



Objectif :

Fournir des conseils sur la durée recommandée de l'anticoagulothérapie pour la thromboembolie veineuse (TEV).

Renseignements généraux :

La détermination de la durée de l'anticoagulothérapie repose sur une évaluation du **risque de récurrence de thrombose que présente le patient sans anticoagulothérapie** par rapport à son **risque d'hémorragie grave sous anticoagulothérapie**. Bien que le taux de mortalité causée par les récurrences de TEV et les hémorragies graves soient similaires au cours de la période initiale du traitement de la TEV, le taux de mortalité causée par les récurrences de TEV est plus faible après une anticoagulothérapie d'une durée de 3 à 6 mois que le taux de mortalité causée par les hémorragies graves. Cela signifie que le traitement à long terme n'est pas toujours associé à un avantage net en ce qui a trait à la mortalité, particulièrement chez les patients qui présentent un risque plus faible de récurrence de TEV ou un risque plus élevé d'hémorragie.

Malheureusement, il n'existe aucun essai aléatoire à long terme comparant l'anticoagulothérapie à court terme et l'anticoagulothérapie d'une durée indéfinie.

Risque de récurrence de TEV

Le risque de récurrence de TEV après l'arrêt de l'anticoagulothérapie semble être similaire après 3 mois de traitement ou après 6 à 24 mois de traitement. Cela suggère donc qu'une période de traitement de 3 mois est suffisante pour traiter un épisode aigu de TEV si on décide de ne pas poursuivre l'anticoagulothérapie à long terme. **Une période de trois mois est la période minimale de traitement** pour une thrombose veineuse profonde (TVP) proximale ou une embolie pulmonaire (EP), car le fait de réduire à 4 ou 6 semaines une anticoagulothérapie qui devrait durer de 3 à 6 mois multiplie par deux la fréquence des récurrences de TEV au cours des 6 premiers mois qui suivent l'arrêt de l'anticoagulothérapie.

On peut décider au bout de trois mois s'il est nécessaire ou non de poursuivre l'anticoagulothérapie. Cette décision reposera sur l'équilibre entre le risque de récurrence (selon que la TEV a été provoquée par un facteur de risque transitoire, idiopathique ou liée à un facteur de risque grave qui persiste, comme un cancer évolutif) et le risque d'hémorragie (voir ci-dessous).

Autres considérations :

- Le type de l'événement de référence : le risque de récurrence de TEV après une TVP proximale est similaire à celui de l'EP. Cependant, les patients ayant présenté initialement une EP sont plus susceptibles de subir une récurrence d'EP qu'une récurrence de TVP, tandis que les patients ayant présenté initialement une TVP sont plus susceptibles de subir une récurrence de TVP. Le risque de récurrence est plus faible (de 50 %) après une TVP isolée du mollet (distale) qu'après une TVP proximale ou une EP.
- Le fardeau de l'anticoagulothérapie (financier, fonctionnel et psychologique) et la qualité de vie.

- La préférence du patient : l'anticoagulothérapie doit être interrompue lorsque ses avantages ne l'emportent plus manifestement sur les risques qu'elle entraîne, ou lorsque le patient bien renseigné sur les risques qui lui sont associés souhaite interrompre le traitement même si sa poursuite présente pour lui un avantage net.

Estimation du risque d'hémorragie

Le risque d'hémorragie induit par les anticoagulants varie considérablement d'un patient à l'autre et doit être évalué par rapport aux avantages qu'offre la poursuite de l'anticoagulothérapie. Le risque d'hémorragie induit par les anticoagulants est le plus élevé au cours des 3 premiers mois du traitement et il se stabilise après la première année.

