



HAL
open science

Comment les médecins généralistes d'Île de France prennent-ils en charge une thrombophlébite superficielle des membres inférieurs en cabinet ?

Fatima Sehim

► To cite this version:

Fatima Sehim. Comment les médecins généralistes d'Île de France prennent-ils en charge une thrombophlébite superficielle des membres inférieurs en cabinet ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01779346

HAL Id: dumas-01779346

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01779346>

Submitted on 26 Apr 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 29

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINEComment les médecins généralistes d'Île de France prennent-ils
en charge une thrombophlébite superficielle
des membres inférieurs en cabinet ?Présentée et soutenue publiquement
le 23 mars 2017

Par

Fatima SEHIMI

Née le 9 janvier 1990 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Julie Zundel, PH

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo, PU Président

M. Le Professeur Mehdi Khellaf, PU-PH

M. Le Professeur Marc Michel, PU-PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS.....	5
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : GENERALITES CONCERNANT LA THROMBOPHLEBITE VEINEUSE SUPERFICIELLE (TVS).....	9
I. <u>RAPPELS D'ANATOMIE.....</u>	<u>9</u>
II. <u>PHYSIOPATHOLOGIE DE LA TVS.....</u>	<u>10</u>
A. Formation du thrombus veineux.....	10
B. Spécificités de la TVS	12
III. <u>PREVALENCE DE LA TVS.....</u>	<u>12</u>
IV. <u>FACTEURS DE RISQUE.....</u>	<u>13</u>
V. <u>SIGNES CLINIQUES.....</u>	<u>13</u>
VI. <u>GRAVITE POTENTIELLE DE LA TVS.....</u>	<u>16</u>
A. Au moment du diagnostic.....	16
B. Risque d'extension.....	16
C. Complications tardives.....	17
VII. <u>EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....</u>	<u>18</u>
A. Intérêt du dosage quantitatif des D-Dimères.....	18
B. Intérêt de l'échographie-doppler des membres inférieurs.....	18
1)Confirmation du diagnostic.....	19
2) Description du thrombus : taille, localisation.....	19
3) Recherche de complication.....	19
4) Y-a-t-il un intérêt à un contrôle ultérieur de l'échographie ?	20
<u>VIII. EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE AU COURS DES DERNIERES DECENNIES</u>	<u>22</u>
A. Traitement médicamenteux.....	22
1) Anti-inflammatoires non stéroïdiens.....	22
2) Héparine de Bas Poids Moléculaires.....	23
3) Fondaparinux.....	23
4) Anticoagulants Oraux.....	24
B. Traitement non médicamenteux.....	25
C. Traitement chirurgical.....	25
<u>IX. DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES EN ILE DE France.....</u>	<u>26</u>

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES.....27

I.	<u>OBJECTIF PRINCIPAL.....</u>	<u>27</u>
II.	<u>POPULATION D'ETUDE.....</u>	<u>27</u>
III.	<u>CHOIX DU TYPE D'ETUDE</u>	<u>27</u>
IV.	<u>QUESTIONNAIRE.....</u>	<u>28</u>
V.	<u>RECUEIL DES DONNEES.....</u>	<u>28</u>
VI.	<u>ANALYSE DES DONNEES</u>	<u>29</u>

TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....31

I.	<u>TAUX DE REPONSE.....</u>	<u>31</u>
II.	<u>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE.....</u>	<u>31</u>
	A. Age et sexe.....	31
	B. Type d'exercice	33
	C. Caractéristiques de la formation.....	34
	D. Visites de laboratoires médicaux.....	36
III.	<u>CONNAISSANCES CONCERNANT LA GRAVITE DE LA PATHOLOGIE.....</u>	<u>36</u>
IV.	<u>ORIENTATION DU PATIENT DEVANT LA SUSPICION DE TVS.....</u>	<u>37</u>
V.	<u>PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE.....</u>	<u>37</u>
VI.	<u>PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....</u>	<u>38</u>
	A. Connaissances concernant l'existence d'un traitement consensuel.....	38
	B. Type de traitement prescrit.....	39
	C. Durée de traitement.....	40
	D. Attitude des médecins généralistes face à l'injection d'anticoagulants.....	40
VII.	<u>SATISFACTION DU QUESTIONNAIRE.....</u>	<u>41</u>

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....42

I.	<u>PRINCIPAUX RESULTATS.....</u>	<u>42</u>
	A. Prise en charge diagnostique.....	42
	B. Prise en charge thérapeutique.....	42
II.	<u>LIMITES DE L'ETUDE.....</u>	<u>43</u>
	A. Concernant la méthode de l'étude.....	43
	1) Analyse des données.....	43
	2) Biais d'interprétation.....	43
	3) Manque de puissance.....	43

B. Concernant le questionnaire.....	44
III. <u>COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE.....</u>	<u>45</u>
A. Comparaison avec les études précédentes.....	45
B. Recommandations actuelles et controverses.....	45
1) limites des études scientifiques de référence.....	45
2) Problème de l'extrapolation des données scientifiques et stratification du risque.....	46
3) Coût du traitement.....	46
<u>CONCLUSION.....</u>	48
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	49
Annexe 1.....	52

REMERCIEMENTS

-Aux membres du jury

Monsieur le Président, Professeur Lorenzo,

Merci de me faire l'honneur de présider ma thèse et d'être présent aujourd'hui. En tant qu'un des responsables du département de médecine générale, présider ma thèse symbolise la fin de l'internat d'une spécialité qui m'a beaucoup apporté, surtout sur le plan humain.

A ma directrice de thèse, Docteur Julie Zundel,

Je ne sais pas comment exprimer ma gratitude et ma reconnaissance envers toi. Tu m'as suivi depuis le début, et m'as toujours encouragé dans cette voie. Tu es l'optimisme incarné, et j'ai beaucoup de chance que tu aies pu diriger ma thèse. Merci de m'avoir aidé dès le début avec le sujet de thèse (non, je n'ai pas oublié !). J'espère être à la hauteur, tu représentes pour moi un modèle à suivre en tant que femme forte et excellent médecin. A nouveau mille mercis.

Au Professeur Mehdi Khellaf,

Un grand merci Mehdi. Comme je te l'ai déjà dit, te choisir en tant que membre de mon jury était pour moi une évidence. Tu m'as donné une chance de découvrir le monde de la médecine d'urgence (eh oui, FFI !), grâce à toi j'ai découvert une vocation. Je t'en suis très reconnaissante. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité.

Au Professeur Marc Michel,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. J'espère que ce travail correspondra à vos attentes et que le sujet vous aura intéressé.

-A ma famille

A ma mère,

Les mots ne sont pas assez forts. Je n'oublie pas que je te dois beaucoup. Tu m'as aidé à surmonter les épreuves les plus difficiles tant professionnellement qu'humainement. Tu m'as appris le courage, la ténacité, je suis devenue une femme forte en grande partie grâce à toi. Je te dédie cette thèse, en hommage à ces longues années que tu m'as aidé à surmonter. J'espère ne pas te décevoir.

A mon père,

Merci d'avoir cru en moi toutes ces années, depuis toute petite, et d'avoir été présent de près ou de loin avec moi. Tu m'as appris à me battre pour ce que l'on souhaite, et j'arrive enfin au bout, en espérant que tu seras fier de moi.

A mon frère Yacine et ma sœur Inès,

Ca y est enfin fini les 10 ans !! Eh oui, moi qui essayais de trouver les diagnostics des épisodes de Dr House pendant les vacances d'été ! Merci de m'avoir soutenu jusqu'au bout, et merci Yacine de ton aide pour la logistique ! J'espère qu'on arrivera à garder longtemps l'esprit de famille dans les bons et les mauvais moments...

-A mes collègues

Au Docteur Néji Azouz,

Je ne pouvais pas faire des remerciements sans te citer ! Même si tu n'as pas pu être membre de mon jury, je sais que tu serais venu si tu avais pu ! Je te suis très reconnaissante pour tout ce que tu m'as enseigné, tant en médecine générale que médecine d'urgence. Tu m'as vu évoluer, tu m'as ouvert de nombreuses portes qui m'ont aidé à façonner mon parcours professionnel, et qui n'ont fait que m'aider à m'améliorer. Merci mille fois de m'avoir aidé et de m'avoir donné ma chance.

Au Docteur Beghdad Addou,

Tu es aussi un des « piliers » de mon parcours professionnel. Tu as cru en moi depuis le début et ton soutien a fini par payer (et ça vaudra bien sûr un bon restaurant !!). Si des portes se sont ouvertes, c'est aussi grâce à toi et j'espère que je ne te décevrai pas en tant que docteur !

Au Docteur Nicolas Nakle,

Comme tu le vois, tu figures en bonne position dans mes remerciements ! Oui, tu es aussi un de mes mentors, tu m'as connue comme jeune interne et tu as cru en mes capacités. Tu m'as donné le goût pour la médecine d'urgence, tout en m'apprenant (à ta manière... « pas de copier-coller des compte rendus !! ») la rigueur et la recherche de la perfection. Sincèrement, merci.

Au Docteur Erwan Debuc,

Tu m'as donné ma chance pour le début de ma carrière. Je t'en suis très reconnaissante et j'espère ne pas te décevoir.

Au Docteur Marie Jobert,

Merci Merci Merci de m'avoir fourni le listing mail !!! Tu m'as bien aidée et bien motivée ! Bientôt future collègue ?!

Au docteur Zouhair Haddad,

Merci de m'avoir fait découvrir un autre aspect de notre métier et de m'avoir donné une chance.

-A mes amis

A Marine, Angèle, Alison (le coinços club !)

De nombreuses années se sont passées depuis la création de ce « club », et je suis contente que notre amitié ait tenu le coup malgré toutes les épreuves...Tellement de souvenirs depuis le collège ! De près ou de loin, vous m'avez soutenue, j'espère que l'on arrivera encore à se suivre encore de nombreuses années. Cette amitié m'est très chère. Merci de tout cœur d'avoir été là.

A Fanny, Aurélie, Mélanie

On devrait créer un nom de club aussi (autre que 9-4 Sisi, on a une bretonne et une vraie parisienne !!). Une longue et belle amitié (eh oui grâce à Fanny, je n'oublie pas !) et je suis contente que l'on ait pu tisser des liens aussi fort ! J'espère que l'on connaîtra encore pleins de week-ends, de voyages, ou même juste de bonnes soirées (Memphis ? cubanisto ?)

A Camille et Manon (les meufs KB !)

Le KB a vraiment eu du bon, beaucoup de gens bien sont passés là-bas finalement... !! Vous avez aussi été là dans les moments de joie et de grande tristesse...Nos carrières ont pris des chemins différents, mais on reste toujours connectées par la pensée même sans se voir. Une belle amitié, pour longtemps je l'espère (et retourner au mercato^^)

A Alex,

Cher Acsos, je vois le bout ! j'espère qu'on arrivera à reformer vite notre team à Tours ou à Paris ! Mmaaaa ! « tu vois là-bas il faudrait mettre un rocher »

A Sarah,

On se suit depuis le lycée, et on a fini par enfin voir la fin !! Encore une longue amitié qui a tenu le coup toutes ces années et j'espère encore bien longtemps (la P1 avec le Crous et la prépa ne me manquent pas, mais heureusement que tu étais là...)

A la team cointernes Saint-Antoine,

Une belle amitié a fini par naître. J'espère pour longtemps encore !

A Eddy,

Quoiqu'il puisse se passer dans un futur plus ou moins proche, je tiens à te remercier de tout cœur de m'avoir épaulé, supporté, réconforté, dans toutes les étapes de ma vie. Bref tu auras été un pilier pendant mon internat. J'espère que le pire est derrière nous.

INTRODUCTION :

La thrombophlébite superficielle des membres inférieurs est une pathologie méconnue et dont la prévalence est sous-estimée en France. Il s'agit d'un motif de consultation de premier recours en cabinet. Les médecins généralistes sont donc les premiers acteurs de sa prise en charge.

