

Thrombophlébite superficielle et thrombose veineuse superficielle



Thrombosis Canada
Thrombose Canada

Objectif :

Présenter une démarche fondée sur des données probantes pour le diagnostic et la prise en charge des patients présentant une thrombose veineuse superficielle (TVS).

Renseignements généraux :

La thrombophlébite superficielle ou thrombose veineuse superficielle (TVS)* résulte de la formation d'un thrombus dans une veine superficielle, accompagné d'une inflammation de la paroi vasculaire. La TVS touche le plus souvent les membres inférieurs, notamment la grande veine saphène (GVS) chez 60 à 80 % des personnes affectées. La TVS est six fois plus fréquente que la thrombose veineuse profonde (TVP) ou l'embolie pulmonaire (EP), son taux d'incidence annuel étant de 0,64 %.

* Il importe de noter que la TVS est différente du thrombus dans la veine fémorale superficielle, une veine profonde, et qu'elle exige la même prise en charge qu'une thrombose veineuse profonde (TVP) dans d'autres veines profondes. Pour éviter toute confusion, on parle souvent de « veine fémorale » plutôt que de « veine fémorale superficielle ».

Les facteurs de risque de TVS sont semblables à ceux d'une TVP et d'une EP, et comprennent : traitement d'une tumeur maligne active ou d'un cancer actif, intervention chirurgicale, intervention veineuse, traumatisme/blessure, immobilisation, obésité, utilisation d'œstrogène/grossesse (en particulier pendant le premier mois post-partum), antécédents personnels ou familiaux de thromboembolie veineuse (TEV) et thrombophilie innée. Par ailleurs, la TVS survient souvent en présence de varices (chez un maximum de 80 % des patients atteints de TVS) et, lorsqu'elle touche les membres supérieurs, elle est souvent associée aux cathéters intraveineux. La TVS est un facteur de risque de TEV concomitante ou future.

Diagnostic :

Au moment du diagnostic, environ 25 % des patients atteints de TVS sont atteints de TEV concomitante. Le diagnostic de TVS peut être posé sur la base d'une présomption clinique fondée sur la présence de signes et symptômes caractéristiques, y compris l'érythème, une sensation de chaleur et une sensibilité à la palpation le long d'un cordon veineux palpable. Dans la plupart des cas, une échographie veineuse de compression est suggérée pour confirmer la présence de TVS, pour écarter une TVP et pour déterminer la longueur du thrombus et sa proximité par rapport à la jonction saphénofémorale (JSF) ou à la jonction saphénopoplitée (JSP), où la GVS et la petite veine saphène rejoignent les veines profondes, respectivement. Les détails concernant ces paramètres doivent être demandés au radiologue s'ils ne figurent pas dans le rapport de l'échographie.

L'échographie veineuse de compression doit être effectuée chez la majorité des patients ayant reçu un diagnostic clinique de TVS, en particulier chez ceux présentant des symptômes au-dessus du genou ou près du creux poplité, chez ceux présentant des symptômes évoquant une TVP ou encore des facteurs de risque de TEV. Les patients présentant une TVS sous le genou, limitée à une varice, ne présentant aucun autre facteur de risque de TEV, pourraient nécessiter une échographie veineuse de compression.

Traitement de la TVS :

Mesures générales

- Étant donné qu'environ 4 % des patients atteints de TVS seront également atteints d'EP symptomatique, il faut vérifier chez tous les patients la présence d'antécédents de symptômes d'EP (p. ex., dyspnée, douleur thoracique pleurétique, hémoptysie) et effectuer les examens en conséquence [voir le **Guide clinique [Embolie pulmonaire \(EP\) : Diagnostic](#)**].
- Chez les patients présentant une TVS aux membres supérieurs associée à une canulation veineuse ou à des cathéters intraveineux, il faut rechercher les signes d'infection (p. ex., fièvre, écoulement purulent au point d'insertion).
- Les patients âgés de plus de 40 ans, qui ne présentent pas de varices ou d'autres facteurs de risque évidents de TEV doivent passer des examens de dépistage des cancers selon leur âge et leur sexe. La thrombophlébite superficielle migratoire augmente davantage l'indice de présomption d'un cancer.

Démarche thérapeutique

Une fois la TVS diagnostiquée, le traitement dépend de la présence ou de l'absence d'une TVP concomitante et de certaines caractéristiques de la TVS, à savoir son étendue et la mesure dans laquelle son siège est proximal (voir la **figure 1** pour l'algorithme sur la prise en charge). L'antibiothérapie n'est généralement pas indiquée sauf en présence de signes d'infection.