À l'heure actuelle, nous ne disposons malheureusement d'aucun outil d'évaluation du risque d'hémorragie qui soit validé adéquatement pour fournir des estimations précises du risque d'hémorragie chez les patients présentant une TEV. Les scores de risque d'hémorragie, comme le score HAS-BLED, ont été évalués auprès de patients atteints de fibrillation auriculaire (FA) qui, au départ, présentent généralement un risque plus élevé d'hémorragie[1]. Ainsi, les estimations d'hémorragies graves* tirées des études menées auprès de ces patients peuvent ne pas s'appliquer aux patients qui reçoivent une anticoagulothérapie pour la prévention des TEV depuis déjà 3 à 6 mois.

Une approche pragmatique consiste à déterminer les variables qui semblent être des facteurs prédictifs d'hémorragie dans plusieurs études portant sur la FA et les TEV dans le but d'obtenir une idée globale du risque d'hémorragie (voir le **Tableau 1**). Les patients ayant deux de ces facteurs de risque et plus peuvent être considérés comme présentant un risque modéré d'hémorragie. Il convient donc d'examiner attentivement la justification d'une anticoagulothérapie prolongée chez ces patients.

TABLEAU 1 : FACTEURS DE RISQUE D'HÉMORRAGIE

- **Âge > 65 ans**
- **Anémie**
- **Traitement antiplaquettaire**
- **Néphropathie chronique**
- **Hépatopathie chronique**
- **Antécédents d'hémorragies**
- **Thrombocytopénie**

*Le risque d'hémorragie grave est défini de façons diverses dans les études. Cependant, dans les études contemporaines, il est généralement défini comme une hémorragie mortelle, une hémorragie se produisant dans une cavité ou un organe vital, une hémorragie qui entraîne une réduction du taux d'hémoglobine d'au moins 20 g/L, et/ou une hémorragie qui nécessite une transfusion d'au moins 2 unités de sang.

L'utilisation à long terme des anticoagulants oraux directs (AOD) (par opposition à la warfarine) pourrait présenter un meilleur profil d'innocuité en ce qui a trait aux hémorragies graves.

Chez les patients qui ont reçu une anticoagulothérapie pendant 6 mois, le taux d'hémorragies graves sous les AOD est pratiquement identique au risque d'hémorragie grave associé à l'AAS, mais les AOD sont plus efficaces que l'AAS en ce qui a trait à la réduction des récurrences de TEV.

Patients présentant une tev provoquée par un facteur de risque transitoire :

Chez les patients présentant une TEV provoquée par un facteur de risque transitoire (**Tableau 2**) qui s'est manifesté dans les 3 mois précédant l'événement, le risque de récurrence est beaucoup plus faible que celui des patients présentant une TEV idiopathique ou un facteur de risque persistant. Les patients présentant une TEV provoquée par un facteur de risque transitoire qui s'est résorbé devraient généralement recevoir une anticoagulothérapie pendant 3 mois seulement.

Tableau 2 : Exemples de facteurs de risque transitoires de TEV

CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE TRANSITOIRES	EXEMPLES DE FACTEURS DE RISQUE
Majeurs	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgie sous anesthésie générale pendant 30 minutes et plus• Hospitalisation avec alitement pendant au moins 3 jours en raison d'une maladie aiguë
Mineurs	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgie sous anesthésie générale pendant moins de 30 minutes• Hospitalisation pendant moins de 3 jours en raison d'une maladie aiguë• Alitement en dehors de l'hôpital pendant au moins 3 jours en raison d'une maladie aiguë• Hormonothérapie• Grossesse ou puerpéralité• Blessure à une jambe associée à une mobilité réduite pendant au moins 3 jours

Plus le facteur de risque provocateur réversible est important, plus le risque de récurrence après l'arrêt de l'anticoagulothérapie est faible. Comme le montre le **Tableau 3**, le risque de récurrence est plus faible dans le cas d'une TEV provoquée par un facteur de risque chirurgical (c.-à-d. un risque majeur) que dans le cas d'une TEV associée à un facteur de risque non chirurgical (c.-à-d. un risque mineur). Dans les deux cas, le risque de récurrence est plus faible que dans le cas d'une TEV idiopathique ou d'une TEV associée à un facteur de risque important et persistant.

