



Démarche diagnostique des suspicions de thromboses veineuses profondes des membres inférieurs : étude descriptive à propos de 214 cas au sein du service des urgences du Centre hospitalier d'Antibes

Grégory Sammelian

► To cite this version:

Grégory Sammelian. Démarche diagnostique des suspicions de thromboses veineuses profondes des membres inférieurs : étude descriptive à propos de 214 cas au sein du service des urgences du Centre hospitalier d'Antibes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02454659

HAL Id: dumas-02454659

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02454659>

Submitted on 24 Jan 2020

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.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

**Démarche diagnostique des suspicions de thromboses veineuses
profondes des membres inférieurs.
Etude descriptive à propos de 214 cas au sein du service des Urgences du
Centre Hospitalier d'Antibes.**

Soutenue et présentée publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le :

01/10/2019

Par

Grégory SAMMELIAN

Né le 22/07/1988 à Antibes

Jury

Président : Monsieur le Professeur Emile FERRARI

Assesseur : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Assesseur : Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Invitée: Madame la Docteur Diana RAFIDINIAINA

Directeur : Monsieur le Docteur Jean-Christophe LEONETTI

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA
Etudiants	jean
	M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE
EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSENKHODIA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE
CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale(43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale(43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale(46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique(50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME
CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie(42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique(42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire(44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire(43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie(42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques(42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire(44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie(45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie(55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion(47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES
UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS
AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	------------------	---------

PRATICIEN HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS
ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES
ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-
Noël Mme BUSSIERE
Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE
Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER
Liana
M. FENICHEL
Patrick M.
FRANCO Alain

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-
Marie Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel

M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON
Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN
Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN
Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-
Claire

Remerciements

Aux membres du Jury et maitres,

Monsieur le Professeur Ferrari

Je vous suis reconnaissant de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de l'intérêt que vous y avez porté. Je tenais à vous adresser mes remerciements sincères et respectueux.

Monsieur le Professeur Levraut

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse, veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude. J'ai eu la chance de pouvoir être interne dans votre service et de pouvoir énormément progresser dans le domaine de l'urgence.

Monsieur le Professeur Gardon

Veuillez recevoir mes remerciements respectueux pour avoir accepté de siéger dans ce jury et juger mon travail. Je vous remercie également de l'intérêt que vous portez dans la formation des internes en médecine générale permettant de nous améliorer dans notre discipline.

Madame le Docteur Rafidiniaina

Je vous remercie pour votre présence dans ce jury et de l'aide que vous m'avez apportée en me fournissant les dossiers sur lesquels j'ai pu travailler. J'ai débuté mes premières nuits aux urgences dans votre service. J'ai beaucoup appris à vos côtés durant mes différentes gardes et je conserverai en tête votre approche humaine et professionnelle indispensable dans ce métier. Soyez certaine de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Leonetti

Merci pour ta présence et ton aide précieuse dans ce travail de thèse. Depuis le début de mon internat, tu as toujours su répondre favorablement à mes demandes et prendre sur ton temps pour que je puisse me former à tes côtés. Pour tout cela soit certain de mon infinie reconnaissance.

A l'ensemble de mes maitres

Vous avez pris le temps de me transmettre votre savoir durant l'ensemble de mon cursus d'interne. Je ne pourrais en être là ce jour sans votre aide et expérience.

A mes parents

Qui m'ont toujours accompagné dans ce parcours difficile mais tellement épanouissant. Aucun mot ne pourrait décrire à quel point je vous suis reconnaissant, je vous dois tout.

A mes oncles et tantes

Je n'oublierai jamais les bons moments passés tous ensemble.

A mes cousins et cousines

Ne changez pas, restez comme vous êtes, c'est toujours avec un grand plaisir que je vous retrouve.

A mes soeurs, mes neveux et ma nièce

Tout simplement parce que l'on n'a qu'une seule famille, ne laissons pas le temps nous éloigner.

A John, Beber, Back et Chris

Parce qu'une amitié qui dure depuis plus de la moitié de ma vie restera pour toujours.

John, un regard nous suffit pour nous comprendre. Au grand désarroi de certains quelques fois...

Beber, depuis le début une aide au quotidien et une personne toujours présente quand il faut.

Back, une amitié scellée en quelques mois de fac ensemble. Un sourire et un oeil vif !

Chris, ta capacité à t'adapter dans chaque situation est un exemple. Reviens nous vite !

A Junior, Bryan, Julieta

Ces heures et années passées dans cette faculté dans les bons comme les mauvais moments nous souderons à vie.

Junior, des soirées à n'en plus finir aux petits oignons.

Bryan, un raisonnement médical unique même si superficiel...

Julieta, quelle force de caractère ! Tu as toujours su rester toi même.

A Anne et Max

Une amitié inattendue et sincère depuis le premier jour. Comme quoi une main sur l'épaule peut changer une vie.

A Anouch et Hugo

Merci pour vos sourires quotidiens. Heureux de vous revoir enfin parmi nous, vous m'avez manqué.

A Polo

Tu es comme tu le dis si bien, incroyable !

A Cappell'

Merci pour cette belle amitié forgée au cours de cet internat.

A Marisou

Pour ta joie de vivre au quotidien quelles que soient les situations.

A Fauve et Guitou

Parce que des moments passés au ukulélé avec du blanc de blanc cela n'a pas de prix.

A Claire et Alex

Un merveilleux exemple de réussite et de bonheur dont tout le monde devrait s'inspirer.

A Victoria

Tu es rentrée dans ma vie il y a un an presque jour pour jour. Tu as su m'apporter une aide inestimable depuis notre rencontre, je t'en remercie. Ma vie est beaucoup plus simple à tes côtés, que cela dure de nombreuses années...

A mes proches qui m'observent, peut-être, de là-haut...

Glossaire

- TVP : Thrombose Veineuse Profonde
- MTEV : Maladie Thrombo-embolique Veineuse
- EP : Embolie Pulmonaire
- AOD : Anticoagulants Oraux Directs
- HBPM : Héparines de Bas Poids Moléculaires
- VPN : Valeur Prédictive Négative
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

Table des matières

Remerciements	9
Glossaire	12
Table des matières	13
Introduction	14
Méthodologie	16
Résultats	18
Analyse démographique	18
Provenance des patients à l'arrivée aux urgences	19
Motif clinique de consultation	20
Facteurs de risques de MTEV	21
Examens Paracliniques	22
Hospitalisation	23
Discussion	24
1. Analyse des résultats	24
Clinique	24
Biologique	25
Doppler veineux	26
Hospitalisation et retentissement économique	27
2. Limites de l'étude statistique	28
3. Points forts de l'étude	28
Conclusion	30
Annexes	31
Bibliographie	33
Serment d'Hippocrate	37
Résumé	38

Introduction

La thrombose veineuse profonde (TVP) est un réel problème de santé publique par son incidence dans la population française et dans sa stratégie thérapeutique. Elle fait partie des maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV) au même titre que l'embolie pulmonaire (EP) ou du syndrome post thrombotique. Elle représente un motif de consultation fréquent aussi bien en ville qu'en médecine hospitalière.