Par ailleurs, la thrombophlébite superficielle (TVS) a longtemps été considérée comme une pathologie bénigne. De nombreuses études réalisées au cours des deux dernières décennies tendent à montrer la gravité potentielle, principalement due à une étroite association avec la thrombophlébite profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP).

Il est donc nécessaire de traiter de façon adéquate le patient atteint d'une TVS. Mais le traitement de cette pathologie a changé de façon radicale ces dernières années. Aucun consensus n'existait jusqu'à 2012.

La prise en charge de la TVS par les médecins généralistes en cabinet a été très peu étudiée, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. De même, aucune étude n'a porté jusqu'ici sur les connaissances des médecins généralistes concernant cette pathologie.

L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge actuelle, en cabinet, de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs par les médecins généralistes d'Ile de France.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

CONCERNANT LA THROMBOPHLEBITE

VEINEUSE SUPERFICIELLE

I. RAPPELS D'ANATOMIE

Au niveau des Membres inférieurs, le système veineux se répartit en 2 réseaux : un réseau veineux superficiel et le réseau veineux profond(1). L'ensemble du réseau possède des valvules qui empêche le reflux du sang.

- Le réseau veineux profond qui assure 90% du réseau veineux pour les membres inférieurs ;
- Le réseau superficiel qui assure les 10% restants. Il est drainé par la grande saphène, qui prend son origine en avant de la malléole interne, puis face interne de la cuisse et de la jambe, puis se jette au niveau du pli de l'aîne. La petite saphène draine également le réseau superficiel, en débutant en arrière de la malléole externe, puis face postérieure de la jambe, puis se jette dans la fosse poplitée en décrivant une crosse.

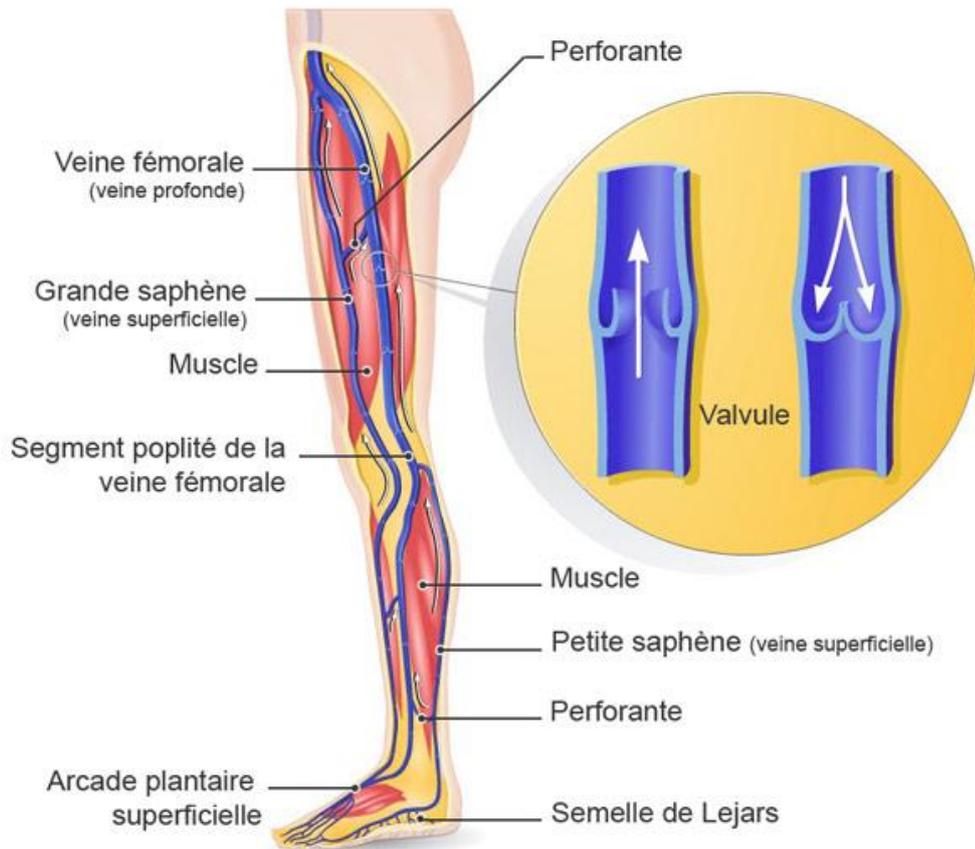


Figure 1 : Réseau veineux superficiel et profond du membre inférieur

II. PHYSIOPATHOLOGIE

A. Formation du thrombus veineux

La physiopathologie de la thrombose veineuse est basée sur la triade de Virchow (2) comprenant :

- stase veineuse : en rapport avec insuffisance veineuse, chirurgie, alitement
- lésion pariétale : altération de la paroi et notamment des valvules anti-reflux
- déséquilibre de l'hémostase en faveur d'une hypercoagulabilité (suite à un traumatisme, cancer, ou acquis).

La majorité des thromboses surviennent aux Membres inférieurs, car ils sont le plus souvent immobilisés. Le thrombus peut rester asymptomatique plusieurs jours,

étant donné qu'il existe un système de lyse physiologique. Quand les capacités de lyse sont dépassées, le thrombus adhérent à la paroi va secondairement obstruer la lumière vasculaire, et créer un syndrome obstructif.

L'obstruction crée une dilatation de la paroi veineuse, une inflammation de la paroi, responsable de la douleur. Le thrombus peut aussi secondairement migrer.

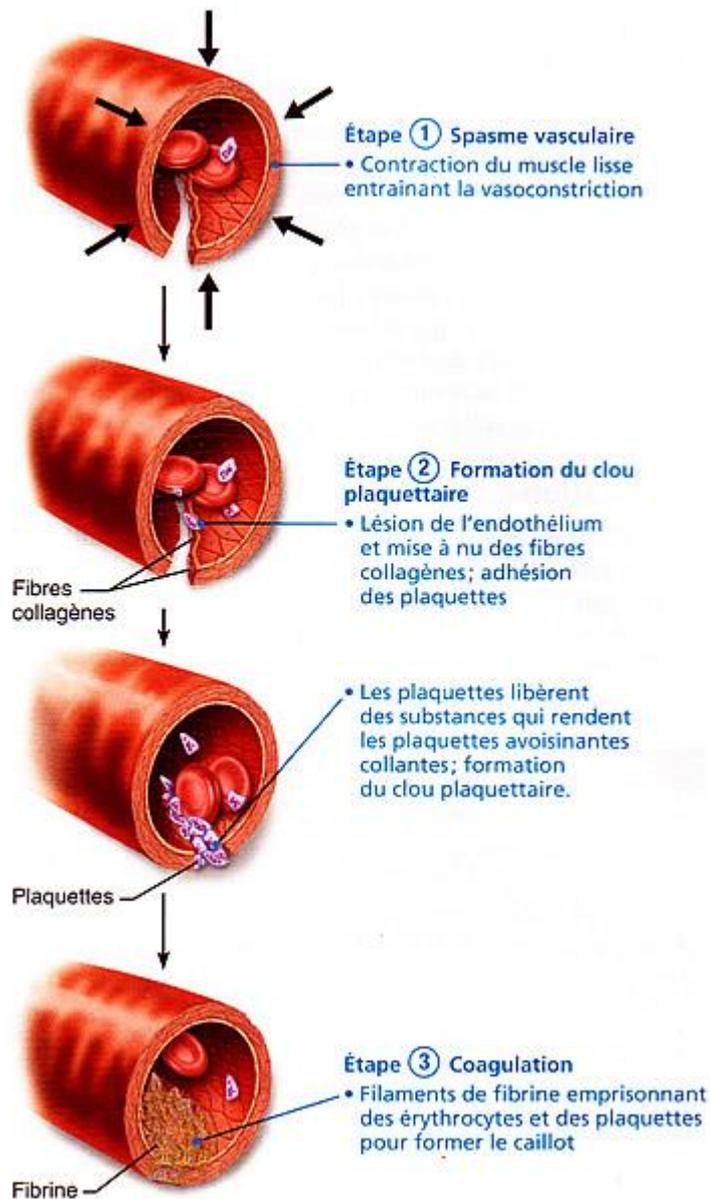


Figure 2 : Etapes de formation d'un thrombus veineux

B. Spécificités de la thrombose veineuse superficielle

Dans 60 à 80% des cas, le thrombus responsable de la thrombophlébite superficielle apparaît dans la veine grande saphène. Elle est bilatérale dans seulement 5 à 10% des cas.

Dans la majorité des cas, il existe au préalable des valvules anti-reflux incontinentes, occasionnant un reflux du sang veineux dans les veines saphènes. La stase sanguine active le système d'hémostase, créant ainsi une accumulation de plaquettes puis formation du clou plaquettaire. Ce qui entraîne la formation du thrombus.

Néanmoins, la thrombose veineuse superficielle peut aussi survenir sur des veines saphènes continentales. Il est alors nécessaire de rechercher une hypercoagulabilité, ou une pathologie sous-jacente prédisposant (cancer, maladie de Behcet, thrombophilie).(3)

La migration du thrombus provenant de la TVS peut se faire via la jonction fémoro-saphène, jonction saphéno-poplitée ou via les veines perforantes. Ce qui peut être responsable de la formation d'une TVP voir d'une EP.

III. PREVALENCE DE LA THROMBOPHLEBITE SUPERFICIELLE DES MEMBRES INFÉRIEURS

La prévalence de la thrombophlébite a longtemps été sous-estimée et très faiblement étudiée. L'étude STEPH(4) réalisée en 2013, étude française multicentrique, auprès des médecins généralistes retrouve une prévalence comparable à celle de l'embolie pulmonaire, autour de 0,66%,(5) soit seulement deux fois moins que celle de la TVP.

La prévalence augmente avec l'âge du patient, et ce, indépendamment du sexe.

IV. FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque d'une thrombose veineuse superficielle sont identiques à ceux de la thrombose veineuse profonde. Mais il existe aussi des facteurs plus spécifiques, tels que l'insuffisance veineuse et l'existence de varices retrouvé chez 80 à 90% des patients.(3)

D'après l'étude POST (6), étude française multicentrique réalisée auprès des médecins vasculaires, les principaux facteurs de risque retrouvés sont : le sexe féminin, le surpoids, l'âge supérieur à 60 ans, l'antécédent de thrombophlébite profonde ou embolie pulmonaire, l'existence de varices.

Par ailleurs, l'étude FAST(7) première étude (italienne) réalisée en ambulatoire auprès des médecins généralistes retrouve aussi comme facteur de risque l'existence d'une TVP datant de moins d'un an.

D'autre part, la thrombophilie est un facteur de risque à part entière de cette pathologie. Déjà reconnu en tant que tel pour la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire, plusieurs études tendent à montrer le même phénomène pour la thrombophlébite superficielle(8).

Ainsi, il semble utile de dépister les facteurs de risque en soins primaires par les médecins généralistes pour anticiper le risque de survenue d'une TVS.

V. SIGNES CLINIQUES :

La suspicion clinique de la TVS est très importante devant la présence de la triade classique : douleur, rougeur, œdème. Il s'agit de signes d'inflammation locale. Il est décrit classiquement que la présence d'un cordon rouge, induré et douloureux au niveau des membres inférieurs doit faire rechercher une TVS(9). La douleur ressentie par les patients

est expliquée par la dilatation de la veine par le thrombus et la réaction inflammatoire au niveau de la paroi.

Mais la disparition de la douleur est souvent faussement rassurante, car la veine peut rester thrombosée alors que la réaction inflammatoire régresse (2).

A un stade plus avancé, la TVS peut être totalement asymptomatique localement au niveau des membres inférieurs. Elle peut être révélée d'emblée par un tableau faisant suspecter une embolie pulmonaire (dyspnée, douleur thoracique).

