

## PLAN DE THESE

<b>I. Introduction</b>	<b>13</b>
<b>II. Matériel et méthode</b>	<b>15</b>
1. Population cible	15
2. Période de recueil	15
3. Construction du questionnaire	15
4. Méthode de recueil	16
5. Analyses statistiques	17
<b>III. Résultats</b>	<b>18</b>
1. Démarche diagnostique et thérapeutique lors de la dernière suspicion de TVP des membres inférieurs rencontrée, que celle-ci ait été confirmée ou non	18
2. Pratique habituelle du médecin devant une suspicion de TVP	26
3. Caractéristiques de l'échantillon (Q69 à 73)	34
<b>IV. Discussion</b>	<b>37</b>
1. Résumé des principaux résultats	37
2. Concernant matériel et méthode	38
3. Concernant les résultats	39
<b>V. Conclusion</b>	<b>45</b>
<b>VI. Bibliographie</b>	<b>46</b>
<b>VII. Table des illustrations</b>	<b>49</b>
<b>VIII. Table des matières</b>	<b>50</b>
<b>IX. Annexes</b>	<b>51</b>

## I. Introduction

La Maladie Veineuse Thrombo-Embolique (MVTE) est une entité nosologique regroupant la Thrombose Veineuse Profonde (TVP) et l' Embolie Pulmonaire (EP).

L'incidence annuelle de la TVP en France est estimée à 120 cas pour 100 000 habitants (1). L'incidence annuelle de l' EP en France, se situe entre 60 à 111 cas pour 100 000 habitants (1). Plus de 5200 décès ont été causés par la MVTE en 2010 en France (2). Le syndrome post-thrombotique est retrouvé chez 27,1% des patients ayant présenté un épisode de TVP (3). Ses complications (notamment l'ulcère variqueux) ont des coûts de prise en charge importants. L'incidence de la MVTE augmente avec l'âge, de ce fait avec le vieillissement de la population, le nombre absolu de MVTE augmentera dans les années suivantes. La MVTE (et notamment la TVP) est donc une pathologie fréquente et à la morbi-mortalité non négligeable. Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique.

D'après une étude de R. Oudega, un médecin généraliste (MG) est confronté en moyenne dix fois par an à une suspicion de TVP (4).

Le diagnostic clinique de la TVP est difficile. Des scores de probabilité clinique d'aide au diagnostic ont été validés (tel le score de Wells, le premier à avoir été mis au point) (5), et ont une capacité discriminante plus élevée que celle d'informations isolées (6). Une démarche diagnostique découle de ces scores et oriente vers le recours au dosage de D-Dimères ou à l'écho-doppler à bon escient (6). L'avènement de l'écho-doppler veineux à visée diagnostique a amélioré et simplifié le diagnostic de TVP en médecine de ville. D' autre part, depuis la mise sur le marché des Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM), et plus récemment des anticoagulants oraux directs (AOD) (7) (8), l'instauration et la gestion du traitement anticoagulant peut se faire en ambulatoire de façon certaine et en sécurité (9) (10). Ainsi le médecin généraliste se voit impliqué en première ligne dans la prise en charge de la TVP tant au niveau diagnostique que thérapeutique.

De ce fait, l'évolution des recommandations nécessite une mise à jour des connaissances concernant la prise en charge globale de la TVP. En France, les dernières recommandations de bonnes pratiques éditées par la HAS concernant la thérapeutique de la MVTE ont été publiées en décembre 2009 (11). Un référentiel concernant la démarche diagnostique en soins primaires de la MVTE a été publié en 2007 par l'American Academy of

Family Physicians et l'American College of Physicians (12). Début 2016 des recommandations mises à jour concernant la thérapeutique de la MVTE ont été éditées par l'American College of Chest Physicians (13).

L'objectif principal de cette étude était de décrire les comportements actuels des médecins généralistes du Maine-et-Loire lors d'une suspicion clinique de TVP des membres inférieurs sur le plan diagnostique et thérapeutique à la phase initiale.

## II. Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective quantitative, déclarative, par enquête.

### 1. Population cible

La population étudiée était celle des 670 médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans le département du Maine-et-Loire (49), dont l'activité principale recensée était la médecine générale.

La liste des médecins a été obtenue auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire (liste obtenue le 14/11/2014), complétée par l'annuaire des pages jaunes.

### 2. Période de recueil

La période durant laquelle les médecins ont répondu s'est étalée sur presque 4 mois du 03/03/2015 au 30/06/2015. Des relances par mail étaient effectuées de façon mensuelle.

### 3. Construction du questionnaire

Le questionnaire a été créé pour questionner les pratiques à partir des recommandations. Il a été édité pour sa mise en ligne avec le logiciel « Sphinx » et comprenait 75 items (dont 7 à réponse ouverte). (Annexe 1)

Le questionnaire comprenait 3 parties :

*la 1<sup>ère</sup> partie (42 items – 4 questions ouvertes)*

Elle concernait la démarche diagnostique et thérapeutique du praticien lors de la dernière suspicion de thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur rencontrée, que celle-ci ait été confirmée ou non.

Les questions avaient pour but d'évaluer notamment les symptômes, les signes de l'examen clinique, le recours à un score de probabilité et une évaluation de la probabilité clinique, le recours à des examens complémentaires (dosage des D-Dimères, bilan biologique, écho-doppler veineux), l'instauration d'un traitement anticoagulant et son délai de mise en oeuvre, la confirmation du diagnostic.

*La 2<sup>ème</sup> partie (26 items – 3 questions ouvertes)*

Elle comportait des questions sur :

- La pratique habituelle du médecin lors de la prise en charge d'une TVP d'un membre inférieur (démarche et surveillance clinique, biologique, échographique ; modalités du traitement anticoagulant; utilisation des AOD; bilan étiologique).
- Des données épidémiologiques (nombre de suspicions de TVP annuel, nombre de TVP confirmées annuel).

*La 3<sup>ème</sup> partie (7 items)*

Elle comprenait des questions sur des données épidémiologiques et sociodémographiques.

#### 4. Méthode de recueil

Le questionnaire a été adressé par voie postale et par mail.

Le questionnaire a été adressé par mail à 457 médecins dont les coordonnées avaient été obtenues par la Faculté (mailing liste des maîtres de stage universitaires et des médecins inscrits à la Formation Médicale Continue de la Faculté) et d'autres déjà en notre possession. Le mail contenait une note explicative du sujet ainsi qu'un lien internet permettant le remplissage du questionnaire directement en ligne sur le site sécurisé de l'université « Sphinx online ». (Annexe 2)

Deux liens internet avaient été créés. L'un permettait aux médecins de le remplir directement en ligne, et l'autre nous permettait de rentrer les données qui nous étaient parvenues par voie papier. Les données ont ensuite été fusionnées afin d'obtenir un seul fichier Excel pour une saisie informatisée uniforme.

D'autre part le questionnaire a été adressé par voie postale aux 213 autres médecins avec une grille papier à remplir accompagnée d'un courrier explicatif et d'une enveloppe réponse pré-timbrée. (Annexe 3)

Les réponses étaient anonymes et colligées sur une base de données de type « Excel » par le logiciel « Sphinx ».

## 5. Analyses statistiques

L'analyse a été effectuée avec le logiciel « Epi Info 7 ».

Les tests de Fischer et du Chi 2 ont été utilisés.

Le risque de première espèce alpha étant arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative quand p était inférieur à 0,05.

En l'absence de précision, les résultats sont présentés en nombre et en pourcentage sur le total des répondants.

Pour simplifier la compréhension, les médecins dont l'âge était supérieur à 50 ans étaient qualifiés de « séniors », et les médecins dont l'âge était inférieur à 50 ans étaient qualifiés de « juniors ».

### III. Résultats

200 réponses ont été recueillies – 150 réponses mail et 50 réponses courrier - soit un taux de réponse de 29,8%.

1. Démarche diagnostique et thérapeutique lors de la dernière suspicion de TVP des membres inférieurs rencontrée, que celle-ci ait été confirmée ou non
  - Analyse des plaintes des patients (Q1 à 7)

Les symptômes rapportés par les patients étaient les suivants :

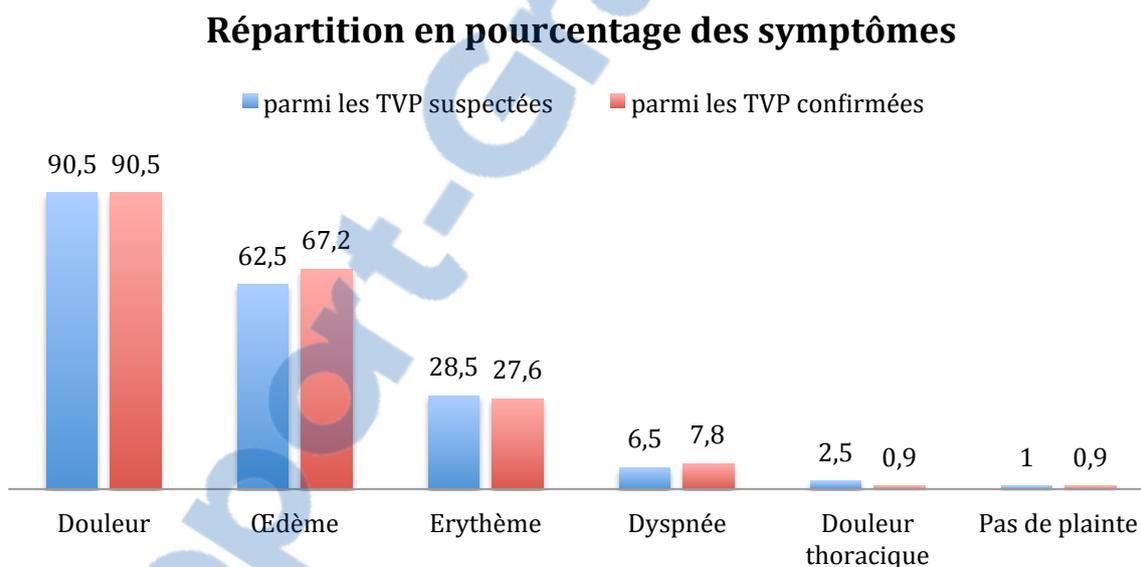


Figure 1 : Répartition en pourcentage des symptômes

Il n'y avait pas de différence significative entre les motifs de consultation, que la TVP soit confirmée ou non.

Aucune plainte n'était associée de façon significative à la présence d'une TVP confirmée. (Annexe 4)

- Les signes cliniques (Q8 à 17)

A l'examen clinique les signes cliniques retrouvés étaient les suivants :

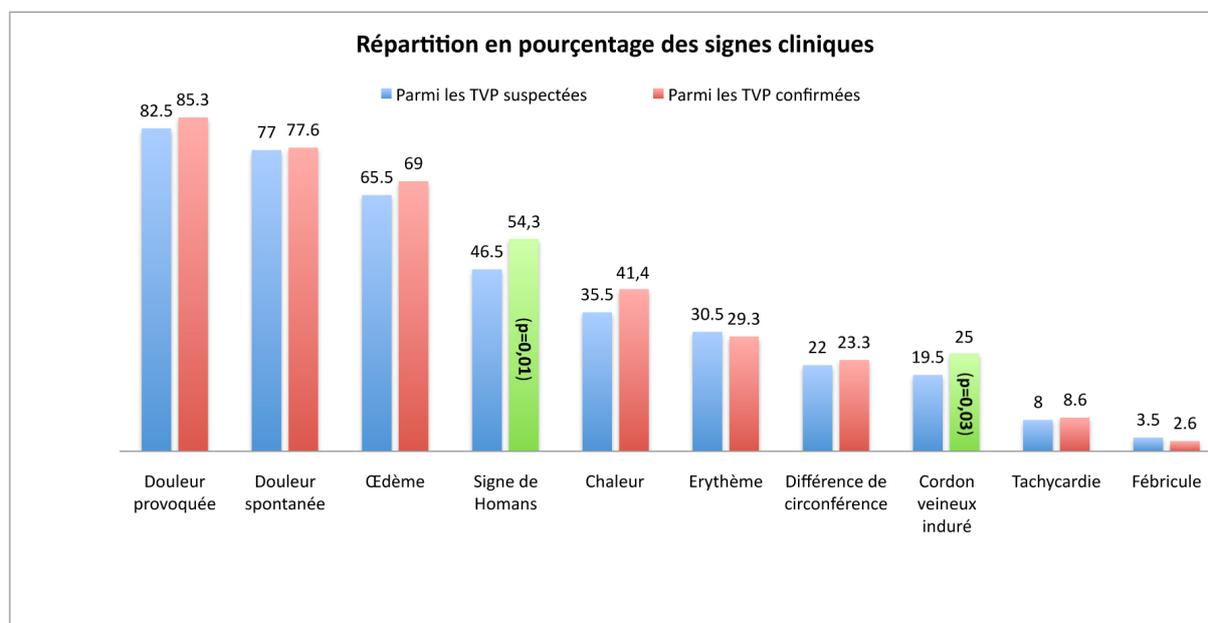


Figure 2 : Répartition en pourcentage des signes cliniques

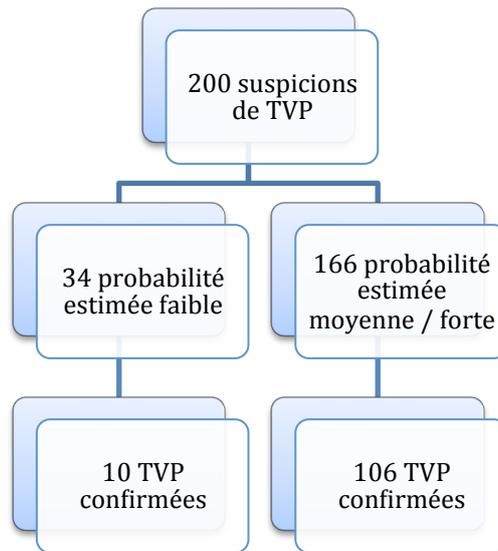
On retrouvait une association significative entre la présence d'une TVP confirmée et les signes suivants: signe de Homans ( $p=0,01$ ) et cordon veineux induré ( $p=0,03$ ). Concernant la chaleur, le résultat était à la limite de la significativité ( $p=0,052$ ).