La TVP touche 1,5 personne sur 1000/an dans la population générale. Son incidence augmente avec l'âge touchant jusqu'à 7 personnes sur 1000/an après 70 ans(1)(2). L'évolution démographique nous laisse donc supposer à juste titre d'une augmentation de son incidence dans les années à venir.

La TVP peut se compliquer d'une EP avec, en France, une mortalité estimée entre 5000 et 10000 décès annuel et de maladies post thrombotiques dans 2 à 3% de la population générale qui en font un impact en terme de morbidité et de coût de santé publique important(3)(4)(5).

La physiopathologie de la TVP est complexe et multifactorielle. La thrombose veineuse profonde résulte d'une activation localisée de la coagulation avec constitution d'un thrombus dans le système veineux historiquement décrite par la triade de Virchow (lésion pariétale, stase veineuse, hypercoagulabilité).

De nombreux facteurs de risques doivent être recherchés à l'interrogatoire : l'âge, l'immobilisation prolongée, les chirurgies récentes, la grossesse, la iatrogénie médicamenteuse, les anomalies de l'hémostase.

L'examen clinique recherche une douleur spontanée, un oedème unilatéral, une rougeur mais ne permet jamais à lui seul d'affirmer ou d'exclure le diagnostic de TVP. Les signes cliniques habituellement décrits ont des sensibilités et spécificités variables rendant le diagnostic non certain(6)(ANNEXE 1).

Devant cette faible sensibilité clinique, des scores de probabilités et arbres décisionnels ont été établis afin de faciliter la démarche diagnostique clinique et paraclinique.

Le score de Wells demeure le score de probabilité le plus utilisé en médecine de ville et en milieu hospitalier (6)(7)(ANNEXE 2).

L'évaluation de cette probabilité clinique permet d'établir un algorithme guidant les examens complémentaires reposant essentiellement sur le dosage biologique des D-Dimères (une valeur inférieure à 500 mg.L-1 exclut le diagnostic de TVP en cas de probabilité faible ou intermédiaire) et sur la réalisation d'un écho-doppler veineux des membres inférieurs pour une probabilité forte(5)(ANNEXE 3).

L'écho-doppler veineux des veines iliaques et des membres inférieurs (MI) est actuellement l'examen de référence pour faire le diagnostic de TVP. La méthode simplifiée dite « échographie 4 points », par compression unique de la veine fémorale commune et de la veine poplitée, a une sensibilité et une spécificité identique à la méthode classique(8)(9).

Le traitement principal de la TVP repose sur l'anticoagulation. Plusieurs molécules sont utilisées.

La plus ancienne d'entre elles repose sur l'héparine non fractionnée (HNF) aux dernières molécules représentées par les anticoagulants oraux directs (AOD) depuis 2010(10)(11)(12)(13)(14).

La prise en charge d'une TVP en ambulatoire est conditionnée par le diagnostic de certitude, une éducation thérapeutique adaptée, une surveillance thérapeutique en relation avec le médecin traitant(15).

Les données de la littérature ont montré que le traitement des TVP par les héparines de bas poids moléculaires (HBPM) en ambulatoire était au moins aussi efficace et sûr que le traitement héparinique en milieu hospitalier et laisse à suggérer une optimisation de la prise en charge par les AOD(16)(17).

Cette prise en charge ambulatoire a un impact bénéfique financier permettant une réduction des coûts par rapport à une prise en charge hospitalière. De surcroît, elle évite la surcharge des services hospitaliers dans lesquels la disponibilité des lits est une problématique du quotidien(18).

Selon les accords professionnels, l'hospitalisation est indiquée chez les patients atteints de TVP et insuffisants rénaux sévères (avec clairance de la créatinine $< 30 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$), ceux présentant une pathologie à risque hémorragique, les TVP proximales avec syndrome obstructif sévère ou de localisation ilio-cave, les TVP compliquées d'EP et les patients chez qui une prise en charge ambulatoire risque de ne pas être optimale (contexte psycho-social, précarité, isolement géographique)(10).

Mon cursus d'interne m'a permis d'effectuer de nombreuses gardes aux services des urgences notamment au Centre Hospitalier d'Antibes où j'ai pu observer une augmentation croissante du nombre de patients admis qui, pour certains d'entre eux, auraient pu bénéficier d'une prise en charge préalable en ville.

La TVP est donc une pathologie fréquente et potentiellement grave, pour laquelle la procédure diagnostique et thérapeutique est aujourd'hui encadrée par de nombreuses études et recommandations. Cependant il n'existe que très peu d'études permettant d'observer la prise en charge diagnostique d'une suspicion de TVP en médecine primaire.

L'objectif principal de cette étude est donc d'observer la démarche diagnostique des suspicions de TVP arrivant au service des urgences du Centre Hospitalier d'Antibes en réalisant une étude descriptive rétrospective au cours de l'année 2018 afin de cibler d'éventuels axes d'amélioration.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective monocentrique menée du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Antibes.

Les données ont été exploitées grâce au logiciel du service Urqual© dans lequel est consigné l'ensemble du dossier médical et du parcours du patient.

Les dossiers médicaux retenus étaient ceux retrouvés par la codification CIM-10 avec le code dont la conclusion clinique pouvait faire évoquer une suspicion de TVP:

- M796 pour la douleur au niveau d'un membre
- R232 pour la rougeur
- R60 pour l'œdème localisé.

Au total 293 dossiers ont été retenus.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient les suivants:

- Patient > 18 ans
- Patient dont le motif de consultation était rougeur, œdème, douleur d'un membre inférieur.

Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- Patient < 18 ans
- Etiologie traumatique ou infectieuse
- Rougeur/Oedème/Douleur ne concernant pas un membre inférieur

Au total, 79 dossiers ont été exclus (32 pour une étiologie traumatique, 17 pour une étiologie infectieuse, 30 pour les signes cliniques n'intéressant pas le membre inférieur) et nous avons analysé 214 dossiers.

Analyses statistiques

Nous avons par la suite analysé ces 214 dossiers pour extraire les données qui nous semblaient pertinentes en les classant dans un tableur EXCEL.

Les données étaient les suivantes:

- Age
- Sexe
- Provenance: Médecin Traitant / cardiologue / angiologie / Patient
- Motif de consultation aux urgences
- Facteur de risque de MTEV
- Score de probabilité
- Dosage des D-dimères
- Réalisation d'une échographie
- Prescription d'une échographie à la sortie.
- Orientation: domicile ou hospitalisation
- Traitement prescrit à la sortie des urgences

Résultats

Analyse démographique

Notre étude a permis d'obtenir le recueil de dossiers de patients adressés au service des urgences du centre hospitalier d'Antibes devant la suspicion de TVP des membres inférieurs.