- Lorsqu'une **TVP concomitante** est confirmée, les patients doivent être pris en charge par une **anticoagulation thérapeutique** [voir le **Guide clinique [Thrombose veineuse profonde : Traitement](#)**].
- La TVS isolée s'étendant **à moins de 3 cm de la JSF ou de la JSP** pourrait être associée à un risque accru d'évolution vers le système veineux profond, ce qui explique que ces patients reçoivent souvent une **anticoagulation aux doses thérapeutiques** pendant trois mois [voir le **Guide clinique [Thrombose veineuse profonde : Traitement](#)**]. Toutefois, les données probantes à l'appui de cette pratique ne sont pas solides étant donné que ces patients ont été exclus de toutes les études contrôlées à répartition aléatoire sur la TVS.
- Concernant la TVS isolée mesurant **≥ 5 cm de longueur** et située à **> 3 cm de la JSF**, des **doses prophylactiques de fondaparinux (2,5 mg SC par jour) ou de rivaroxaban (10 mg par jour par voie orale) ou des doses prophylactiques/intermédiaires d'HBPM (tableau 1)** sont recommandées pendant 45 jours. Les patients peuvent également recevoir des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et/ou une compressothérapie pour le soulagement des symptômes, en plus de l'anticoagulation.
- La TVS isolée de **< 5 cm de longueur** siégeant à **> 3 cm de la JSF/JSP** peut être traitée par des AINS oraux ou topiques, des compresses (chaudes ou froides) et l'élévation des jambes pour le soulagement des symptômes. Le port de bas de contention de longueur et de tension adéquates peut être envisagé s'il est tolérable et en l'absence de contre-indications (p. ex., maladie artérielle périphérique établie). Si ces patients présentent des symptômes graves ou des facteurs de risque d'extension du

thrombus (antécédents de TVP/d'EP ou de TVS, cancer, grossesse, hormonothérapie, intervention chirurgicale ou traumatisme récents), les traitements possibles comprennent des doses prophylactiques de fondaparinux (2,5 mg SC par jour), des doses prophylactiques de rivaroxaban (10 mg par voie orale par jour) ou des doses prophylactiques/intermédiaires d'HBPM (**tableau 1**) jusqu'à 45 jours.

- La TVS associée à une canulation intraveineuse n'est généralement pas traitée par une anticoagulation. Des mesures de soutien telles que l'application de compresses chaudes et d'AINS topiques peuvent être envisagées pour soulager les symptômes.

Rôle de l'échographie dans la prise en charge des TVS

L'échographie de la jambe affectée sert à écarter/confirmer l'extension de la thrombose vers les veines profondes. Elle ne sert pas à déterminer la durée de l'anticoagulothérapie instaurée à la suite d'une TVS (tableau 1). La durée de l'anticoagulothérapie est fondée sur les durées évaluées lors des études cliniques (c.-à-d. 45 jours), sur la disparition des signes d'inflammation aiguë (p. ex., chaleur, érythème, sensibilité à la palpation) et sur les facteurs de risque de récurrence (p. ex., cancer actif, grossesse en cours). Veuillez noter qu'une coloration brunâtre ou une masse palpable insensible au-dessus d'une veine superficielle ne sont pas considérées comme une inflammation aiguë et n'indiquent pas qu'un traitement est nécessaire.

Populations particulières :

Cancers

Aucune étude à répartition aléatoire ne s'est penchée sur la durée de l'anticoagulothérapie dans les cas de TVS touchant des patients atteints d'un cancer actif. Étant donné qu'il s'agit d'un facteur de risque notable d'extension d'une thrombose vers les veines profondes, les patients atteints d'un cancer et d'une TVS se voient généralement proposer une anticoagulothérapie d'une durée d'au moins 45 jours à l'aide de l'un des agents cités au tableau 1 (si on présume que le risque d'hémorragie sous anticoagulothérapie est faible). La prolongation du traitement au-delà de 45 jours doit être décidée au cas par cas en se basant sur la gravité du tableau clinique initial, la persistance des symptômes et les risques de récurrence.