- Existence de signes évocateurs d'embolie pulmonaire (Q18)

Neuf patients (4,5%) présentaient des signes évoquant une embolie pulmonaire associée sans que le recueil n'ait pu permettre la confirmation.

- Probabilité clinique de TVP (Q19 et Q20)

La probabilité de TVP était estimée faible par 34 praticiens (17%) ; moyenne par 91 praticiens (45,5%) et forte par 75 praticiens (37,5%). Il s'agissait plus d'une probabilité implicite.

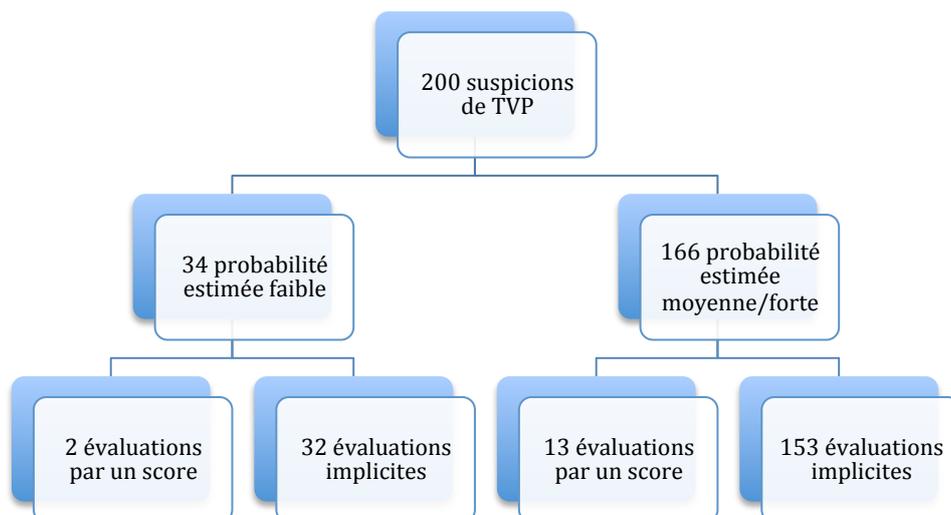


**Figure 3 : Diagramme de flux probabilité / confirmation**

Dix patients sur 34 (29,41%) ayant une probabilité estimée faible avaient une TVP confirmée, versus 106 patients sur 166 (63,96%) ayant une probabilité estimée moyenne ou forte qui avaient une TVP confirmée ( $p=0,0003$ ).

Parmi les TVP confirmées: 9% avaient une probabilité estimée faible vs 91% qui avaient une probabilité estimée moyenne ou forte ( $p=0,0003$ ).

Quinze médecins (7,5%) avaient utilisé un score de probabilité clinique.



**Figure 4 : Diagramme de flux probabilité et utilisation d'un score**

Le taux de TVP confirmées était comparable avec ou sans utilisation de score (9/15 (60%) vs 107/185 (57,84%)).

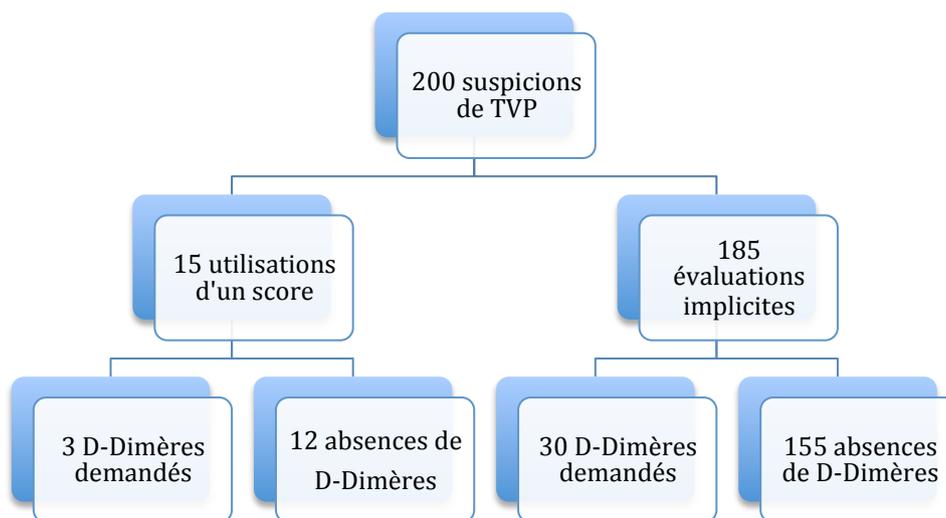
Cinq médecins sur les 15 (33,33%) ayant utilisé un score avaient assisté à une FMC.

La participation antérieure à une FMC n'avait pas d'influence sur l'utilisation d'un score.

L'âge n'avait pas d'influence significative sur l'utilisation d'un score : 11 (9.65%) juniors vs 4 (4.65%) séniors.

- Utilisation des D-Dimères dans la démarche clinique (Q21 et Q22)

Trente-trois médecins (16,5 %) avaient demandé un dosage de D-Dimères.



**Figure 5 : Diagramme de flux type d'évaluation de probabilité et D-dimères**

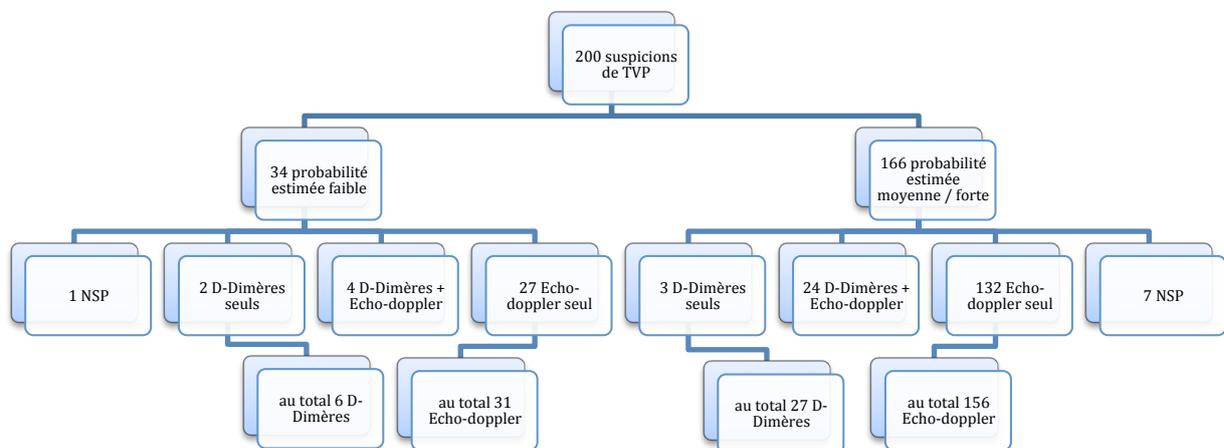
Ni l'âge ni le lieu d'exercice du médecin généraliste n'influaient significativement sur l'utilisation des D-dimères (16 séniors sur 114 (14,04%) avaient demandé un dosage des D-Dimères vs 17 juniors sur 86 (19,77%) ; et 13 médecins de ville sur 61 (21,31%) l'avaient demandé vs 20 médecins ruraux ou semi-ruraux sur 139 (14,39%)).

Parmi ceux qui n'avaient pas demandé le dosage des D-Dimères, les motifs les plus fréquemment évoqués étaient les suivants (par ordre de fréquence décroissante):

- Echo-doppler obtenu en urgence
  - Forte probabilité estimée par un score, indiquant la réalisation d'un doppler en urgence directement sans D-Dimères
  - Mauvaise connaissance de l'intérêt du dosage dans ce cadre
  - Forte probabilité de faux positifs (inflammation, infection associée, patient âgé)
  - D-Dimères non réalisables en urgence dans la journée
  - Prise en charge hospitalière
- L'écho-doppler des membres inférieurs (Q23 et 24)

Cent quatre-vingt-sept médecins (93,5 %) avaient demandé un écho-doppler veineux des membres inférieurs.

Parmi les 187 médecins l'ayant demandé, 146 (78,07%) l'avaient obtenu le jour même, 8 (4,28%) dans les 48 heures et 1 (0,63%) au-delà de 48 heures.



**Figure 6 : Diagramme de flux récapitulatif : probabilité / examens complémentaires**

- Le bilan biologique demandé (Q25 à 28)

Cinquante-quatre médecins (27%) avaient demandé un bilan biologique, dont 48 (88,9%, soit 24% des répondants) avaient demandé un dosage de plaquettes.

Cent-un praticiens (50,5%) disposaient d'un résultat de dosage de la créatininémie datant de moins de 3 mois. Cinquante des 81 médecins (61,73%) ayant réalisé une injection avant confirmation diagnostique avaient un dosage de créatininémie datant de moins de 3 mois ( $p=0,01$ ).

Parmi les autres examens demandés, on retrouvait: NFS plaquettes; clairance de la créatinine; CRP.

- Le recours aux urgences (Q29)

Treize médecins (6,5%) avaient adressé leur patient au service d'accueil des urgences.

Sept suspicions sur 13 (53,85%) adressées aux urgences ont été confirmées (ns).

Sept TVP confirmées sur 116 (6,03%) ont été adressées aux urgences (ns).

- Prise en charge immédiate (Q35 à 37)

Quatre-vingt-un praticiens (40,5%) avaient instauré un traitement anticoagulant avant la confirmation diagnostique.

Les traitements instaurés avant confirmation diagnostique se répartissaient de la façon suivante:

### Type de traitement anticoagulant instauré avant confirmation diagnostique

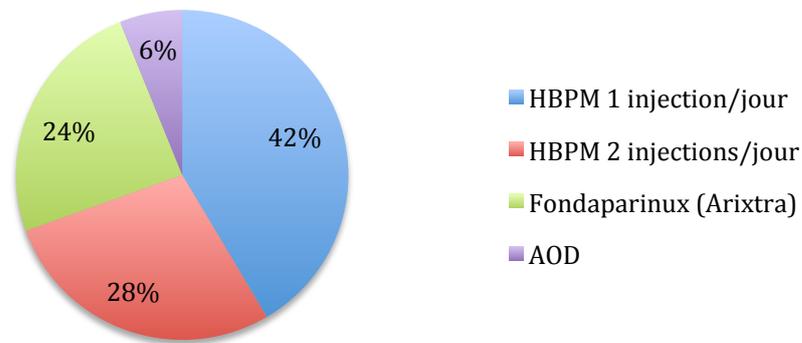


Figure 7 : Type de traitement anticoagulant instauré avant confirmation diagnostique

Cinquante-quatre des 81 patients (66,67%) ayant reçu un traitement anticoagulant avant confirmation diagnostique avaient finalement une TVP ( $p=0,042$ ).

Soixante-dix médecins (35%) avaient administré eux-mêmes le traitement initial au cabinet.

Il n'y avait pas de différence significative de fréquence d'injection avant confirmation diagnostique en fonction de la probabilité estimée.

