

PHASES DE LA PRISE EN CHARGE DES TEV

AIGUË
Premiers 5 à 10 jours

COURT TERME
3 à 6 mois après le 10^e jour

LONG TERME
Après 3 à 6 mois

Évaluation initiale (dans les 24 heures suivant le diagnostic)

- en association avec l'actuel [modèle d'ordonnances pour les TEV](#)

- Indications pour l'anticoagulothérapie
 - TVP ou EP aiguë
 - Thrombose veineuse aiguë de siège inhabituel¹
- Prise de sang initiale (avant l'instauration de l'anticoagulothérapie)
 - Hémogramme, RIN, TCK
 - Créatinine sérique et fonction rénale (DFG estimé)
 - Analyses facultatives : AST, ALT, PAL, β -HCG, D-dimères
- Dépistage des contre-indications à l'anticoagulothérapie
 - Saignement évolutif
 - Risque élevé de saignement ou de récurrence de saignement
 - Thrombopénie sévère (plaquettes $< 50 \times 10^9/L$) ou coagulopathie (RIN $> 1,7$, TCK > 45 sec.)

PRINCIPAL POINT DE PRÉCISION : facteurs déterminants dans le choix d'un anticoagulant

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Cancer vs absence de cancer Grossesse vs absence de grossesse Poids corporel (< 40 kg ou > 120 kg) Fonction rénale (ClCr < 30 vs > 30 mL/min. vs dialyse) Thrombophilie sévère choisie (TIH, AAPL) | <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des médicaments concomitants <ul style="list-style-type: none"> Interaction avec la warfarine (nécessite une surveillance étroite) Interaction avec les AOD (certains antiarythmiques, anticonvulsifs, antifongiques, antirejets, antirétroviraux, antimicrobiens) |
|--|--|

CHOIX D'ANTICOAGULANTS

Depuis les HBPM jusqu'à la warfarine

- Insuffisance rénale grave (ClCr $< 15-30$ mL/min)
- Poids corporels extrêmes (< 40 kg, > 120 kg)*
- Si un traitement lytique est envisagé pour une TVP ou une EP (nécessitant l'administration prolongée d'une HBPM)
- Interactions médicamenteuses qui excluent l'utilisation d'un AOD
- Thrombophilie grave choisie
- Moyens ne permettant pas de payer un AOD

HBPM

- Cancer**
- Grossesse

AOD (± TRAITEMENT INITIAL DE 5 JOURS PAR UNE HBPM)

- TVP ou EP (traitement lytique non requis)
- Cancer**

*Chez les patients présentant un poids < 40 kg ou > 120 kg, les AOD doivent être envisagés avec prudence et, de préférence, dans les cas où un traitement par un AVK n'est pas une option cliniquement acceptable.

**Après avoir consulté un spécialiste, envisager d'éviter l'utilisation des AOD chez les patients atteints de certains types de cancer, p. ex., les cancers gastro-intestinaux.

¹autre que la jambe ou le poumon

ATTÉNUATION DE RISQUES DE SAIGNEMENT OU ES COMPLICATIONS THROMBOTIQUES

- Éviter l'acide acétylsalicylique ou les antiplaquettaires lorsqu'ils ne sont pas essentiels.
- Éviter les AINS (utilisation à court terme [<1 semaine] acceptable).
- Éviter les comportements à risque (consommation excessive d'alcool, sports extrêmes).

ÉDUCATION DES PATIENTS

- Expliquer le diagnostic des TEV et l'importance de prendre l'anticoagulant conformément à l'ordonnance du médecin.
- Expliquer le risque accru de saignement pendant l'anticoagulothérapie.
- Donner des directives sur le suivi : les PDS à consulter par la suite et à quel moment.

