maison et 4,8% à l'hôpital) [20]. La maladie cancéreuse ne doit pas être considérée comme un critère systématique d'hospitalisation lors du traitement initial des TVP proximales (niveau de preuve 3) des recommandations de l'AFSSAPS 2009[15].

L'insuffisance rénale sévère pour laquelle les HBPM sont contre-indiquées constitue un facteur de risque hémorragique majeur et nécessite d'hospitaliser les patients en attendant l'équilibration du traitement par AVK.

Egalement, les patients nécessitant un traitement anticoagulant et présentant une pathologie hémorragique (maladies hémorragiques constitutionnelles, ulcère gastro-duodéal actif, chirurgie majeure récente ...) devront être hospitalisés. D'ailleurs dans toutes les études concernant le traitement de la TVP en ambulatoire le risque hémorragique est un critère d'exclusion formel.

Enfin, l'environnement du patient est un critère important de la bonne mise en place du traitement ambulatoire et de sa surveillance. Des facteurs sociaux individualisés par les recommandations de l'AFSSAPS de 2009[15], peuvent contre indiquer la prise en charge à domicile de la TVP. Ainsi, les patients vivant seul, l'absence de compréhension du traitement, l'environnement social défavorable, les difficultés de communication et les barrières de langage sont autant de situations au cours desquelles la prise en charge hospitalière doit être privilégiée.

IV. Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective menée du 02/12/10 au 28/02/2011 auprès des médecins généralistes des départements de Seine-Maritime et de l'Eure.

1. Objectif

L'objet principal de l'étude est d'analyser la prise en charge actuelle de la TVP des membres inférieurs en Haute-Normandie par les médecins généralistes.

Il s'agissait d'étudier l'attitude des médecins généralistes devant une suspicion clinique de TVP et d'en apprécier la démarche décisionnelle, le mode de réalisation du diagnostic positif et du diagnostic étiologique ainsi que le traitement instauré. L'ensemble de ces paramètres a été analysé en fonction des caractéristiques démographiques des praticiens, de leur lieu d'installation, de leur mode d'exercice et de leur accès récent à une FMC dédiée à la MVTE.

2. Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle pour laquelle il nous a fallu obtenir les coordonnées des médecins généralistes. Pour se faire, nous avons utilisé les pages jaunes et appelé l'ensemble des praticiens (n=1094. Sur ces 1094 généralistes 700 étaient en Seine-Maritime et 394 dans l'Eure). Parmi eux, seuls 318 ont accepté de nous donner leur adresse électronique afin de recevoir le questionnaire. Il a été obtenu 185 mails en Seine-Maritime (taux de participation de 26,4%) et 133 mails dans l'Eure (taux de participation de 33%).

Devant le faible taux de réponse par mail (35% des généralistes qui ont communiqué leurs mails et 10% de la totalité des généralistes) et la volonté de certains de ne répondre que par envoi postal, nous avons alors envoyé 202 questionnaires supplémentaires.

Nous avons été amenés à utiliser deux techniques pour joindre les généralistes.

- **Technique 1 : Par mail**

Un mail général a été adressé aux généralistes le 02/12/2010 et un mail de relance à ceux qui n'avait pas encore répondu le 28/02/2011. Ce mail incluait directement le questionnaire. Il y avait aussi la possibilité d'obtenir le questionnaire à l'aide d'un lien hypertexte.

- **Technique 2 : Par courrier**

En premier lieu, il a été nécessaire de trouver un financement pour l'envoi postal du questionnaire. En effet, il fallait pour contacter 202 généralistes 404 enveloppes et 404 timbres puisqu'il s'imposait d'envoyer le questionnaire et une enveloppe timbrée pour la réponse.

3. Questionnaire

Ce questionnaire avait pour but d'apprécier en fonction du lieu et du mode d'exercice différents points tels que, la démarche diagnostique devant une suspicion de TVP, le recours au score de Wells, la prise en charge thérapeutique, le suivi et l'accès à des FMC dédiées à la TVP. Les différents types de questionnaires sont figurés ci-dessous :

1.1. Questionnaire par envoi courrier

Nom (3 premières lettres):

Prénom (3 premières lettres):.....

Ville dans laquelle vous exercez:.....

Vous avez: entre 28-35 ans entre 35-50ans >50ans

Vous êtes: une femme un homme

Vous êtes en milieu: rural semi-rural en ville

Vous exercez dans: l'Eure la Seine-Maritime

Vous êtes maître de stage: oui non

Avez-vous participé à une FMC ces 5 dernières années à ce sujet :

Oui Non

Vous possédez une HBPM :

En cabinet :

Oui Non

Dans votre trousse d'urgence :

Oui Non

Si oui quel dosage pour :

A) Lovenox : enoxaparine
sodique

2000UI=0,2ml

4000UI=0,4ml

6000UI=0,6ml

8000UI=0,8ml

10000UI=1ml

B) Innhohep=tinzaparine
sodique

2500=0,25ml

3500=0,35ml

4500=0,45ml

10000UI=0,5ml

14000UI=0,7ml

C) Arixtra : fondaparinux
sodique

2,5mg/0,5ml

5mg/0,4ml

7,5mg/0,6ml

10mg/0,8ml

Vous évoquez une phlébite profonde des membres inférieurs chez une patiente de 40 ans sans antécédents médicaux particuliers et ne contre-indiquant pas l'administration d'HBPM.

En pratique : (une seule réponse celle que vous pratiquez le plus)

Vous adressez votre patient à un angiologue

Vous faites faire une échographie doppler des membres inférieurs pour confirmer le diagnostic avant de débiter un traitement

Vous adressez votre patient aux urgences

- Vous prescrivez une HBPM+ injection par une IDE sans attendre la confirmation au Doppler
- Vous faites l'injection d'HBPM vous même à votre cabinet
- Vous prescrivez des D-dimères
- Vous revoyez cliniquement le patient pour réévaluer la symptomatologie

Quel bilan étiologique prescrivez-vous dans ce contexte ?

- Aucun
- Une radiographie pulmonaire
- Une échographie abdominale
- Un TDM thoraco-abdomino-pelvien
- Un bilan gynécologique complet (frottis et mammographie)
- Un bilan de thrombophilie

Utilisez-vous le score de probabilité clinique (score de WELLS) pour vous aider dans la démarche diagnostique ?

- Oui
- Non
- Ne connaît pas

En ce qui concerne les contentions élastiques

A) Vous prescrivez des :

- classes I
- classes II
- classes III

B) Les concernant :

- Vous attendez quelques temps (au moment du diagnostic) avant d'autoriser le port
- Il est trop tard pour en mettre, la maladie est déjà présente
- Vous attendez que l'anti coagulation soit efficace
- Vous n'en prescrivez pas ici
- Vous les prescrivez sur le champ

Quelle place donnez-vous aux D-dimères ?