Il faut chercher aussi les facteurs favorisants, comme la présence de varices, les signes en faveur d'une insuffisance veineuse.

Mais il n'existe pas de corrélation entre le siège de la rougeur et le degré d'extension de la thrombose(10). Il est donc difficile d'éliminer des signes de gravité ou de complications avec l'examen clinique uniquement. Il est nécessaire de réaliser d'autres examens pour apprécier la gravité de la TVS.



Figures 3 et 4 : Signes cliniques d'une thrombophlébite superficielle du membre inférieur

VI. GRAVITE POTENTIELLE DE LA THROMBOPHLEBITE SUPERFICIELLE DES MEMBRES INFÉRIEURS

La gravité potentielle de la thrombophlébite superficielle a longtemps été sous-estimée, considérée à tort comme une pathologie bénigne. Il existe 3 types principaux de complications :

A. Au moment du diagnostic

L'étude POST en 2010(6) a montré l'existence chez les patients porteurs d'une TVS la présence d'une TVP homo ou controlatérale associée dans 25% des cas lors de la présentation initiale.

De même, il existe une embolie pulmonaire de façon concomitante chez 3,9% des patients. L'étude OPTIMEV (11) conforte ces données, et retrouve pour 29% des patients présentant une TVS, l'existence d'une TVP associée initialement.

Autrement dit, le médecin généraliste prenant en charge le patient ne doit pas sous-estimer la gravité potentielle de la TVS lors de la découverte chez son patient.

Il faut aussi informer de façon adéquate le patient des signes cliniques devant l'alerter et le faire consulter à nouveau (douleur persistante, dyspnée, douleur thoracique). Le médecin généraliste a donc un rôle dans l'éducation du patient et dans son suivi en cas de nouvelle consultation.

B. Risque d'extension

Le risque d'extension est surtout lié à la proximité de la TVS par rapport au système veineux profond. Et notamment, la proximité par rapport à la jonction saphéno-fémorale.

Dans l'étude POST (6) 24% des TVS touchant la veine grande saphène proximale développe une TVP soit via les veines perforantes, soit par la jonction saphéno-fémorale. Ce qui explique que la distance de moins de 3 cm de la jonction saphéno-fémorale doit être considérée avec attention car à très haut risque de favoriser la survenue d'une TVP.

C. Complications tardives.

La TVS constitue elle-même un risque de développer une TVP ou EP ultérieurement.

En effet, l'étude MEGA STUDY (12) a montré que le fait de développer une TVS augmente de 4 à 6 fois le risque de développer une TVP dans les 5 ans. Le risque d'EP serait quant à lui multiplié par 3.

De même, une étude parue en 2006 (13) a montré qu'il s'agissait d'un facteur de risque à part entière, avec une multiplication par 10 du risque de TVP dans les 6 mois.

Dans l'étude POST (6), le taux d'évènements thromboemboliques à 3 mois après une TVS serait de 8%. Les facteurs pouvant favoriser ces complications sont : pose d'un KT veineux dans les 30 jours précédents, un ATCD de cancer traité dans l'année, un traumatisme dans les 7 jours.

Enfin, le risque de récurrence de la TVS elle-même après un premier épisode est important.

VII. INTERETS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A) Intérêt du dosage quantitatif des D-Dimères

Pour rappel, les D-Dimères sont issus de la cascade de la dégradation de la fibrine. Cette molécule intervient au moment de la coagulation, lors de la formation du thrombus, comme décrit précédemment. Ainsi, au vu de la physiopathologie très proche de la TVP et de la TVS, la concentration des D-Dimères est élevée chez un patient présentant aussi bien une TVP qu'une TVS.

Il est intéressant de se demander si le dosage des D-Dimères a un intérêt dans le diagnostic de la TVS (14).

Peu d'études à ce jour ont porté sur cette question. Une étude française réalisée en 2007 (15) a mis en évidence le fait que le dosage des D-Dimères était positif chez seulement 70% des patients présentant une TVS (sachant que le dosage était toujours positif chez les plus de 70 ans). Pour les patients de moins de 70 ans, le dosage était revenu positif dans seulement 60% des cas.

Ces données sont cohérentes avec une précédente étude (16) qui retrouvait une sensibilité des D-Dimères pour le diagnostic de TVS d'environ 74%.

Le dosage quantitatif des D-Dimères n'est donc pas suffisant pour affirmer avec certitude le diagnostic de TVS.

B. Intérêts de l'échographie doppler des membres inférieurs

L'échographie-Doppler des membres inférieurs est un examen clef dans le cadre de l'exploration de la thrombophlébite superficielle. C'est un examen non invasif, rapide, et accessible. Sa réalisation a plusieurs objectifs.

1) Confirmation diagnostique

Tout d'abord, devant une suspicion clinique de thrombophlébite superficielle, il permet d'affirmer le diagnostic avec certitude. Les éléments en faveur sont (2) : l'incompressibilité de la veine par la sonde d'échographie, et un renforcement hyperéchogène des tissus mous. Cet examen doit toujours être réalisé de façon bilatérale.

2) Description du thrombus : taille, localisation

De plus, l'échographie fournit la localisation précise du thrombus et le degré d'extension de la thrombophlébite superficielle.

La taille du thrombus est souvent sous-estimée lors de l'examen clinique, surtout au niveau du tiers supérieur de la cuisse et au niveau de la fosse poplitée. D'autant que la distance du thrombus par rapport à la jonction saphéno fémorale et saphéno-poplitée permet d'apprécier la sévérité de la thrombophlébite.

Par exemple, dans une étude parue en 1997 (9) , sur 50 patients porteurs d'une TVS, 77% d'entre eux présentaient en réalité un thrombus plus étendu que supposé par l'examen clinique seul. De même, une étude portant sur l'exploration chirurgicale de patients porteurs d'une TVS montre que la taille réelle du thrombus est en réalité 5 à 10 cm plus grande que celle suspectée initialement.

Ce qui laisse penser que l'examen clinique à lui seul n'est pas suffisant pour apprécier la sévérité d'une TVS chez un patient.

3) Recherche de complications

Par ailleurs, comme vu précédemment, la TVS est fréquemment associée dès la découverte, à une TVP homo ou controlatérale (11) .

L'échographie permet alors de s'assurer de l'absence d'une TVP concomitante, car l'attitude thérapeutique ne sera pas la même.

Par exemple, une étude portant sur les patients de l'étude POST (6) a montré que dans 23% des patients avec TVS, une TVP était retrouvée de façon concomitante (et pour 41% d'entre eux, la TVP n'était pas contigüe).

De même, dans une étude américaine (10) comparant praticiens américains ou canadiens versus le reste du monde, il a été montré que seulement 49,6% des médecins américains pratiquaient un Doppler de façon bilatérale contre 58% pour les autres. Pourtant, une TVP controlatérale était retrouvée dans 17% des cas

Ainsi, c'est un examen indispensable qui guide aussi notre attitude thérapeutique. Un patient porteur d'une TVS associée aura un traitement bien moins agressif qu'un patient avec une TVP associée, ou un thrombus proche de la jonction saphéno-fémorale (à haut risque de migration). D'où l'importance d'adresser notre patient pour réaliser une échographie doppler dès la suspicion clinique.

4) Y a-t-il un intérêt à un contrôle ultérieur de l'échographie doppler ?

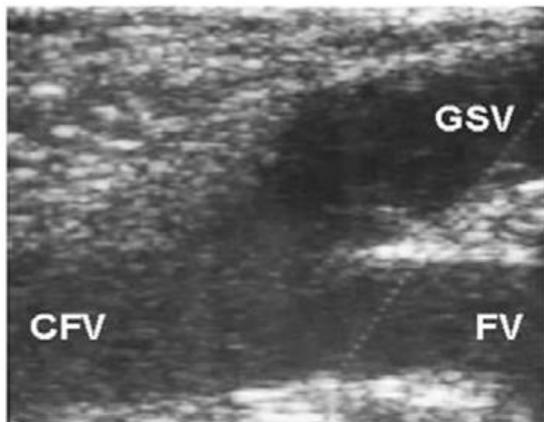
Pour finir, il n'y a pas d'intérêt à la répétition de l'examen à distance, sauf en cas d'aggravation.

En effet, dans une étude française parue en 2012 (17) , parmi les patients porteurs d'une TVS ayant subi un contrôle par échographie Doppler systématique dans les 8 à 15 jours suivant le diagnostic, seulement 2,3% d'entre eux présentaient une complication (récidive, extension, TVP) mais asymptomatique.

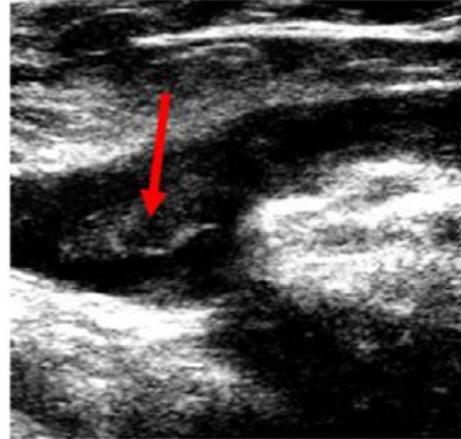
Parmi ces patients, aucun d'entre eux n'a développé des symptômes en rapport avec ces complications durant les 3 mois du suivi. A l'inverse, les patients qui avaient un contrôle Doppler normal à 8-15 jours ont, pour 5% d'entre eux, finalement développé une complication durant le suivi. Cette complication était donc passée inaperçue lors du contrôle systématique par échographie Doppler.

Autrement dit, il n'y a pas d'intérêt en terme d'efficacité ou de rentabilité à la répétition de cet examen.

Visualisation par écho-doppler du caillot sanguin à la jonction saphéno fémorale



Sans caillot



Avec caillot sanguin

Sapheno-Femoral Junction
GSV: Great Saphenous Vein
CFV: Common Femoral Vein
FV: Femoral Vein

Figure 5 : Echographie doppler avec thrombus visible au niveau de la jonction saphéno-fémorale

VIII. EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE AU COURS DES DERNIERES DECENNIES

Le traitement de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs a considérablement évolué. En effet, dès lors qu'elle n'a plus été considérée comme une pathologie bénigne, plusieurs études se sont penchées sur la thérapeutique la mieux adaptée.

Le traitement de la TVS a deux principaux objectifs : soulager les symptômes en rapport avec le développement de la TVS et éviter le risque de survenue des complications.

A. Traitement médicamenteux :

Durant les deux dernières décennies, diverses options médicamenteuses ont été comparées.

1) Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

Tout d'abord, les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont longtemps été considérés comme le traitement de référence. En 2003, l'étude STENOX (18), en double-aveugle, randomisée avait pour but de comparer l'efficacité des AINS par rapport aux HBPM et au placebo. Les AINS diminuent de façon significative le risque d'extension et de récurrence de la TVS comparativement au placebo. Mais il n'y pas de différence en terme de diminution d'incidence des évènements thromboemboliques.

De même, le risque de survenue de ces évènements tend à être moins important dans le groupe HBPM par rapport au groupe AINS mais sans pour autant diminuer de façon significative.

2) Les Héparines de Bas Poids Moléculaires (HBPM)

Les HBPM ont aussi joué un rôle important lors des dernières décennies. En 2005, l'étude VESALIO (18) rapporte qu'il n'y a pas de différence significative entre les HBPM à dose curative et préventive pour prévenir les complications liées à la TVS. Cette donnée est confirmée par l'étude STEFLUX en 2012 (19).

3) Fondaparinux

Parmi les anticoagulants étudiés dans le cadre de la TVS, le Fondaparinux (Arixtra), un anticoagulant ciblé contre le facteur de coagulation « Xa », injectable, figure parmi le principal.

Une étude capitale, nommée CALISTO (20), réalisée entre 2007 et 2009, est une étude européenne, en double aveugle, randomisée portant sur 6462 patients.