Quarante-huit des 70 patients (68,57%) ayant eu une injection au cabinet avant confirmation avaient une TVP confirmée ( $p=0,04$ ).

Soixante-huit des 116 patients (58,62%) ayant une TVP confirmée n'avaient pas eu d'injection au cabinet avant confirmation diagnostique ( $p=0,04$ ).

- Contention veineuse et repos (Q38 à 40)

La prescription de la contention veineuse n'était pas systématique. Quarante-vingt-dix-neuf MG avaient prescrit des bas de contention, quel que soit le niveau de probabilité, que la TVP ait été confirmée ou non.

La mise en place de la contention se faisait plus souvent après confirmation qu’au moment de la suspicion ( $p=0,007$ ). Sur les 64 patients ayant une TVP confirmée et recevant une contention, 39 l’avaient après confirmation et 25 avant.

Vingt médecins (10%) préconisaient un repos strict au lit.

De façon non significative le repos au lit était plus préconisé devant une probabilité moyenne ou forte (19 sur 166 (11.45%) vs 1 sur 34 (2.94%)).

Ce repos strict au lit était préconisé pour 12.93% des TVP confirmées (15 sur 116) (ns).

- Les TVP confirmées (Q41 et 42)

Cent seize suspicions ont été confirmées (58%), dont 30 (25,64%) étaient proximales (ilio-fémoro-poplitées) ; et 87 (74,36%) étaient distales (sous-poplitées).

Il y a eu plus de confirmation de TVP suspectées parmi les séniors par rapport aux juniors (67,44% (58 sur 86) vs 50,88% (58 sur 114), ( $p=0,021$ )).

Il n’y avait pas de différence significative de confirmation selon le lieu d’exercice urbain ou rural et semi-rural (62,30% (38 sur 61) vs 56,12% (78 sur 139)).

De façon significative, les TVP diagnostiquées par les juniors étaient plus souvent distales que chez les séniors.

**Tableau 1 : Type de TVP diagnostiquée en fonction de l’âge du médecin**

	TVP distales		TVP proximales		
<b>Juniors</b>	49	83,05%	10	16,95%	$p=0,035$
<b>Séniors</b>	38	65,52%	20	34,48%	$p=0,035$

## 2. Pratique habituelle du médecin devant une suspicion de TVP

- Raisons d'adressage aux urgences (Q30 à 34):

Parmi les raisons d'adressage aux urgences, les médecins évoquaient :

- Le contexte social défavorable pour 33 médecins (16,5%)
- Les comorbidités pour 41 médecins (20,5%)
- Suspicion d'EP pour 56 médecins (28%)
- La veille de WE pour 25 médecins (12,5%)
- Autres motifs (notamment la grossesse)

- Influence du niveau de probabilité sur la prise en charge (Q43)

Cent vingt-cinq (58%) modifiaient leur prise en charge selon l'estimation de la probabilité de TVP, les juniors plus que les séniors.

**Tableau 2 : Modification de la prise en charge selon la probabilité, en fonction de l'âge**

	Modification de la prise en charge en fonction de la probabilité		
<b>Séniors (86)</b>	45	52,33%	p=0,012
<b>Juniors (114)</b>	80	70,18%	p=0,012

Calculer un score de probabilité n'influa pas de manière significative sur la suite de la prise en charge. Dix des 15 MG (65,67%) qui calculaient un score modifiaient ensuite leur prise en charge (ns).

- La prise en charge et le suivi (Q44 et 45)

En cas de TVP confirmée avec un traitement ambulatoire, 123 médecins (61,5%) revoyaient le patient seulement à sa demande; 64 (32%) le revoyaient une fois par semaine; et 13 (6,5%) le revoyaient 2 fois par semaine.

En cas de TVP confirmée les durées du traitement anticoagulant parentéral initial se répartissaient ainsi:

### Durée du traitement anticoagulant parentéral initial

■ < 5 jours   ■ 5 à 10 jours   ■ > 10 jours

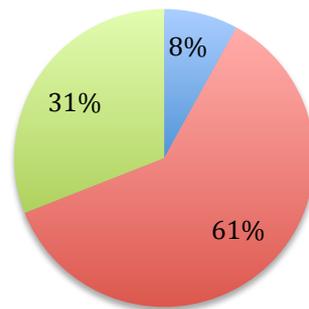


Figure 8 : Durée du traitement anticoagulant parentéral initial

Il n'y avait pas de différence significative de durée du traitement par HBPM entre les juniors et les séniors.

- Le suivi biologique (Q46 à 53)

Concernant la surveillance biologique initiale, les paramètres évalués étaient :

### Surveillance des paramètres biologiques

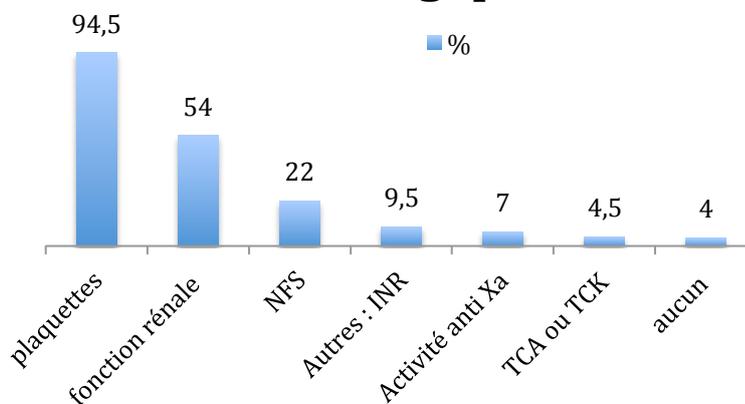


Figure 9 : Surveillance des paramètres biologiques

Les 2 paramètres les plus surveillés étaient les plaquettes et la fonction rénale.

Les paramètres biologiques surveillés différaient selon l'âge des MG.

### Les paramètres biologiques surveillés en fonction de l'âge du médecin (en %)

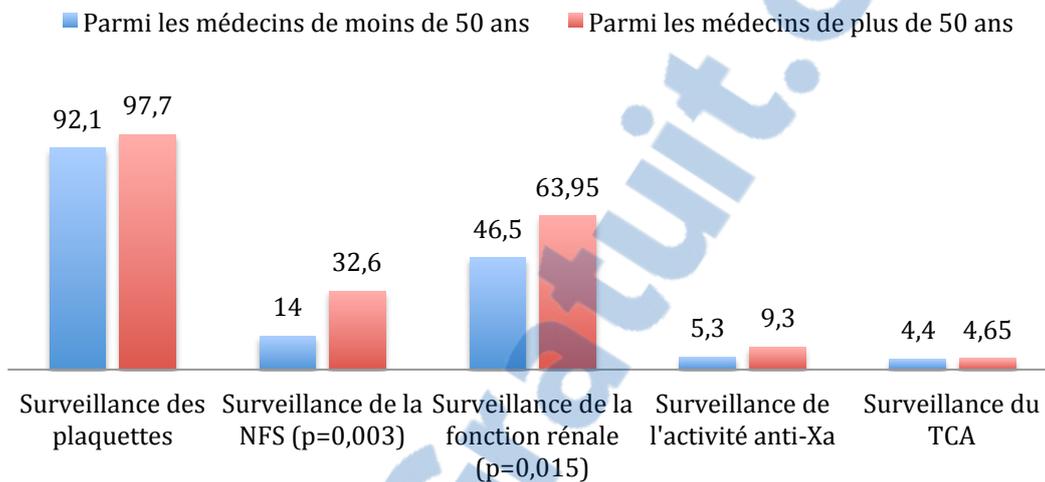


Figure 10 : Les paramètres biologiques surveillés en fonction de l'âge du médecin

Quel que soit l'âge plus de 90% des MG surveillaient le taux de plaquettes.

Les séniors effectuaient plus souvent une surveillance de la NFS et de la fonction rénale.

Ces éléments étaient surveillés de la manière suivante :

### Fréquence de surveillance des paramètres biologiques (en %)

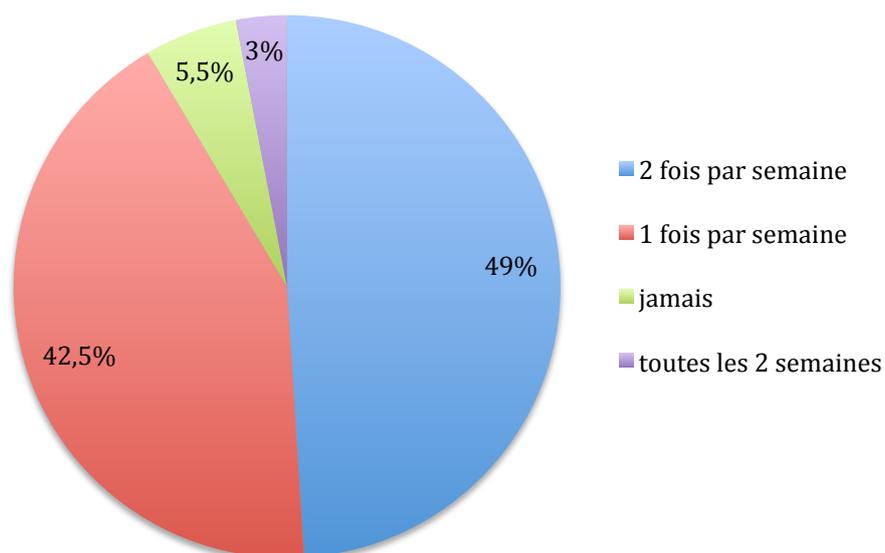


Figure 11 : Fréquence de surveillance des paramètres biologiques (en %)

La surveillance des paramètres biologiques se faisait majoritairement 2 fois par semaine, sans différence significative par rapport à l'âge du médecin. (Annexe 5)

- Le relais des HBPM (Q54 à 57)

Un relais par AVK était effectué systématiquement par 142 médecins (71%).

Tableau 3 : Délai du relais par AVK

<b>Le 1<sup>er</sup> jour avec le traitement parentéral</b>	103	51,5%
<b>Le 2<sup>ème</sup> jour</b>	46	23 %
<b>Plus tard</b>	51	25,5%

Pas de différence significative sur la fréquence de relais par AVK selon l'âge des médecins de plus ou moins de 50 ans (75,6 % (65 sur 86) vs 67,6% (77 sur 114)).

L'AVK utilisé le plus fréquemment était la Fluindione (Préviscan) pour 150 médecins (75%), puis la Warfarine (Coumadine) pour 49 médecins (24,5%) et enfin l'Acénocoumarol (Sintrom) pour 1 médecin (0,5%).

**Tableau 4 : AVK utilisé de manière préférentielle en fonction de l'âge**

	<b>Parmi les juniors (114)</b>		<b>Parmi les séniors (86)</b>	
<b>Acénocoumarol</b>	1	0,88%	0	0%
<b>Fluindione</b>	87	76,32%	63	73,26%
<b>Warfarine</b>	26	22,81%	23	26,74%

Il n'y avait pas de différence significative entre les AVK utilisés en fonction de l'âge du médecin.

Quarante médecins sur 200 (20%) avaient déjà initié un traitement par Rivaroxaban (Xarelto) lors d'une TVP; plutôt des séniors (24 sur 40, p=0,02).

- Place de l'écho-doppler de contrôle en fin de traitement (Q58)

Cent quatre-vingt-cinq MG (92,5%) réalisaient un écho-doppler de contrôle à la fin du traitement.

Les juniors étaient plus nombreux à réaliser un écho-doppler en fin de traitement, mais en pourcentage les séniors le faisaient plus souvent (p=0,016). Ceci indépendamment du lieu d'exercice.

**Tableau 5 : Fréquence de réalisation d'un écho-doppler en fin de traitement**

<b>Juniors (114)</b>		<b>Séniors (86)</b>		
101	88,6%	84	97,67%	p=0,016

- Le bilan étiologique de la TVP (Q59 à 65)

En cas de TVP confirmée, 97 médecins (48,5%) effectuaient un bilan étiologique systématique, indépendamment de l'âge et du lieu d'exercice.

**Tableau 6 : Réalisation d'un bilan étiologique systématique en fonction de l'âge ou du lieu d'exercice**

<b>Lieu d'exercice</b>		
<b><i>Rural/semi-rural (139)</i></b>	<b><i>Ville (61)</i></b>	ns
69 49,64%	28 45,90%	
<b>Age</b>		
<b><i>Juniors (114)</i></b>	<b><i>Séniors (86)</i></b>	ns
52 45,61%	45 52,33 %	

**Tableau 7 : Fréquence de réalisation d'un bilan de thrombophilie**

<b>Jamais</b>	10	5%
<b>Rarement</b>	105	52,5%
<b>Souvent</b>	63	31,5%
<b>Toujours</b>	22	11%

Parmi les facteurs qui poussaient les médecins à réaliser un bilan de thrombophilie, les plus fréquemment mentionnés étaient l'absence de facteur favorisant retrouvé, le contexte familial, et le jeune âge.