Tableau 3 : Estimation du risque de récurrence après l'arrêt de l'anticoagulothérapie administrée lors d'une première TEV

	1 AN APRÈS L'ARRÊT DE L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE	5 ANS APRÈS L'ARRÊT DE L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE
Risque associé à une chirurgie ou risque majeur	1 à 2%	3%
Risque non associé à une chirurgie ou risque mineur (p. ex., hospitalisation, immobilisation en raison d'une mise en plâtre, hormonothérapie*, envolée de plus de 8 heures, pathologie médicale nécessitant une hospitalisation)	5%	15%

*Le risque de récurrence chez les femmes présentant une première TEV associée à l'utilisation d'un contraceptif contenant de l'œstrogène (4 % dans les 5 années suivant l'arrêt de l'anticoagulation) peut être plus faible que le risque de récurrence observé lors d'une TEV provoquée par d'autres facteurs de risque mineurs.

Patients présentant une TEV idiopathique :

Les patients présentant un premier épisode de TEV idiopathique devraient recevoir une anticoagulation pendant au moins 3 mois; la décision de poursuivre le traitement à plus long terme reposera sur le risque de récurrence, le risque d'hémorragie et la préférence du patient. Chez les patients présentant une première TEV idiopathique, la décision d'arrêter l'anticoagulation ou de la poursuivre indéfiniment est fortement influencée par la préférence d'un **patient informé**. Pour connaître les préférences du patient en vue d'une prise de décision commune, il est nécessaire d'expliquer clairement au patient les risques de récurrence auxquels on peut s'attendre avec ou sans anticoagulation d'une durée indéfinie ainsi que les conséquences d'une récurrence de TEV et d'une hémorragie.

Le risque de récurrence des patients présentant un **premier épisode idiopathique de TVP proximale ou d'EP** est, en moyenne, de 10 % la première année, 25 % au cours des 5 premières années et 36 % au cours des 10 premières années suivant l'arrêt de l'anticoagulation. Chez ces patients, on devrait envisager une anticoagulation à long terme en fonction du risque de récurrence de TEV et d'hémorragie qu'ils présentent.

Le risque de récurrence après un premier épisode de TVP proximale ou d'EP idiopathique peut être stratifié encore davantage en fonction du sexe du patient et des résultats du dosage des D-dimères effectué 1 mois après l'arrêt de l'anticoagulation :

- chez les **hommes**, le risque de récurrence est environ 1,5 fois plus élevé que le risque de récurrence chez les femmes (~12 % vs ~8 % respectivement au cours de la première année suivant l'arrêt de l'anticoagulation);

- les patients ayant obtenu un **dosage positif des D-dimères** présentent un risque de récurrence près de 2 fois plus élevé que les patients ayant obtenu un dosage négatif;
- la valeur prédictive d'une récurrence de TEV en fonction du sexe et du dosage des D-dimères est cumulative : **homme + dosage négatif des D-dimères** : près de 8 % au cours de la première année; **homme + dosage positif des D-dimères** : près de 16 % au cours de la première année; **femme + dosage négatif des D-dimères** : près de 5 % au cours de la première année; **femme + dosage positif des D-dimères** : près de 10 % au cours de la première année.

Ces estimations peuvent être utiles pendant les discussions sur la durée recommandée de l'anticoagulation après une TEV idiopathique, conjointement avec l'estimation du risque de saignement et les préférences des patients.

Modèles pronostiques

Trois modèles de score permettant de prédire le risque de récurrence de TEV après l'arrêt de l'anticoagulation administrée en raison d'une **première TVP ou EP idiopathique** ont été soumis à une validation externe (p. ex., population de patients ou ensemble de données distincts de ceux dont ils sont issus). Comme nous pouvons le constater ci-dessous, chacun de ces modèles comporte cependant des limites importantes qui réduisent leur applicabilité générale.