L'étude visait à comparer l'efficacité du Fondaparinux (injection sous-cutanée) à la dose de 2,5mg pendant 45 jours contre placebo pour évaluer le risque de décès toute cause suite à une TVS.

Il est apparu que cet anticoagulant diminue de façon significative le risque de survenue d'un évènement thromboembolique (85% de diminution du risque relatif), le risque de récurrence et d'extension de la TVS.

Il diminue aussi le recours au traitement chirurgical. Il n'y avait pas d'augmentation du risque hémorragique pour autant.

Suite à cette étude, des recommandations françaises ont été mises en place afin de guider la prise en charge des patients. C'est le seul traitement à avoir obtenu l'AMM dans cette indication.

D'après de l'avis de la Commission de Transparence de la HAS de Mai 2011 (21), en cas de TVS de taille supérieure à 5 cm, situé à plus de 3 cm de la jonction saphéno-fémorale, un traitement par Fondaparinux doit être débuté à la dose de 2,5mg en SC pendant 30 à 45 jours. En cas de TVS située à moins de 3 cm de la jonction saphéno-fémorale, le traitement est le même que celui de la thrombose veineuse profonde.

Une nouvelle recommandation de la HAS est apparue en 2013 (22) suite à une alerte concernant des accidents hémorragiques graves chez des patients à haut risque (âgé, insuffisance rénale, poids faible).

Il n'y a pas d'indication à une adaptation posologique chez les patients de plus de 75 ans. Mais en cas de clairance comprise entre 20 et 50 ml/min, il faut réduire la dose à 1,5mg/jour.

Le traitement par Arixtra n'est pas recommandé en cas de poids inférieur à 50kg.

La Commission de la transparence a ensuite émis un avis favorable au maintien du fondaparinux dans cette indication (service médical rendu modéré, en s'appuyant sur les recommandations de CHEST 2012, grade 2B)(23) .

4) Anticoagulants Oraux

Concernant les autres anticoagulants, les AVK n'ont pas montré de différence significative sur le risque de complication de TVS, notamment par rapport à la compression élastique (24).

Enfin, une étude est en cours actuellement, appelée SURPRISE TRIAL (25). Elle est actuellement au stade 3 (inclusion faite de juin 2012 à juin 2016). Elle aura pour but d'évaluer la sécurité et l'efficacité du Rivaroxaban 10mg/jour comparativement au Fondaparinux à dose préventive (critère composite saignement majeur et efficacité sur récurrence et extension).

B. Traitement non médicamenteux :

Leur but principal est de soulager les symptômes en rapport avec la constitution de la TVS (œdème, rougeur, douleur).

Les traitements topiques anti-inflammatoires sont connus depuis de nombreuses années. En 1991, une étude a prouvé l'efficacité du traitement par Diclofenac gel pour la diminution des symptômes. De même une autre étude en 2011 (26) a confirmé cette efficacité vs placebo. Les topiques sont donc actuellement recommandés pour les patients atteints de TVS, surtout les 15 premiers jours.

Concernant la compression veineuse par bas de contention, étant donné que l'insuffisance veineuse est un des principaux facteurs favorisant l'apparition de la TVS, il semble licite de l'introduire dès la découverte d'une TVS. Néanmoins, elle ne permet pas de réduire le risque de survenue d'évènements thromboembolique suite à la TVS (24).

C. Traitement chirurgical :

Différentes techniques ont été mises au point dans le traitement de la TVS.

Le traitement chirurgical n'est pas recommandé en premier intention (recommandation de grade C) conformément aux recommandations américaines CHEST établies en 2012(14) . En effet, il n'y a pas de bénéfice observé pour la réduction de complications, comparativement aux HBPM.

Néanmoins, il faut nuancer ces données, car dans le cas de la TVS située à moins de 1 cm de la jonction saphéno-fémoral, ou en cas de récurrence de TVS malgré une anticoagulation, une option chirurgicale devra être abordée avec le patient (notamment la ligature de la jonction saphéno-fémorale) (24).

IX. DEMOGRAPHIE DES MEDECINS

GENERALISTES en 2016

En 2016, la densité médicale en Ile de France est de 126 médecins généralistes pour 100 000 habitants (diminution de 21,6% par rapport à 2007) (27). L'âge moyen des médecins généralistes est de 53 ans.

50,8% des médecins généralistes installés sont des femmes.

La majorité des médecins généralistes inscrits au conseil de l'Ordre pratiquent une activité libérale pure (54% contre 45% de salariés).

La proportion des médecins généralistes exerçant seul ou en cabinet de groupe est similaire (50% pour l'un et pour l'autre).

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES

I. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les connaissances des médecins généralistes d'Ile de France concernant la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs. Il s'agissait de décrire leur prise en charge diagnostique face à la suspicion d'une thrombophlébite superficielle et thérapeutique, selon les recommandations actuelles.

II. POPULATION D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, à type d'enquête transversale de prévalence. En effet, au cours de notre étude, nous avons interrogé 250 médecins généralistes. Ils étaient tous installés en cabinet, dans un des 8 départements d'Ile de France.

La période de l'étude portait du 05 novembre 2015 au 31 mars 2016.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient l'exercice actuel de la médecine générale en cabinet dans un des 8 départements d'Ile de France.

Le critère d'exclusion était l'absence d'activité libérale.

III. RECEUIL DES DONNEES :

Les médecins généralistes étaient sélectionnés de façon aléatoire sur le site internet « ameli » en sélectionnant au fur et à mesure chacun des 8 départements.

Tout d'abord nous les avons contactés par téléphone afin d'établir un questionnaire téléphonique. Néanmoins devant le taux de réponse très faible (environ 5%), nous avons changé de mode de recueil des données.

Secondairement, nous avons demandé l'autorisation au responsable du SAMI 94 de nous fournir le listing d'adresse e-mails des médecins généralistes installés en cabinet qui effectuent aussi des gardes au SAMI. Nous n'avons pas obtenu de réponse de la part des SAMI des autres départements.

Nous avons aussi envoyé les questionnaires par voie postale, avec une enveloppe pré-remplie avec notre adresse postale pour le retour de questionnaire. Le courrier comportait une lettre de présentation de la thèse ainsi que le questionnaire à remplir de façon anonyme. Les adresses des cabinets des médecins généralistes nous ont été fournies par le site internet « ameli ». Elles ont été sélectionnées de façon aléatoire par ordre d'apparition sur le site internet, pour chaque département.

IV. CHOIX DU TYPE D'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques des médecins généralistes face à la suspicion d'une thrombophlébite superficielle des membres inférieurs. Ainsi, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive afin de répondre à la question.

V. LE QUESTIONNAIRE

Il s'agissait d'un questionnaire (voir annexe 1) pour lequel les médecins généralistes devaient répondre à la question « comment les médecins généralistes d'Ile de France prennent-ils en charge une thrombophlébite superficielle en cabinet ? ».

Ce questionnaire était anonyme. Les médecins interrogés devaient inscrire le numéro du département d'Ile de France dans lequel ils exercent.

Il comportait 15 questions fermées, associées en fin de questionnaire à deux dernières questions portant sur leur taux de satisfaction du questionnaire et sur d'éventuels commentaires.

Les 8 premières questions étaient d'ordre épidémiologiques (âge, sexe, type d'exercice, en groupe ou non, les autres diplômes éventuels).

Les 7 dernières questions portaient sur leurs connaissances globales concernant la thrombophlébite superficielle en elle-même (existence de complications, d'un traitement consensuel) ainsi que leur prise en charge tant sur le plan diagnostique (réalisation systématique d'une échographie doppler ou non) que thérapeutique (abstention de traitement, type et durée de traitement).

VI. ANALYSE STATISTIQUES DES DONNEES

Concernant l'analyse des données, nous avons principalement utilisé des variables catégorielles. Le test de Chi 2 a été utilisé pour permettre la comparaison des pourcentages. Le logiciel « R » a permis le calcul des pourcentages pour chaque variable étudiée.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. TAUX DE REPONSE

Initialement, nous avons contacté les médecins généralistes sélectionnés de façon aléatoire, par téléphone. Sur 30 médecins contactés, nous n'avons obtenu que 3 réponses au questionnaire, soit un taux de réponse initiale de 10%.

Secondairement, nous avons donc contacté d'autres médecins par mail travaillant au SAMI 94 grâce au listing fourni (voir le détail dans la partie recueil des données). Sur 40 médecins du SAMI 94 contactés, nous avons obtenu 13 réponses soit un taux de réponse de 32,5%

Parallèlement à cette démarche, les courriers envoyés par voie postale avec une enveloppe pré-remplie nous ont fourni un taux de réponse de 52,2% (94 réponses sur 180 courriers envoyés).

Au total, sur les 250 médecins interrogés, 110 réponses ont pu être recueillies soit un taux de réponse global de 44%.

II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

Département	75 n(%)	77 n(%)	78 n(%)	91 n(%)	92 n(%)	93 n(%)	94 n(%)	95 n(%)	Total n(%)
Femme	8 (57)	8 (53)	3 (18)	5 (55)	6 (46)	3 (30)	9 (45)	8 (57)	50(45)
Homme	6 (5)	7 (6)	13 (12)	4 (4)	7 (6)	7 (6)	11 (10)	6 (5)	61(55)
Moins de 30 ans	0	0	0	0	0	0	1 (5)	0	1 (1)
31-40 ans	4 (28)	0	3 (19)	1 (11)	0	3 (30)	4 (20)	3 (21)	18(16)
41 à 50 ans	3 (22)	3 (20)	5 (31)	1 (11)	6 (26)	1 (10)	5 (25)	2 (14)	25(23)
Plus de 51 ans	7 (50)	12 (80)	8 (50)	7 (78)	7 (74)	6 (60)	10 (55)	9 (75)	66 (61)
Cabinet <5km CHU	13 (93)	4 (27)	5 (31)	2 (22)	7 (54)	7 (70)	8 (40)	8 (57)	54(49)
5-10 km CHU	0	3 (20)	2 (12)	3 (33)	5 (38)	3 (30)	11 (55)	2 (14)	29(26)
>10km CHU	1 (7)	8 (53)	9 (57)	4 (45)	1 (8)	0	1 (5)	4 (29)	28(25)
Exercice seul	4 (29)	5 (50)	7 (44)	5 (56)	6 (46)	5 (50)	12 (60)	9 (64)	98 (88)
Activité urbaine	14 (100)	15 (100)	11 (69)	9 (100)	11 (85)	9 (90)	19 (95)	12 (86)	100 (90)
Maître de stage	4 (29)	3 (20)	3 (19)	4 (44)	0	2 (20)	4 (20)	1 (7)	21 (19)
Visite de laboratoires	8 (57)	5 (50)	7 (44)	2 (22)	3 (23)	5 (50)	9 (45)	3 (21)	42 (38)

Figure 6 : Tableau représentant les caractéristiques des médecins généralistes inclus en fonction du département d'Ile-de-France

A. Age et sexe

Parmi les médecins généralistes étudiés, il s'agissait majoritairement d'hommes, à savoir 54,05% d'hommes pour 45,05% de femmes.