(Plusieurs réponses possibles)

- >500 fait le diagnostic
- <500 élimine le diagnostic
- >500 n'a aucune signification

- Sont inutiles car seul le Doppler vous fera récuser le diagnostic
- En cas de doute doivent être fait
- Sont à faire systématiquement

Votre attitude vis à vis de l'arrêt du traitement:

- Vous décidez de l'arrêt vous même
- Vous attendez l'avis d'un angiologue
- Vous attendez l'avis d'un cardiologue
- Vous contrôlez le Doppler et en fonction des résultats vous déciderez d'arrêter

1.2. Questionnaire envoi par mail

Questionnaire d'étude pour une thèse de spécialité en médecine général en Haute-Normandie.

Suite à notre contact téléphonique, je vous adresse ce questionnaire entièrement anonyme, il doit être rempli de manière pragmatique. En effet, il existe des recommandations HAS sur la prise en charge de la thrombose veineuse des membres inférieurs en ambulatoire. Néanmoins ce référentiel a été conçu sans tenir compte des difficultés de la pratique en ville. Ce questionnaire a pour objectif de recenser nos pratiques professionnelles et de mieux comprendre les inadéquations avec les recommandations actuelles.

Directeur de thèse : Docteur BENHAMOU Ygal (service de Médecine Interne du Pr LEVESQUE)
Interne en spécialité de médecine générale et thésard : SAADA Arnaud

*Obligatoire

Nom(3 premières lettres) *

prénom(3 premières lettres) *

Ville dans laquelle vous exercez *

1. Vous avez

- entre 28-35 ans
- entre 35-50ans
- >50ans

2. Vous êtes:

- Une femme
- Un homme

3. Vous êtes en

- milieu rural
- semi-rural
- ville

4. Vous exercer dans

- L'Eure
- La Seine maritime

5. Vous êtes maitre de stage

- Oui
- Non

6. Avez-vous participé à une FMC ces 5 dernières années à ce sujet

- Oui
- Non

7. Vous possédez une HBPM

A) En cabinet

- Oui
- Non

Question sans intitulé

B) dans votre trousse d'urgence

- Oui
- Non

8. Si oui quel dosage pour

A) Lovenox: enoxaparine sodique

- 2000UI=0,2 ml
- 4000UI=0,4ml
- 6000UI=0,6ml
- 8000UI=0,8ml
- 10000UI=1ml

Capture rectangulaire

B) Pour Innohep=tinzaparine sodique

- 2500UI=0,25ml
- 3500UI=0,35ml
- 4500UI=0,45ml
- 10000UI=0,5ml
- 14000UI=0,7ml
- 18000UI=0,9ml

C) pour Arixtra=fondaparinux sodique

- 2,5mg/0,5ml
- 5mg/0,4ml
- 7,5mg/0,6ml
- 10mg/0,8ml

Vous évoquez une phlébite profonde des membres inférieurs chez une patiente de 40ans sans antécédents médicaux particulier et ne contre-indiquant pas l'administration d'HBPM.

9. En pratique :

- Vous adressez votre patient à un angiologue
- Vous faites faire une échographie doppler des membres inférieurs pour confirmer le diagnostic avant de débiter un traitement
- Vous adressez votre patient aux urgences
- Vous prescrivez une HBPM+ injection par une IDE sans attendre la confirmation au Doppler
- Vous faites l'injection d'HBPM vous même à votre cabinet
- Vous prescrivez des D-dimères
- Vous revoyez cliniquement le patient pour réévaluer la symptomatologie

10. Quel bilan étiologique prescrivez-vous dans ce contexte ?

- Aucun
- Une radiographie pulmonaire
- Une échographie abdominale
- Une TDM thoraco-abdomino-pelvien
- Un bilan gynécologique complet (frottis et mammographie)
- Un bilan de thrombophilie

11. Utilisez-vous le score de probabilité clinique (score de WELLS) pour vous aider dans la démarche diagnostique ?

- oui
- non
- ne connaît pas

12. En ce qui concerne les contentions élastiques

A) Vous prescrivez:

Classe I ▼

B) Les concernant:

- Vous attendez quelques temps (au moment du diagnostic) avant d'autoriser le port
- Il est trop tard pour en mettre, la maladie est déjà présente
- Vous attendez que l'anti coagulation soit efficace
- Vous n'en prescrivez pas ici
- vous les prescrivez sur le champs

13. Quelle place donnez-vous aux D-dimères ?

(plusieurs réponses possibles)

- >500 élevés font le diagnostic
- <500 élimine le diagnostic
- >500 n'a aucune signification
- Sont inutiles car seul le Doppler vous fera récuser le diagnostic
- En cas de doute doivent être fait
- Sont à faire systématiquement

14. Votre attitude vis à vis de l'arrêt du traitement:

- Vous décidez de l'arrêt vous même
- Vous attendez l'avis d'un angiologue
- Vous attendez l'avis d'un cardiologue
- Vous contrôlez le Doppler et en fonction des résultats vous déciderez d'arrêter

Méthodologie statistique

Les informations collectées sur des fiches individuelles ont servi de base à l'analyse statistique. Celle-ci est réalisée à l'aide du logiciel STAT VIEW (Version 5.0 de SAS Institute.Inc). Les résultats sont exprimés en fréquence observée selon des groupes prédéfinis ou en valeurs réelles (médianes ou moyennes). Une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme significative.

Les tests statistiques suivants sont utilisés :

Le test t de Student, pour la comparaison de moyennes observées dans deux échantillons appariés dont les effectifs sont supérieurs à 30 après avoir vérifié l'homogénéité des variances.

Le test de Kruskal Wallis pour la comparaison de variables quantitatives dans plus de trois échantillons indépendants (test non paramétrique portant sur les médianes).

Le test de Mann-Whitney pour l'analyse de deux variables quantitatives indépendantes si la taille des effectifs de chaque sous-groupe est ≤ 30 (test non paramétrique portant sur les médianes).

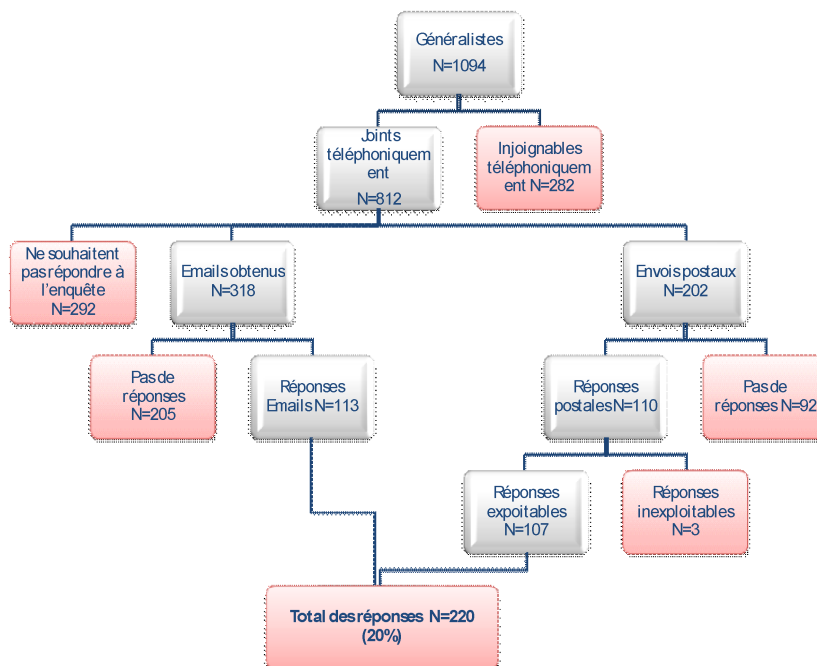
Le test de chi-deux pour la comparaison de fréquences observées dans deux groupes indépendants si fréquence théorique ≥ 5 .