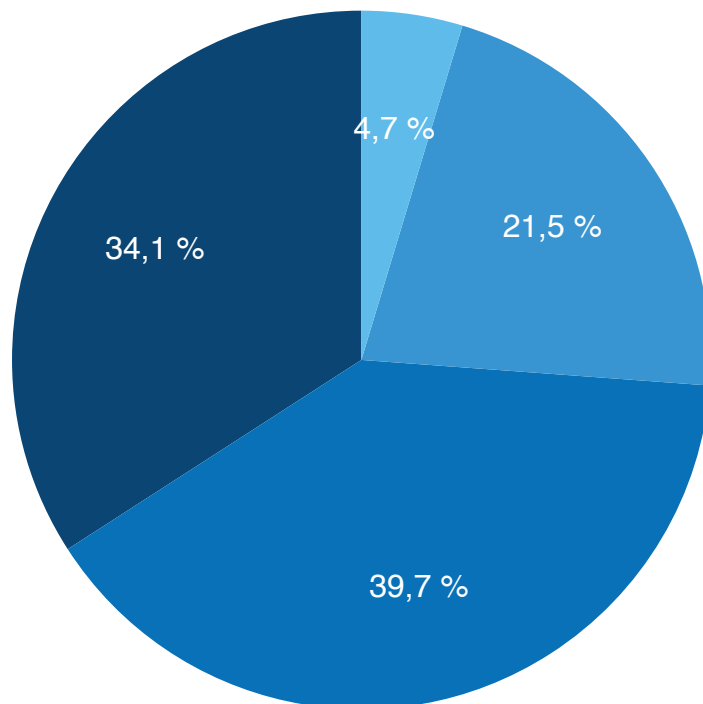
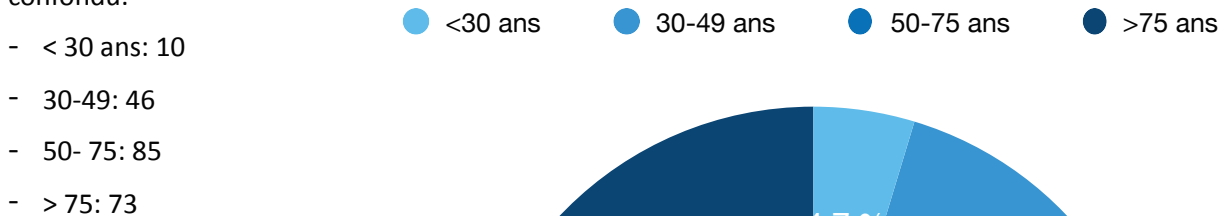
Durant l'année 2018 il y a eu 42635 passages aux urgences d'Antibes. Ainsi les 214 patients représentent 0,5% des consultations.

Dans notre étude il y avait 141 femmes soit environ 66% des patients.

La moyenne d'âge de tous les patients confondus est de 60,3 ans avec un écart type de 20,2.

En analysant par sexe, La moyenne d'âge des femmes est de 59,9 ans $\pm$ 20,8 et celle des hommes est de 60,8 $\pm$ 19.

Nous avons également évalué la fréquence en fonction de sous-groupe d'âge et ce tout sexe confondu:



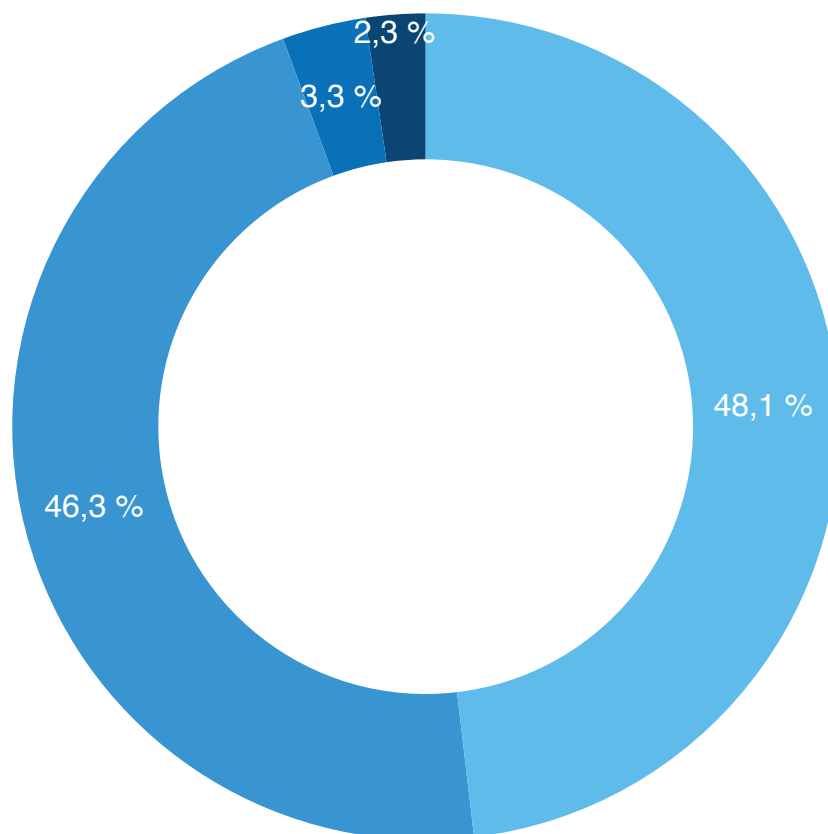
Provenance des patients à l'arrivée aux urgences

Dans notre population étudiée, deux groupes presque équivalents se distinguent. On retrouve ainsi:

- 103 patients arrivant par leur propre moyen soit 48,1 %
- 99 patients sont adressés par leur médecin traitant soit 46,3 %.

Les autres ont été adressés par un angiologue (7 patients) ou un cardiologue (5 patients).