Suivi après 5 à 10 jours

SUIVI DE LA VISITE OU DU DIAGNOSTIC INITIAL ASSURÉ PAR UN CLINICIEN DÛMENT FORMÉ

ÉVALUATION EN HÉMATOLOGIE/THROMBOSE SUGGÉRÉE

- TEV nécessitant un traitement lytique
- TEV idiopathique/non provoquée
- TEV associée au cancer
- TEV de siège inhabituel (p. ex., une veine splanchnique)
- TEV associée à une thrombophilie, comme un syndrome des antiphospholipides (SAPL)
- TEV provoquée choisie, avec complication (p. ex., EP massive à la suite d'une intervention chirurgicale)

SUIVI DES SOINS PRIMAIRES SEULEMENT SUGGÉRÉ

- TEV provoquée choisie, sans complication (p. ex., TVP de la jambe ou EP)
- TVP du bras choisie, sans complication (p. ex., non associée à un cancer)

1. Évaluer l'adhérence au traitement et l'aggravation des symptômes (récidive ou prolongation de la maladie).
 - En cas d'aggravation : envisager le remplacement de l'anticoagulant.
2. Évaluer le risque de saignement.
 - En cas de saignement grave : envisager l'arrêt de l'anticoagulant et l'installation d'un filtre de veine cave inférieure.
 - En cas de saignement non grave : envisager l'interruption temporaire ou le remplacement de l'anticoagulant.
3. Conseiller le patient sur la manière d'atténuer le risque de complications thrombotiques et hémorragiques et d'assurer son adhérence au traitement prescrit.

Suivi après 1 mois

1. Évaluer le patient pour déceler l'amélioration ou la stabilisation anticipée des symptômes.
2. Évaluer le patient pour déceler un syndrome post-thrombotique précoce (besoin d'un service de consultation génétique [SCG]?)

3. Assurer la gestion de l'anticoagulothérapie.
 - Assurer la tolérance et l'adhérence à l'anticoagulothérapie (analyse du RIN dans le cas des AVK, tolérance aux injections dans le cas des HBPM, tolérance gastro-intestinale dans le cas des AOD).
 - Envisager de réduire la dose d'HBPM de 25 % après les 6 premières semaines de traitement dans le cas d'une TEV associée au cancer.
4. Évaluer le risque de saignement et la tolérance générale à l'anticoagulothérapie.
5. Conseiller le patient sur la manière d'atténuer le risque de complications thrombotiques et hémorragiques et d'assurer son adhérence au traitement prescrit

PRINCIPAL POINT DE PRÉCISION : évaluer la présence possible d'un cancer

- Effectuer un dépistage adapté à l'âge et au sexe du patient (p. ex., mammographie)
- Commander un dépistage plus intensif (p. ex., imagerie pulmonaire, coloscopie) chez des patients choisis qui présentent des facteurs de risque graves ou des symptômes spécifiques à un organe.

Suivi après 3 à 6 mois

1. Évaluer le patient pour confirmer la disparition anticipée des symptômes.
2. Évaluer le patient pour déceler un syndrome post-thrombotique précoce (besoin d'un service de consultation génétique [SCG] ?)
3. Évaluer le patient pour déceler une HPTEC clinique possible (besoin du rapport Va/Q, échocardiographie 2D, évaluation pneumologique ?)
4. Évaluer le risque de saignement et la tolérance générale à l'anticoagulothérapie.
5. Évaluer le besoin d'une anticoagulothérapie continue (AVK, HBPM, AOD)
 - Symptômes continus : poursuivre l'anticoagulothérapie jusqu'à la disparition des symptômes.
 - TEV provoquée : un traitement de 3 mois est habituellement suffisant (en l'absence de symptômes continus et de facteurs de risque continus de TEV).
 - TEV non provoquée:
 - Stratifier le risque de récurrence de TVP de la jambe ou d'EP (modèles [HERDOO-2](#) ou [DASH](#)).
 - Envisager la nécessité d'une anticoagulothérapie dans le cas d'une TEV de siège inhabituel (sinus cérébral, veine splanchnique, membres supérieurs).