Score HERDOO2

FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE RÉCURRENCE	RÈGLES
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperpigmentation, œdème ou rougeur sur une jambe • Dosage des D-dimères VIDAS® ≥ 250 ug/L pendant l'anticoagulation • Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m² • Âge ≥ 65 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ayant moins de deux facteurs prédictifs de récurrence présentent un faible risque de récurrence (3,0 % par patient-année) et peuvent envisager l'arrêt de l'anticoagulation. • Les femmes ayant deux facteurs prédictifs de récurrence et plus, ainsi que tous les hommes, sont considérés comme présentant un risque élevé de récurrence.

Contrairement à d'autres, les chercheurs qui ont évalué le score HERDOO2 ont classé les TEV idiopathiques dans la même catégorie que toutes les autres TEV (y compris les TEV liées à l'œstrogène ou à la grossesse) ne survenant pas dans le contexte d'un facteur de risque provocateur réversible majeur ou d'un cancer. Dans ce modèle, le risque de récurrence chez les femmes présentant moins de deux facteurs prédictifs de récurrence est susceptible d'être plus élevé chez les femmes plus âgées. Chez les femmes à faible risque âgées de moins de 50 ans qui avaient arrêté leur anticoagulation, le risque de récurrence de TEV était faible, sans égard au fait que leur TEV initiale ait été liée ou non à l'œstrogène. Cependant, chez les femmes âgées de 50 ans et plus présentant moins de 2 facteurs prédictifs de récurrence qui avaient arrêté leur

anticoagulothérapie, le risque de récurrence était de 5,7 % par patient-année. Par conséquent, des recherches plus poussées sont nécessaires avant que cette règle puisse être appliquée en toute confiance chez les femmes âgées de 50 ans et plus. Une analyse ultérieure a démontré que le seuil du dosage des D-dimères dans le cadre du score HERDOO2 (et, par conséquent, la règle) n'est pas valide avec les dosages des D-dimères autres que le dosage des D-dimères VIDAS®. Dans les études sur le score HERDOO2, il est intéressant de noter que le dosage des D-dimères a été réalisé chez la plupart des patients pendant que ceux-ci recevaient un antagoniste de la vitamine K plutôt qu'un AOD.

Score DASH

FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE RÉCURRENCE	RÈGLES
<ul style="list-style-type: none"> - Un taux anormal de D-dimères observé un mois environ après l'arrêt de l'anticoagulothérapie (+ 2 points) - Sexe masculin (+ 1 point) - Âge < 65 ans (+ 1 point) - Hormonothérapie au moment du diagnostic de TEV (-2 points) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les personnes présentant un score DASH de 1 et moins, le risque de récurrence est de 3,5 % par année.

Il est à noter que le risque de récurrence chez les personnes âgées de plus de 65 ans était inférieur à 5 %, même chez celles dont le score DASH était le plus faible. Comme pour la règle du score HERDOO2, des recherches plus poussées devront être menées auprès de patients plus âgés.

Score de Vienne : ce score, qui tient compte du sexe, du siège de l'événement de référence et du dosage des D-dimères, utilise un nomogramme pour calculer le risque de récurrence 1 an et 12 ans après l'arrêt de l'anticoagulothérapie (voir le calculateur de risque offert au <http://www.meduniwien.ac.at/user/georg.heinze/zipfile/ViennaPredictionModel.html>). Bien que ce modèle ait été validé dans un ensemble distinct de données groupées, sa sécurité et son efficacité n'ont cependant pas été évaluées de façon formelle dans une étude clinique d'impact utilisant les résultats du modèle pour guider les décisions concernant la prise en charge des patients.

Patients présentant des facteurs de risque persistants :

Les patients qui présentent d'importants facteurs de risque persistants (cancer évolutif, risque élevé de thrombophilie) doivent continuer de recevoir une anticoagulothérapie d'une durée indéfinie si leur risque d'hémorragie est acceptable.