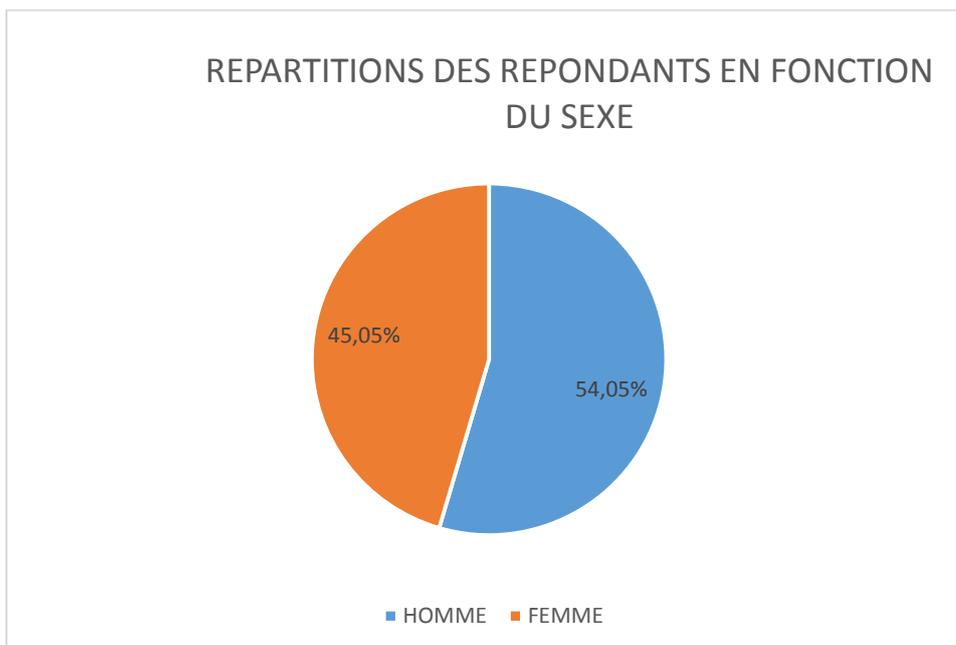


Figure 7 : Répartition des médecins généralistes inclus selon le sexe

De plus, nous avons constaté que la majorité des répondants était âgés de plus de 50 ans (n=66 soit 59,46% alors que les moins de 30 ans étaient faiblement représentés (n=1, 0,9%). Les médecins généralistes âgés entre 40 et 50 ans étaient secondairement les plus représentés (n=26, soit 23,42%), puis ceux âgés de 30 à 40 ans (n=18, soit 16,22%).

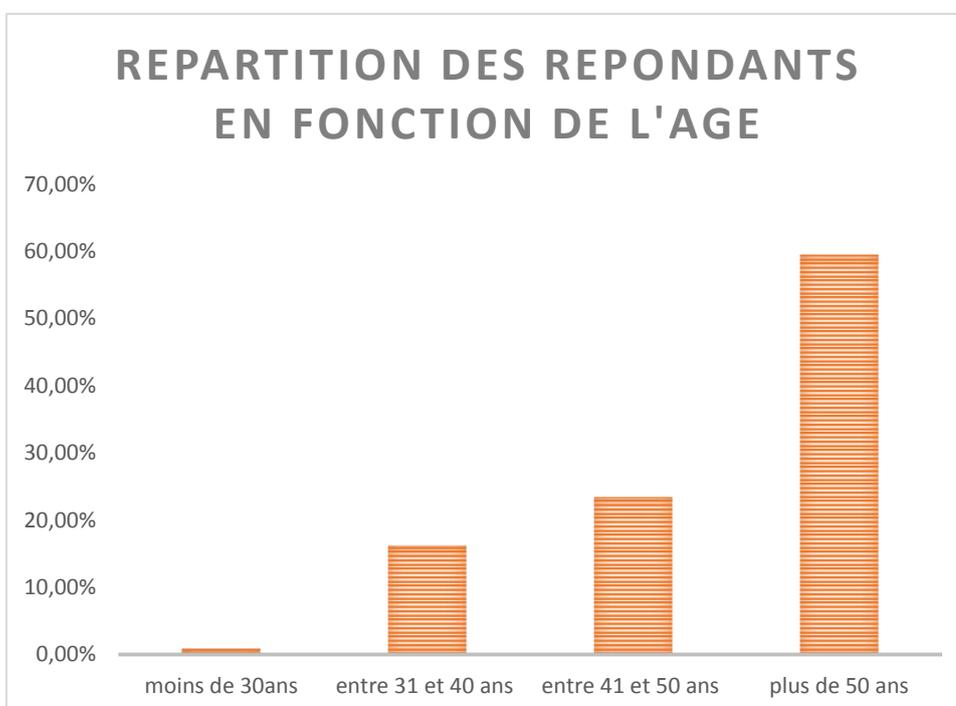


Figure 8 : Répartition des médecins généralistes inclus en fonction de l'âge

B. Type d'exercice

Concernant la localisation du cabinet, la grande majorité des médecins généralistes avait une activité libérale urbaine (n=98, soit 88,29%). De même, leur cabinet était le plus souvent proche d'un CHU dans un périmètre de 5 km (n=54, soit 48,65%). Les cabinets situés entre 5 et 10km d'un CHU et à plus de 10km d'un CHU avaient une répartition assez similaire (n=29 soit 26,13% contre n=28, soit 25,23%).

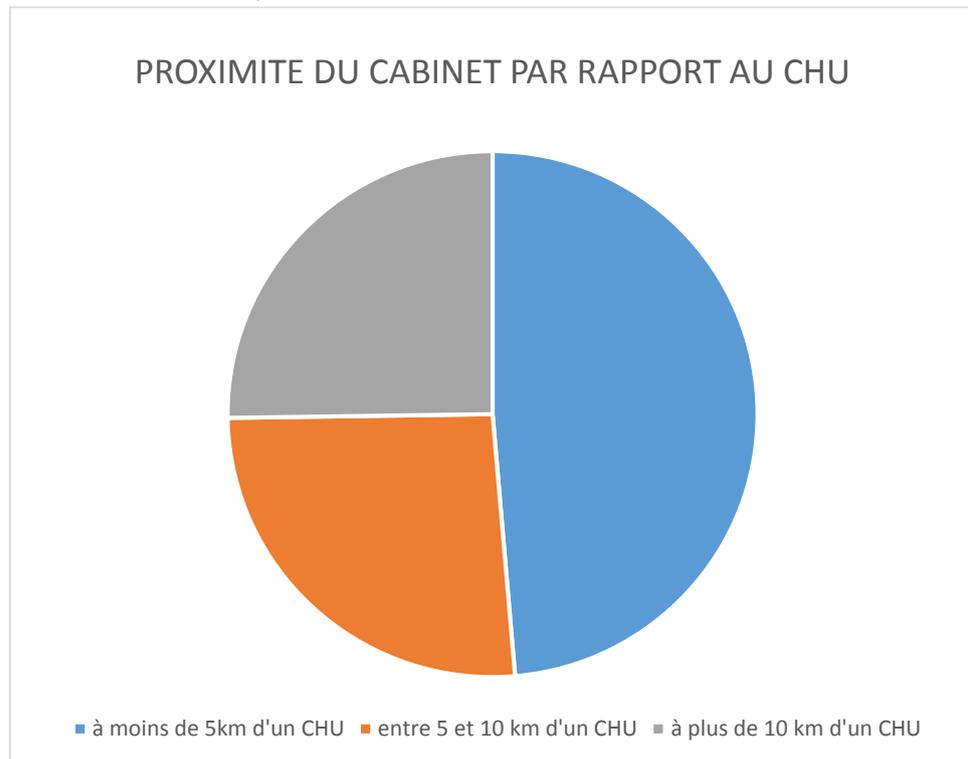


Figure 9 : Répartition des médecins généralistes inclus selon la proximité du cabinet par rapport au CHU

Par ailleurs, les médecins généralistes exerçant en groupe sont plus représentés par rapport aux médecins généralistes exerçant seuls (n=57, soit 51,35% contre n=53 soit 43,75%).

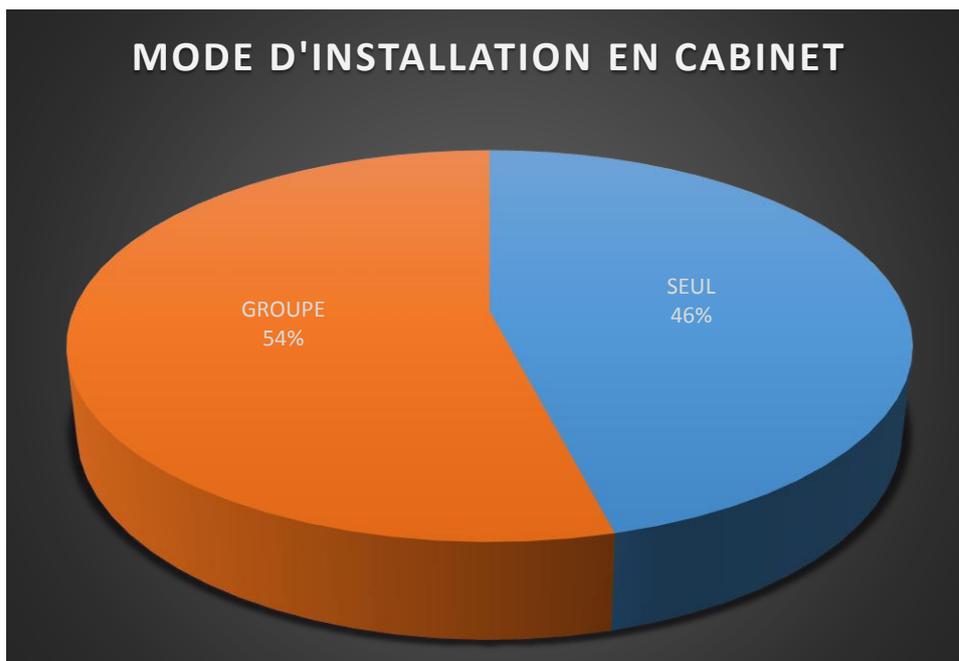


Figure 10 : Répartition des médecins généralistes inclus en fonction du mode d'installation

C. Caractéristiques de la formation

L'étude de la formation des médecins généralistes répondant aux questionnaires nous a révélée que 91, 89% (n=102) d'entre eux ne sont pas titulaires d'un autre diplôme, type CAPA, DESC ou DIU.

TITULAIRE D UN DIPLOME COMPLEMENTAIRE (DESC, CAPA, DIU)

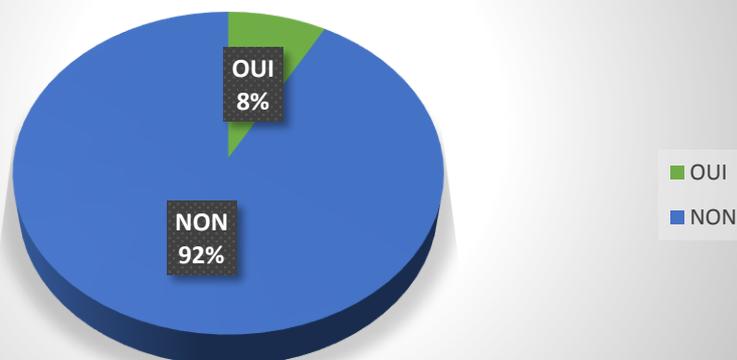


Figure 11 : Proportion des médecins généralistes inclus titulaire d'un diplôme complémentaire

De même, 63,96%(n=71) d'entre eux ne sont pas rattachés à une faculté au titre de maître de stage pour un externe ou un interne.

PROPORTION DE MAITRE DE STAGE PARMI LES REONDANTS

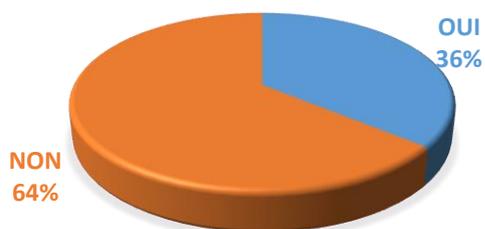


Figure 12 : Proportion de maître de stage parmi les médecins généralistes inclus

D. Visites de laboratoires médicaux

Les médecins généralistes recevant les visites de laboratoires médicaux représentent 54,05% de la population étudiée (n=60). Nous avons noté que 2 médecins généralistes n'ont pas souhaité répondre à la question.

III. CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA GRAVITE POTENTIELLE DE LA TVS

Nous avons interrogé les médecins généralistes concernant leurs connaissances sur l'existence de complications éventuelles de la thrombophlébite superficielle. 59 confirment l'existence de potentielles complications (soit 53,15%) alors 49 d'entre eux ne l'ont pas fait (44,14%). 3 des répondeurs n'ont pas répondu à cette question.