PRINCIPAL POINT DE PRÉCISION : arrêter ou continuer l'anticoagulothérapie

ARRÊTER L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE

- Renseigner les patients sur les signes et les symptômes, puis leur remettre les coordonnées des personnes-ressources.
- En présence d'une TVP : commander une échographie de compression veineuse des membres inférieurs à l'arrêt du traitement.
- En présence d'une EP : l'angiographie pulmonaire par tomodensitométrie n'est pas nécessaire à l'arrêt du traitement.

CONTINUER L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE

- Réévaluer : atténuation du risque de saignement ou de complications thrombotiques (comme ceux qui sont décrits précédemment).

INTERRUPTION TEMPORAIRE DE L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE

- Refaire le dosage des d-dimères.
- Envisager un test de dépistage de la thrombophilie.
- Envisager l'administration d'AAS à enrobage entérique à raison de 81 mg par jour pendant l'interruption de l'anticoagulothérapie.

Un mois après l'interruption de l'anticoagulothérapie (patients présentant une TEV non provoquée SEULEMENT)

1. Dosage des D-dimères**
 - Résultat négatif : envisager l'arrêt de l'anticoagulothérapie (p. ex., utiliser un outil d'aide à la prise de décision clinique*).
 - Résultat positif : envisager la reprise de l'anticoagulothérapie à la dose précédente (AVK, AOD) ou un anticoagulant d'intensité plus faible (AOD).
2. Envisager un bilan de thrombophilie (en consultation avec les spécialistes en thrombose/hématologie).
 - Ce bilan peut comprendre les analyses suivantes : mutation du facteur V Leiden, mutation du gène de la prothrombine, carences en vitamine C, protéine S et antithrombine, anticoagulant lupique, anticorps anticardioline, mutation JAK 2, hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN).
 - Envisager une anticoagulothérapie à long terme en présence d'une thrombophilie choisie : AAPL, mutations homozygotes du facteur V Leiden ou du gène de la prothrombine, hétérozygotie composée, carence en vitamine C, protéine S ou antithrombine

*Les aides à la prise de décision clinique comprennent notamment les scores [HERDOO 2](#) et [DASH](#)

**Dosage des D-dimères de haute sensibilité

Gestion de l'anticoagulothérapie à long terme (après 3 à 6 mois)

1. Reprise de l'anticoagulothérapie
 - Traitement à pleine dose par un AVK, HBPM, AOD
 - Traitement à faible dose par un AOD
2. Suivi régulier (tous les 6 à 12 mois).
 - Réévaluer la pertinence de l'anticoagulothérapie, du type d'anticoagulant et de la dose utilisée.
 - Réévaluer la régulation du RIN (si le patient reçoit un AVK).
 - Réévaluer le poids, la ClCr, les médicaments concomitants (si le patient reçoit un AOD).
 - Refaire l'évaluation : atténuation du risque de saignement ou de complications thrombotiques (comme décrit précédemment).

AAPL : anticorps antiphospholipide ; AAS : acide acétylsalicylique ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; ALT : alanine-transaminase ; AOD : anticoagulant oral direct ; AST : aspartate-transaminase ; AVK : antagoniste de la vitamine K ; BCG : bas de compression graduée ; β -HCG : gonadotrophine chorionique humaine bêta ; ClCr : clairance de la créatinine ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; HBPM : héparine de bas poids moléculaire ; HPN : hémoglobinurie paroxystique nocturne ; HPTEC : hypertension pulmonaire thromboembolique chronique ; PAL : phosphatase alcaline ; RIN : rapport international normalisé ; TCK : temps de céphaline kaolin ; TEV : thromboembolie veineuse ; TIH : thrombopénie induite par l'héparine ; TVP : thrombose veineuse profonde ; Va/Q : rapport ventilation alvéolaire/perfusion.