

Mots clés :

TVP  
Thrombose  
veineuse  
profonde  
Diagnostic  
D-dimère  
Echodoppler

## TVP : place des D-dimères et de l'écho-doppler

Comme nous l'avons vu précédemment<sup>1</sup>, l'estimation clinique de la probabilité de thrombose veineuse profonde (TVP) est la première étape indispensable à une utilisation rationnelle des examens complémentaires. La probabilité clinique faible, moyenne ou forte du diagnostic de TVP présage de l'intérêt et de la valeur diagnostique des trois principaux examens complémentaires : le dosage des D-dimères, l'écho-doppler veineux (EDV), la phlébographie. Nous disposons de nombreuses études de validation des démarches<sup>2,3,4</sup>.

### Le dosage des D-dimères, première étape, est un test très sensible, mais peu spécifique

Les D-dimères, produits de dégradation de la fibrine, ont un taux augmenté en cas de TVP, mais aussi dans de nombreux états non thrombotiques (chirurgie majeure récente, hémorragie, traumatisme, grossesse, cancer, thrombose artérielle aiguë).

Le dosage doit être effectué par les méthodes récentes de dosage rapide (ELISA). La sensibilité est élevée (90 à 98%), la spécificité médiocre (40%), la valeur prédictive dépend de la prévalence dans la population étudiée, donc ici de la probabilité clinique du risque de TVP<sup>1,2,4</sup>.

### Un test négatif dans les groupes à faible ou moyenne probabilité permet d'exclure avec une sécurité suffisante une TVP, sans nécessiter d'EDV.

Dans certaines études, le risque d'un événement thrombo-embolique dans les 3 mois avec des D-dimères normaux était de 1,6%. Mais ce risque à 3 mois est aussi trouvé à 1,2% après phlébographie normale et à 2% après EDV normal. L'abstention de traitement anticoagulant est donc justifiée dans ces groupes<sup>3,4</sup>.

**Un test négatif dans les groupes à forte probabilité ne peut conduire à se passer d'EDV.** Le risque de faux négatif, si faible en valeur relative soit-il, reste notable en valeur absolue, en raison de la forte prévalence de TVP dans ce groupe<sup>2,3</sup>.

**Un test positif** ne permet pas un diagnostic en raison de la faible spécificité, avec de nombreux de faux positifs<sup>2,4</sup> que l'on ne peut exclure qu'après EDV.

### Que conclure pour notre pratique ?

#### **Les D-dimères sont un test d'exclusion chez les patients avec faible ou moyenne probabilité clinique de TVP. Ils ne sont pas un test diagnostique.**

Ils permettent souvent de se passer d'autre examen et d'identifier les patients qu'il n'est pas nécessaire de soumettre au risque d'un traitement anticoagulant<sup>4</sup>.

**L'EDV est le test diagnostique de choix** chez les patients avec probabilité clinique de TVP faible ou moyenne et D-dimères anormaux, et chez tous les patients avec probabilité clinique forte. Pour les patients de ce groupe avec EDV normal, un avis spécialisé est nécessaire.

**Dans un certain nombre de cas, la conduite à tenir reste probabiliste.** Éliminer une TVP devant une probabilité faible ou moyenne et des D-dimères normaux laisse persister une « petite » incertitude. Elle n'est pas plus importante que celle liée aux faux négatifs de l'EDV ou de la phlébographie, et dans ces cas les risques du traitement sont au moins équivalents à ceux de l'abstention. Ceci est le propre de l'incertitude inhérente à toute décision médicale<sup>4</sup>.

### La valeur de l'écho-doppler veineux varie selon le siège de la TVP et sa probabilité clinique

Le risque embolique d'une TVP dépend de sa localisation : autour de 50% pour une TVP proximale, très faible pour une TVP purement distale, où cependant une extension au niveau proximal existe dans 4 à 20% des cas, dans les 8 à 10 jours<sup>3,5</sup>.

**Au niveau proximal (poplité, fémoro-iliaque)**, la sensibilité de l'EDV par rapport à la phlébographie est de 97%, sa spécificité de 98%.

**Au niveau distal (jambier)**, la sensibilité est de 60%, la spécificité probablement plus basse encore<sup>3</sup>. L'EDV complet (proximal et distal) est nécessaire selon les français et certaines conférences de consensus étrangères. Une TVP distale isolée décelée est soit traitée pendant 3 mois, soit réévaluée dans les 8 à 10 jours. Plusieurs écoles anglo-saxonnes et suisses, à partir d'études de suivi, se limitent à l'EDV proximal, avec un EDV de contrôle à 10 jours en cas d'EDV initial négatif<sup>3,5</sup>. Des études comparatives sont en cours.

**En cas de probabilité faible ou moyenne**, l'EDV est indiqué si les D-dimères sont >500 µg/l. Un traitement est mis en œuvre uniquement si l'EDV prouve la TVP.

**En cas de probabilité forte**, l'EDV est systématique. Il est licite, en l'attendant, de faire une injection héparinique. S'il montre une TVP, le patient est traité sans autre examen. S'il est normal, une phlébographie est possible<sup>3</sup>. Mais cela relève d'un avis spécialisé.

#### Références :

- 1- Collectif. Suspicion de TVP : la clinique d'abord... *Bibliomed*; 2006; 441.
- 2- Wells PS et al. Do this patient have deep vein thrombosis ? *JAMA*. 2006; 295: 199-207.
- 3- Perrier A. Stratégies diagnostiques de la maladie veineuse thrombo-embolique. *Rev Prat*. 2003; 53: 35-41.
- 4- Bounameaux H. Les D-dimères. *Rev Prat*. 2003; 53: 37.
- 5- Simonet ML. Faut-il rechercher les thromboses veineuses profondes distales ? *Med Hyg*. 2000; 58: 2206-8.