Concernant le moment de réalisation de ce bilan, le résultat est ininterprétable par confusion avec la question précédente.

Pas de différence significative concernant l'influence de l'âge ou du lieu d'exercice du MG sur la réalisation du bilan de thrombophilie. (Annexe 6)

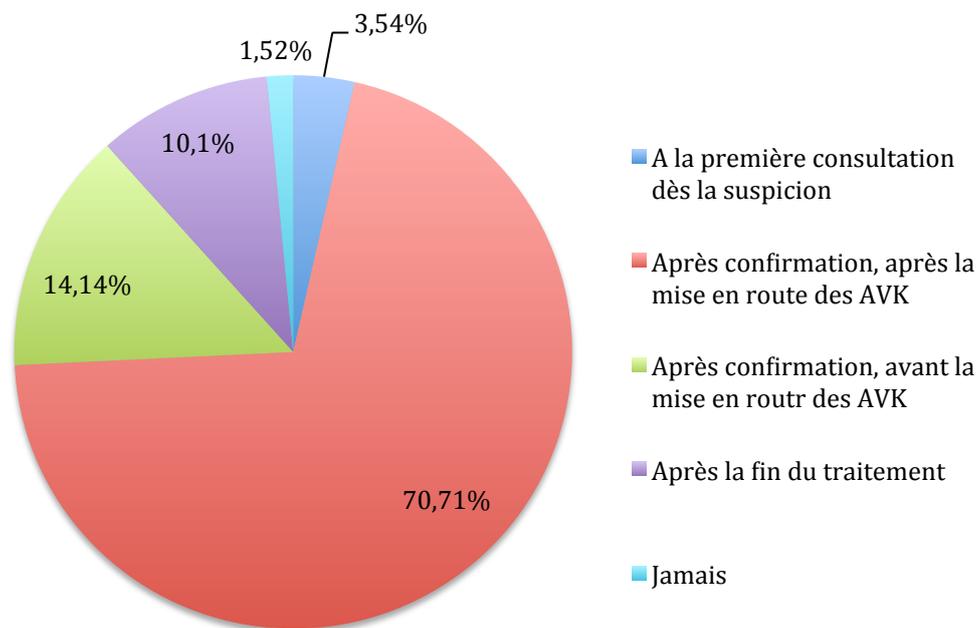
Une recherche de néoplasie était réalisée par plus de la moitié des MG.

**Tableau 8 : Fréquence de recherche d'une néoplasie**

<b>Jamais</b>	2	1%
<b>Rarement</b>	81	40,5%
<b>Souvent</b>	99	49,5%
<b>Toujours</b>	18	9%

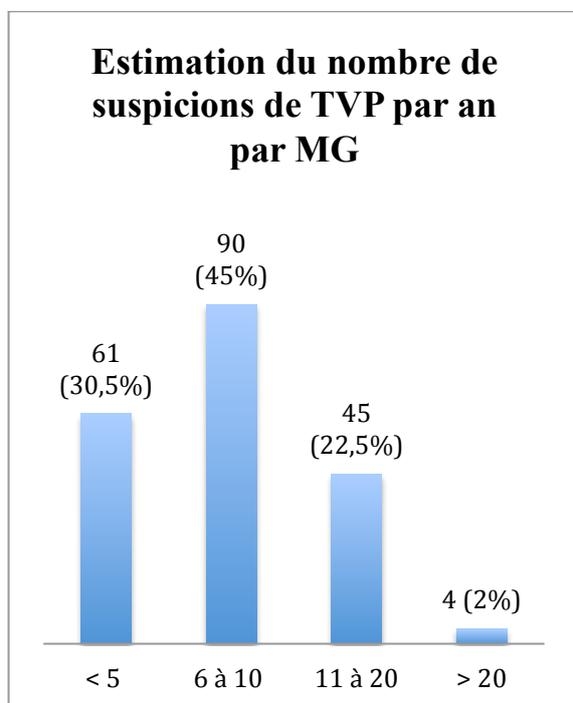
Les facteurs orientant vers une recherche de néoplasie le plus souvent évoqués étaient : l'absence d'autre facteur favorisant retrouvé, les facteurs de risque de cancer du patient, une altération de l'état général associée. Cette recherche était effectuée par plus de 2/3 des MG après confirmation et mise en route du traitement indépendamment de l'âge ou du lieu d'exercice. (Annexe 7)

**Moment de réalisation d'une recherche de néoplasie**

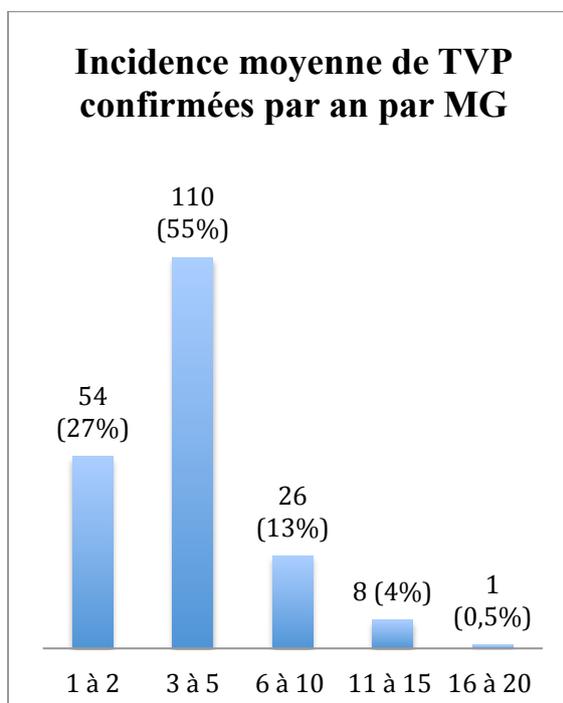


**Figure 12 : Moment de réalisation d'une recherche de néoplasie**

- Estimation épidémiologique (Q66 à 68)



**Figure 13: Estimation du nombre de suspicions de TVP par an par MG**



**Figure 14 : Incidence moyenne de TVP confirmées par an par MG**

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'influence de l'âge et du lieu d'exercice du MG sur le nombre de suspicions de TVP rencontrées annuellement (Annexe 8), ni sur le nombre de TVP confirmées rencontrées annuellement. (Annexe 9)

## Estimation du rythme de suspicions de TVP

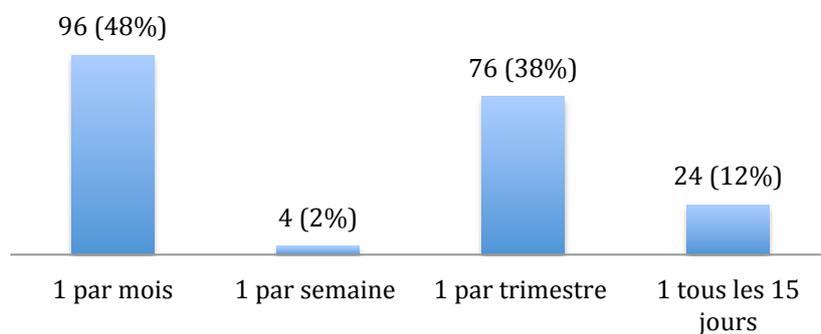


Figure 15 : Estimation du rythme de suspicions de TVP

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'influence de l'âge ou du lieu d'exercice du médecin sur le rythme de suspicion.

### 3. Caractéristiques de l'échantillon (Q69 à 73)

Soixante seize médecins (38%) exerçaient en milieu semi-rural, 63 médecins (31,5%) en milieu rural et 61 médecins (30,5%) en ville.

Cent douze (56%) étaient des hommes et 88 (44%) étaient des femmes.

Concernant les âges, la répartition s'effectuait comme suit :

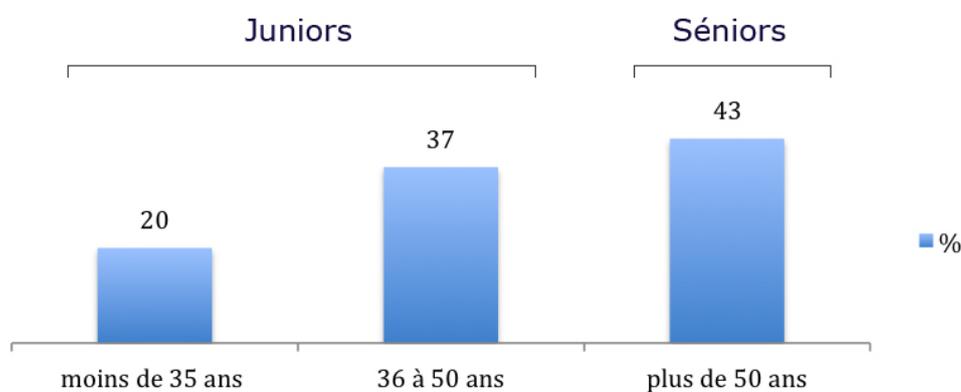


Figure 16 : Age moyen des praticiens

Leur durée d'exercice était de :

### Nombre d'années d'exercice des praticiens

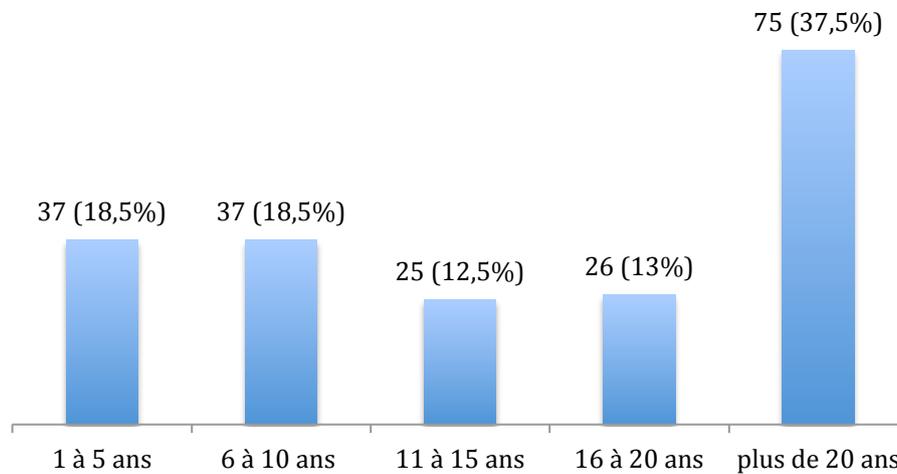


Figure 17 : Nombre d'années d'exercice des praticiens

Quatre-vingt-neuf MG (44,5%) étaient maître de stage universitaire (MSU).

Les pratiques des MSU étaient semblables à celles des autres médecins mis à part pour la recherche de thrombophilie qui était effectuée plus souvent par les MSU (47 sur 85 des médecins qui recherchaient une thrombophilie (55,29%)  $p=0,0097$ ).

**Tableau 9 : Données spécifiques aux MSU**

	Parmi les MSU (89)	Parmi les non-MSU (111)	
<b>Recherche de thrombophilie souvent ou toujours</b>	<b>47 (52,81%)</b>	<b>38 (34,23%)</b>	<b>p= 0,0097</b>
<b>Recherche de thrombophilie rarement ou jamais</b>	<b>42 (47,19%)</b>	<b>73 (65,77%)</b>	<b>p=0,0097</b>
Confirmation de la suspicion de TVP	49 (55,06%)	67 (60,36%)	ns
Dosage D-Dimères	13 (14,61%)	20 (18,02%)	ns
Utilisation d'un score de probabilité	5 (5,62%)	10 (9,01%)	ns
Surveillance de la fonction rénale	50 (56,18%)	58 (52,25%)	ns
Demande initiale d'écho-doppler	83 (93,26%)	104 (93,69%)	ns
Ont déjà initié un traitement par Rivaroxaban	18 (20,22%)	22 (19,82%)	ns
Estimation de la probabilité à faible	20 (22,47%)	14 (12,61%)	ns
Estimation de la probabilité à moyenne ou forte	69 (77,53%)	97 (87,39%)	ns

- Maladie thromboembolique veineuse et formation médicale continue (Q74 et 75 )

Quarante-huit d'entre eux (24%) avaient assisté à une FMC concernant la prise en charge de la TVP ces 5 dernières années.