● Propre Moyen ● Médecin Traitant ● Angiologue ● Cardiologue

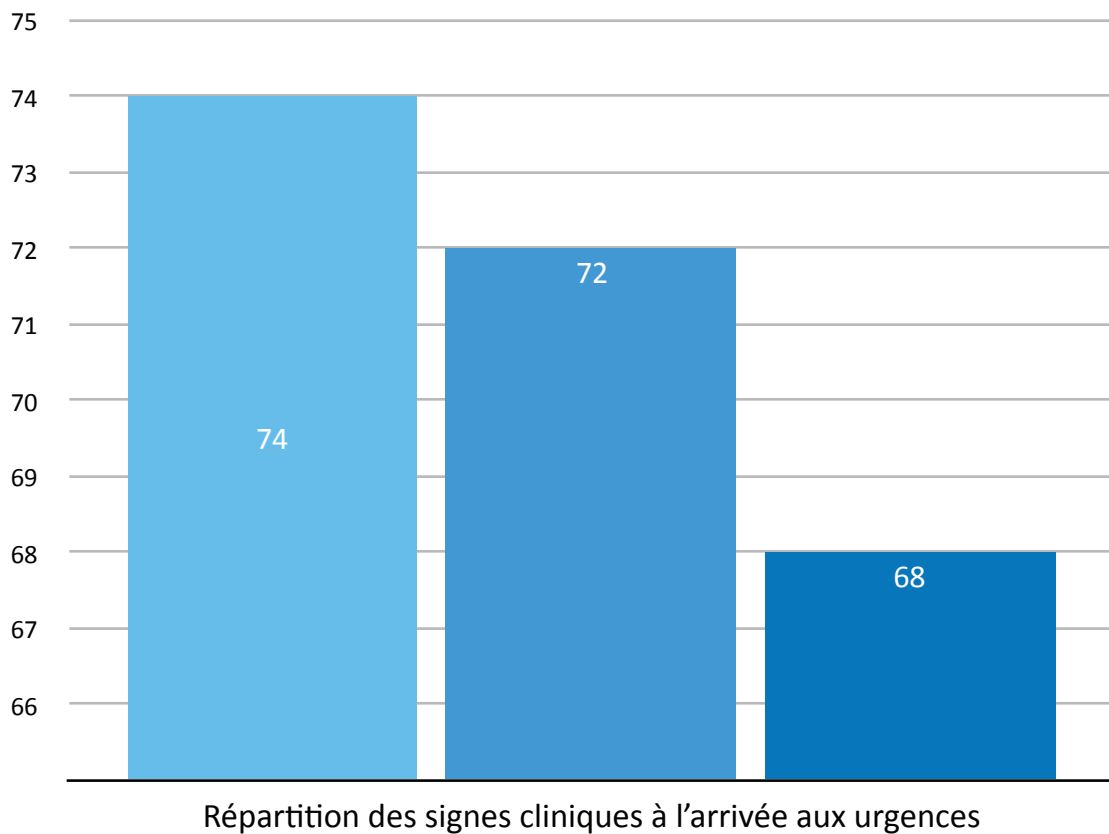


Motif clinique de consultation

Nous avons étudié les motifs de consultation clinique pour lesquels les patients étaient adressés pour une suspicion de TVP devant la nature complexe et variée des signes cliniques pouvant faire évoquer ce diagnostic.

On peut ainsi observer une relative homogénéité des signes cliniques retrouvés avec :

- une douleur chez 74 patients soit 34,6 %
- une rougeur chez 72 patients soit 33,6%
- un oedème chez 68 patients soit 31,8 %



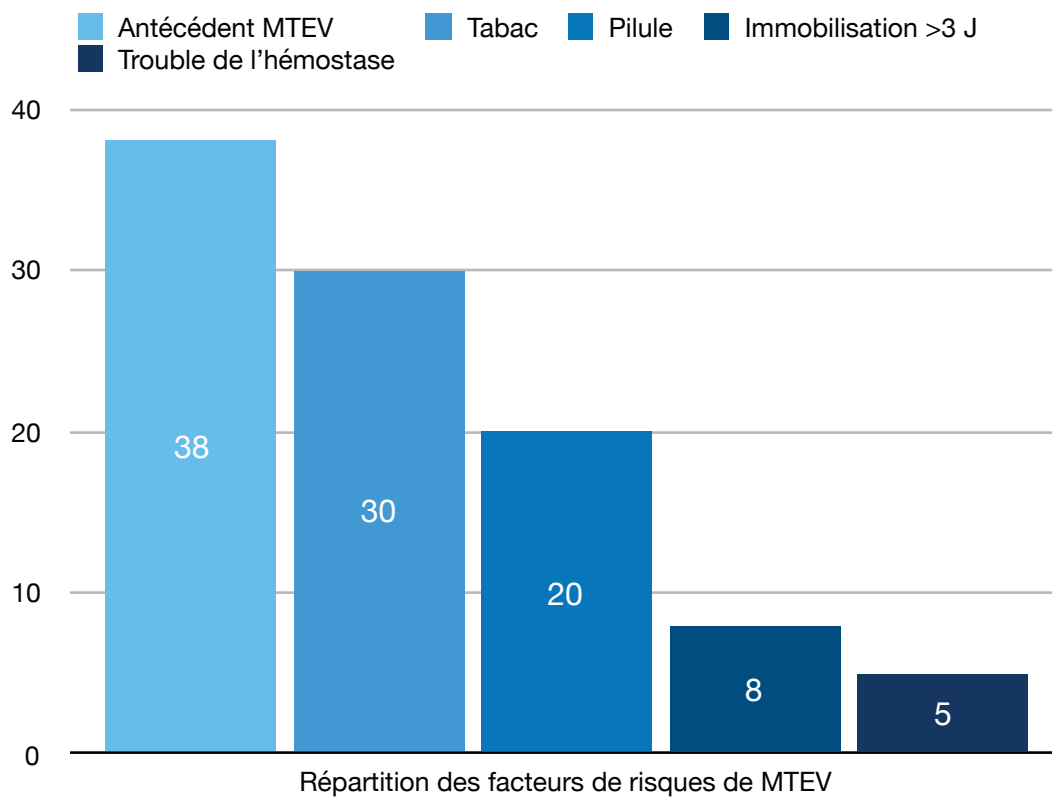
Facteurs de risques de MTEV

Nous avons analysé les facteurs de risques de maladies thrombo-emboliques veineuses recensés dans les dossiers médicaux.

Ainsi 101 patients présentaient des facteurs de risques soit 47,2 % des patients.

Parmi eux:

- 38 avaient des antécédents de MTEV (29 TVP et 9 EP) soit 37,25 %
- 30 patients étaient tabagiques soit 29,4 %
- 20 patientes prenaient une pilule oestro-progestative soit 19,6 %
- 8 patients présentaient une immobilisation >3j soit 7,8%
- 5 patients avaient un trouble de l'hémostase soit 4,9 %.



Examens Paracliniques

D-dimères

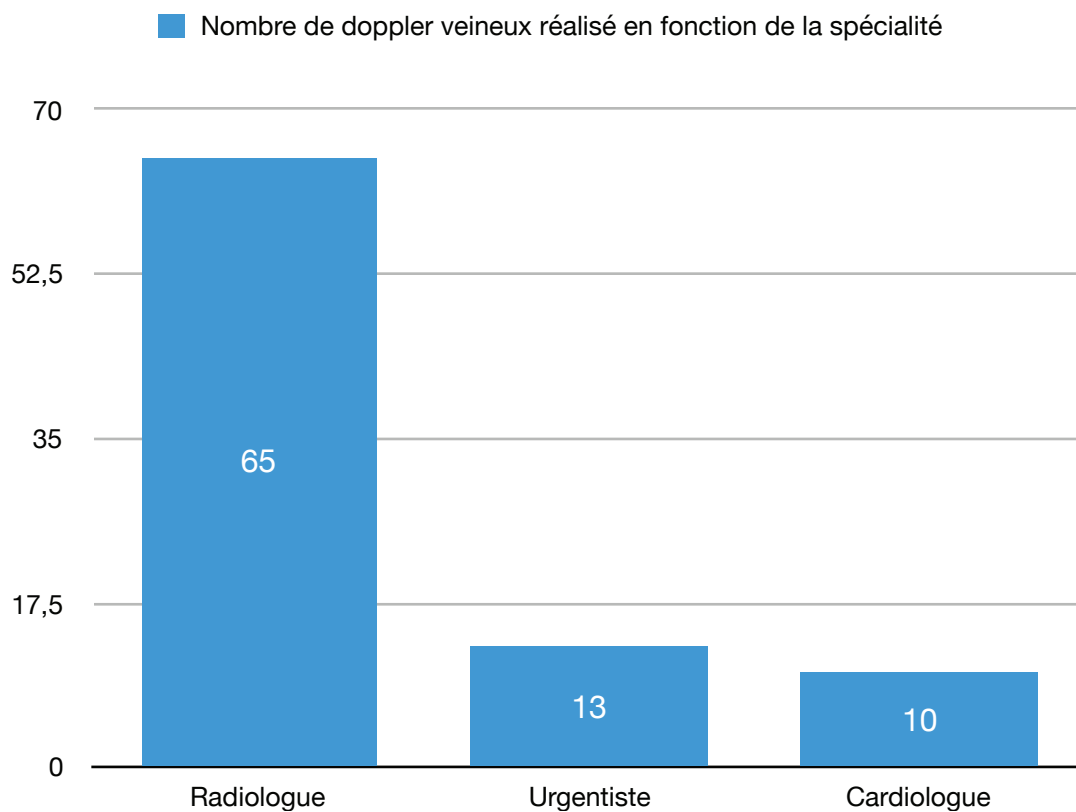
118 patients (55 % de la population étudiée) ont eu un bilan biologique avec réalisation des D-dimères.