Le test exact de Fischer pour la comparaison de fréquences observées dans deux groupes indépendants si fréquence théorique < 5 .

V. Résultats

1. Statistiques descriptives

1.1. Synthèse des inclusions



1.2. Caractéristiques démographiques

Au total deux cent vingt généralistes ont répondu au questionnaire, cent treize par mails (51% des réponses), cent sept par courriers (49% des réponses). Deux questionnaires ont été exclus du fait de données inexploitables

Parmi les 220 médecins généralistes de l'étude, 156 (71%) ont plus de cinquante ans. La répartition homme/femme est de 50 femmes et 170 hommes. Quarante et une (41%) généralistes exercent en ville, soixante neuf (31%) en milieu semi-rural et cinquante neuf (27%) en milieu rural. Le nombre de maître de stage est de quatre vingt soit 36% de la cohorte. Cent trois praticiens (47%) des médecins de l'étude avaient participé à une FMC sur la MVTE ces cinq dernières années.

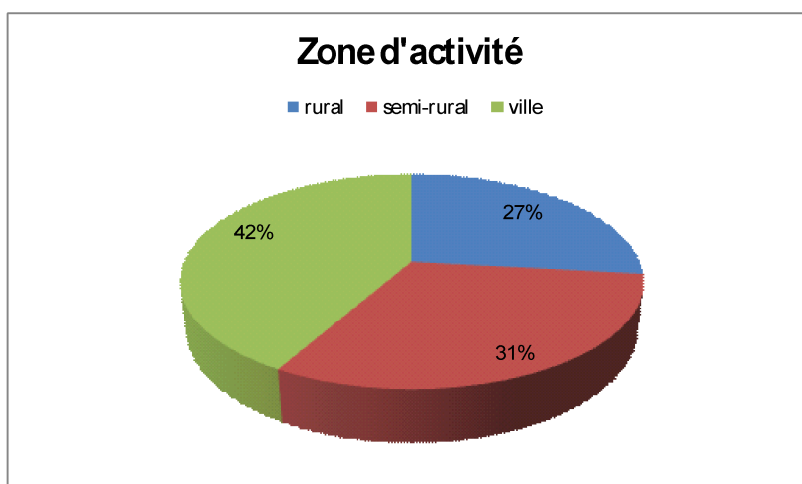


Figure 4 : Zone d'activité des généralistes en Haute-Normandie

La proportion des généralistes possédant une HBPM au cabinet est de 95% (deux cent neuf médecins). Par contre, soixante quinze généralistes (34%) ne possèdent pas d'HBPM dans leurs trousse d'urgence. (Figure5)

En premier lieu, le type d'HBPM en possession des généralistes de Haute-Normandie est l'énoxaparine à 42%. La seconde HBPM présente dans les cabinets est la tinzaparine à 37%, enfin, en dernière position le fondaparinux sodique est disponible dans 21% des cas.

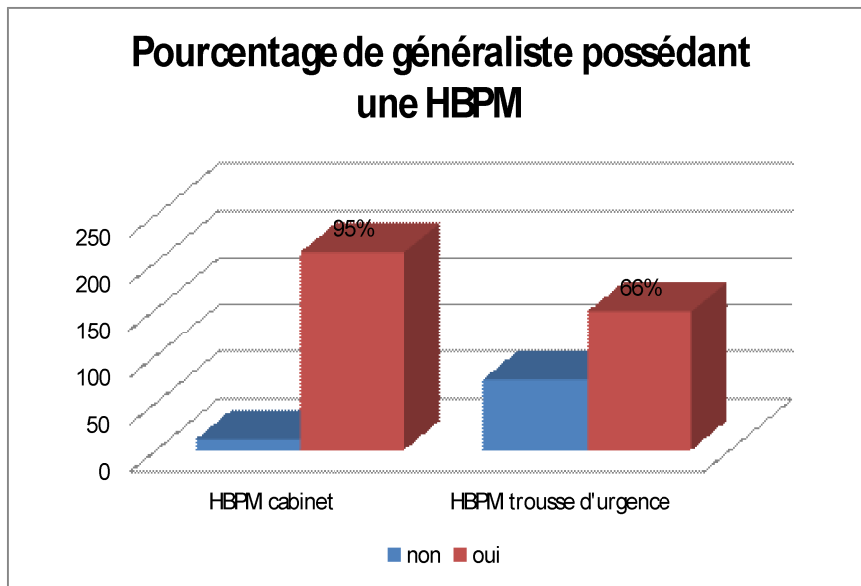


Figure 5 : Pourcentage de généralistes possédant une HBPM (à gauche au cabinet, à droite dans leurs trousse d'urgence).

1.3. Attitude des médecins généralistes devant une suspicion de TVP des Membres inférieurs :

En présence d'une suspicion de TVP chez une femme de quarante ans sans antécédent médical, nous avons interrogé les praticiens sur leur pratique.

Ainsi sur les deux cent quatre vingt six réponses (plusieurs réponses possibles) :

- soixante quatre médecins demandent un avis angiologue (29%) avant tout traitement
- quatre praticiens adressent la patiente aux urgences (1.8%).
- La majorité des médecins (53,8%) font une injection d'HBPM directement au cabinet.