Cent vingt-huit d'entre eux (64%) seraient intéressés par une FMC concernant la prise en charge ambulatoire de la TVP.

## IV. Discussion

### 1. Résumé des principaux résultats

Aucun motif de consultation n'était associé de façon significative à la présence d'une TVP confirmée. En revanche, une association significative apparaissait avec le signe de Homans et l'existence d'un cordon veineux induré.

La probabilité était essentiellement évaluée de manière implicite (sans utilisation de score).

Les D-dimères ont globalement été peu utilisés (16.5%), et ce alors que 29.41% des patients avaient une probabilité estimée faible. Tandis que l'écho-doppler était prescrit dans 93.5% des cas. Cinquante-huit pourcents des médecins modifiaient leur prise en charge en fonction de la probabilité.

La prise en charge était majoritairement ambulatoire.

Près d'un médecin sur deux (40.5%) avait instauré un traitement avant confirmation diagnostique.

En cas de confirmation: un traitement par HBPM était essentiellement prescrit pour 5 à 10 jours; le relais par AVK était systématique pour 71% des médecins, et 20% des médecins avaient déjà initié un traitement par Rivaroxaban dans ce cadre. L'écho-doppler de contrôle était réalisé dans 92.5% des cas .

Concernant le bilan étiologique: la recherche de néoplasie était le plus souvent réalisée, tandis que le bilan de thrombophilie était plus rare.

Un médecin généraliste estimait être confronté à 6 à 10 suspicions de TVP par an, quel que soit son âge ou milieu d'exercice.

Les pratiques des MSU étaient semblables à celles des non-MSU, sauf pour la recherche de thrombophilie qu'ils réalisaient plus fréquemment.

## 2. Concernant matériel et méthode

Plusieurs points peuvent paraître critiquables :

Comme tout travail déclaratif il a probablement existé un biais de désirabilité sociale pouvant influencer sur les réponses.

Le questionnaire n'interrogeait pas sur le délai de survenue de la dernière suspicion, ce qui a pu entraîner un biais pour le recueil de certains paramètres si le souvenir était trop lointain.

Nous n'avions pas interrogé sur la perte du ballant du mollet dans les signes cliniques.

Il est possible que certains MG se soient focalisés sur la dernière suspicion confirmée, qui n'était pas forcément la dernière suspicion.

Concernant le questionnaire : le mode de réponse n'était pas idéal pour certaines questions. Par exemple pour les items 29 à 33 (« raisons d'adressage aux urgences »), la réponse en ligne était obligatoire, obligeant tous les médecins à répondre à ces questions, même s'ils n'avaient pas adressé leur patient aux urgences. Dans les résultats, ces items ont donc finalement été intégrés à la partie « pratiques habituelles ».

Pour la question 44 les réponses possibles étaient des classes de durée de traitement, ce qui n'a pas permis de calculer minimum, maximum, médiane et moyenne.

La question 53 sur le suivi biologique ne demandait pas quels éléments biologiques étaient surveillés.

### 3. Concernant les résultats

#### a. Sur le plan diagnostique :

Le diagnostic clinique de TVP est difficile avec des diagnostics différentiels nombreux et variés (14). Mais le diagnostic de TVP est le plus à risque car sa méconnaissance peut conduire à une complication grave : l'EP. Dans cette enquête peu de symptômes ou signes cliniques sont associés de manière significative à une TVP confirmée hormis le signe de Homans ou le cordon veineux induré. Une méta-analyse réalisée en 2004 démontrait une valeur limitée de l'interrogatoire et de l'examen clinique du patient pris isolément, pour classer le risque de probabilité (ce qui revient en quelque sorte à l'évaluation implicite) (6) (15). Cependant une autre étude réalisée en 2013 (6) (16) montrait que « la capacité discriminante du jugement empirique de cliniciens spécialistes des affections vasculaires semblait supérieure à celle d'une utilisation dichotomique du score de Wells par des médecins urgentistes ».

Dans ce travail les scores diagnostiques ont été peu utilisés par les médecins interrogés. L'évaluation implicite était prépondérante. Était-ce par méconnaissance de ces scores ou par leur inadéquation à la pratique de médecine générale? Ces données semblent coïncider avec une autre thèse de 2012 qui suggérait déjà l'absence de connaissance et d'utilisation du score de Wells par exemple. (17). Pourtant une étude qui avait été menée dans plusieurs centres d'urgences français avait montré que « la non-utilisation d'un score était associée à un nombre plus important de diagnostics inappropriés et de récurrences thromboemboliques dans le suivi à 3 mois » (18) (19). Il paraît intéressant d'insister sur l'usage de ces outils diagnostiques d'autant plus qu'à l'heure actuelle des nouvelles technologies et des smartphones il est aisé d'accéder à des applications médicales permettant le recours à des scores simplifiés. D'ailleurs une étude randomisée de 2009 avait montré « une amélioration significative de la qualité de la démarche diagnostique quand de tels outils [étaient] utilisés » (18) (20).

Mais les malades vus aux urgences sont différents de ceux vus en soins primaires. On peut mentionner un autre exemple avec le score de Oudega, un autre test d'évaluation de la probabilité qui s'apparente au score de Wells mais semble plus orienté sur le soin primaire. Ce score utilise 7 items sur les caractéristiques du patient, et inclut le résultat des D-dimères. En cas de probabilité estimée très faible (0-3), la prévalence de TVP était de 0,7% ; ce qui équivaut à un risque de méconnaître une TVP de 0,7% en cas de non poursuite des explorations.

Cependant ce test impose de disposer rapidement du dosage des D-dimères, ce qui peut sembler parfois contraignant ou impossible en ambulatoire (21). Mais ce score avait été validé sur une population particulière de MG spécifiquement formée.

De même, il semblerait que l'utilisation des D-Dimères ne soit pas optimale et toujours faite à bon escient. Dans ce travail, quand les D-Dimères étaient réalisés, l'écho-doppler était également réalisé de manière presque systématique. Un autre travail de thèse soulignait également que les D-Dimères étaient peu utilisés par les MG pour la démarche diagnostique devant une suspicion de TVP (22). Les MG n'étant pas interrogés sur le résultat des D-Dimères, il n'a pas été possible de déterminer si l'écho-doppler faisait suite à un résultat positif ou était systématique. Dans ce travail, parmi les 34 patients ayant une probabilité pré-diagnostique estimée faible, seuls 6 patients avaient eu un dosage des D-Dimères, tandis que 31 patients avaient eu un écho-doppler. Si un algorithme diagnostique tel le score de Wells ou encore le score Primary Care était utilisé, tous les patients à faible probabilité devraient bénéficier du dosage des D-Dimères. En cas de dosage positif > 500 ng/ml cela orienterait vers la réalisation d'un écho-doppler. Ainsi l'usage d'une telle stratégie combinée permettrait de diminuer de 50 % le recours à l'écho-doppler (23). Cela permettrait des économies, tout en garantissant une balance bénéfice/risque raisonnable pour le patient, avec une prévalence faible de TVP survenue dans les 3 mois chez les patients à faible risque avec D-Dimères négatifs initialement (23).

On sait que les D-dimères ne sont pas spécifiques de la MTEV, et que leur augmentation peut être liée à d'autres facteurs (dont l'âge). Afin de diminuer le nombre de faux positifs, de nouvelles études suggèrent d'ajuster le seuil des D-dimères sur l'âge ( $\text{âge} \times 10 \text{ ng/mL}$ ) dans les suspicions d'embolie pulmonaire notamment. Cette stratégie permettrait « de réduire le nombre de patients nécessitant un scanner injecté lors de suspicions d'EP sans augmentation significative des faux négatifs » (24).

Ces données sont à pondérer par le fait que toutes les techniques de dosage des D-dimères ne se valent pas : « les tests de type ELFA, ELISA classique et les tests d'agglutination de microparticules de latex de 2<sup>nd</sup>e génération sont les seuls à avoir des performances suffisantes pour permettre l'exclusion de la MTE chez les patients ayant une probabilité clinique faible ou modérée » (25).

L'écho doppler est un élément incontournable des suspicions de TVP pour confirmer le diagnostic. Mais dans cette étude il semble sur-prescrit (avec une demande dans plus de 90% des cas). Cette prescription presque systématique de l'écho-doppler avait déjà été mise en évidence dans un travail de 2008 interrogeant des MG sur la stratégie diagnostique et thérapeutique en ambulatoire devant une suspicion de TVP (22). Il s'agissait

d'une étude qualitative par entretiens auprès de MG exerçant sur un secteur en Normandie. Une autre étude prospective suisse -OTIS-DVT- retrouvait également un taux élevé de réalisation d'écho-doppler à 95% (26). Il semble donc que l'accès à cet examen ne soit pas problématique, les délais d'obtention étant assez rapides, permettant souvent sa réalisation dans la journée. Le recours à cet examen a un coût non négligeable, qu'il serait possible de diminuer en suivant des algorithmes diagnostiques « incluant l'évaluation de la probabilité pré-test et le dosage des D-Dimères ». Cela permettrait « de déterminer quels patient avec suspicion de TVP nécessitent une imagerie de confirmation » (7).

Quelle pourrait être la place d'une échographie de débrouillage pour faciliter la démarche chez les patients qui se situent loin d'un centre écho-doppler ? Une thèse de 2015 qui étudiait ses intérêts et les freins la concernant suggérait que dans ce cadre, elle pourrait trouver sa place dans des « pôles d'échographie de débrouillage », réflexion qu'il serait intéressant d'explorer avec de nouvelles études (27).

Le taux de confirmation de TVP dans cette étude semble plutôt élevé (58% de confirmations). Une thèse de 2007 retrouvait une prévalence à 35% (28). Mais ce taux prend en compte l'ensemble des TVP confirmées, alors que la plupart des études prennent en compte uniquement les TVP confirmées proximales, les plus à risque de se compliquer d'EP. Ainsi dans ce travail ce taux de TVP confirmées proximales est à 15%, ce qui est plutôt cohérent avec la littérature : prévalence estimée à 13% dans un travail réalisé aux Pays-Bas (29), ou encore dans la thèse précédemment citée (28) calculée à 18%. Néanmoins il faut être prudent avec cette estimation, car comme il s'agissait d'une enquête déclarative certains médecins se sont peut-être focalisés sur la dernière suspicion confirmée, ce qui a pu surestimer ce taux.

Le taux de confirmation dans cette étude semble donc élevé, mais le nombre de suspicions estimé semble quant à lui faible. Une étude anglo-saxonne de 2016 concernant l'épidémiologie de la MTEV mentionne une incidence de la TVP seule qui va de 45 à 117 pour 100 000 personnes. Toujours d'après cette étude, cette incidence serait comparable à celle des accidents vasculaires cérébraux. Nous n'avions pas interrogé les médecins à ce sujet, mais peut être pourrions nous ici parler d'un manque de sensibilisation des médecins généralistes concernant la MTEV (30) ?

Les MG séniors trouvaient plus de TVP proximales que les juniors qui trouvaient plus de TVP distales. Était-ce parce que les juniors étaient plus prudents et demandaient plus d'examen complémentaires ? Ou bien était-ce parce que les séniors, du fait de leur expérience, attendaient un tableau plus marqué ou étaient moins sensibilisés du fait de la faible incidence ?

Les médecins séniors réalisaient plus souvent un écho-doppler de contrôle que les médecins juniors. Il n'y avait en revanche pas de différence significative sur ce critère en fonction du lieu d'exercice. Est-ce parce que les plus jeunes sont plus au fait des nouvelles recommandations, qui ne préconisent pas de réaliser un écho-doppler de contrôle en fin de traitement (grade B) (11)? Où bien est-ce par prudence que celui-ci est effectué en fonction de l'expérience personnelle du médecin? Selon une thèse de 2013 (31) « l'expérience clinique est une ressource essentielle (...) lorsqu'elle s'oppose aux normes scientifiques, elle semble prendre le dessus pour certains ». Nous n'avons pas abordé cette question dans l'étude, mais on peut s'interroger également sur le rôle des angéiologues dans la prescription de l'écho-doppler de contrôle, car il semble fréquent que les patients soient re-convoqués pour celui-ci dès l'écho-doppler diagnostique réalisé.

## b. Sur le plan thérapeutique

En cas de TVP confirmée, les médecins prescrivent une anticoagulation par HBPM le plus souvent pour une durée de 5 à 10 jours. Le relais par AVK était principalement effectué dès le premier jour, conformément aux recommandations de l'AFSSAPS de 2009, ou de l'ACCP de 2012 qui préconisent en première intention un traitement par HBPM ou Fondaparinux relayé par AVK. (grade A et grade 2C) (11) (32). A noter que les nouvelles recommandations de l'ACCP en ce début d'année 2016 préconisent également l'usage des nouveaux AOD en première intention lorsque la survenue de la TVP ne survient pas dans un contexte de cancer (grade 2B) (13).

