



**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 thromboembolie veineuse (TEV), son taux d'incidence annuel étant de 0,64 %.

Les facteurs de risque de TVS sont semblables à ceux d'une thrombose veineuse profonde (TVP) et d'une embolie pulmonaire (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 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 généralement 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 saphépoplitée (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 envisagée chez les 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, 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).

### 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** est associée à un risque élevé d'évolution vers le système veineux profond. Les patients qui en sont atteints doivent également recevoir une **anticoagulation aux doses thérapeutiques** pendant trois mois [voir le **Guide clinique Thrombose veineuse profonde : Traitement**].
- La TVS isolée mesurant **≥ 5 cm de longueur** et située à **> 3 cm de la JSF** doit être traitée par 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)** 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). Pour les patients atteints de TVS isolée de **< 5 cm de longueur**, siégeant à **> 3 cm du système veineux profond**, qui présentent des symptômes graves ou des facteurs de risque d'extension de la TVS (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.

## POPULATIONS PARTICULIÈRES :

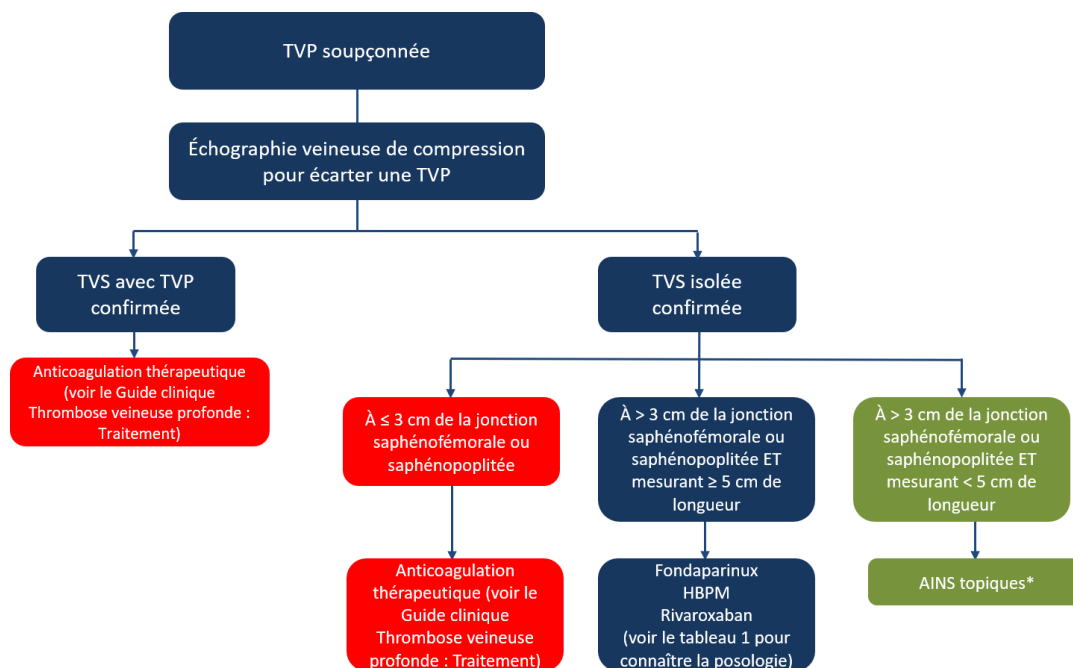
### Grossesse

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  $\leq 5$  cm du système veineux profond ou mesurant  $\geq 5$  cm de longueur. Si aucun traitement n'est administré, le suivi clinique 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, des échographies en série doivent servir à surveiller toute extension de la TVS.

**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
<b>HBPM</b>	Daltéparine à 5 000-10 000 unités SC par jour Énoxaparine à 40-80 mg SC par jour Nadroparine à 2 850-5 700 unités SC par jour Tinzaparine à 4 500-10 000 unités SC par jour	45 jours
<b>Fondaparinux</b>	2,5 mg SC une fois par jour	45 jours
<b>Rivaroxaban</b>	10 mg par voie orale chaque jour	45 jours
<b>AINS par voie orale</b>	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
<b>AINS topiques</b>	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.

#### **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<sup>MD</sup>)
- 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.

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.

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.* 2012;141(Suppl 2):e419S-e494S.

Scott G, et al. Superficial vein thrombosis: a current approach to management. *Br J Hematol.* 2015;168:639-645.

Tait C, et al. Guidelines on the investigation and management of venous thrombosis at unusual site. *Br J Haematol.* 2012;159:28-38.

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.

**Date de cette version : 16 juillet 2020**

*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.*