

Prise en charge de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs au stade aigu

Le concept de *fast track* thrombose

Management of acute deep venous thrombosis
Fast track thrombosis

Jean-Pierre Laroche^{1,2}, Monira Nou Howaldt¹, Sandrine Mestre-Godin¹, Boge Gudrun¹

¹ Hôpital Saint-Éloi, CHU de Montpellier, Service de médecine vasculaire, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

² Médipôle, Médecine vasculaire, 1139, chemin du Lavarin, 84000 Avignon, France
<echoraljp@gmail.com>

« *Le temps de la réflexion est une économie de temps.* »
Publius Syrus

Le concept de « *fast track* » ou « ERAS » (*enhanced recovery after surgery*) repose, pour le patient, sur un retour à la normale rapide qui intègre une hospitalisation la plus courte possible, ou aucune hospitalisation, un traitement efficace directement, une remise sur pied immédiate et une reprise du travail rapide [1]. Le concept de « *fast track* thrombose » repose sur le même principe, en 30 minutes, en cas de diagnostic de thrombose veineuse des membres inférieurs au stade aigu, tout doit être réglé avec un patient traité le plus souvent en ambulatoire, avec reprise de ses activités le plus tôt possible. Cette prise en charge doit se faire en toute sécurité. Concernant la gestion du partage du temps, trop souvent l'écho-doppler est hypertrophié aux dépens de la prise en charge clinique et thérapeutique. Le temps technique doit être réduit tout en maintenant la qualité de l'écho-doppler. Sur une consultation de 30 minutes, la technique ne devrait pas dépasser 10 minutes ; une durée plus longue dénature l'acte médical dans son ensemble. C'est avec le temps que l'on arrive à un bon partage du temps. Afin de pouvoir rester dans le délai, il faut suivre une *check-list* (*annexe*), pathologie par pathologie afin de ne rien oublier. L'expérience permet d'acquérir des automatismes au fil du temps. Nous sommes perfectibles, avec nos personnalités, nos habitudes ; c'est à chacun de trouver le bon rythme. Nous devons rester intuitifs et surtout pragmatiques. Il faut connaître les recommandations, les orientations thérapeutiques actuelles, être en phase avec la science et avec le patient. La *fast track* thrombose repose sur une prise en charge optimale, rapide, qui intègre tout ce qu'un acte médical justifie. Il faut adapter notre

exercice à la fois au temps, aux exigences de bonne pratique, en y associant un dialogue précis, simple et clair avec le patient, qui ne sous-évalue et ne surestime rien. Il ne s'agit jamais d'une course contre la montre mais d'une rationalisation de nos gestes et décisions, le tout au cours d'une consultation médicale qui ne doit pas se résumer à un acte technique mais un acte intellectuel et technique. Ce concept doit être associé à une reprise sans délai et sans véritable restriction des activités quotidiennes du patient, de sa vie de tous les jours. Le retentissement psychologique de cette attitude est toujours positif. Afin de ne pas oublier les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité, la *check-list* est une solution que nous proposons. La vérification de cette liste peut se dérouler à voix haute et/ou en cochant une liste écrite de procédure [2]. Être systématique c'est ne jamais oublier les passages obligatoires et être ainsi plus efficace. Tous les items de cette *check-list* correspondent à notre pratique libérale et en public (pour les patients examinés en urgence).

« *On a toujours bien assez de temps lorsqu'on l'emploie bien.* » Johann Wolfgang Von Goethe

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Bardram L, Funch-Jensen P, Jensen P, Crawford ME, Kehlet H. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation. *Lancet* 1995 ; 345 : 763-4.
2. Haynes A, Weiser T, Berry W, et al. A Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 491-9.

Annexe. Check-list, prise en charge d'une thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs au stade aigu ou « fast track thrombose ».

- Âge
- Sexe
- Motif de la consultation
- **Établir la chronologie des faits**
 - Facteur déclenchant à rechercher : immobilisation > 4 J, intervention chirurgicale < 3 mois, hospitalisation en médecine < 3 mois, voyage en avion > 8 h et < 3 mois
 - Antécédent personnel maladie thromboembolique veineuse (MTEV), date des épisodes précédents et leur localisation, existait-il un facteur déclenchant ?
 - Antécédent familial de MTEV au 1^{er} degré
 - Antécédents personnels généraux en ciblant les facteurs de comorbidité dont l'insuffisance rénale
 - Grossesse active ou *post-partum*
 - Contraception, tabac, traitement hormonal de la ménopause (THM), affection inflammatoire active, affection hématologique, cancer actif ou antécédent de cancer, traitement du cancer en cours (type)
 - Traitements médicaux en cours
 - Poids (indice de masse corporelle [IMC])
 - Examen clinique global, recherche signes d'embolie pulmonaire (EP)
 - Varices
 - Probabilité clinique empirique
 - Écho-doppler bilatéral, exhaustif
 - Saturation en O₂ (si suspicion clinique d'EP)
 - Thrombose veineuse profonde (TVP) distale : musculaire, jambière
 - TVP proximale
 - Thrombose veine superficielle (TVS) associée
 - Si âge > 65 ans ou antécédent cardiovasculaire ou facteurs de risque cardiovasculaires, mesure pression systolique (IPS) (compression médicale)
 - Explication du traitement qui va être prescrit
 - Traitement anticoagulant : débuté immédiatement en l'absence de contre-indication
 - Hospitalisation ou traitement ambulatoire : prise de la décision à ce moment-là
- **Si traitement ambulatoire, ce qui suit est impératif**
 - Rédaction ordonnance anticoagulant (avec le poids) et explications
 - Carte qui indique que le patient est traité par anticoagulant à glisser dans le portefeuille, connaître le groupe sanguin et facteur et Rhésus du patient
 - Compression médicale classe 3 ou 2, rédaction ordonnance et explications
 - Prescription biologie : numérotation formule sanguine (NFS) ; plaquettes, créatinine et sa clairance, temps de céphaline active (TCA), fibrinogène, électrophorèse des protéines, rédaction ordonnance
 - Durée estimée de l'anticoagulation
 - **Bilan étiologique si absence facteur déclenchant**
 - Femme : réactualisation bilan gynécologique si nécessaire
 - Homme : antigène spécifique prostatique (PSA)
 - Bilan thrombophilie inutile lors de cette première consultation en urgence en général
 - Scanner thoraco-abdominal inutile d'emblée sauf si forte probabilité clinique de cancer ou d'EP associée
 - Programmer nouvelle consultation en fonction du type d'anticoagulation prescrite, consultation médicale exclusive sans écho-doppler
 - Synthèse orale (patient) et écrite (médecin traitant) qui reprend l'ensemble des faits, synthèse qui sera reprise lors de la 2^e consultation idéalement à un mois, purement médicale