Le Rivaroxaban et l'Apixaban sont les seuls AOD ayant l'AMM en France dans la prise en charge curative d'une TVP (8) (33). Dans cette étude nous avons uniquement interrogé sur l'utilisation du Rivaroxaban. (seul AOD ayant l'AMM au moment de l'enquête). Peu de médecins l'utilisaient. Les séniors étaient plus nombreux que les juniors. Mais son utilisation dépend du contexte du patient, or il s'agit de données non recueillies dans l'étude.

Peu de suspicions ont été adressées aux urgences, ce qui confirme que la prise en charge est essentiellement ambulatoire. D'où l'intérêt des outils de formation des médecins généralistes dans ce domaine (8). Une revue de la littérature réalisée en 2011 montrait que les patients traités à domicile par HBPM récidivaient moins sur le plan thromboembolique par rapport aux patients hospitalisés, et ils semblaient moins susceptibles d'avoir des saignements majeurs (9). Ainsi le « traitement ambulatoire de la TVP (...) est bien établi. Il permet une réduction substantielle des coûts de santé et augmente la satisfaction des patients avec les soins reçus » (10).

En ce qui concerne le traitement instauré avant confirmation diagnostique, il n'a pas été possible de savoir s'il était motivé par le niveau de probabilité ou systématique par sécurité, faute d'avoir précisé cette question. Toutefois on trouve une tendance à instaurer un traitement avant confirmation quand la probabilité était estimée à moyenne ou forte. De plus, plus le délai d'obtention du doppler était long, plus les médecins instauraient un traitement avant confirmation. Ces résultats se rapprochent de ceux d'une autre thèse (28). Ainsi « l'attitude des MG semble reproduire en partie la recommandation qui est de traiter avant confirmation diagnostique si la probabilité clinique est forte ou si l'examen de confirmation (en l'occurrence l'écho-doppler) ne peut avoir lieu le jour même de la suspicion » (28) (34) (32).

De façon étonnante si les patients ayant reçu une injection immédiate au cabinet, avaient plus souvent une TVP confirmée, il y avait un faible pourcentage d'injection avant confirmation parmi ceux ayant une TVP confirmée.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer pourquoi des MG ne faisaient pas d'injection même devant une probabilité moyenne ou élevée :

- L'absence du traitement au cabinet
- La disparition des échantillons donnés par les visiteurs médicaux des laboratoires
- La peur de nuire
- L'absence de justification

Concernant la peur de nuire et en l'occurrence la peur d'une complication hémorragique, dans une étude italienne réalisée dans 128 cabinets de médecine générale où les MG avaient effectué une injection d'HBPM avant la confirmation : aucun accident hémorragique n'avait été rapporté (34) (35).

Les médecins généralistes estiment être confrontés pour la plupart à 6 à 10 suspicions de TVP par an. Ceci est cohérent avec une étude de Oudega qui retrouvait un taux moyen de suspicions de 10 par an (4).

Selon ce travail, il n'y a pas de différence de prise en charge entre les médecins généralistes maitres de stage universitaires ou non, sauf pour la recherche de thrombophilie. Cela peut amener à penser que les MSU sont représentatifs de la population des médecins généralistes. Ceci pourrait faciliter le recrutement de médecins pour des études ultérieures avec le risque de non réponse liée à une hyper sollicitation.

De nombreux médecins ont un souhait de formation concernant la TVP et sa prise en charge : une FMC pourrait optimiser et harmoniser l'application des recommandations.

D'autres possibilités existent pour optimiser la prise en charge des suspicions de TVP en ambulatoire. On pense par exemple aux groupes d'échange des pratiques, le développement professionnel continu (DPC), la consultation de revues médicales.

Ces formations pourraient permettre une meilleure connaissance de l'intérêt des D-Dimères qui, associés au calcul d'un score de probabilité permettraient des économies de santé non négligeables.

## V. Conclusion

En conclusion, le comportement actuel des médecins généralistes du Maine-et-Loire lors d'une suspicion clinique de TVP des membres inférieurs n'est pas complètement en accord avec les recommandations, mais sans nuire aux patients. Ils ne semblent pas prendre de risques pour la sécurité du patient, et sont plutôt prescripteurs d'examens complémentaires, notamment l'écho doppler veineux des membres inférieurs qui est presque systématique devant toute suspicion de TVP. L'usage de scores de probabilité clinique en rapport avec un algorithme diagnostique (tels que le score de Wells par exemple) n'est pas encore généralisé, mais pourrait permettre de mieux hiérarchiser les examens prescrits, et de réaliser ainsi des économies. Les HBPM gardent une place prépondérante durant l'initiation du traitement, de même que les AVK dans les suites. L'usage des AOD est encore timide malgré leurs avantages potentiels. La prise en charge de la TVP doit être ambulatoire, en la facilitant par une meilleure disponibilité des moyens en cohérence avec les connaissances et recommandations, favorisées par la FMI et FMC.

## VI. Bibliographie

1. Bénard E, Lafuma A, Ravaud P. Epidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse. *Presse Médicale*. mars 2005;34(6):415-9.
2. Olié et al V. La maladie veineuse thromboembolique: patients hospitalisés et mortalité en France en 2010 [Internet]. [cité 23 janv 2014]. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2013/33-34/2013\\_33-34\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2013/33-34/2013_33-34_2.html)
3. Galanaud JP, Holcroft CA, Rodger MA, Kovacs MJ, Betancourt MT, Wells PS, et al. Predictors of post-thrombotic syndrome in a population with a first deep vein thrombosis and no primary venous insufficiency. *J Thromb Haemost JTH*. mars 2013;11(3):474-80.
4. Oudega R, Moons KGM, Hoes AW. Ruling out deep venous thrombosis in primary care. A simple diagnostic algorithm including D-dimer testing. *Thromb Haemost*. juill 2005;94(1):200-5.
5. Junod A. Les scores diagnostiques pour la thrombose veineuse profonde. *Rev Médicale Suisse*. 2015;483:1558-62.
6. Rédaction P. Signes de thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur: connaître le score de Wells. *Rev Prescrire*. oct 2013;360(33):762-5.
7. Erdmann A, Alatri A, Engelberger RP, Depairon M, Calanca L, Mazzolai L. Quelle prise en charge pour une suspicion de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs? *Rev Médicale Suisse*. 2015;460:337-41.
8. Messas E, Wahl D, Pernod G. Prise en charge de la thrombose veineuse profonde en 2015. *J Mal Vasc* [Internet]. sept 2015 [cité 1 févr 2016]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398049915002528>
9. Othieno R, Abu Affan M, Okpo E. Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis. In: *The Cochrane Collaboration, Othieno R, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 8 oct 2013]. Disponible sur: [http://cochrane.fr/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=2766&recherche=&Itemid=537](http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2766&recherche=&Itemid=537)
10. Aujesky D, Briner V. Home,sweet home - la prise en charge à domicile de la maladie thromboembolique veineuse. *Forum Med Suisse*. 2008;8:15-6.
11. AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique: prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. déc 2009; Disponible sur: [http://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/ae4209ebc36d7164d4b7c876ddeaabab.pdf](http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/ae4209ebc36d7164d4b7c876ddeaabab.pdf)

f

12. Qaseem A, Snow V, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Fam Med.* févr 2007;5(1):57-62.
13. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline. *Chest* [Internet]. janv 2016 [cité 1 févr 2016]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369215003359>
14. ten Cate-Hoek AJ, van der Velde EF, Toll DB, van Weert HCPM, Moons KGM, Büller HR, et al. Common alternative diagnoses in general practice when deep venous thrombosis is excluded. *Neth J Med.* avr 2012;70(3):130-5.
15. Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med.* 19 juill 2005;143(2):129-39.
16. Wang B, Lin Y, Pan F, Yao C, Zheng Z-Y, Cai D, et al. Comparison of empirical estimate of clinical pretest probability with the Wells score for diagnosis of deep vein thrombosis. *Blood Coagul Fibrinolysis Int J Haemost Thromb.* janv 2013;24(1):76-81.
17. Saada A. État des lieux de la prise en charge de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012.
18. Righini M, Le Gal G. Diagnostic positif de la maladie veineuse thromboembolique. *Rev Prat.* févr 2015;65:176-81.
19. Roy P-M, Meyer G, Vielle B, Le Gall C, Verschuren F, Carpentier F, et al. Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med.* 7 févr 2006;144(3):157-64.
20. Roy P-M, Durieux P, Gillaizeau F, Legall C, Armand-Perroux A, Martino L, et al. A computerized handheld decision-support system to improve pulmonary embolism diagnosis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 17 nov 2009;151(10):677-86.
21. Toll DB, Oudega R, Bulten RJ, Hoes AW, Moons KGM. Excluding deep vein thrombosis safely in primary care. *J Fam Pract.* juill 2006;55(7):613-8.
22. Franchet Gonfroy L, Cailliez E, Pare F, Fanello S, Allaert FA. Usage d'un arbre diagnostique concernant la suspicion de thrombose veineuse profonde en médecine générale: Résultats d'une enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes de la Manche. *Commentary. Angéiologie.* 2008;60(3):43-54.
23. van der Velde EF, Toll DB, Ten Cate-Hoek AJ, Oudega R, Stoffers HEJH, Bossuyt PM, et al. Comparing the diagnostic performance of 2 clinical decision rules to rule out deep vein thrombosis in primary

care patients. *Ann Fam Med*. févr 2011;9(1):31-6.

24. Ongaro G, Marti C, Perrier A, Righini M. D-Dimères et suspicion d'embolie pulmonaire: seuil adapté à l'âge. *Rev Médicale Suisse*. 2014;446:1908-12.
25. Penalzoza A, Roy P. Faut-il traiter un biomarqueur? D-Dimères? [Internet]. <http://sofia.medicalistes.org>. 2012. Disponible sur: [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Faut-il\\_traiter\\_un\\_biomarqueur\\_D-dimeres.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Faut-il_traiter_un_biomarqueur_D-dimeres.pdf)
26. Spirk D, Banyai M, Jacomella V, Frank U, Baldi T, Baumgartner I, et al. Outpatient management of acute deep vein thrombosis: results from the OTIS-DVT registry. *Thromb Res*. mai 2011;127(5):406-10.
27. Saysana J, Cailliez E. Quels sont les intérêts et les freins pressentis par les médecins généralistes à l'utilisation de l'échographie de débrouillage? Etude qualitative sur les départements du maine-et-loire, dela mayenne et de la sarthe. Faculté de médecine d'Angers; 2015.
28. Gagne P. Suspicion de thrombose veineuse profonde du membre inférieur en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2007.
29. Büller HR, Ten Cate-Hoek AJ, Hoes AW, Joore MA, Moons KGM, Oudega R, et al. Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. *Ann Intern Med*. 17 févr 2009;150(4):229-35.
30. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41:3-14.
31. Saidj S. Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. [Internet]. VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES; 2012. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/th%C3%A8se6%282%29-2.pdf>
32. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. juin 2008;133(6 Suppl):454S - 545S.
33. Mismetti P, Bertolotti L. Prise en charge initiale de la maladie veineuse thromboembolique. *Rev Prat*. févr 2015;65:193-8.
34. Gagne P, Simon L, Le Pape F, Bressollette L, Mottier D, Le Gal G. Réalisation d'un score clinique de prédiction de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs spécifique à la médecine générale. *Presse Médicale*. avr 2009;38(4):525-33.
35. Imberti D, Ageno W, Dentali F, Giorgi Pierfranceschi M, Croci E, Garcia D. Management of primary care patients with suspected deep vein thrombosis: use of a therapeutic dose of low-molecular-weight heparin to avoid urgent ultrasonographic evaluation. *J Thromb Haemost JTH*. mai 2006;4(5):1037-41.