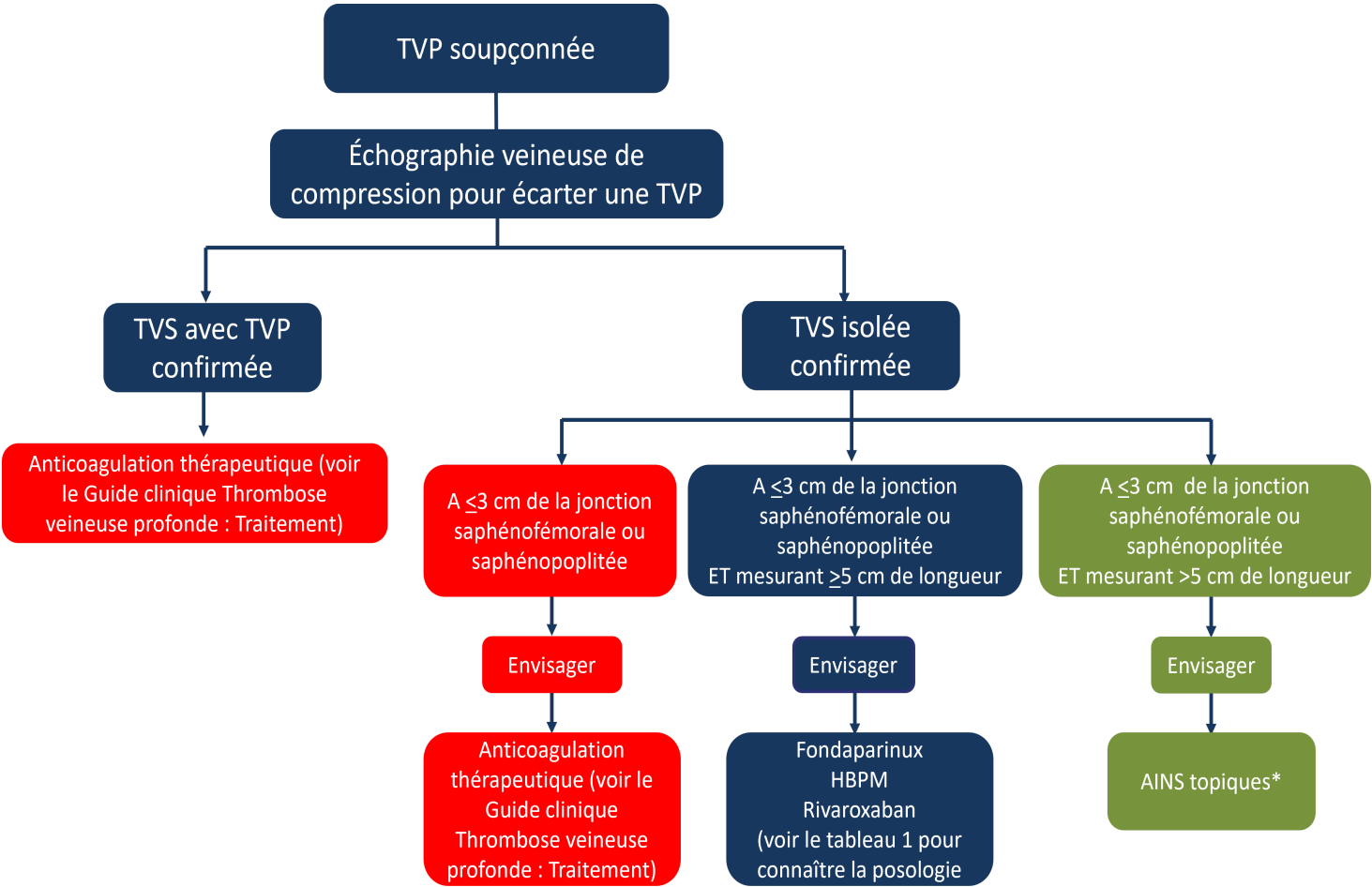
Grossesse

Aucune étude à répartition aléatoire n'a évalué la prise en charge de la TVS pendant la grossesse. Les recommandations des lignes directrices varient et comprennent des doses prophylactiques ou intermédiaires d'HBPM pendant une période fixe (1 à 6 semaines) ou pendant toute la grossesse et la période post-partum chez les femmes enceintes présentant une TVS bilatérale, symptomatique, à ≤ 3 cm du système veineux profond ou mesurant ≥ 5 cm de longueur. Lors d'une étude de cohorte nationale danoise, la TVS antépartum non traitée par un anticoagulant a été associée à un risque de 10,4 % de TEV subséquente au cours de la même grossesse. Si aucun traitement n'est administré, le suivi clinique étroit et une autre échographie veineuse de compression sont recommandés dans un délai de 7 à 10 jours. La warfarine et les AOD sont contre-indiqués pendant la grossesse, car ces médicaments peuvent franchir la barrière placentaire [voir le **Guide clinique** [Grossesse : Traitement de la thromboembolie veineuse](#)].

Enfants

Les données concernant la prise en charge de la TVS dans cette population sont très limitées. Dans la mesure du possible, des hématologues pédiatriques expérimentés dans le traitement des thromboembolies doivent prendre en charge les soins des enfants présentant une TVS ou un risque de TVS. Sinon, les soins de ces enfants doivent être confiés à un néonatalogiste ou à un pédiatre ainsi qu'à un hématologue pour adultes, en consultation avec un hématologue pour enfants expérimenté en la matière.