D'autres (8.4%) prescrivent une injection d'HBPM à faire par une infirmière. Enfin, 9 praticiens font une révision clinique pour réévaluer cliniquement le patient pour décider des suites. (4%). (figure6)

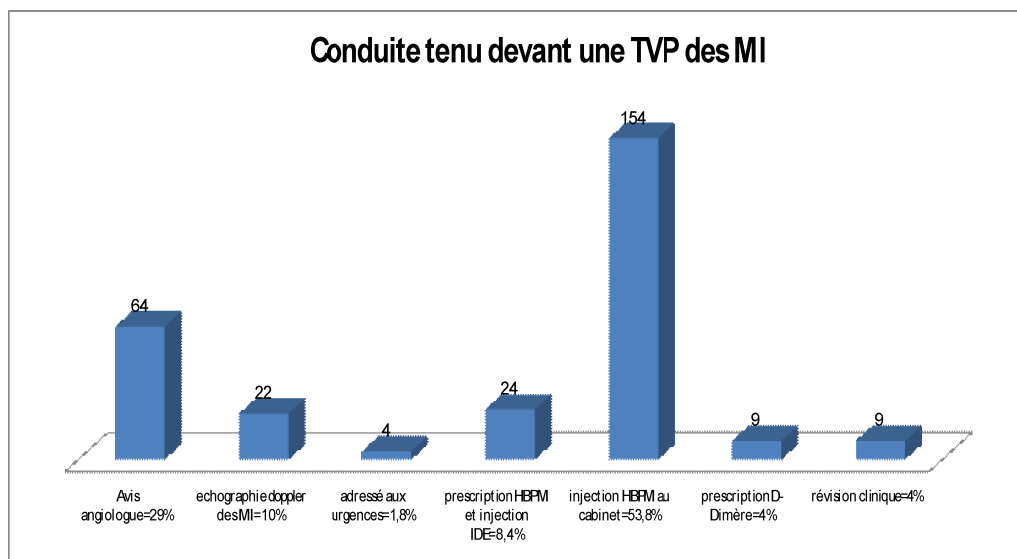


Figure 6 : Attitude des généralistes devant une thrombose veineuse des membres inférieurs.

1.4. Bilan étiologique prescrit en cas de découverte d'une TVP des MI (figure 7)

Lors du diagnostic de TVP :

- un bilan étiologique est réalisé dans cette situation par 80% des médecins. Un bilan de thrombophilie est réalisé par 26% des praticiens.
- Une imagerie est prescrite dans 34% des cas avec notamment un TDM thoraco-abdomino-pelvien dans la moitié des cas.
- En revanche, un bilan gynécologique n'est réalisé que par 11% des médecins.

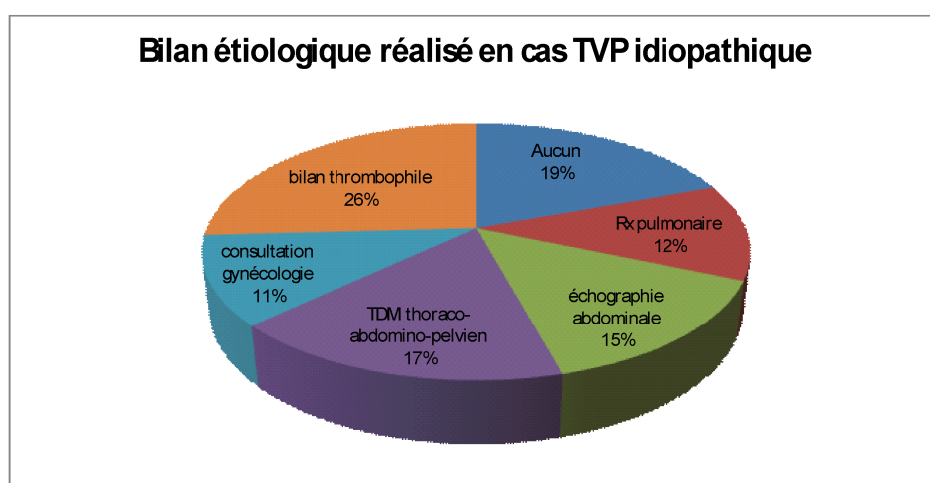


Figure 7 : Répartition des bilans étiologiques fait en cas de TVP idiopathique

1.5. Utilisation du score de probabilité clinique=score de Wells (figure 8) :

Parmi les généralistes répondant au questionnaire, cent vingt neuf (58%) des praticiens ne connaissent pas le score de Wells.

Parmi les quatre vingt onze médecins restants, dix huit utilisent en pratique courante le score de Wells (20%).

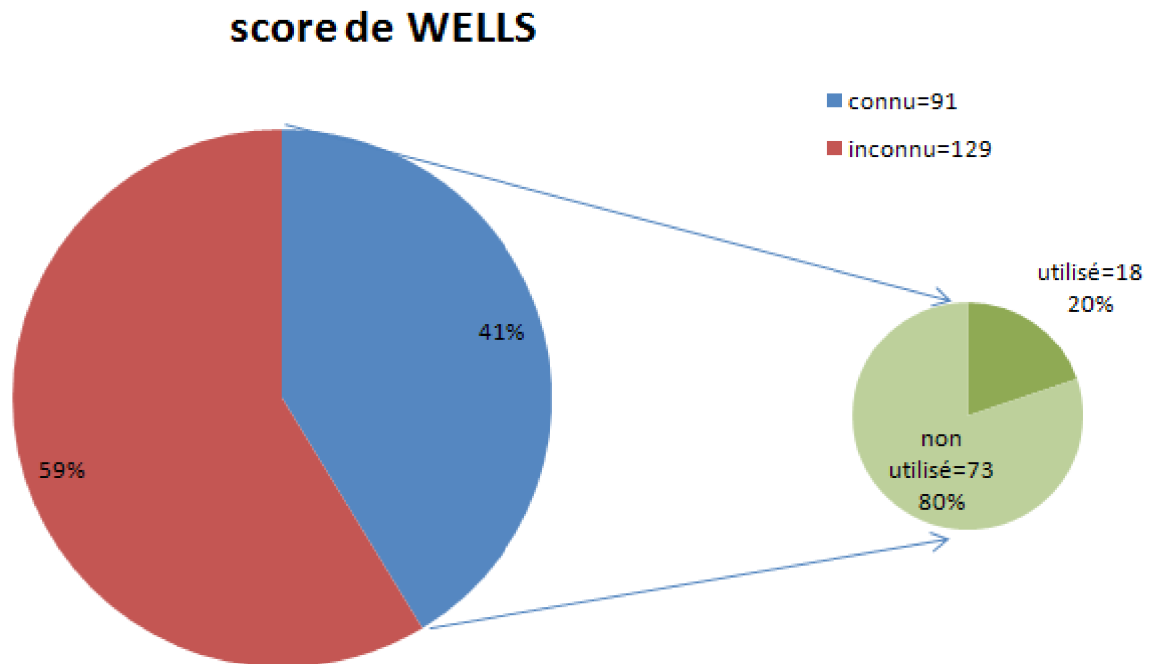


Figure 8: Répartition des généralistes connaissant le score de Wells et utilisant le score.

1.6. Type et modalités de prescriptions des contentions veineuses (figure 10) :

- La grande majorité des praticiens (70%) prescrit une contention veineuse immédiatement.
- vingt médecins n'en prescrivent pas du tout (9%)
- douze attendent que l'anticoagulation soit efficace (5%)
- deux pensent qu'il est trop tard car la maladie est déjà présente
- vingt sept attendent que les signes cliniques régressent avant d'autoriser le port (12%).