Sur ces 118 patients 79 avaient un dosage de D-dimères positif et 39 avaient un dosage négatif permettant d'exclure le diagnostic de TVP.

Echo-doppler des membres inférieurs

Un doppler a été réalisé chez 88 patients.

Il était réalisé par un radiologue dans 74 % des cas, par un urgentiste formé au doppler 4 points dans 15 % des cas et par un cardiologue dans 11 % des cas.



Hospitalisation

16 patients ont été hospitalisés chez les 175 patients pour lesquels le diagnostic de TVP était envisagé.

Les motifs étaient les suivants:

- 6 patients pour la réalisation d'un doppler
- 4 patients pour thrombus extensif.
- 3 patients présentaient une atteinte hématologique.
- 3 patients présentaient une récurrence de TVP sous traitement anticoagulant.

Discussion

Nous avons pris le choix d'une étude épidémiologique descriptive concernant la démarche diagnostique des suspicions des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs dans le service des urgences du CH d'Antibes.

Considérées pendant longtemps comme exclusivement hospitalière, l'instauration et la gestion du traitement anticoagulant peuvent se faire en ambulatoire de façon certaine.

L'utilisation systématique d'une aide au diagnostic par l'intermédiaire d'un score, type score de Wells, est une aide non négligeable dans sa probabilité diagnostique(7)(15)(16)(17).

Les données de la littérature ont confirmé que le traitement de la TVP par les HBPM en ambulatoire était au moins aussi efficace et sûr que le traitement héparinique hospitalier de référence(18)(19)(20).

Elles sont plus pratiques d'emploi du fait de l'absence d'adaptation des doses à des tests d'hémostases, leur facilité d'utilisation a permis d'élargir le traitement ambulatoire des TVP avec une réduction du coût de leur prise en charge(21).

Outre la sécurité d'emploi des HBPM, la diffusion d'examen d'imagerie tel que l'écho-doppler veineux a considérablement amélioré et simplifié le diagnostic des TVP en médecine de ville.

1. Analyse des résultats

Clinique

Nous avons observé que 46% des patients étaient adressés par le médecin généraliste aux urgences en contradiction des recommandations qui prônent une prise en charge majoritairement en ambulatoire.

Ce résultat peut s'expliquer par la difficulté d'une confirmation diagnostique d'une TVP par le seul examen clinique, l'appréhension pronostique en cas de non traitement, un sous-usage du score de probabilité clinique et la difficulté d'obtention en urgence d'un examen de confirmation.

De plus, 48% des patients accèdent aux urgences sans avis médical préalable. Ce chiffre montre bien l'explosion de la fréquentation des passages aux urgences comme le confirme les chiffres de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation Statistique selon son étude menée en 2015 imputable à un vieillissement de la population, un recul de la médecine de ville et un changement des mentalités.

Soigner à domicile, quand la situation le permet, est un bénéfice indéniable pour le patient comme le souligne l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'après son rapport de juillet 2019 sur « le virage ambulatoire ».

Ainsi la constitution d'un réseau de correspondants (ANNEXE 4) et la participation à des Formations Médicales Continues (FMC) faciliteraient l'accès au diagnostic positif permettant de remédier à la difficulté d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement Ville/Hôpital.

Biologique

Les D-Dimères sont les produits de dégradation de la fibrine. La présence d'un thrombus met en jeu dans l'organisme le mécanisme d'insolubilisation du fibrinogène qui explique l'augmentation des D-Dimères(22).

La valeur prédictive négative (VPN) des D-dimères augmente avec le score de probabilité clinique pour atteindre 100% lors d'une probabilité faible(20)(23).

Cet examen a une forte VPN avec une sensibilité de 95 à 98%, sa spécificité est faible, variant entre 28 et 68% en fonction du contexte(9).

La concentration plasmatique moyenne des D-dimères augmente avec l'âge. Elle n'est inférieure à 500 µg/l que chez environ 10% des patients âgés de 80 ans et plus(24).

Nous avons observé que 55% des patients ont bénéficié d'un bilan biologique avec réalisation des D-dimères.

Sur ces 118 patients, 79 avaient un dosage positif soit 67 % ne permettant d'éliminer le diagnostic de TVP que chez 39 d'entre eux.

Ces résultats confirment bien la faible spécificité de ce test et de la difficulté de la prescription guidée par la clinique seule.

Doppler veineux

Selon l'algorithme décisionnel, la présence d'une suspicion clinique et la positivité des D-dimères nous orientent vers la réalisation d'un écho-doppler afin de confirmer une hypothèse diagnostique de TVP.

88 écho-doppler veineux ont été réalisés aux urgences dans le cadre d'une suspicion de TVP.

38 ont été réalisés à la suite d'un dosage de D-dimères >500 mg.L-1.

50 patients ont bénéficié d'un écho-doppler systématique à la vue de la forte probabilité clinique.

Au total, le diagnostic de TVP a été confirmé chez 48 patients (54,5 %).

Il est à observer que 41 patients, malgré une positivité des D-dimères, n'ont pas réalisé d'imagerie au sein des urgences et ont eu à réaliser en ville un complément d'imagerie ainsi que 34 patients pour lesquels aucun acte paraclinique n'avait été réalisé.

Se pose la question dès lors, de la prescription et de l'ajustement d'un seuil de positivité des D-dimères chez les patients adressés aux urgences(25).

Parmi les 96 patients qui n'ont pas eu de dosage biologique:

- 50 ont bénéficié d'un doppler au sein des urgences (64,6 %), en raison d'une forte suspicion clinique.
- 12 avaient bénéficié d'une imagerie préalable (angiologue ou cardiologue).
- 34 ont bénéficié d'une ordonnance de sortie pour réalisation d'un écho-doppler.

Un traitement anticoagulant a été instauré chez 93 patients dont 45 sans confirmation diagnostique par probable impossibilité logistique de réaliser rapidement un écho-doppler veineux.

Il est à observer que l'indication de l'écho-doppler au sein de cette étude a été essentiellement guidée par une appréciation clinique et la possibilité de réaliser cet examen en urgence.