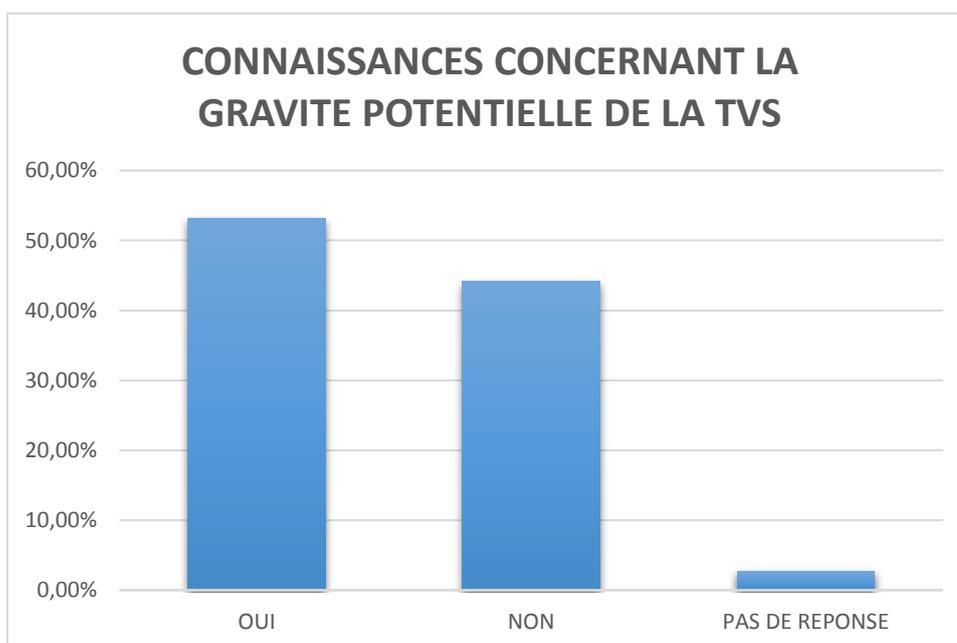


Figure 13 : Connaissances des médecins généralistes inclus concernant la gravité potentielle de la TVS

IV. ORIENTATION DU PATIENT DEVANT LA SUSPICION CLINIQUE DE TVS

Parmi les médecins généralistes interrogés, 57,66% (soit n=64) prennent en charge eux même un patient suspecté d'une thrombophlébite superficielle des membres inférieurs. 36,04% (soit n=40) adressent le patient vers un phlébologue. Enfin, 3,6% des médecins généralistes orientent le patient vers le cardiologue, contre 1,8% qui l'orientent aux urgences.

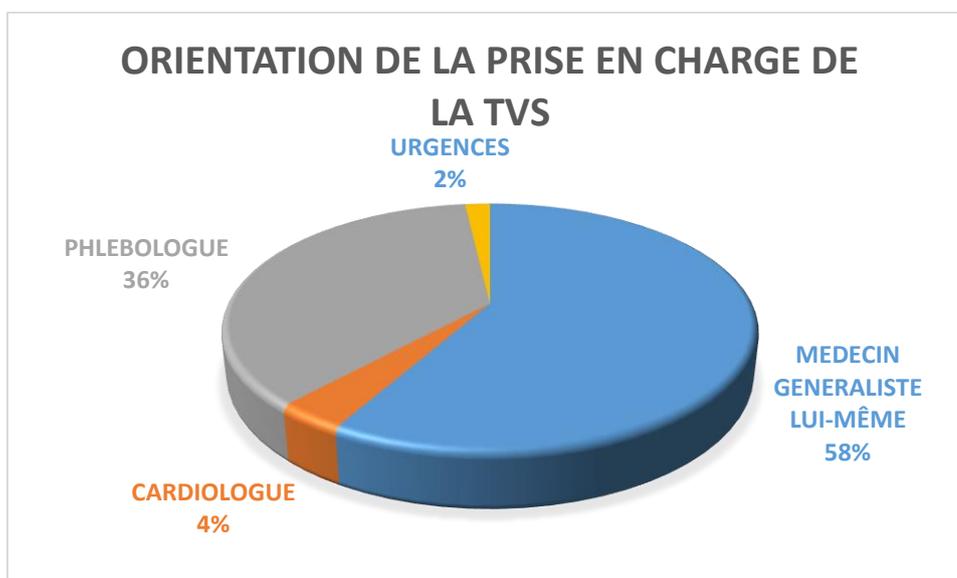


Figure 14 : Orientation du patient après prise en charge de la TVS par les médecins généralistes inclus

V. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Devant la suspicion d'une thrombophlébite superficielle, 54,05% (n=60) des médecins interrogés préconisent la réalisation d'une échographie doppler des membres inférieurs. 45,05% (n=50) n'en prescrivent pas. 1 médecin n'a pas répondu à la question.

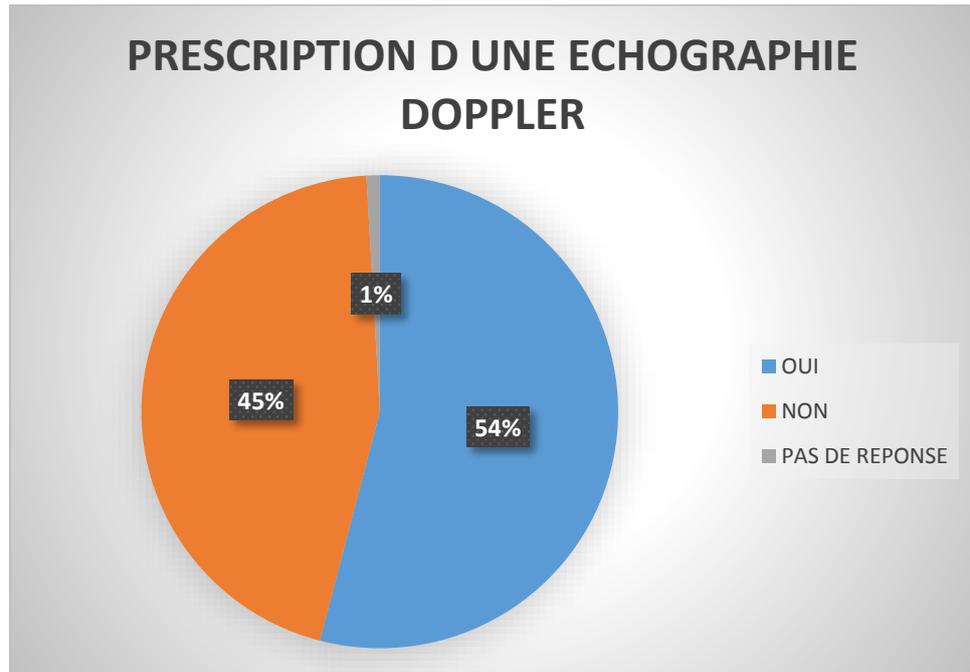


Figure 15 : Taux de prescription d'une échographie Doppler des membres inférieurs après suspicion clinique de TVS

VI. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

A. Connaissances existence d'un traitement consensuel

Dans notre étude, 52,25% des médecins généralistes interrogés (soit 58 sur 111) estiment qu'il n'existe pas de traitement consensuel reconnu pour la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs. Pour 40,54% d'entre eux, il existe au contraire un traitement reconnu, tandis que 8 médecins généralistes n'avaient pas répondu à la question.

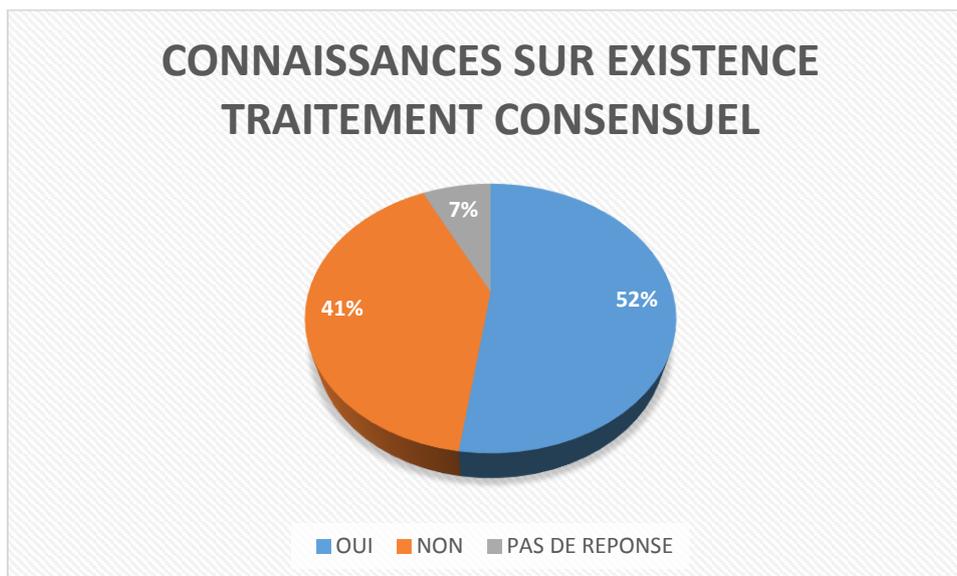


Figure 16 : Connaissances des médecins généralistes inclus d'un traitement consensuel de la TVS

B. Type de traitement prescrit

Nous nous étions ensuite intéressés à la façon dont les médecins généralistes d'Ile de France traitent une thrombophlébite superficielle. Aucun traitement n'a été préconisé pour 8 médecins généralistes (soit 7,21%). D'autre part, un traitement médicamenteux par anticoagulants est prescrit par 51 médecins généralistes soit 45,95% et par AINS pour 20 médecins généralistes soit 18,02%.

Les bas de contentions sont prescrits seulement par 7 médecins généralistes.

Les topiques locaux sont recommandés par 21 médecins généralistes.

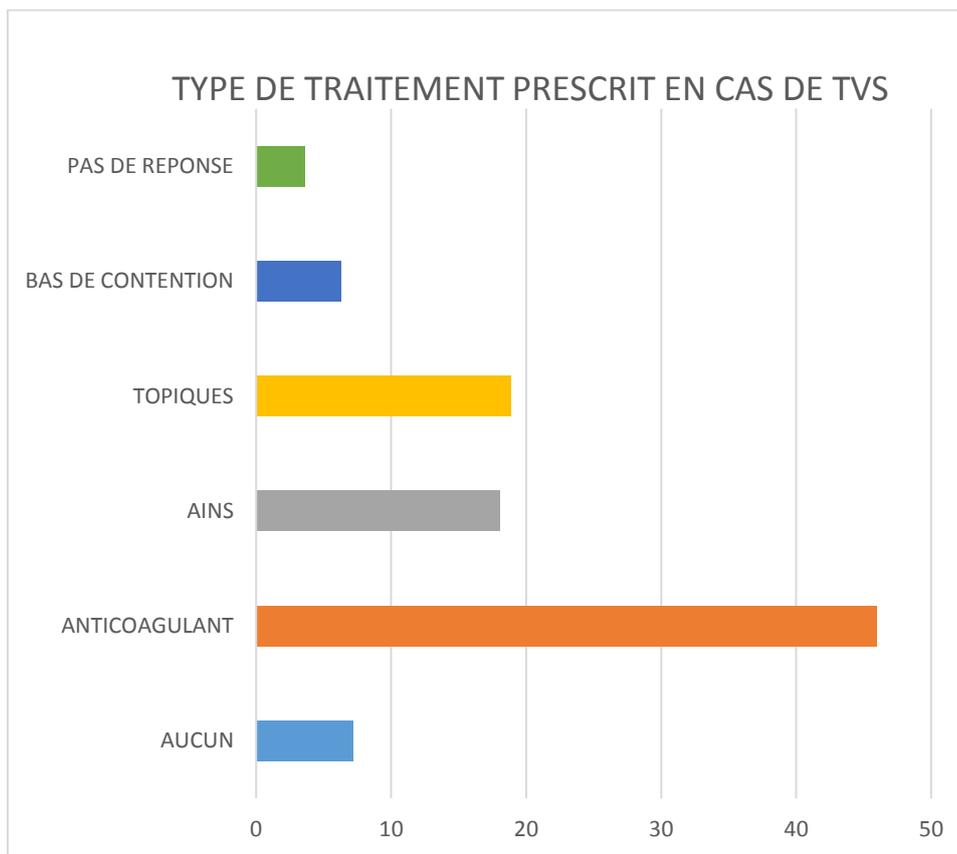


Figure 17 : Type de traitement prescrit de la TVS par les médecins généralistes inclus