Figure 1 : Démarche de prise en charge de la TVS



* Une anticoagulation à dose prophylactique/intermédiaire est un traitement raisonnable chez les patients présentant des symptômes graves ou des facteurs de risque. En l'absence de traitement ou si des AINS topiques sont utilisés, une échographie subséquente, 7 à 10 jours plus tard, doit servir à surveiller toute extension de la TVS. L'échographie sert à écarter une extension de la thrombose vers

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; TVP : thrombose veineuse profonde.

Tableau 1. Options thérapeutiques pour la TVS*

Classe thérapeutique ou agent	Posologie suggérée	Durée du traitement
HBPM**	Daltéparine à 5 000-10 000 unités SC par jour Énoxaparine à 40-80 mg SC par jour Tinzaparine à 4 500-10 000 unités SC par jour	45 jours
Fondaparinux**	2,5 mg SC une fois par jour	45 jours
Rivaroxaban**	10 mg par voie orale chaque jour	45 jours
AINS par voie orale	Ibuprofène à 400 mg par voie orale 3 f.p.j. Naproxène à 500 mg par voie orale 2 f.p.j.	7 à 14 jours
AINS topiques	Diclofénac topique [Voltaren Emugel®] à 2-4 g appliqué sur la région affectée 3 ou 4 fois par jour	7 à 14 jours

* Les patients doivent recevoir une anticoagulation à dose thérapeutique s'ils présentent une TVP concomitante et/ou une TVS isolée située à moins de 3 cm du système veineux profond (c.-à-d. de la JSF, de la JSP). Le choix de l'anticoagulant sera déterminé en fonction des disponibilités locales, des connaissances du médecin, du régime d'assurance, des valeurs et préférences du patient.** En présumant que le risque d'hémorragie sous anticoagulothérapie est faible.

TVS récurrentes

Les patients atteints de TVS et de varices présentent un risque élevé de récurrence. Malheureusement, aucune étude clinique n'a encore évalué l'efficacité de l'anticoagulothérapie à long terme quant à la prévention des TVS récurrentes. Si des symptômes d'inflammation aiguë réapparaissent chez un patient ayant des antécédents de TVS, une échographie doit être refaite pour écarter l'extension de la thrombose vers les veines profondes; il faut également envisager une anticoagulothérapie à court terme (tableau 1). Tous les patients atteints de TVS doivent être informés du risque de récurrence ainsi que des signes et symptômes de la TVP et de l'EP.

Autres guides cliniques pertinents de Thrombose Canada :

- [Embolie pulmonaire \(EP\) : Diagnostic](#)
- [Grossesse : Traitement de la thromboembolie veineuse](#)
- [Héparine non fractionnée, héparine de bas poids moléculaire et fondaparinux](#)
- [Rivaroxaban \(Xarelto^{MD}\)](#)
- [Thrombose veineuse profonde : Diagnostic](#)
- [Thrombose veineuse profonde : Traitement](#)

Références :

Bates S, et al. American Society of Hematology (ASH) guidelines for management of venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Advances. 2018;2:3317-3359.

Beyer-Westendorf J, et al. SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. Lancet Haematol. 2017;4(3):e105-e113.

Decousus H, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. New Engl J Med. 2010;363(13):1222-1232.

Decousus H, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Annals Inter Med.* 2010;152(4):218-224.

Di Minno MN, et al. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *J ThrombHaemost.* 2016;14:964-972.

Di Nisio M, Wichers I, Middeldorp S. Treatment of lower extremity superficial thrombophlebitis. *JAMA.* 2018;320(22):2367-2368.

Di Nisio M. et al. Treatment of superficial vein thrombosis: Recent Advances, unmet needs, and future directions. *Healthcare* 2024;12(15):1517.

Duffett L, et al. Treatment of superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *Thrombos Haemost.* 2019;119:479-489.

Frappe P, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost.* 2014;12:831-838.

Stevens S, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Second update of the CHEST guideline and expert panel report. *Chest.* 2021; 160(6):2247-2259.

Van Langevelde K, et al. Increased risk of venous thrombosis in persons with clinically diagnosed superficial vein thrombosis: Results from the MEGA study. *Blood.* 2011;118(15):4239-4241.

Wiegers HMG, et al. Incidence and prognosis of superficial vein thrombosis during pregnancy and the post-partum period: A Danish nationwide cohort study. *Lancet Haematol.* 2023;10(5):e359-e366.

Date de cette version : 29 mars 2025

Il est à noter que l'information contenue dans le présent guide ne doit pas être interprétée comme étant une solution de rechange aux conseils d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Si vous avez des questions précises sur un problème d'ordre médical, quel qu'il soit, vous devez consulter votre médecin ou un autre professionnel de la santé. En somme, vous ne devriez jamais reporter une consultation médicale, faire abstraction des conseils de votre médecin, ni mettre fin à un traitement médical sur la base de l'information contenue dans le présent guide.