L'intérêt de l'utilisation de score de probabilité, de type score de Wells, aurait probablement pu limiter le risque de démarche inappropriée et aurait pu permettre une limitation de prescription d'examen paraclinique.

La création du score Wells intégré au logiciel informatique des urgences Urqual® a été proposée au service informatique du centre hospitalier ainsi que la formation à l'échographie dite « 4 points » auprès des urgentistes en accord avec les recommandations de La Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de palier aux difficultés de réalisation de doppler (26)(27).

Hospitalisation et retentissement économique

Il est à noter au cours de cette étude que 16 patients au total ont été hospitalisés bien que les dernières études tendent à montrer l'intérêt d'une prise en charge en ambulatoire. Cependant elle demeure indiquée chez les insuffisants rénaux sévères, ceux présentant une pathologie à risque hémorragique, les TVP proximales avec syndrome obstructif sévère ou de localisation ilio-cave, les TVP compliquées d'EP et les patients chez qui une prise en charge ambulatoire risque de ne pas être optimale (contexte psycho-social, précarité, isolement géographique).

Ainsi, 6 hospitalisations dans le service post-urgence auraient pu être considérées comme hors recommandations au vu d'un motif logistique.

La disponibilité et l'utilisation d'outil d'aide au diagnostic par des guides incluant un score de probabilité clinique pourraient augmenter la performance des médecins face à une TVP. L'intégration dans des programmes informatiques calculés en fonction de l'anamnèse et de la symptomatologie seraient une aide à la démarche diagnostique au sein du service des urgences.

Le respect des recommandations permettrait de limiter le coût et le nombre d'examens paracliniques avec un risque mineur de manquer un diagnostic de TVP.

A l'heure des réductions budgétaires dans le domaine de la Santé, il nous est demandé d'optimiser, aussi bien sur le plan médical que financier, la prise en charge des patients.

Au CH d'Antibes, le coût du parcours hospitalier est le suivant :

- Consultation aux urgences sans hospitalisation = 50,36€
- Coût d'une prise de sang = Bilan Standard (comprenant bilan rénal et hépatique) 19,17 € + D-dimères 16,20€
- Coût d'une journée d'hospitalisation aux HTU (service post-urgence) = 675€
- Coût d'un écho-doppler veineux des membres inférieurs (en ville ou à l'hôpital) = 75,60€

Dans le cadre des réformes de santé où le « virage ambulatoire » apparaît de plus en plus d'actualité, l'intérêt économique n'est pas à sous-estimer aussi bien dans le cadre de la prise en charge diagnostique que thérapeutique.

L'essor de nouvelles molécules, telles que les AOD, tend déjà à modifier nos habitudes médicales(28). Leurs taux de prescriptions augmentent mais des freins persistent par manque d'information ou craintes de prescriptions(29).

2. Limites de l'étude statistique

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective observationnelle. De nature cette étude manque de puissance statistique.

De plus notre étude présente un biais de confusion par son recrutement monocentrique. Afin de limiter ce biais il serait intéressant d'évaluer la prise en charge des suspicions de TVP sur l'ensemble des centres hospitaliers du département (centre hospitalo-universitaire et centres hospitaliers périphériques) augmentant ainsi le recrutement des patients avec une population étudiée plus représentative de la population.

Notre étude présente également un biais de sélection. Les patients ont été recrutés sur une base informatique (Urqual®), méthode de recrutement dépendant de la classification CIM 10 permettant aux urgentistes de codifier la conclusion de leurs dossiers médicaux. Afin de limiter ce biais, l'ensemble des dossiers médicaux pouvant faire l'objet d'une prise en charge de suspicions de TVP ont été étudiés (M796 pour la douleur au niveau d'un membre, R232 pour la rougeur, R60 pour l'œdème localisé).

Il existe enfin un biais d'information dû à l'analyse propre inhérente et à la syntaxe de chaque urgentiste. Afin de limiter ce biais l'utilisation d'un questionnaire pré-rempli permettrait de rechercher l'ensemble des facteurs de risques ainsi que l'évaluation du score de probabilité clinique.

3. Points forts de l'étude

L'étude réalisée au sein du CH d'Antibes confirme une adéquation globale entre les recommandations et la démarche diagnostique.

Notre étude confirme l'intérêt de l'appréciation clinique afin de statuer sur la probabilité à partir de scores pré-établis ainsi que l'intérêt relatif de la positivité des D-dimères et le rôle primordial de l'imagerie dans cette suspicion diagnostique.

Dans notre étude, 103 patients se sont présentés spontanément sans avoir consulté un médecin de ville.

Il apparaît important d'éduquer les patients dans le parcours de soins afin de ne pas participer au phénomène de saturation des urgences ainsi que dans l'amélioration de leur prise en charge et leur suivi.

Cette dernière doit être optimisée en amont par les acteurs de santé de ville.

C'est pourquoi, des pistes de collaborations entre la médecine générale de ville et l'hôpital sont à élaborer.

Pour cela nous avons voulu mettre en place un parcours de soins de la suspicion des TVP des membres inférieurs dans le bassin antibois afin de faciliter la prise en charge du praticien de ville.

Nous éditons donc un conseil de prise charge que nous enverrons par mail aux différents médecins généralistes afin de faciliter celle-ci en accord avec les acteurs de ville. (ANNEXE 4)

Au vu de cet écueil et afin d'optimiser l'accessibilité aux échographies, il est créé des plages de consultations d'urgences supplémentaires au sein des vacations de médecine vasculaire du CH d'Antibes permettant aux urgentistes de convoquer les patients dans les 24H assurant leur suivi.

Conclusion

La TVP du membre inférieur est une pathologie fréquente potentiellement grave et un motif de consultation courant en médecine générale.

Les signes cliniques habituellement décrits ont des sensibilités et spécificités variables rendant le diagnostic non certain. Le score de Wells, score de probabilité diagnostique clinique, permet d'établir un algorithme guidant les examens complémentaires. Ceux-ci reposent sur le dosage biologique des D-Dimères et sur la réalisation d'un écho-doppler veineux des membres inférieurs qui est actuellement l'examen de référence pour faire le diagnostic de TVP.

Le traitement principal de la TVP repose sur l'anticoagulation. La prise en charge d'une TVP en ambulatoire est conditionnée par le diagnostic de certitude, une éducation thérapeutique adaptée, une surveillance thérapeutique en relation avec le médecin traitant.

Les données de la littérature ont montré que le traitement des TVP isolées était à l'heure actuelle du domaine de l'ambulatoire accentué ces dernières années par l'essor des AOD.

Cette prise en charge ambulatoire a un impact bénéfique financier permettant une réduction des coûts par rapport à une prise en charge hospitalière.

Notre étude descriptive et rétrospective sur l'année 2018 concernant la démarche diagnostique des suspicions de TVP arrivant au service des urgences du CH d'Antibes a permis d'observer un recours fréquent aux urgences des patients par leur propre moyen (48%) ou adressés par leur médecin traitant (46%) témoignant de la difficulté d'accès à un avis spécialisé.