## VII. Table des illustrations

Figure 1 : Répartition en pourcentage des symptômes.....	18
Figure 2 : Répartition en pourcentage des signes cliniques .....	19
Figure 3 : Diagramme de flux probabilité / confirmation .....	20
Figure 4 : Diagramme de flux probabilité et utilisation d'un score.....	20
Figure 5 : Diagramme de flux type d'évaluation de probabilité et D-dimères .....	21
Figure 6 : Diagramme de flux récapitulatif : probabilité / examens complémentaires .....	22
Figure 7 : Type de traitement anticoagulant instauré avant confirmation diagnostique .....	24
Figure 8 : Durée du traitement anticoagulant parentéral initial .....	27
Figure 9 : Surveillance des paramètres biologiques .....	27
Figure 10 : Les paramètres biologiques surveillés en fonction de l'âge du médecin .....	28
Figure 11 : Fréquence de surveillance des paramètres biologiques (en %).....	29
Figure 12 : Moment de réalisation d'une recherche de néoplasie.....	32
Figure 13: Estimation du nombre de suspicions de TVP par an par MG.....	33
Figure 14 : Incidence moyenne de TVP confirmées par an par MG.....	33
Figure 15 : Estimation du rythme de suspicions de TVP.....	34
Figure 16 : Age moyen des praticiens .....	34
Figure 17 : Nombre d'années d'exercice des praticiens.....	35
Tableau 1 : Type de TVP diagnostiquée en fonction de l'âge du médecin.....	25
Tableau 2 : Modification de la prise en charge selon la probabilité, en fonction de l'âge .....	26
Tableau 3 : Délai du relais par AVK.....	29
Tableau 4 : AVK utilisé de manière préférentielle en fonction de l'âge.....	30
Tableau 5 : Fréquence de réalisation d'un écho-doppler en fin de traitement.....	30
Tableau 6 : Réalisation d'un bilan étiologique systématique en fonction de l'âge ou du lieu d'exercice.....	31
Tableau 7 : Fréquence de réalisation d'un bilan de thrombophilie.....	31
Tableau 8 : Fréquence de recherche d'une néoplasie.....	32
Tableau 9 : Données spécifiques aux MSU .....	36

## VIII. Table des matières

<b>I. Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>II. Matériel et méthode</b> .....	<b>15</b>
1. Population cible .....	15
2. Période de recueil .....	15
3. Construction du questionnaire .....	15
4. Méthode de recueil .....	16
5. Analyses statistiques .....	17
<b>III. Résultats</b> .....	<b>18</b>
1. Démarche diagnostique et thérapeutique lors de la dernière suspicion de TVP des membres inférieurs rencontrée, que celle-ci ait été confirmée ou non .....	18
2. Pratique habituelle du médecin devant une suspicion de TVP .....	26
3. Caractéristiques de l'échantillon (Q69 à 73).....	34
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>37</b>
1. Résumé des principaux résultats .....	37
2. Concernant matériel et méthode.....	38
3. Concernant les résultats.....	39
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>VI. Bibliographie</b> .....	<b>46</b>
<b>VII. Table des illustrations</b> .....	<b>49</b>
<b>VIII. Table des matières</b> .....	<b>50</b>
<b>IX. Annexes</b> .....	<b>51</b>

## IX. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes (version papier)

#### Questionnaire sur la démarche de prise en charge de la thrombose veineuse profonde en ville

##### Démarche diagnostique lors de la dernière suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs rencontrée, que celle ci ait été ou non confirmée

Le patient se plaignait de : oui = 1 , non =2

- |                         | 1                     | 2                     |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. une douleur de jambe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. un oedeme de jambe   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. un rougeur de jambe  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. douleur thoracique   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. essoufflement        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. de rien              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

oui (1), non (2).

7. si le patient se plaignait d'un autre motif lequel :

A l'examen clinique on trouvait : oui = 1 , non =2

- |  | 1                     | 2                     |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 8. une douleur spontanée du membre inférieur                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. une douleur provoquée du membre inférieur                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. un cordon veineux induré                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. un signe de Homans   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. un érythème du membre inférieur                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. un oedeme du membre inférieur                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. une augmentation de chaleur du membre inférieur            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. une différence de circonférence entre les 2 mollets > 3 cm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. une fébricule  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. une accélération du pouls > 100                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

oui (1), non (2).

18. existait il des signes évocateurs d'embolie pulmonaire

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

19. à quel niveau estimiez vous la probabilité de TVP ?

1. faible  2. moyenne  3. forte

La réponse est obligatoire.

20. avez vous utilisé un score de probabilité clinique pour évaluer ce niveau ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

21. avez vous demandé un dosage des D dimères ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

22. Si 'non', précisez :

23. avez vous demandé un écho-doppler des membres inférieurs ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

24. en cas de demande d'écho-doppler , quel en a été le délai d'obtention

1. le jour même  2. le lendemain  3. 48 h  
 4. plus de 48 h

25. avez vous demandé un bilan biologique ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

26. avez vous demandé un dosage des plaquettes le premier jour ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

27. aviez vous un résultat de créatininémie le premier jour datant de moins de 3 mois ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

28. avez vous demandé un autre examen biologique le premier jour ?

29. avez vous adressé le patient aux urgences

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

raison d'adressage aux urgences

- |   | 1                     | 2                     |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 30. pour contexte social défavorable    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. pour comorbidités importantes       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. pour suspicion d'embolie pulmonaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. veille de week end                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

oui (1), non (2).

34. pour une autre raison

35. avez vous instauré un traitement avant la confirmation diagnostique ?

1. oui  2. non

La réponse est obligatoire.

**36. si oui**

1. enoxaparine (lovenox) x 2 /j  
 2. enoxaparine (lovenox) x 1/ j  
 3. tinzaparine (innohep) x 1/j  
 4. nadoparine (fraxodi) x 1/j  
 5. daltéparine (fragmine) x1/j  
 6. héparine calcique (calciparine) x2/j  
 7. fondaparinux (arixtra) x1/j  
 8. rivaroxaban (xarelto 15)  
 9. rivaroxaban (xarelto 20 /j)

**37. avez vous administré vous même le traitement initial au cabinet**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**38. avez vous prescrit des bas de contention**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**39. Si 'oui', précisez :**

1. immédiatement  2. après confirmation diagnostique

**40. avez vous préconisé un repos strict au lit**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**41. le diagnostic de TVP a t il été confirmé**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**42. Si 'oui', il s'agissait d'une :**

1. TVP distale (sous poplitée)  
 2. TVP proximale (ilio fémoro poplitée)

**Questions sur la pratique habituelle devant une suspicion de TVP**

**43. modifiez vous votre prise en charge selon que vous estimez la probabilité de TVP faible , moyenne ou forte ?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**44. en cas de TVP confirmée avec un traitement ambulatoire vous revoyez le patient**

1. une fois par jour  2. 2 fois par semaine  
 3. 1 fois par semaine  4. seulement à sa demande

*La réponse est obligatoire.*

**45. en cas de TVP confirmée , combien de temps en moyenne prescrivez vous une HBPM ou HNF initialement ?**

1. moins de 5 jours  2. 5 à 10 jours  
 3. plus de 10 jours

*La réponse est obligatoire.*

**Quel(s) élément(s) biologique(s) surveillez vous : oui=1 , non =2**

	1	2
<b>46. les plaquettes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>47. la numération sanguine</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>48. créatininémie , fonction rénale</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>49. activité anti Xa</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>50. TCA ou TCK</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>51. aucun</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*oui (1), non (2).*

**52. si autre élément de surveillance biologique lequel**

**53. à quelle fréquence surveillez vous les éléments biologiques ?**

1. 2 fois par semaine  2. 1 fois par semaine  
 3. toutes les 2 semaines  4. pas de surveillance

*La réponse est obligatoire.*

**54. faites vous systématiquement un relai par AVK ?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**55. en cas de relai par AVK vous le débutez à**

1. le premier jour avec le traitement parentéral  
 2. le deuxième jour  
 3. plus tard

*La réponse est obligatoire.*

**56. quel AVK utilisez vous préférentiellement ?**

1. warfarine (coumadine)  2. fluindione (previscan)  
 3. acenocoumarol (sintrom)

*La réponse est obligatoire.*

**57. avz vous déjà initié un traitement par rivaroxaban (xarelto) lors d'une TVP ?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**58. réalisez vous un écho-doppler de contrôle à la fin du traitement?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**59. en cas de TVP confirmée , préconisez vous un bilan étiologique systématique ?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**60. en cas de TVP confirmée recherchez vous une thromphilie?**

1. toujours  2. souvent  3. rarement  4. jamais

*La réponse est obligatoire.*

**61. expliquez pourquoi oui ou non :**

**62. quand faites vous cette recherche de thrombophilie? une seule réponse possible**

1. à la 1ère consultation dès la suspicion  
 2. après confirmation avant la mise en route des AVK  
 3. après confirmation après la mise en route des AVK  
 4. après la fin du traitement  
 5. jamais

**63. faites vous une recherche de néoplasie ?**

1. toujours  2. souvent  3. rarement  4. jamais

*La réponse est obligatoire.*

**64. expliquez pourquoi oui ou non :**

**65. quand faites vous cette recherche de néoplasie? une seule réponse possible**

1. à la 1ère consultation dès la suspicion  
 2. après confirmation avant la mise en route des AVK  
 3. après confirmation après la mise en route des AVK  
 4. après la fin du traitement  
 5. jamais

**66. à combien de SUSPICIONS de TVP êtes vous confronté par an ?**

1. moins de 5  2. 6 à 10  3. 11 à 20  
 4. 21 à 30  5. 31 à 40  6. plus de 40

*La réponse est obligatoire.*

**67. estimez vous être confronté à une suspicion de TVP**

1. plusieurs fois par semaine  2. 1 fois par semaine  
 3. 1 fois tous les 15 jours  4. 1 fois par mois  
 5. 1 fois par trimestre

*La réponse est obligatoire.*

**68. combien de TVP CONFIRMÉES rencontrez vous en moyenne par an ?**

1. aucune  2. 1 à 2  3. 3 à 5  
 4. 6 à 10  5. 11 à 15  6. 16 à 20  
 7. plus de 20

*La réponse est obligatoire.*

**69. vous exercez en**

1. rural  2. semi-rural  3. ville

*La réponse est obligatoire.*

**70. vous êtes**

1. un homme  2. une femme

*La réponse est obligatoire.*

**71. votre âge se situe**

1. moins de 35 ans  2. 36 à 50 ans  
 3. plus de 50 ans

*La réponse est obligatoire.*

**72. notez votre nombre d'année d'exercice professionnel**

*La réponse doit être comprise entre 1 et 60.*

*La réponse est obligatoire.*

**73. êtes vous maître de stage universitaire ?**

1. oui  2. non

*La réponse est obligatoire.*

**Formation continue**

1 2

**74. avez vous assisté à une FMC concernant la prise en charge de la TVP ces 5 dernières années ?**

**75. seriez vous intéressé pour assister à une FMC concernant la prise en charge ambulatoire de la TVP ?**

*oui (1), non (2).*

## **Annexe 2 : Mail explicatif adressé aux médecins généralistes du Maine et Loire dans le cadre de la thèse**

Chères consœurs, chers confrères,

Nous réalisons une thèse d'exercice en médecine générale sous la direction du docteur Eric Cailliez médecin généraliste et enseignant au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Angers.

Cette thèse a pour objectif d'observer les pratiques initiales diagnostique et thérapeutique lors de la suspicion d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur (TVP) en cabinet de médecine générale, c'est pourquoi nous vous sollicitons afin de recueillir votre pratique en répondant au questionnaire en ligne ci-joint, auquel il est rapide de répondre.

Le questionnaire porte sur la dernière consultation où vous avez suspecté une TVP (infirmée ou confirmée).

Notre étude concerne uniquement les médecins généralistes installés du Maine-et-Loire. Merci aux médecins non thésés ou non installés de ne pas répondre au questionnaire joint.

Nous savons combien vous êtes sollicités et nous espérons que ce document retiendra toute votre attention.

Vous remerciant pour votre collaboration active, veuillez recevoir nos respectueuses salutations.

Pour répondre au questionnaire en ligne il vous suffit de cliquer sur le lien ci dessous:

<http://sphinxol.univ-angers.fr/Medecine/demarchedepctvp1/questionnaire.htm>

Charlotte CALIBRE & Laure CALIBRE

[laure.calibre@etud.univ-angers.fr](mailto:laure.calibre@etud.univ-angers.fr)

[charlotte.calibre@etud.univ-angers.fr](mailto:charlotte.calibre@etud.univ-angers.fr)

### Annexe 3 : Courrier explicatif adressé aux médecins généralistes du Maine et Loire

CALIBRE Laure  
CALIBRE Charlotte  
Internes Médecine Générale

laure.calibre@etud.univ-angers.fr  
charlotte.calibre@etud.univ-angers.fr

Angers, le 20 février 2015

Objet: Thèse d'exercice de Médecine Générale concernant la prise en charge initiale de la thrombose veineuse profonde du membre inférieur par les médecins généralistes du Maine-et-Loire.

Chères consœurs, chers confrères,

Nous réalisons une thèse d'exercice en médecine générale sous la direction du docteur Eric Cailliez médecin généraliste et enseignant au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Angers.