Les types de contentions veineuses prescrites par les généralistes questionnés se répartissent de la façon suivante: cinq prescrivent des classe I (2%), 205 des classes II (90%) et 17 des classes III (8%).

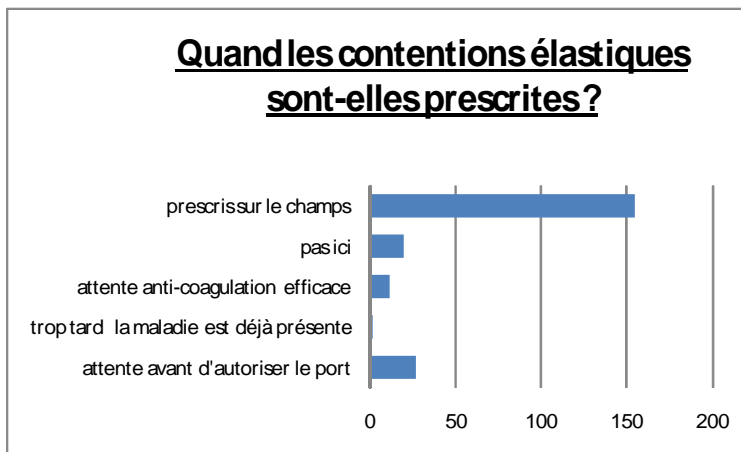


Figure 9: Prescription des contentions élastiques

1.7. Quelle place est donnée aux D-dimères?

Les réponses concernant les D-dimères >500 en méthode ELISA sont présentées dans le schéma ci-dessous. A noter toutefois que la majorité des praticiens (56%) pense que seul le Doppler permettra de récuser le diagnostic et qu'à l'inverse, 15% les demandent systématiquement.

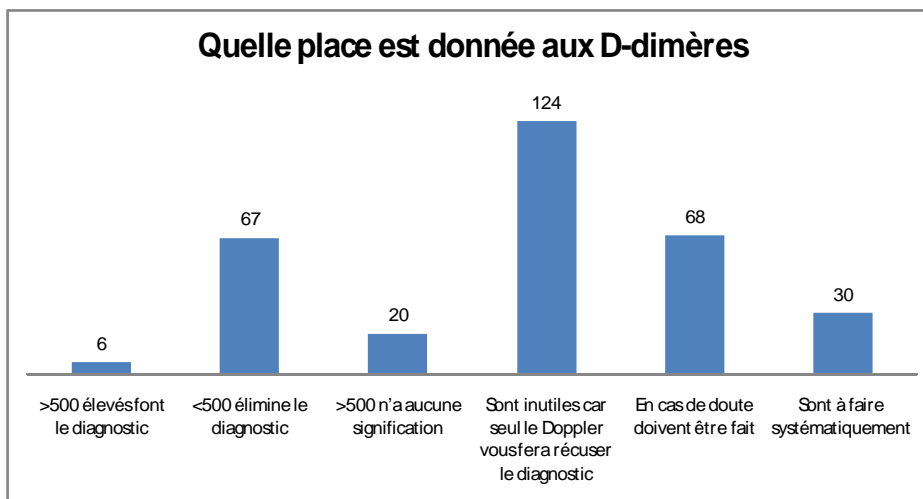


Figure 10: Histogramme du positionnement des généralistes vis-à-vis des D-dimères

1.8. Quelles sont les attitudes répertoriées pour l'arrêt du traitement anticoagulant?

Concernant l'arrêt des anticoagulants :

- 8 médecins les arrêtent sans avis préalable (3%)
- 133 praticiens demandent un avis angiologue (56%)
- 3 médecins demandent l'avis d'un cardiologue (1%)
- 95 font un contrôle doppler des membres inférieurs avant l'arrêt (40%).

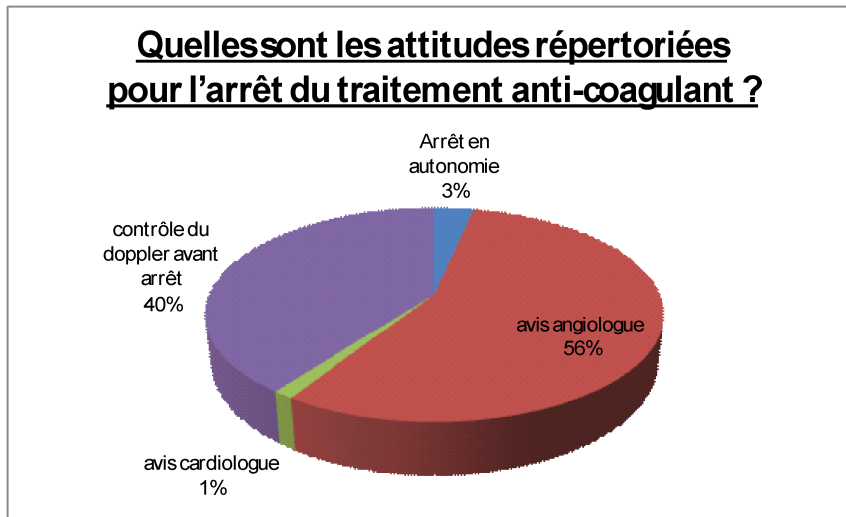


Figure 11 : Attitude des généralistes face à l'arrêt du traitement anticoagulant

2. Statistiques comparatives

Afin de mieux comprendre les résultats exposés, nous avons tenté de trouver si certains facteurs influençaient les réponses obtenues. Ainsi, nous avons analysé l'influence de l'âge, du lieu d'exercice et du mode d'exercice des praticiens. De même, nous avons cherché à savoir si la participation à une FMC ou bien le fait d'être praticien enseignant modifiait les résultats.

Dans un souci de clarté et de concision, nous n'avons fait figurer que les principaux résultats significatifs.

2.1. L'âge des généralistes est-il un facteur influençant la prise en charge de la TVP ?

Nous avons recensé dans notre étude 156 généralistes âgés de plus de 50 ans et 64 âgés de moins de cinquante ans. L'âge n'influence pas la prise en charge de la TVP en ville à l'exception de l'injection d'HBPM au cabinet. En effet, dans 80% des cas, le groupe des généralistes de moins de 50 ans font l'injection d'HBPM eux même au cabinet contre 66% pour les plus de 50 ans ($p=0.03$). En revanche, les médecins de plus de 50 ans ont participé plus fréquemment à une FMC dédiée à la TVP comparativement aux praticiens plus jeunes (56% vs 25%; $p=0.001$).

3.2. Exercer en ville influence t'il la prise en charge de la TVP ?

Parmi les médecins généralistes exerçant en ville (91 en totalité), il n'a pas été retrouvé de différence dans la prise en charge de la TVP comparativement à leurs collègues du secteur rural et semi-rural. Ainsi le recours à un avis extérieur est identique quelque soit le lieu d'exercice. Seule une tendance semble se dégager pour la demande d'un contrôle Doppler avant l'arrêt du traitement. En effet celle ci est faite dans 38% des cas en ville contre 47% des cas en milieu rural ($p=0.17$).