L'hétérogénéité clinique de la TVP demeure, rendant son diagnostic complexe et nécessitant l'élaboration d'un score de probabilité clinique de type score de Wells permettant d'évaluer une stratégie diagnostique basée sur un dosage approprié des D-dimères et la réalisation d'un écho-doppler veineux.

Face à ces différentes problématiques, nous proposons d'améliorer la prise en charge ambulatoire des suspicions de TVP en élaborant un outil diagnostique pratique associant les différents acteurs médicaux du bassin antibois.

De plus, afin d'améliorer la disponibilité de l'échographie au sein du CH d'Antibes, il est créé des plages de consultations d'urgences supplémentaires au sein des vacations de médecine vasculaire permettant aux urgentistes de convoquer les patients dans les 24H assurant leur suivi.

Annexes

Annexe 1 : Sensibilité et Spécificité des différents signes cliniques

Signe clinique	Sensibilité	Spécificité
Douleur	75%	20%
Tension	78%	34%
Signe de Homans	40%	55%
Œdème unilatéral	45%	63%
Dilatation veineuse	25%	81%
Chaleur cutanée	85%	20%

D'après Bounameaux

Annexe 2 : Score de Wells

Variable		Points
Facteurs prédisposants	Parésie, paralysie ou immobilisation plâtrée récente des MI	1
	Chirurgie récente < 4 semaines ou alitement récent > 3 jours	1
	Cancer évolutif connu (traitement en cours ou < 6 mois ou palliatif)	1
Signes cliniques	Sensibilité le long du trajet veineux profond	1
	Œdème généralisé du MI	1
	Œdème du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale antérieure)	1
	Œdème prenant le godet	1
	Développement d'une circulation collatérale superficielle (veines non variqueuses)	1
	Diagnostic différentiel de TVP au moins aussi probable que celui de TVP	- 2
Probabilité clinique (3 niveaux)		Total
Faible		< 0
Intermédiaire		1 ou 2
Forte		> 3

Annexe 3 : Algorithme décisionnel guidant la prise en charge diagnostique de TVP

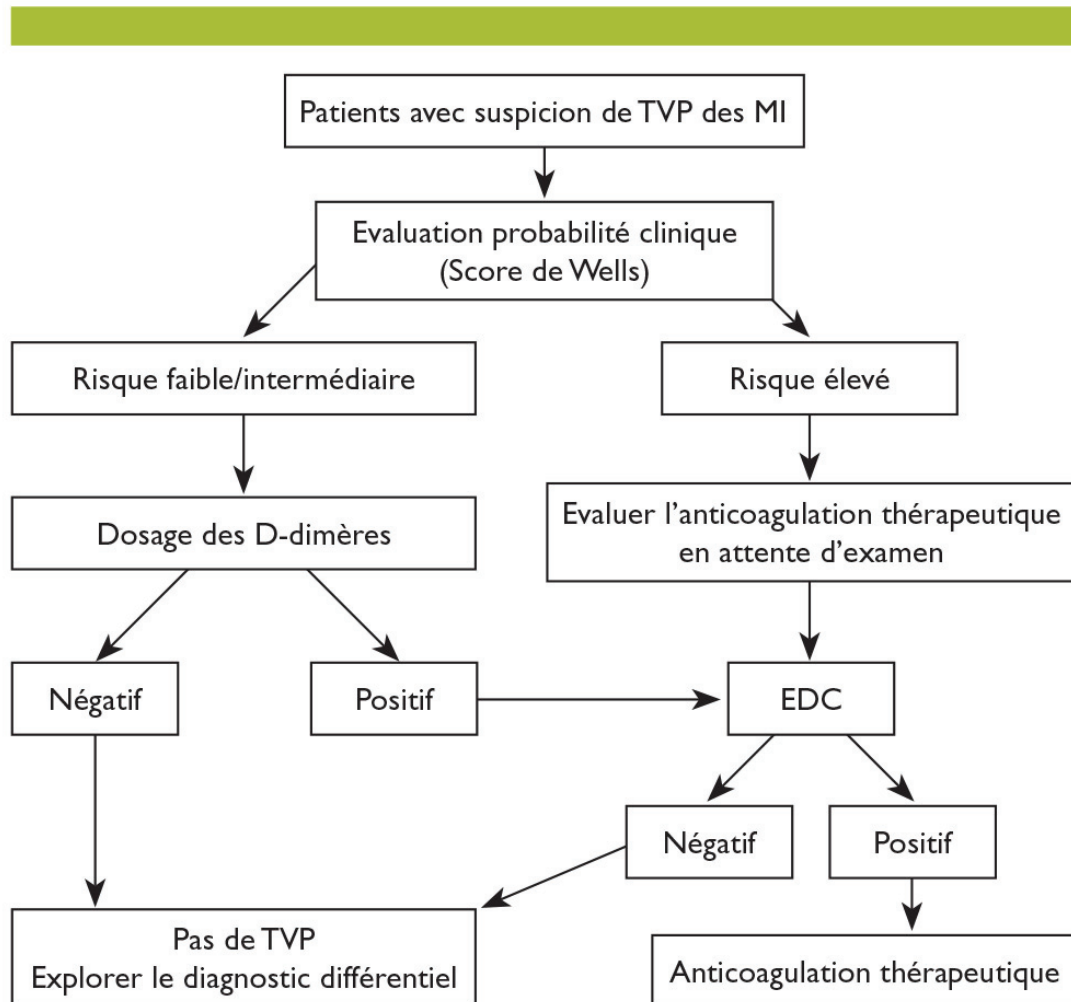


Figure 1. Algorithme pour la prise en charge de patients avec suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs (MI)

EDC : écho-doppler veineux de compression.

Bibliographie

- (1) Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, et al. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. *Semin Thromb Hemost* 2014 Oct;40(7):724-35.
- (2) Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost* 2007 Oct; 98(4):756-64.
- (3) Delsart D, Girard G, Moulin N, et al. Thrombose veineuse: diagnostic et traitement. *Médecine d'urgence* 2007 25, 190-10.
- (4) Humbert H, Parent F, Simonneau G. thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire revue du praticien 2002 52 555-564.
- (5) Spirk D, Banyai M, Jacomella V, et al. Outpatient management of acute deep vein thrombosis: results from the OTIS-DVT registry. *Thromb Res* 2011 127(5) 4067410.
- (6) Ambid-Lacombe C, Cambou JP, Bataille V, et al. [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 May;34(3):211-7.
- (7) Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997 Dec 20-27;350(9094):1795-8.
- (8) Vial I, Le Conte P, Longo C, et al. Modalités de prise en charge de la thrombose veineuse profonde par l'urgentiste. *Journal européen des urgences* 2001 14(4), 240-247.
- (9) Galanaud JP, Messas E, Blanchet-Deverly A, et al. Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse en 2015. *La Revue de Médecine Interne* 2015 36(11), 746-72.