C. Durée de traitement

Nous avons interrogé les médecins généralistes concernant la durée du traitement lorsqu'un traitement est entrepris. La majorité des médecins généralistes interrogés (44,44%) préconisent une durée comprise entre 7 et 15 jours. Secondairement, la deuxième durée de traitement la plus représentée est celle comprise entre 31 et 45 jours (pour 18,02%). Une durée entre 15 et 30 jours est recommandée pour 15,32% des médecins interrogés. 13,51% des médecins interrogés prescrivent un traitement d'une durée inférieure à 7 jours. 8 médecins généralistes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

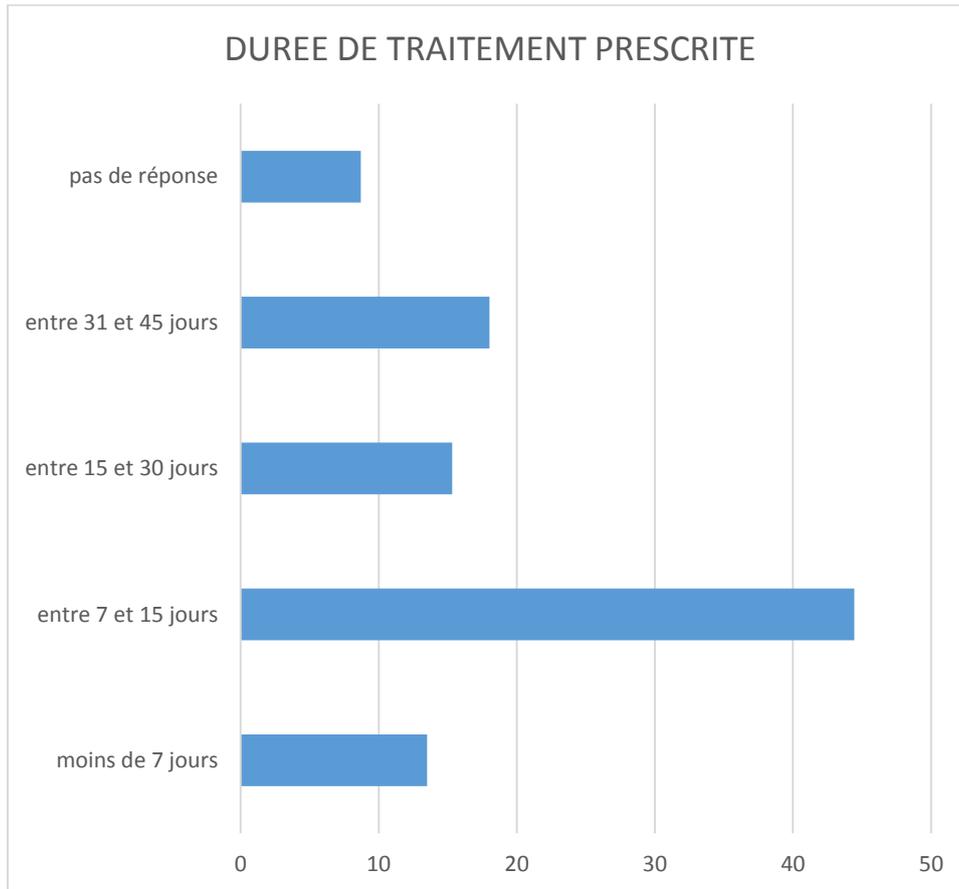


Figure 18 : Durée de traitement prescrite par les médecins généralistes inclus

D. Attitude face à l'injection d'anticoagulants

Parmi les médecins généralistes ayant prescrit des anticoagulants (soit 52,32% de l'échantillon), nous nous sommes interrogés sur la proportion des médecins réalisant la première injection au cabinet (pour l'éducation du patient à l'injection) versus ceux trouvant une IDE à domicile pour le patient. La proportion était quasiment similaire soit 25,29% des médecins trouvaient une IDE contre 27,03% qui montraient au patient la façon de réaliser l'injection.

III. SATISFACTION DU QUESTIONNAIRE.

La note la plus représentée concernant la satisfaction des répondants concernant le questionnaire était de 8/10

DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTATS

A. Prise en charge diagnostique

Au cours de cette étude concernant la prise en charge de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs par les médecins généralistes d'Ile de France, nous avons constaté qu'environ la moitié des médecins interrogés ne présument pas de la gravité potentielle de cette pathologie. Ainsi, on s'aperçoit que la moitié des médecins interrogés n'envisagent pas de possibles complications, et donc ne prescrivent pas systématiquement la réalisation d'une échographie doppler des membres inférieurs.

Cette pathologie reste encore considérée à tort comme bénigne. Le risque de TVP associée, non diagnostiquée sans l'échographie Doppler, n'est donc pas négligeable. La démarche thérapeutique peut se retrouver alors inadaptée.

B. Prise en charge thérapeutique

Pourtant la majorité des médecins généralistes (58%) prennent en charge eux-mêmes les patients présentant ce diagnostic. Ils sont donc au premier plan de la prise en charge thérapeutique.

Concernant le traitement adopté en lui-même, nous avons constaté une hétérogénéité importante de prise en charge. Pour 52% d'entre eux il n'existe pas de traitement consensuel validé. Seulement 45% des médecins interrogés prescrivent des anticoagulants pour une durée souvent comprise entre 7 et 15 jours. Ce qui n'est pas en accord avec les recommandations actuelles.

Mais ceci traduit un flou important de la part des praticiens concernant les différents changements thérapeutiques au cours des dernières décennies.

II. LIMITES DE L'ETUDE

A. Concernant la méthode de l'étude

1) analyse des données

Les données utilisées étaient des données qualitatives, ayant permis de réaliser des calculs de moyenne et de pourcentage. Néanmoins, ces données manquent de précision, notamment l'absence de données quantitatives empêchant les mesures précises de médiane ou d'écart type.

2) biais d'interprétation

Devant le taux faible initialement de réponse, nous avons décidé d'envoyer aux médecins généralistes sélectionnés des courriers avec enveloppes de retour pré-remplies à notre nom. Néanmoins, ceci expose à un biais d'interprétation puisque les réponses ne reflètent pas nécessairement leur opinion ou leurs connaissances directement (possibilité de rechercher des réponses avant de répondre).

3) manque de puissance

Vu le taux de réponse moyen, l'effectif semble faible ce qui entraîne un manque de puissance de notre étude. La validité externe est donc faible, ce qui implique la nécessité de réalisation d'autres études pour conforter nos résultats.

D'autre part, pour augmenter le taux de réponse il aurait été intéressant d'effectuer des relances par téléphones des médecins généralistes contactés par courrier n'ayant pas répondu.

B. Concernant le questionnaire

Nous avons constaté des imprécisions dans notre questionnaire. D'une part, concernant la thrombophlébite superficielle en elle-même car la localisation et la taille de celle-ci n'est pas précisée (notamment distance par rapport à la jonction saphéno-fémorale). Or ces éléments sont importants pour guider le traitement.

D'autre part, dans la question concernant le traitement, les propositions sont probablement trop restrictives et dirigistes, ce qui empêche le répondeur d'associer plusieurs réponses. Ceci constitue possiblement un biais d'interprétation.

III. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

A. Comparaison avec études précédentes

A notre connaissance, il s'agit de la première étude de ce type à ce jour. Il s'agit d'une thématique originale, car malgré la prévalence assez faible, c'est une pathologie rencontrée en cabinet de médecine générale.

Une étude similaire a été réalisée en mars 2015 (thèse soutenue en juin 2016) portant également sur les connaissances des médecins généralistes concernant la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs(28). Mais la méthodologie n'était pas la même ; il s'agissait de questions ouvertes à partir d'exemples d'illustrations envoyées aux médecins généralistes d'Ile de France.

Les résultats concernant la prise en charge thérapeutique sont assez similaires par rapport à cette étude (notamment, 52% des répondants prescrivent une anticoagulation curative). Concernant la prescription d'échographie doppler, le taux était plus important dans l'étude précédente puisque 96% des médecins interrogés déclaraient prescrire cet examen en cas de suspicion clinique.

B. Recommandations actuelles concernant le traitement et controverses

1) Limites des études scientifiques de référence

Concernant la prise en charge thérapeutique du patient, le praticien doit évaluer la balance bénéfico-risque pour son patient afin de déterminer le choix approprié.

D'après les recommandations actuelles, avec études à l'appui, le traitement anticoagulant par Fondaparinux demeure le seul à avoir obtenu l'AMM. Il s'agit d'une recommandation de grade 2B.

Les études antérieures portant sur les différentes options thérapeutiques ont été analysées par la revue Cochrane de 2013 (24). A l'issue de cette analyse, il apparaît que les

études possèdent des biais de sélection, un effectif faible, et pour la plupart une absence de groupe-contrôle (étude randomisée). Devant des études de faible puissance avec des recommandations de faible grade, il est licite de s'interroger sur la pertinence du traitement.

2) Problème de l'extrapolation des données de la science et stratification du risque

Tout d'abord, il se pose la question de la pertinence clinique du traitement anticoagulant dans la prise en charge de la TVS. En effet, l'étude princeps CALISTO (21) concernait un sous-groupe de patients particulier et bien défini. Ces patients avaient un risque plus élevé de complications et ne présentaient pas de contre-indications au traitement.

Néanmoins, l'extrapolation des résultats de l'étude aux autres patients (insuffisants rénaux, femme enceinte) restent problématique(29,30) . De même, la durée et la dose de traitement est aussi source de discussion. Les patients à haut risque de complications (cancer, ATCD de TVS ou TVP) pourraient bénéficier d'une dose plus importante de traitement ou d'une durée plus longue(31) Tout comme les patients à haut risque hémorragique pourraient nécessiter une réduction de dose et/ou de durée.

Une étude réalisée en 2016 aux Etats-Unis(32) dans un centre de santé a révélé que seulement 5% des patients atteints d'une TVS étaient anti coagulés, 45% traités par antiagrégants, 50% n'avaient aucun traitement. Ces patients ont été revus 1 an après l'inclusion. Seulement 5% d'entre eux ont présenté un évènement thromboembolique.

Le concept de stratification du risque prend ici tout ce sens. Ce qui pourrait sans doute expliquer la diversité de prise en charge de la part des praticiens, qui, en voulant tenir compte de la balance bénéfice-risque, adaptent la dose ou la durée du traitement en fonction de chaque patient.

3) Coût du traitement

D'autre part, il se pose la question du coût du traitement. Plusieurs auteurs se sont interrogés sur le coût réel du traitement par fondaparinux durant 45 jours.

Une étude réalisée en 2015(33) révèle qu'en traitant tous les patients atteints de TVS, il faudrait une somme d'environ 8,250 000 dollars pour éviter un seul décès. De même, une

somme de 141 000 dollars est nécessaire pour éviter la survenue d'un seul évènement thromboembolique.

De la même façon une étude de « rentabilité » a été publiée dans la revue *Chest* en 2012 (34) à partir des résultats de l'Etude Calisto. Ainsi, en traitant 5000 patients par Fondaparinux, 1 seul décès est réellement évité. Ce qui représente un coût de 1734\$ par patient.