3.3. Existe-il des différences entre les départements de Seine-Maritime et de l'Eure concernant la TVP?

La gestion de la TVP est identique quelque soit le département d'exercice. Toutefois les médecins de Seine-Maritime possèdent plus fréquemment une HBPM dans leur trousse d'urgence (70% vs 57% ; $p=0.048$). Dans l'Eure, une tendance à la prescription systématique de D-dimères (19% vs 11%; $p=0.10$) a été notée. Egalement, nous avons observé une tendance dans l'Eure à une prescription immédiate des contentions élastiques (78% vs 66%; p

= 0.09). L'accès aux FMC est identique entre les deux départements de même que le recours à des avis spécialisés avant d'arrêter le traitement.

3.4. Être maître de stage modifie-t-il l'approche dans la TVP?

Au total 80 médecins ayant répondu sont maîtres de stage contre 140 qui ne le sont pas. Nous avons observé chez 76% des maîtres de stage la possession d'une HBPM dans leurs trousseaux d'urgence contre 62% pour les non maîtres de stage ($p=0.08$). Également, il existe une tendance à faire l'injection d'HBPM au cabinet plus fréquemment (76% vs 66%; $p=0.10$) chez les maîtres de stage. En revanche, un contrôle Doppler avant arrêt du traitement est aussi fréquent dans les deux groupes, il en va de même pour le recours à l'utilisation du score de Wells.

3.5. La participation à une FMC sur la TVP influence-t-elle la prise en charge de la TVP ?

Les généralistes ayant participé à une FMC dans les cinq dernières années possèdent plus fréquemment une HBPM au cabinet (98% vs 88%; $p=0.05$). Également il existe une tendance plus grande à l'utilisation du score de Wells chez ces mêmes généralistes (11,6% vs 5% ; $p=0.07$).

VI. Discussion

Notre travail a consisté à établir un état des lieux de la prise en charge de la TVP des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale. Plusieurs points ont attiré notre attention et méritent discussion

1. Pourquoi le score de Wells est sous-utilisé en ambulatoire ?

Parmi les médecins qui ont répondu au questionnaire, seuls 59% d'entre eux connaissaient le score de Wells. De plus il n'était utilisé que chez 4 généralistes sur 5 soit au total dans moins de 1 cas sur 2 parmi l'ensemble de notre cohorte.

Cette méconnaissance du score pourrait s'expliquer par un accès limité à des FMC centrées sur la MVTE puisque seul 1 médecin sur 2 a assisté à une telle formation. L'autre hypothèse serait la non reconnaissance de l'utilité et de la légitimité de ce test en médecine de ville. En effet, certains auteurs ont développé des scores parallèles focalisés sur la médecine de Ville. Ainsi, l'équipe d'Oudega a montré dans une étude portant sur 1295 patients que dans le groupe à bas risque de TVP avec D-dimère négatif, on observait une prévalence de 2,9% de TVP alors que Wells n'en trouvait que 0,9%. Egalement, cette équipe insiste sur l'item subjectif du score de Wells intitulé «autre diagnostic probable» qui selon elle porte à confusion. Enfin de façon surprenante, Oudega estime que le score de Wells n'a pas été validé de façon assez robuste en médecine de ville. Ainsi, cet auteur a établi un score qui serait utilisable en soins primaires. Ce score porte sur huit items (figure 11) dont certains sont des paramètres biologiques impossibles à recueillir lors d'une première consultation en ville[26]. Néanmoins, au sein du département de Médecine Générale de Rouen, un mémoire visant à étudier les différents scores de probabilité clinique sur la TVP a été réalisé. Les principaux renseignements de ce travail sont d'une part que le score de Wells n'a été étudié qu'en milieu hospitalier (démonstré par Oudega)[25]. D'autre part, l'alternative possible au score de Wells serait le score d'Oudega. Cet exposé ne s'appuie que sur l'étude d'Oudega elle-même, ou l'auteur a démontré qu'il est impossible d'utiliser un seul score fondé sur les critères en soins primaires pour éliminer une TVP. Ainsi, le score de prédilection pour les soins primaire serait le score d'Oudega selon ce mémoire.

Enfin plus récemment, l'équipe de médecine interne du CHU de Brest a essayé d'établir un score de prédiction clinique de la TVP des membres inférieurs spécifique à la médecine générale. Malheureusement, ce score n'a pas pu être retenu du fait de la mauvaise corrélation entre le score et le diagnostic de TVP confirmé [27]. L'ensemble de ces tentatives

d'amélioration du score existant ne favorise pas son utilisation au quotidien et engendre probablement quelques réticences à l'utiliser de façon régulière. Toutefois, le score de Wells est le seul recommandé en France au cours de la MVTE car il présente un vrai intérêt médico-économique. En effet, en appliquant les recommandations du score en fonction du niveau de probabilité, l'option de réaliser un dosage de D-Dimères ou une échographie-Doppler est retenue. En reprenant les conclusions d'une étude de pratique réalisée en 2004 [24], il en ressort que le recours aux D-Dimères est moindre qu'attendu, alors que la réalisation d'une échographie-Doppler est excessive. Or compte tenu des tarifs respectifs de ces 2 examens, le respect des recommandations du score en présence d'une probabilité faible à moyenne, devrait permettre en présence d'un dosage négatif de ne pas recourir à une imagerie, soit une économie nette de 67 euros et 50 centimes par patient.

Items à explorer	Points
sexe masculin	1
Contraception oestroprogestative	1
Cancer	1
chirurgie récente	1
absence de traumatisme	1
distension veineuse	1
différence de circonférence des mollets > 3cm	2
D-dimères positifs	3

Figure 12 : Score d'Oudega

2. Retard d'initiation du traitement au cabinet: Pour quelles raisons ?

Les recommandations de l'AFSSAPS sont claires en matière de prise en charge thérapeutique immédiate. Dès la suspicion clinique de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en ambulatoire, l'injection d'HBPM à dose curative doit être effectuée par le praticien [15]. Or il a été constaté dans notre enquête que seuls 53,8% des généralistes font l'injection d'HBPM dès la suspicion clinique. Cela signifie, que la moitié des patients sont traités selon les recommandations et que l'autre moitié des patients est exposée à une extension du thrombus voire une migration dans le territoire artériel pulmonaire [28]. Les raisons d'un tel délai à la vue de nos résultats pourraient s'expliquer tout d'abord par le faible nombre de praticiens qui disposent dans leur trousse d'urgences d'une HBPM. En effet près d'un tiers des médecins ne disposent pas d'héparine lorsqu'ils vont en consultation au domicile

des patients. Les autres raisons tiennent plus compte de la réalité de la pratique de la médecine de ville avec notamment la non connaissance de la fonction rénale des patients qui limitent forcément l'injection d'HBPM. Toutefois, près de 10% des praticiens rédigent une ordonnance pour que l'injection soit faite par une infirmière sans biologie complémentaire. Enfin, le recours fréquent à l'avis d'un angiologue avant d'initier le traitement dans 30% des cas nous a interpellé. Certes l'organisation des angiologues en réseau avec l'existence d'un SOS-Doppler en facilite l'accès, mais devant un tableau typique avec un risque hémorragique faible, la réticence à traiter d'emblée est surprenante, alors que toutes les études à ce sujet vont dans le sens que l'HBPM est le traitement de choix en ambulatoire et que le risque d'hémorragie est moindre qu'avec l'HNF. De plus si l'injection est faite précocement, le risque de complication en embolie pulmonaire est limité ainsi que le risque de récurrence ou de syndrome post-thrombotique [15] [20] [28]. Il semblerait au final que le spectre du risque hémorragique lors de l'administration HBPM l'emporte sur la prescription "probabiliste".

