



Les maladies thromboembolique veineuse (MTEV)

Généralités		
Manifestations	Thrombose veineuse = caillot / thrombus dans une veine qui peut être superficiel (TVS) ou profonde (TVP) Embolie pulmonaire = caillot / thrombus dans une ou plusieurs branches de l'artère pulmonaire	
Épidémiologie	>120K hospit / an en France ½ cas au SAU Fréquence augmente avec l'âge	
Quand tout va bien		
Physiologie de base	Merci d'aller voir les cours de 2.2 du S1 sur le système cardio-vasculaire	
Rappel hémostase	<u>Caillot</u> = fibrine <u>Coagulation</u> : thrombine (facteur IIa) intervient pour changer le fibrinogène en fibrine <u>Fibrinolyse</u> : plasmine dégrade la fibrine en D dimères (produit de dégradation de la fibrine)	
Quand ça va moins bien (thrombose veineuse)		
Causes	<u>Stase veineuse</u> : immobilisation, insuffisance veineuse et cardiaque, grossesse, obésité, déshydratation, paralysie, compression extrinsèque <u>Lésion vasculaire</u> : Cathéter, traumatismes, chirurgie, inflammation, radiothérapie <u>Hypercoagulabilité</u> : Thrombophilie, grossesse, cancer, œstrogènes, sepsis, chimiothérapie	
Manifestation	<u>TVS</u> : douleur, rougeur, induration d'une veine avec un risque embolique faible, diagnostique facile <u>TVP</u> : Douleur, lourdeur, chaleur, rougeur, œdème qui est souvent asymptomatique, diagnostique difficile avec risque d'erreur clinique de 50%	
A ne pas confondre avec	<u>Lymphangite</u> : inflammation lympho= infection <u>Erysipèle</u> : Infection du tissu cutané (bien délimité, on voit les contours)	
Examens	Écho doppler	Permet de confirmer le diagnostic et vérifié l'absence de TVP associée
	Bilan diagnostique	Dosage des D-Dimères → à une VPP (permet de confirmer l'absence de maladie et non pas la présence de celle-ci) Doppler veineux
	Bilan pré-thérapeutique	Créatinémie, plaquettes et bilan de coagulation
Quand ça va moins bien (embolie pulmonaire)		
Physiopathologie	L'hématose et l'hémodynamique du sang (retour du sang vers le cœur) sont perturbé	
Manifestations	Dyspnée, hypoxémie Tachycardie, hypotension, choc, malaise Douleur thoracique, fièvre, toux, hémoptysie ASYMPTOMATIQUE donc DIAG DIFFICILE	
Type d'EP	Non massive (PA normale, sans insuffisance cardio, mortalité d'1 à 2%) Sub-massive (insuffisance cardio droite, PA normale, mortalité 4 à 10%) Massive (insuffisance cardio droite et/ou gauche, état de choc, mortalité de 25 à 50%)	
Examens	Si D-Dimères positives → angio scan thoracique + bilan de gravité (troponine et BNP) Si EP grave alors écho cardiaque +/- angio scan	
Et le traitement dans tout ça ? (Pas toi qui choisis mais c'est bien de connaître)		
Principe	Il faut bloquer la coagulation afin de limiter l'extension du thrombus / éviter la formation d'un nouveau et facilité la fibrinolyse physiologique Activation de la fibrinolyse sur EP avec choc seulement	
Formes orales	Anti-vit K	Acénocoumarol (SINTROM / MINISINTROM) Warfarine (COUMADINE) Fluindione (PREVISCAN) Avantages : on connaît bien l'antidote (vit K) Inconvénients : effet retardé et prolongé + imprévisible #INR
	Anti IIa	Dabigatran (PRADAXA)
	Anti Xa	Rivaroxaban (XARELTO), Apixaban (ELIQUIS) et Edoxaban (LUXIANA) Pas d'antidote mais effet prévisible et ½ vie faible et action rapide





Formes injectables	HNF	Héparine (CALCIPARINE) Effet rapide, ½ vie faible et ttt compatible avec insuffisance rénale Effet imprévisible (TCA) et risque de thrombopénie
	HBPM	Enoxaparine = LOVENOX Dalteparine = FRAGMINE Tinzparine = INNOHEP Nadroparine = FRAXIPARINE et FRAXODI Effet rapide, et ½ vie courte, effet prévisible et absence de bio Risque de thrombopénie
	Apparenté héparine	Danaparoïde (ORGARAN)
	Anti-Xa	Fondaparinux (ARIXTRA)
Effets indésirables et précautions	Risques : hémorragiques , thrombopénie (héparine), allergie, hématome au point de ponction, respect contre-indication insuffisance rénale, interactions médicamenteuses, alim (vit k)	
Surveillance	<i>Paramètres hémodynamiques</i> <i>Hématose, T°</i> <i>Aspect des membres inférieurs</i> <i>Risque hémorragique</i> Pour AVK : INR cible 2 à 3 Pour HNF : TCA cible à 2 - HNF sur PSE : TCA 4 à 6h après la pose - HNF en SC : TCA 4 à 6h après la dernière injection	
ETP	<i>Connaître et comprendre la maladie et le TTT</i> <i>Reconnaître les situations à risque et les prévenir</i> <i>Connaître les modalités de surveillance</i> <i>Gérer au quotidien</i>	