Le traitement actuellement recommandé possède donc un coût important. Au vu de la conjoncture économique actuelle, c'est une problématique importante à soulever pour une pathologie dont la prévalence est faible. La pertinence clinique de traiter tous les patients atteints de TVS, sans tenir compte du contexte clinique ou des facteurs de risque, reste discutable pour de nombreux praticiens dans le monde entier.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de décrire la prise en charge de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs par les médecins généralistes d'Ile de France.

Concernant la prise en charge diagnostique, il est apparu que plus de la moitié d'entre eux prennent en charge eux même cette pathologie. Parmi ces médecins, seulement la moitié prescrivent une échographie Doppler alors qu'il s'agit d'un examen indispensable.

Concernant la prise en charge thérapeutique, cette étude démontre clairement une hétérogénéité de prise en charge qui avait été précédemment décrite. Malgré tout, la majorité se réfère à la tendance actuelle des recommandations, c'est-à-dire la prescription d'anticoagulants, mais dont la durée ne semble pas claire pour eux.

Il serait intéressant d'améliorer la formation des étudiants en médecine générale concernant cette pathologie qui n'est pas si rare. Etant le premier acteur des soins primaires, il apparaît primordial pour le médecin généraliste de confirmer le diagnostic et d'écartier une potentielle gravité. Mais le praticien doit aussi savoir s'en référer à son réseau de spécialistes pour assurer la prise en charge conjointe la plus optimale pour son patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Outrequin G. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs. In: Anatomie du membre inférieur, Société Française de Phlébologie.
2. Minvielle F. Les thromboses veineuses superficielles. Arch Mal Coeur Vaiss Prat. 2014;(231):21–30.
3. Karathanos C, Exarchou M, Tsezou A, Kyriakou D, Wittens C, Giannoukas A. Factors associated with the development of superficial vein thrombosis in patients with varicose veins. Thromb Res. juill 2013;132(1):47- 50.
4. Frappé P, Buchmuller-Cordier A, Bertoletti L, Bonithon-Kopp C, Couzan S, Lafond P, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. J Thromb Haemost. juin 2014;12(6):831- 8.
5. Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France. EPI-GETBP Study Group. Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. Thromb Haemost. mai 2000;83(5):657- 60.
6. Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier M-T, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. Ann Intern Med. 16 févr 2010;152(4):218- 24.
7. Di Minno G, Mannucci PM, Tufano A, Palareti G, Moia M, Baccaglini U, et al. The first ambulatory screening on thromboembolism: a multicentre, cross-sectional, observational study on risk factors for venous thromboembolism. J Thromb Haemost JTH. juill 2005;3(7):1459- 66.
8. Hanson JN, Ascher E, DePippo P, Lorensen E, Scheinman M, Yorkovich W, et al. Saphenous vein thrombophlebitis (SVT): a deceptively benign disease. J Vasc Surg. avr 1998;27(4):677- 80.
9. Marković MD, Lotina SI, Davidović LB, Vojnović BR, Kostić DM, Cinara IS, et al. [Acute superficial thrombophlebitis--modern diagnosis and therapy]. Srp Arh Celok Lek. oct 1997;125(9- 10):261- 6.
10. Dua A, Heller JA, Patel B, Desai SS. Variability in the Management of Superficial Venous Thrombophlebitis across Practitioners Based in North America and the Global Community. Thrombosis. 2014;2014:1- 6.
11. Galanaud J-P, Genty C, Sevestre M-A, Brisot D, Lausecker M, Gillet J-L, et al. Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic

- recurrence in case of superficial venous thrombosis. The OPTIMEV study. *Thromb Haemost.* janv 2011;105(1):31 - 9.
12. van Langevelde K, Lijfering WM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Increased risk of venous thrombosis in persons with clinically diagnosed superficial vein thrombosis: results from the MEGA study. *Blood.* 13 oct 2011;118(15):4239 - 41.
 13. van Weert H, Dolan G, Wichers I, De Vries C, Riet G t, Buller H. Spontaneous superficial venous thrombophlebitis: does it increase risk for thromboembolism? A historic follow-up study in primary care. *J Fam Pract.* 2006;55(1):52.
 14. Nasr H, Scriven JM. Superficial thrombophlebitis (superficial venous thrombosis). *BMJ.* 22 juin 2015;350(jun22 6):h2039 - h2039.
 15. Gillet J-L, Ffrench P, Hanss M, Allaert F-A, Chleir F. Valeur des D-dimères lors des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs. *J Mal Vasc.* avr 2007;32(2):90 - 5.
 16. Aguilar C, del Villar V. D-dimer is not useful for the diagnosis of isolated superficial venous thrombosis. *Am J Med.* déc 2005;118(12):1417.e13-1417.e16.
 17. Quenet S, Laroche J-P, Bertoletti L, Quéré I, Décousus H, Becker F, et al. Value of a planned compression ultrasonography after an isolated superficial vein thrombosis: results from a prospective multicentre study. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* févr 2012;43(2):233 - 7.
 18. Prandoni P, Tormene D, Pesavento R, Vesalio Investigators Group. High vs. low doses of low-molecular-weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double-blind, randomized trial. *J Thromb Haemost JTH.* juin 2005;3(6):1152 - 7.
 19. Cosmi B. Management of superficial vein thrombosis. *J Thromb Haemost.* juill 2015;13(7):1175 - 83.
 20. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med.* 2010;363(13):1222-1232.
 21. Haute Autorité de Santé. Arixtra 2,5 mg : Synthèse d'avis de la Commission de Transparence de la HAS . Juin 2011
 22. Haute Autorité de Santé. Réévaluation du Service Médical Rendu à la demande de la Commission (en application de l'article R 163-21 du Code la Sécurité Sociale) suite aux questions posées par l'Afssaps en date du 28 décembre 2011. Mai 2013
 23. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* févr 2012;141(2 Suppl):e419S - 94S.

24. Di Nisio M, Middeldorp S, Wichers I. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 .
25. Werth S, Bauersachs R, Gerlach H, Rabe E, Schellong S, Beyer-Westendorf J. Superficial vein thrombosis treated for 45 days with rivaroxaban versus fondaparinux: rationale and design of the SURPRISE trial. *J Thromb Thrombolysis*. août 2016;42(2):197- 204.
26. Belcaro G, Nicolaides AN, Errichi B al, Cesarone MR, De Sanctis MT, Incandela L, et al. Superficial thrombophlebitis of the legs: a randomized, controlled, follow-up study. *Angiology*. 1999;50(7):523–529.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2016 [cité 15 févr 2017]. f
28. Etude de la prise en charge de la thrombophlébite superficielle par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse de Médecine Générale. Ile-de-France, Machaon. 2015.
29. ASPEN Stadalone Event. Management of Superficial Vein Thrombosis, Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism: Facing Evolving approaches Internet. 2016 mars 4
30. Frappé P, Bertoletti L. La revue du praticien : Prise en charge des thromboses veineuses superficielles. févr 2015;65.
31. Litzendorf ME, Satiani B. Superficial venous thrombosis: disease progression and evolving treatment approaches. *Vasc Health Risk Manag*. 2011;7:569- 75.
32. Samuelson B, Go AS, Sung SH, Fan D, Fang MC. Initial management and outcomes after superficial thrombophlebitis: The Cardiovascular Research Network Venous Thromboembolism study. *J Hosp Med*. juin 2016;11(6):432 - 4.
33. Raffetto JD, Eberhardt RT. Benefit of anticoagulation for the treatment of lower extremity superficial venous thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. avr 2015;3(2):236- 41.
34. Blondon M, Righini M, Bounameaux H, Veenstra DL. Fondaparinux for isolated superficial vein thrombosis of the legs: a cost-effectiveness analysis. *Chest*. févr 2012;141(2):321- 9.

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE DE THESE :

QUESTION :

Comment les Médecins généralistes d'Ile de France prennent-ils-en charge une phlébite superficielle et quels sont les facteurs qui l'influence ?

VOTRE DEPARTEMENT : _____

1) Etes-vous :

Un homme/ une femme ?

2) Votre âge ?

-20-30 ans

-31-40 ans

-41-50 ans

- >50 ans

3) Titulaire d'un diplôme complémentaire en médecine vasculaire (DU, CAPA, DESC) ?

-oui /non

4) Mode d'exercice ?

-seul ?

-en groupe

5) Quelle est la proximité du cabinet par rapport au CHU le plus proche ?

- <5 km

-5-10 km

- >10km

6) Quelle est votre type d'activité ?

-rural

7) Etes-vous- maître de stage (chez le praticien) ?

-oui / non

8) Recevez vous les délégués médicaux des laboratoires ?

-oui/non

9) D'après vous, la phlébite superficielle peut-elle se compliquer ?

-oui/non

10) Devant la découverte à l'examen clinique d'une phlébite superficielle, que faites vous parmi les choix suivants :

-j'adresse au phlébologue

-j'adresse au cardiologue

-j'adresse aux urgences

-je prends en charge moi-même

11) Devant la suspicion de phlébite superficielle, demandez-vous systématiquement une échographie-doppler pour rechercher une phlébite profonde ?

-oui/non

12) Pensez vous qu'il existe un traitement consensuel ?

-oui/non

13) Comment traitez-vous cette pathologie ?

nécessaire

- AINS uniquement → si oui lequel ? per os ou IM ?
- anticoagulants → si oui lequel ? à quelle dose ?
- bas de contention seulement
- topiques locaux seuls → si oui lesquels ?

14) Combien de temps la traitez-vous ?

- moins de 7 J
- 7 et 15 J
- 16 à 30 J
- 31-45 J
- 46 à 60 J
- plus de 60 J

15) Si vous prescrivez des anticoagulants :

- vous trouvez une IDE pour débiter l'injection le jour même
- vous lui montrez au cabinet comment réaliser le geste

16) Satisfaction questionnaire 0 à 10

17) Commentaires éventuels

Résumé

Prise en charge d'une thrombophlébite superficielle des membres inférieurs en cabinet par les médecins généralistes d'Ile de France.

Introduction : La thrombophlébite superficielle des membres inférieurs est une pathologie méconnue en France. Sa gravité potentielle au niveau local (récidive, extension) et à distance (thrombose profonde, embolie pulmonaire) a longtemps été sous-estimée. Depuis les deux dernières décennies, la prise en charge diagnostique et thérapeutique a radicalement changé. Les connaissances des médecins généralistes concernant cette pathologie et leur prise en charge en cabinet n'a pas été étudiée. L'objectif de notre étude est de décrire la prise en charge actuelle de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs par les Médecins généralistes en Ile de France.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive par des questionnaires distribués de façon aléatoire aux médecins généralistes exerçant en cabinet en Ile de France. La période d'inclusion était de Novembre 2015 à Mars 2016. Les 15 questions portaient à la fois sur les connaissances des médecins généralistes concernant la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs, et leur attitude diagnostique et thérapeutique face au patient.

Résultats : Sur les 250 médecins généralistes sélectionnés, 110 réponses ont été obtenues au total (taux de réponse : 45%). Environ 53% (n=59) d'entre eux connaissent l'existence de potentielles complications de la thrombophlébite superficielle. 54% des médecins interrogés prescrivent systématiquement une échographie Doppler afin de les éliminer. Un traitement par anticoagulant est prescrit dans 46/ des cas, pour une durée en moyenne comprise entre 7 et 15 jours (44%).

Conclusion : Il existe une grande hétérogénéité dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la thrombophlébite superficielle des membres inférieurs. Etant donné la gravité et la prévalence significative de cette pathologie, il serait intéressant d'améliorer la formation dans ce domaine, et de favoriser le réseau de soins avec les spécialistes pour optimiser la prise en charge du patient.

Mots-clés

- thrombophlébite superficielle
- thrombose veineuse superficielle
- médecine générale
- ambulatoire
- traitements

Doctorat en Médecine Générale

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06