Facteurs de risque persistants qui motivent habituellement la poursuite de l'anticoagulothérapie :

1. **Cancer évolutif :** Le risque de récurrence de TEV augmente de façon marquée chez les patients atteints d'un **cancer évolutif**, et ce risque est plus élevé chez les patients atteints d'un cancer métastatique

(par rapport à un cancer localisé) ainsi que chez les patients soumis à une chimiothérapie. (Voir le **guide clinique : [Cancer et Thrombose](#)**)

2. **Positivité des anticorps antiphospholipides** : La présence d'anticorps antiphospholipides persistants à un taux modéré ou élevé et/ou d'un anticoagulant du lupus et d'une TEV (correspondant aux critères du **syndrome des anticorps antiphospholipides**) est considérée comme un risque élevé de récurrence de TEV (et de thrombose artérielle) et ces patients devraient généralement recevoir une anticoagulation d'une durée indéfinie. Il est conseillé alors de consulter un spécialiste de la thrombose ou un hématologue. (Voir le **guide clinique : [Thrombophilie : Syndrome des antiphospholipides](#)**)
3. **Thrombophilie héréditaire à risque élevé** : Étant donné la faible prévalence des thrombophilies à risque plus élevé, le dépistage des thrombophilies héréditaires n'est généralement pas recommandé pour déterminer la durée de l'anticoagulation. Cependant, si on sait que le patient présente un déficit en antithrombine, en protéine C ou en protéine S ou encore une mutation homozygote ou hétérozygote combinée du facteur V Leiden ou du gène de la prothrombine G20210A avec des antécédents de TEV, on sait alors que ce patient présente un risque plus élevé de récurrence de TEV et qu'il peut être candidat à une anticoagulation d'une durée indéfinie. Il est conseillé alors de consulter un spécialiste de la thrombose ou un hématologue. (Voir les **guides cliniques : [Thrombophilie : Déficiences en protéine C, protéine S et antithrombine](#) et [Thrombophilie : Facteur V de Leiden et mutation du gène codant pour la prothrombine](#)**)

Facteurs de risque persistants qui n'influencent habituellement pas sur la durée de l'anticoagulation :

1. **Faible risque de thrombophilie héréditaire et/ou antécédents familiaux de TEV** : La présence d'une affection thrombophilique héréditaire courante (p. ex., mutation hétérozygote du facteur V Leiden ou mutation du gène de la prothrombine G20210A) ne semble pas constituer un facteur de risque clinique important de récurrence de TEV pendant ou après l'anticoagulation. Les antécédents familiaux n'accroissent pas à eux seuls le risque de récurrence de TEV.
2. **Présence d'un filtre dans la veine cave inférieure** : La seule présence d'un filtre dans la veine cave inférieure ne devrait avoir aucune influence sur la durée de l'anticoagulation au-delà de la durée du traitement de la TEV ayant nécessité la mise en place de ce filtre.
3. **Anomalies résiduelles détectées à l'échographie** : De telles anomalies sont détectées chez près du tiers des patients. Bien que ces anomalies puissent légèrement accroître la probabilité de récurrence après l'arrêt de l'anticoagulation, le risque qui leur est associé n'est pas suffisant pour en faire un facteur décisif permettant de déterminer la durée de l'anticoagulation.

Patients présentant un deuxième épisode de TEV :

Bien qu'un deuxième épisode de TEV suggère un risque plus élevé de récurrence, la recommandation concernant la durée de l'anticoagulation varie selon qu'il s'agit d'une TEV provoquée ou idiopathique.