3. Quelle utilité pour une FMC?

Le principal objectif de ce travail était de faire un état des lieux et de définir l'utilité d'une FMC et ses contours. Les résultats de notre enquête plaident manifestement pour la nécessité d'une formation post-universitaire à la fois parce que de nombreuses carences sont apparues mais aussi parce que les praticiens qui ont bénéficiés d'une formation spécifique avaient dans l'ensemble et de façon presque significative une attitude de prise en charge se rapprochant plus des recommandations. De plus il est intéressant de noter que les praticiens plus âgés y ont plus fréquemment recours car il existe probablement une volonté forte de leur part de renouveler des connaissances acquises de façon plus lointaine. Dans le même ordre d'idée, les maitres de stage avaient une tendance ($p=0.10$) à une prise en charge thérapeutique plus adaptée même si nous avons été surpris de la non utilisation du score de Wells et de la réalisation fréquente d'un Doppler de contrôle avant d'interrompre le traitement.

4. Limites de l'étude

La principale limite de cette enquête est le taux de réponse des praticiens. En effet seuls 20% des praticiens ont répondu et participé. Comme dans toute enquête, les non-réponses sont sources de discussions et d'extrapolations. S'agit-il de praticiens qui ont trouvé le questionnaire trop simple, ou bien trop compliqué les mettant de ce fait en difficulté? Ou bien étaient-ils trop occupés pour ne pas pouvoir répondre, ce qui d'ailleurs pose la question de

l'utilité d'une telle approche car d'autres enquêtes auparavant ont retrouvé les même taux de participation.

Enfin l'autre grande limite de ce travail est la pertinence du questionnaire. En effet il est toujours délicat de faire transparaître à travers des réponses guidées toute la réflexion médicale qui entoure la prise en charge d'un patient. Toutefois ce questionnaire avait été validé par plusieurs médecins du service de Médecine Interne et corrigé par certains enseignants de Médecine Générale.

VII. Conclusion

En conclusion, l'état des lieux de la prise en charge de la thrombose veineuse des membres inférieurs en Haute-Normandie montre que les généralistes ont un très grand désir d'assister aux FMC surtout chez les praticiens ayant déjà de nombreuses années d'expériences. Concernant ces FMC, il n'a pas été retrouvé de disparité d'accès entre les généralistes de l'Eure et de Seine-Maritime comme on n'aurait pu le penser. Certains points apparaissent clairement comme des priorités sur lesquelles les futures FMC devront s'appuyer. Ainsi, le retard d'initiation du traitement, le non recours au score de Wells, la réalisation fréquente d'un Doppler pour guider la poursuite du traitement sont autant d'éléments à prendre en compte dans les soirées de formation. Ces éléments sont tous précisés dans les recommandations françaises de la gestion de la MVTE et nécessitent donc d'être appliqués de façon plus stricte.

VIII. Annexes (lettre d'accompagnement questionnaire)

Arnaud SAADA

9^{ème} année de médecine générale (à Rouen)

Thésard

Email : saada.arnaud@gmail.com

Directeur de thèse : Dr BENHAMOU Ygal

Objet : Thèse d'exercice de médecine générale en Haute-Normandie.

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse d'exercice en médecine générale sous la direction du Pr LEVESQUE chef de service en médecine interne au CHU à Bois Guillaume, je vous adresse un questionnaire sur la prise en charge ambulatoire de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs dans toute la Haute-Normandie .Ce questionnaire sous forme de QCM de 14 questions (2 minutes pour répondre) sera accompagné d'une enveloppe timbrée pour la réponse.

Ce questionnaire est entièrement anonyme, il doit être rempli de manière pragmatique. En effet, il existe des recommandations HAS sur la prise en charge de la thrombose veineuse des membres inférieurs en ambulatoire. Néanmoins ce référentiel a été conçu sans tenir compte des difficultés de la pratique en ville. Ce questionnaire sert à démontrer que dans notre pratique nous ne pouvons coller à ce référentiel.

Votre réponse contribuera à l'avancé de cette étude et par la même occasion à la validation de la thèse.

Je vous remercie par avance de toute l'attention que vous apporterez à ce questionnaire.

P.J : un questionnaire et une enveloppe timbrée.

Confraternellement

SAADA Arnaud

(Interne en médecine générale)

Lexique

MVTE: Maladie Veineuse Thrombo-Embolique

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

EP : Embolie pulmonaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

VPN : Valeur Prédictive négative

Vs : Versus

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute-Autorité de Santé

MI : Membres Inférieurs

IX. Bibliographie

[1] Koopman MM, Prandoni P, Piovella F, Ockelford PA, Brandjes DP, van der Meer J, Gallus AS, Simonneau G, Chesterman CH, Prins MH. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. The Tasman Study Group. N Engl J Med. 1996 14 (334) 682-687. Erratum in: N Engl J Med 1997 23(337) 1251

[2] Levine M, Gent M, Hirsh J, Leclerc J, Anderson D, Weitz J, Ginsberg J, Turpie AG, Demers C, Kovacs M. A comparison of low-molecular-weight heparin administered primarily

at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *N Engl J Med.* 1996 14 (334) 677-681

[3] Belcaro G, Nicolaidis AN, Cesarone MR, Laurora G, De Sanctis MT, Incandela L, Barsotti A, Corsi M, Vasdekis S, Christopoulos D, Lennox A, Malouf M. Comparison of low-molecular-weight heparin, administered primarily at home, with unfractionated heparin, administered in hospital, and subcutaneous heparin, administered at home for deep-vein thrombosis. *Angiology.* 1999 50 (10) 781-787

[4] Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JI, Bergqvist D, Brecht JG, Greer IA, Heit JA, Hutchinson JL, Kakkar AK, Mottier D, Oger E, Samama MM, Spannagl M; VTE Impact Assessment Group in Europe (VITAE). Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007 98 (4) 756-764

[5] Christiaens L. Idiopathic venous thromboembolic disease. risk factors for recurrence in 2006. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2007 100 (2) 133-138

[6] Blanchemaison Ph. Epidémiologie, physiopathologie et diagnostic des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs. *Phlébologie* 1998 (51) 87-90

[7] Oudega R, Moons KG, Hoes AW. Ruling out deep venous thrombosis in primary care. A simple diagnostic algorithm including D-dimer testing. *Thromb Haemost.* 2005 94(1) 200-205

[8] Humbert H, Parent F, Simonneau G. thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire revue du praticien 2002 52 555-564

[9] Spirk D, Banyai M, Jacomella V, Frank U, Baldi T, Baumgartner I, Amann-Vesti B, Kucher N, Husmann M. Outpatient management of acute deep vein thrombosis: results from the OTIS-DVT registry. *Thromb Res.* 2011 127(5) 406-410.