Cette thèse a pour objectif d'observer les pratiques initiales diagnostique et thérapeutique lors de la suspicion d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur (TVP) en cabinet de médecine générale, c'est pourquoi nous vous sollicitons afin de recueillir votre pratique en répondant à un questionnaire, auquel il est rapide de répondre.

2 méthodes pour y participer:

- remplir le questionnaire papier ci-joint et nous l'envoyer dans l'enveloppe pré-timbrée associée
- remplir le questionnaire directement en ligne à l'adresse suivante:

<http://sphinxol.univ-angers.fr/Medecine/demarchedepectvp1/questionnaire.htm>

Le questionnaire porte sur la dernière consultation où vous avez suspecté une TVP (infirmée ou confirmée).

Nous savons combien vous êtes sollicités et nous espérons que ce document retiendra toute votre attention.

Vous remerciant pour votre collaboration active, veuillez recevoir nos respectueuses salutations.

Charlotte CALIBRE & Laure CALIBRE

#### Annexe 4: Pourcentage de TVP confirmées en fonction de la plainte

Plainte	% de TVP confirmée	p
Douleur	58	ns
Œdème	62,4	ns
Erythème	56,1	ns
Dyspnée	69,2	ns
Douleur thoracique	20	ns
Aucun symptôme	50	ns

#### Annexe 5 : Fréquence de surveillance des paramètres biologiques en fonction de l'âge

fréquence de la surveillance	médecins < 50 ans (114)	médecins > 50 ans (86)
1 / semaine	42% (48)	43% (37)
2 / semaine	48,3% (55)	50% (43)
1 / 15 jours	0,9% (1)	5,9% (5)
jamais	8,8% (10)	1,1% (1)

#### Annexe 6 : Réalisation d'un bilan de thrombophilie en fonction de l'âge ou du milieu d'exercice

	Age		
	Juniors (114)	Séniors (86)	
Toujours/ Souvent	41,23% (47)	44,19% (38)	ns
Rarement/Jamais	58,77% (67)	55,81% (48)	ns
	Lieu d'exercice		
	Ville (61)	Rural/semi rural (139)	
Toujours/ Souvent	42,62% (26)	42,45% (59)	ns
Rarement/ Jamais	57,38% (35)	57,55% (80)	ns

### Annexe 7 : Réalisation d'une recherche de néoplasie en fonction de l'âge ou du milieu d'exercice

	Age		
	Juniors (114)	Séniors (86)	
Toujours/ Souvent	54,39% (62)	63,95% (55)	ns
Rarement/Jamais	45,61% (52)	36,05% (31)	ns
	Lieu d'exercice		
	Ville (61)	Rural/semi rural (139)	
Toujours/ Souvent	57,38% (35)	58,99% (82)	ns
Rarement/ Jamais	42,62% (26)	41,01% (57)	ns

### Annexe 8 : Nombre de suspicions de TVP rencontrées annuellement en fonction de l'âge

	Age		
	Juniors (114)	Séniors (86)	
< ou = 10 suspicions par an	77,19% (88)	73,26% (63)	ns
> 10 suspicions par an	22,81% (26)	26,74% (23)	ns
	Lieu d'exercice		
	Ville (61)	Rural/semi rural (139)	
< ou = 10 suspicions par an	80,33% (49)	73,38% (102)	ns
> 10 suspicions par an	19,67% (12)	26,62% (37)	ns

**Annexe 9 : Nombre de TVP confirmées rencontrées annuellement en fonction de l'âge ou du milieu d'exercice**

	Age		
	Juniors (114)	Séniors (86)	
< ou = 5 TVP confirmées par an	85,96% (98)	77,91% (67)	ns
> 5 TVP confirmées par an	14,04% (16)	22,09% (19)	ns
	Lieu d'exercice		
	Ville (61)	Rural/semi rural (139)	
< ou = 5 TVP confirmées par an	90,16% (55)	79,14% (110)	ns
> 5 TVP confirmées par an	9,84% (6)	20,86% (29)	ns

Rapport-Gratuit.com

## Annexe 10 : Tableau récapitulatif des résultats

1	Douleur de jambe	Oui: 181	Non: 19
2	Oedème de jambe	Oui: 125	Non: 75
3	rougeur de jambe	Oui: 57	Non: 143
4	Douleur thoracique	Oui: 5	Non: 195
5	Essoufflement	Oui: 13	Non: 187
6	pas de plainte	Oui: 2	Non: 198
7	autre motif	13 autres motifs	
8	douleur spontanée du membre inférieur	Oui: 154	Non: 46
9	douleur provoquée du membre inférieur	Oui: 165	Non: 35
10	cordon veineux induré	Oui: 39	Non: 161
11	signe de Homans	Oui: 93	Non: 107
12	Erythème du membre inférieur	Oui: 61	Non: 139
13	Oedème du membre inférieur	Oui: 131	Non: 69
14	Augmentation de chaleur du membre inférieur	Oui: 71	Non: 129
15	Différence de circonférence >3cm	Oui: 44	Non: 156
16	Fébricule	Oui: 7	Non: 193
17	Pouls > 100	Oui: 16	Non: 184
18	Signes évocateurs d'embolie pulmonaire	Oui: 9	Non: 191
19	Estimation du niveau de probabilité	Faible: 34	Moyenne: 91
20	Utilisation d'un score pour évaluer la probabilité	Oui: 15	Non: 185
21	Dosage D-Dimères	Oui: 33	Non: 167
22	Si non: pourquoi?		
23	Demande d'écho-doppler des membres inférieurs	Oui: 187	Non: 13
24	Décal d'obtention de l'écho-doppler	Le jour même: 146	Le lendemain: 32
25	Bilan biologique demandé?	Oui: 54	Non: 46
26	Dosage des plaquettes demandé le 1er jour?	Oui: 48	Non: 152
27	Dosage de créatinémie inférieure à 3 mois?	Oui: 101	Non: 99
28	Autre examen biologique demandé le premier jour?		
29	Adressage aux urgences?	Oui: 13	Non: 187
30	Pour contexte social défavorable	Oui: 33	Non: 167
31	Pour comorbidités importantes	Oui: 41	Non: 159
32	Pour suspicion d'embolie pulmonaire	Oui: 56	Non: 144
33	Pour veille de week end	Oui: 25	Non: 175
34	Pour une autre raison		
35	Instauration de traitement avant confirmation diagnostique	Oui: 81	Non: 119
36	Si oui lequel	Levenox 2/jour: 23	Levenox 1/jour: 7
37	Administration du traitement initial au cabinet	Oui: 70	Non: 130
38	Prescription de bar de contention	Oui: 99	Non: 101
39	Si oui, quand	Immédiatement: 51	Après confirmation: 51
40	Repos au lit strict	Oui: 20	Non: 180
41	Confirmation du diagnostic de TVP?	Oui: 116	Non: 84
42	Si oui, quel type?	TVP distale: 87	TVP proximale: 30
43	Modification de prise en charge en fonction de la probabilité	Oui: 125	Non: 75
44	En cas de TVP confirmée avec tte ambul, patient revu :	2 fois par semaine: 64	1 fois par semaine: 64
45	Durée d'anticoagulation par HBPM ou HNF si TVP confirmée	<5 jours: 16	5 à 10 jours: 122
46	Surveillance des plaquettes	Oui: 189	Non: 11
47	Surveillance NFS	Oui: 44	Non: 156
48	Surveillance fonction rénale	Oui: 168	Non: 92
49	Surveillance anti Xa	Oui: 14	Non: 186
50	Surveillance TCA	Oui: 9	Non: 191
51	Aucune surveillance biologique	Oui: 8	Non: 192
52	Si autre élément biologique surveillé		
53	Fréquence de surveillance des éléments biologiques	2 fois par semaine: 98	1 fois par semaine: 85
54	Relais systématique par AVK	Oui: 142	Non: 58

Forse: 75

48h: 8

Plus de 48h: 1

Fraxoal 1/jour: 4

Fraxoal 1/jour: 22

Fraxoal 1/jour: 20

Fraxoal 1/jour: 15

Fraxoal 1/jour: 3

Fraxoal 1/jour: 20

Fraxoal 1/jour: 2

Asa demande: 1,23

<5 jours: 62

>10 jours: 62

toutes les 2 semaines: 6

Pos de surveillance: 11

55	Moment du relais AVK	Le 1er jour: 103 Le 2ème jour: 46	plus tard: 51
56	AVK préférentiellement utilisé	warfarine: 49 fondaparinux: 150	acenocoumarol: 1
57	Utilisation du Rivaroxaban	Oui: 40 Non: 160	
58	Echo-doppler de contrôle en fin de traitement	Oui: 185 Non: 15	
59	Bilan étiologique systématique si TVP confirmée	Oui: 97 Non: 103	
60	Recherche de thrombophilie si TVP confirmée	Toujours: 22 Souvent: 63	Jamais: 10
61	pourquoi		
62	Moment de la recherche de thrombophilie	Dès la suspicion: 3 Après confirmation, avant AVK: 20	Après la fin du traitement: 135 Jamais: 16
63	Recherche de néoplasie si TVP confirmée	Toujours: 18 Souvent: 99	Jamais: 2
64	pourquoi		
65	Moment de la recherche de néoplasie	Dès la suspicion: 7 Après confirmation avant AVK: 28	Après la fin du traitement: 20 Jamais: 3
66	Nombre de suspicions de TVP par an	<5: 61 6 à 10: 90	11 à 20: 45 21 à 30: 3 31 à 40: 1
67	Contraturation à une suspicion de TVP	1 par semaine: 4 1 tous les 15 jours: 24	1 par mois: 36 3 à 5: 110
68	Nombre de TVP confirmées par an	Alcane: 1 Rural: 63	6 à 10: 26 11 à 15: 8 16 à 20: 1
69	Lieu de l'exercice	Homme: 112 Femme: 88	
70	Sexe du médecin	<35 ans: 40 36 à 50 ans: 74	
71	Age du médecin		>50 ans: 86
72	Nombre d'années d'exercice professionnel		
73	Maître de stage universitaire	Oui: 89 Non: 111	
74	Ont déjà assisté à une FMC sur la TVP ces 5 dernières années	Oui: 48 Non: 152	
75	Seraient intéressés par une FMC sur la TVP	Oui: 128 Non: 72	



## CALIBRE Charlotte et CALIBRE – PESLIER Laure

### Analyse auprès des médecins généralistes du Maine-et-Loire de la démarche diagnostique et thérapeutique devant une suspicion de thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur.

#### RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les comportements actuels des médecins généralistes (MG) du Maine-et-Loire lors d'une suspicion clinique de thrombose veineuse profonde (TVP) d'un membre inférieur.

Méthode : Etude rétrospective, déclarative, quantitative par questionnaires envoyés par mail ou courrier aux 670 MG du Maine-et-Loire entre mars et juin 2015.

Résultats : Cent seize suspicions sur 200 étaient confirmées. Aucun motif de consultation n'était associé significativement à la présence d'une TVP confirmée. Une association significative existait avec le signe de Homans et l'existence d'un cordon veineux induré. La probabilité était essentiellement évaluée de manière implicite. Les D-dimères ont globalement été peu utilisés et ce alors que 29% des patients avaient une probabilité estimée faible. L'écho-doppler était prescrit dans 93.5% des cas. Cinquante-huit pourcents des MG modifiaient leur prise en charge en fonction de la probabilité. La prise en charge était majoritairement ambulatoire. Près d'un médecin sur deux avait instauré un traitement avant confirmation diagnostique. En cas de confirmation un traitement par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) était prescrit pour 5 à 10 jours; le relais par anti-vitamine K (AVK) était systématique pour 71% des médecins. Vingt pourcents des médecins avaient déjà initié un traitement par Rivaroxaban. L'écho-doppler de contrôle était presque systématique. La recherche de néoplasie était souvent réalisée, celle de thrombophilie était plus rare. Les MG estimaient être confrontés à 6 à 10 suspicions de TVP par an. Les maîtres de stage universitaires réalisaient plus fréquemment la recherche de thrombophilie.

Conclusion : Les pratiques divergent partiellement des recommandations. Une meilleure prise en compte du niveau de probabilité pourrait permettre une réduction du nombre d'écho-doppler trop souvent réalisé. La prise en charge doit être ambulatoire, les HBPM et les AVK ont encore une place prépondérante dans le traitement alors que l'utilisation des anticoagulants oraux directs reste limitée.

**Mots-clés** : thrombose veineuse profonde – ambulatoire – médecine générale – Maine et Loire

Score - D-Dimères - écho-doppler