Tableau 4 : Résumé des recommandations sur la durée de l'anticoagulation

CATÉGORIES DE TEV	DURÉE DU TRAITEMENT
Première TEV provoquée par un facteur de risque transitoire	3 mois*
Deuxième TEV provoquée par un facteur de risque transitoire	Même durée que pour la première TEV provoquée par un facteur de risque transitoire*
Première TEV idiopathique†	Durée minimale de 3 mois, suivie d'une réévaluation.
Risque faible ou modéré d'hémorragie	Anticoagulothérapie d'une durée indéfinie avec évaluations périodiques ¶‡
Risque élevé d'hémorragie	3 mois, particulièrement si le risque de récurrence de TEV est relativement faible et/ou si les facteurs de risque d'hémorragie ne peuvent être atténués
Deuxième TEV idiopathique	Même durée que pour la première TEV idiopathique; cette récurrence est une forte indication de la nécessité d'une anticoagulothérapie d'une durée indéfinie, sauf en présence d'un risque très élevé d'hémorragie¶‡.
TVP distale isolée	3 mois
TEV associée à un cathéter veineux central (CVC)	3 mois; plus longtemps si le CVC est laissé en place
TEV associée à des facteurs de risque permanents non liés à un cancer (p. ex., paraplégie ou autre immobilité importante, maladie inflammatoire évolutive de l'intestin, risque élevé de thrombophilie).	Anticoagulothérapie d'une durée indéfinie avec évaluations périodiques ou aussi longtemps que persiste le facteur de risque¶
TEV associée au cancer	De 3 à 6 mois, suivie d'une réévaluation et de la poursuite du traitement si le cancer évolue ou si le patient poursuit son traitement anticancéreux.

*Bien qu'une période de 3 mois soit la durée habituelle d'un traitement limité dans le temps, on préférera cependant une durée de 6 mois si : (i) la TVP ou l'EP était très importante ou très symptomatique ; ou (ii) les symptômes de la TVP ou de l'EP initiale persistent ; ou (iii) le patient n'est pas prêt (pas suffisamment en confiance) pour arrêter l'anticoagulothérapie au bout de 3 mois ; et (iv) le patient ne présente pas un risque élevé d'hémorragie.

†En l'absence d'un facteur de risque transitoire, d'un cancer évolutif ou d'un autre facteur de risque clinique permanent de récurrence de TEV.

¶Les patients à qui on recommande une anticoagulothérapie d'une durée indéfinie doivent être réévalués périodiquement (p. ex., chaque année) afin d'estimer de nouveau l'équilibre entre le risque de TEV et le risque d'hémorragie et de revoir les préférences du patient.

‡Chez les patients qui poursuivent leur traitement par le rivaroxaban (Xarelto®) ou l'apixaban (Eliquis®) pendant plus de six mois, il convient d'envisager de diminuer la dose du rivaroxaban à 10 mg une fois par jour et la dose de l'apixaban à 2,5 mg deux fois par jour, car ces doses plus faibles ont démontré

qu'elles étaient aussi efficaces et sécuritaires que la dose standard dans les études EINSTEIN CHOICE et AMPLIFY Extend

Considérations particulières :

Enfants:

Dans la mesure du possible, la prise en charge des enfants présentant une thromboembolie ou un risque de thromboembolie et de ceux qui reçoivent un traitement antithrombotique devrait être confiée à un hématalogue pédiatrique ayant une expérience dans ce domaine. Sinon, il est recommandé de faire appel à un néonatalogue ou un pédiatre ainsi qu'à un hématalogue pour adultes, en consultation avec un hématalogue pour enfants expérimenté dans ce domaine.

TEV liée au port d'un cathéter veineux central (CVC)

La TEV associée à un CVC doit être traitée comme une TEV provoquée. (Voir le **guide clinique : [Thrombose veineuse profonde secondaire à la mise en place d'un cathéter veineux central](#)**).