[10] Pr MEYER Guy. Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire. La revue du praticien, 2009 59 393-404

- [11] Ambid-Lacombe C, Cambou JP, Bataille V, Baudoin D, Vassal-Hebrard B, Boccalon H, Rivière AB. [Excellent performances of Wells' score and of the modified Wells' score for the diagnosis of proximal or distal deep venous thrombosis in outpatients or inpatients at Toulouse University Hospital: TVP-PREDICT study]. *J Mal Vasc.* 2009 34(3) 211-27
- [12] Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, Clement C, Robinson KS, Lewandowski B. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet.* 1997 350(9094) 1795-1798
- [13] Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, Dreyer J, Kovacs G, Mitchell M, Lewandowski B, Kovacs MJ. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med.* 2003 25 349(13) 1227-1235
- [14] Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA.* 2006 11 295(2) 199-207
- [15] AFSSAPS. Recommandation de bonne pratique. Prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. 2009[en ligne] Disponible sur <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prevention-et-traitement-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-en-medecine-recommandations-de-bonne-pratique>
- [16] Anand SS, Wells PS, Hunt D, Brill-Edwards P, Cook D, Ginsberg JS. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA.* 1998 8 279(14):1094-1099. Erratum : *JAMA* 1998 280(4) 328. *JAMA* 1998 279(20) 1614
- [17] Aujesky D, Roy PM, Verschuren F, Righini M, Osterwalder J, Egloff M, Renaud B, Verhamme P, Stone RA, Legall C, Sanchez O, Pugh NA, N'gako A, Cornuz J, Hugli O, Beer HJ, Perrier A, Fine MJ, Yealy DM. Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: an international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2011 2 378(9785) 41-48

- [18] Bocalon H, Elias A, Chalé JJ, Cadène A, Gabriel S. Clinical outcome and cost of hospital vs home treatment of proximal deep vein thrombosis with a low-molecular-weight heparin: the Vascular Midi-Pyrenees study. *Arch Intern Med.* 2000 26 160(12) 1769-1773
- [19] Spirk D, Banyai M, Jacomella V, Frank U, Baldi T, Baumgartner I, Amann-Vesti B, Kucher N, Husmann M. Outpatient management of acute deep vein thrombosis: results from the OTIS-DVT registry. *Thromb Res.* 2011 27(5) 406-410
- [20] Ageno W, Grimwood R, Limbiati S, Dentali F, Steidl L, Wells PS. Home-treatment of deep vein thrombosis in patients with cancer. *Haematologica.* 2005 90(2) 220-224
- [21] Imberti D, Ageno W, Dentali F, Giorgi Pierfranceschi M, Croci E, Garcia D. Management of primary care patients with suspected deep vein thrombosis: use of a therapeutic dose of low-molecular-weight heparin to avoid urgent ultrasonographic evaluation. *J Thromb Haemost.* 2006 4(5) 1037-1041
- [22] Partsch H, Flour M, Smith PC; International Compression Club. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease consensus based on experimental data and scientific evidence. Under the auspices of the IUP. *Int Angiol.* 2008 27(3) 193-219
- [23] Arpaia G, Cimminiello C, Mastrogiacomo O, de Gaudenzi E. Efficacy of elastic compression stockings used early or after resolution of the edema on recanalization after deep venous thrombosis: the COM.PRE Trial. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 2007 18(2) 131-137
- [24] Bénard E, Priollet P, Delecroix M. Management of venous thromboembolic disease in ambulatory and hospital settings: an assessment of general practices in France. *J Mal Vasc.* 2004 29(3)139-144
- [25] Oudega R, Hoes AW, Moons KG. The Wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients. *Ann Intern Med.* 2005 19 143(2) 100-107
- [26] Gagne P, Simon L, Le Pape F, Bressollette L, Mottier D, Le Gal G; pour le groupe GénÉ-GETBO. [Clinical prediction rule for diagnosing deep vein thrombosis in primary care]. *Presse Med.* 2009 38(4) 525-533

[27] Maufus M, Bosson JL, Genty C, Delluc A, Imbert P, Gagne P, Rolland C, Bressollette L, Le Gal G. Validation of a deep vein thrombosis prediction rule in primary care J Mal Vasc. 2012 37(1) 9-14

[28] Snow V, Qaseem A, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, Ireland B, Segal J, Bass E, Weiss KB, Green L, Owens DK; Joint American College Of Physicians/american Academy Of Family Physicians Panel On Deep Venous Thrombosis/pulmonary Embolism. Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Ann Fam Med. 2007 5(1) 74-80. Erratum in: Ann Fam Med. 2007 5(2) 179

Résumé:

Objectifs

Malgré des recommandations bien établies par l'AFFAPS en 2009, la maladie veineuse thrombo-embolique présente toujours une morbi-mortalité importante. L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux concernant les pratiques de prise en charge diagnostique et thérapeutique au cours de la MVTE.

Matériel et méthodes

220 généralistes Haut-Normand ont répondu à notre enquête sur la TVP des membres inférieurs. Ceux-ci ont été contactés par mail et courrier. Les réponses des généralistes ont été récupérées à l'aide d'un questionnaire de type QCM.

Résultats

Le score de Wells est sous utilisé, 1 médecin sur 2 de notre cohorte ne l'utilise pas. Les recommandations AFFSAPS ne sont donc pas appliquées concernant la prise en charge ambulatoire de la TVP des membres inférieurs. Un retard d'initiation du traitement anti-coagulant a été constaté, seul 53,8% des généralistes font l'injection d'HBPM dès la suspicion clinique. Sur les généralistes interrogés 50% ont assisté à une FMC sur la TVP des membres inférieurs ces 5 dernières années.

Conclusion :

Réalisée sur la base des éléments apportés par les médecins concernant leur exercice courant, cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la Maladie Veineuse Thrombo-Embolique. Cette étude va nous permettre dans un futur proche d'orienter les FMC sur la TVP et du même temps améliorer la prise en charge des patients.

Mot clés : deep vein thrombosis-diagnosis-low-molecular weight heparin-treatment-outpatient-Wells rule-Oudega rule-Primary care-family practice