- (10) Mismetti P, Baud JM, Becker F, et al. Recommandations de bonne pratique: prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. *Journal des Maladies Vasculaires* 2010 35(3), 127-136.
- (11) Schulman S, Kakkar AK, Goldhaber SZ, et al. Treatment of acute venous thromboembolism with dabigatran or warfarin and pooled analysis. *Circulation* 2014 Feb 18;129(7):764-72.
- (12) Hokusai-VTE Investigators, Büller HR, Décousus H, et al. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2013 Oct 10;369(15):1406-15.
- (13) Prins MH, Lensing AW, Bauersachs R, et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thromb J* 2013 Sep 20;11(1):21.
- (14) Agnelli G, Buller HR, Cohen A, et al. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2013 Aug 29;369(9):799-808.
- (15) AFSSAPS. Recommandation de bonne pratique. Prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. 2009.
- (16) Wells PS, Owen C, Doucette S, et al. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA* 2006 Jan 11;295(2):199-207.
- (17) Anand SS, Wells PS, Hunt D, et al. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA* 1998 Apr 8;279(14):1094-9.
- (18) Koopman MM, Prandoni P, Piovella F, et al. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. *N Engl J Med* 1996 Mar 14;334(11):682-7.
- (19) Levine M, Gent M, Hirsh J, et al. A comparison of low-molecular-weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *N Eng J Med* 1996 Mar 14;334(11):677-81.

- (20) Belcaro G, Nicolaidis AN, Cesarone MR, et al. 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 Oct; 50(10):781-7.
- (21) Boccalon H, Elias A, Chalé JJ, et al. 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 Jun 26;160(12):1769-73.
- (22) Freyburger G, Saillour F, Trillaud H, et al. Les D-dimères dans l'exclusion de thrombose: théorie, réalité quotidienne et perspective d'intégration dans une stratégie globale. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2000 12(9), 547-58.
- (23) Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003 Sep 25;349(13):1227-35.
- (24) Righini M, Goehring C, Bounameaux H et al. Effects of age on the performance of common diagnostic tests for pulmonary embolism. *Am J Med* 2000 Oct 1;109(5):357-61
- (25) Bussières M, L'Espérance S, Coulombe M. Pertinence d'ajuster le seuil de positivité du test de D-dimères en fonction de l'âge chez les patients à faible risque d' v nements thromboemboliques veineux. Rapport d'évaluation. Janvier 2016.
- (26) Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, et al. Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. 2016. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 1-12.
- (27) Laroche J.P, Dauzat M, Muller G, Janbon C. Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs: Intérêt du Doppler Couleur. *Phlébologie* 1996 49(2), 159-168.
- (28) Commission de la transparence de l'HAS. Avis et rapport d'évaluation des médicaments anticoagulants oraux. 59-62p. 2018

- (29) Lemaire, Yannick. Les nouveaux anticoagulants oraux modifient-ils la prise en charge curative de la thrombose veineuse profonde du membre inférieur? Étude sur une population de médecins généralistes installés dans les Alpes-Maritimes et le Var. 54-64 p. Thèse Médecine Générale. Université de Nice. 2014.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, préserver ou promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction: La thrombose veineuse profonde (TVP) du membre inférieur est une pathologie potentiellement grave retrouvée en médecine générale. Les signes cliniques rendent le diagnostic incertain. Le score de probabilité clinique de Wells permet d'établir un algorithme pour un meilleur diagnostic: d-dimères et/ou écho-doppler veineux. Le traitement ambulatoire validé a été accentuée par l'essor des Anticoagulants Oraux directs. **Objectif:** Observer et améliorer la démarche diagnostique des suspicions de TVP arrivant au service des urgences du Centre Hospitalier d'Antibes.

Matériel et Méthodes: Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective sur l'année 2018 concernant les patients admis aux urgences du CH d'Antibes et présentant une suspicion TVP. Les dossiers médicaux ont été retenus par la codification CIM-10 avec le code M796 pour la douleur au niveau d'un membre, R232 pour la rougeur, R60 pour l'œdème localisé.

Résultats: Nous avons sélectionné 293 dossiers parmi lesquels 214 ont été analysés. Il y avait 141 femmes (66%) et la moyenne d'âge était de 60,3 ans. 103 patients (48%) étaient arrivés par leur propres moyens, 99 étaient adressés par leur médecin traitant (46%). Les motifs cliniques de recours aux urgences étaient une douleur chez 74 patients (34,6%), une rougeur chez 72 patients (33,6%) et un œdème chez 68 d'entre eux (31,8%). Des d-dimères étaient réalisés chez 118 patients (55%), 79 étaient positifs. Un doppler a été réalisé chez 88 patients, le diagnostic de TVP a été retrouvé chez 48 patients. 75 patients ont bénéficié d'une ordonnance de doppler à réaliser en externe.

Discussion: Notre étude confirme l'hétérogénéité clinique de la TVP et la nécessité de l'élaboration d'un score de probabilité clinique comme le score de Wells permettant d'évaluer une stratégie diagnostique basée sur un dosage approprié des D-dimères et la réalisation d'un écho-doppler veineux. Nous proposons d'améliorer la prise en charge ambulatoire des suspicions de TVP en élaborant un outil diagnostique pratique associant les différents acteurs médicaux du bassin antibois. Il est créé des plages de consultations d'urgences supplémentaires au sein des vacations de médecine vasculaire permettant aux urgentistes de convoquer les patients dans les 24H assurant leur suivi.

Mots clés: Thrombose veineuse profonde, Diagnostic, Urgence, Médecine générale, Etude descriptive, D-dimères, Echo-doppler veineux, Ambulatoire.

Summary

Background: Deep vein thrombosis (DVT) of the lower limb is potentially serious pathology found in general practice. Clinical signs offered not sure diagnosis. The Wells clinical probability score is used to establish an algorithm for a better diagnosis: D-dimer test and / or venous ultrasound. Out-patient treatment of DVT accentuated in recent years by use of direct oral anticoagulants. **Aim:** Observe and improve management of diagnostic suspicions of DVT.

Methods: A retrospective descriptive study on the year 2018 concerning the patients admitted to the emergency department of Antibes Hospital and with suspicion TVP. Medical records were retained by « CIM-10 » coding with code M796 for pain at the limb, R232 for redness, R60 for localized edema.

Results: 214 were analyzed. There were 141 women (66%) and the average age was 60.3 years. 103 patients (48%) had arrived on their own, 99 were referred by their general practitioner (46%). The clinical reasons for emergency admission were pain in 74 patients (34.6%), redness in 72 patients (33.6%) and edema in 68 of them (31.8%). D-dimer was performed in 118 patients (55%), 79 were positive. Doppler was performed in 88 patients, DVT was found in 48 patients. 75 patients received a Doppler prescription to be performed externally.

Conclusion: Our study confirms the clinical heterogeneity of DVT and the need for the development of a clinical probability score such as the Wells score to evaluate a diagnostic strategy based on an appropriate D-dimer test and the achievement of venous ultrasound. We propose to improve the outpatient management of suspicions of DVT by developing a practical diagnostic tool associating the different medical actors of Antibes region. Additional emergency consultation ranges are created within vascular medicine outlets allowing emergency practitioners to recall patients within 24 hours to ensure follow-up.

Keywords: Deep vein thrombosis, Diagnosis, Emergency, General practice, Descriptive study, D-dimer, Venous ultrasound, Out-patient.