Autres guides cliniques pertinents de Thrombose Canada :

- [Apixaban \(Eliquis^{MD}\)](#)
- [Cancer et thrombose](#)
- [Thrombose veineuse profonde secondaire à la mise en place d'un cathéter veineux central](#)
- [Thrombose veineuse profonde \(TVP\): Traitement](#)
- [Traitement de la thromboembolie veineuse pendant la grossesse](#)
- [Embolie pulmonaire \(EP\) : traitement](#)
- [Rivaroxaban \(Xarelto®\)](#)
- [Thrombophilie : Syndrome des antiphospholipides](#)
- [Thrombophilie : Déficits en protéine C, protéine S et antithrombine](#)
- [Thrombophilie : Facteur V de Leiden et mutation du gène codant pour la prothrombine](#)

Références :

Agnelli G, et al. Apixaban for extended treatment of venous thromboembolism. N Engl J Med 21;368(8):699-708.

Carrier M, *et al.* Systematic review: case-fatality rates of recurrent venous thromboembolism and major bleeding events among patients treated for venous thromboembolism. Ann Intern Med 2010;152(9):578-589.

Eichinger S, et al. Risk assessment of recurrence in patients with unprovoked deep vein thrombosis or pulmonary embolism: the Vienna prediction model. Circulation. 2010;94(121):1630-1636.

Eischer L, et al. The risk of recurrence in women with venous thromboembolism while using estrogens: a prospective cohort study. J Thromb Haemost 2014;12:635-640.

Ensor J, et al. Systematic review of prognostic models for recurrent venous thromboembolism (VTE) post-treatment of first unprovoked VTE. BMJ Open 2016;6(5):e01190.

Kearon C, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2016;149(2):315-352.

Kearon C, et al. Categorization of patients as having provoked or unprovoked venous thromboembolism: guidance from the SSC of ISTH. J Thromb Haemost 2016;14:1480-1483.

Kearon C, et al. Long-term risk of recurrence in patients with a first unprovoked venous thromboembolism managed according to D-dimer results: a cohort study. J Thromb Haemost 2019;17(7):1144-1152.

Khan F, et al. Long term risk of symptomatic recurrent venous thromboembolism after discontinuation of anticoagulant treatment for first unprovoked venous thromboembolism event: systematic review and meta-analysis. BMJ 2019;366:14363.

Khan F, et al. Long-term risk for major bleeding during extended oral anticoagulant therapy for first unprovoked venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2021;174:1420-1429.

Marcucci M, et al. Risk of recurrence after a first unprovoked venous thromboembolism: external validation of the Vienna Prediction Model with pooled individual patient data. J Thromb Haemost 2015;13:775-781.

Rodger MA, Le Gal G. Who should get long-term anticoagulant therapy for venous thromboembolism and with what? Blood Adv 2018;2(21):3081-3087.

Rodger MA, et al. REVERSE II Study Investigators. Validating the HERDOO2 rule to guide treatment duration for women with unprovoked venous thrombosis: multinational prospective cohort management study. BMJ 2017;356:j1065.

Rodger MA, et al. REVERSE II Investigators. "HERDOO2" clinical decision rule to guide duration of anticoagulation in women with unprovoked venous thromboembolism. Can I use any d-Dimer? Thromb Res 2018;169:82-86.

Streiff MB, et al. Guidance for the treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. J Thromb Thrombolysis 2016;41(1):32-67.

Tosetto A, et al. External validation of the DASH prediction rule: a retrospective cohort study. J Thromb Haemost 2017; 15:1-8.

Weitz J, et al. Rivaroxaban or aspirin for extended treatment of venous thromboembolism. N Engl J Med 2017; 376(13):1211-1222.

Wells et al, Predicting major bleeding during extended anticoagulation for unprovoked or weakly provoked venous thromboembolism, blood advances 2022;6(15):4605-4616.

Wu C, et al. Case-fatality of recurrent venous thromboembolism and major bleeding associated with aspirin, warfarin, and direct oral anticoagulants for secondary prevention. Thromb Res 2015;135(2):243-248.

Date de cette version : 20 février 2023

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.