

Stefan Neuner-Jehle

# Diagnostic de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire

Un article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»

Comme cela a été décrit dans une précédente série, les douleurs thoraciques aiguës sont un motif de consultation fréquent en médecine de famille. Un syndrome coronarien aigu ou une embolie pulmonaire (EP) sont par contre rares (env. 2%) [1], tout au contraire de la fréquence de ces étiologies potentiellement dangereuses aux services d'urgences hospitaliers. Pour que nous puissions utiliser à bon escient notre diagnostic Point-of-Care, comme les D-dimères par ex., il nous faut une probabilité prétest la plus haute possible de risque d'EP. Nous ne pouvons nous fier qu'à notre intuition: il y a des critères validés qui nous permettent d'estimer si le patient est très probablement victime d'une EP ou pas.

## Thrombose veineuse profonde

Le score de Wells de 2003 est un classique [2] (tab. 1). En association aux D-dimères, il permet de très bien sélectionner les patients devant subir des examens complémentaires (échographiques).

**Tableau 1**

Score de Wells pour la thrombose veineuse profonde. Analyse: 0 point = faible, 1-2 points = moyenne, 3 points ou plus = haute probabilité de TVP.

Critère	Points
Différence des circonférences des jambes (>3 cm)	1
Pathologie tumorale active	1
Œdème unilatéral de la jambe	1
Œdème jambier (toute la jambe)	1
Douleur jambière (le long des veines)	1
Veine collatérale dilatée	1
Immobilisation ou parésie préalable	1
Alitement plus de 3 jours ou opération au cours des 12 semaines précédentes	1
Ancienne thrombose veineuse profonde	1
Autres diagnostics aussi probables qu'une TVP	-2

**Tableau 2**

Score de Wells pour l'embolie pulmonaire. Analyse: <2 points = faible, 2-6 points = moyenne, >6 points = haute probabilité d'EP.

Critère	Points
Signes cliniques de TVP (œdème jambier, douleur le long d'une veine)	3
Diagnostic d'EP plus probable que tout autre diagnostic	3
Fréquence cardiaque $\geq 100$ /min	1,5
Alitement plus de 3 jours ou opération au cours des 12 semaines précédentes	1,5
Ancienne thrombose veineuse profonde ou EP	1,5
Hémoptysie	1
Pathologie tumorale active	1



## Embolie pulmonaire

*Le traditionnel: Wells Score*

Le score de Wells rend d'excellents services depuis plus de 10 ans [3] (tab. 2). Il en existe une variante simplifiée, qui se base sur les mêmes 6 critères objectifs plus 1 subjectif – seule l'attribution des points varie.

*Le moderne de Suisse: Geneva Score*

Un groupe de recherche de Genève présente un score déjà dans sa version revue, qui comporte 8 variables objectives [4] (tab. 3). Tout comme pour le score de Wells, il en existe une version simplifiée avec des critères identiques, mais une autre attribution des points.

**Tableau 3**

Geneva Score revu, version simplifiée, pour l'embolie pulmonaire. Analyse: <2 points = EP improbable; >2 points = EP probable.

Critère	Points
Ancienne TVP ou EP	1
Fréquence cardiaque	
75-94/m	1
>95/m	2
Opération ou fracture au cours du mois précédent	1
Hémoptysie	1
Mélanome actif	1
Douleur jambière unilatérale	1
Douleur à la palpation du mollet et œdème unilatéral	1
Age >65 ans	1

Un travail hollandais a comparé les versions originales et brèves de ces deux scores (Wells/Geneva) dans une étude de cohorte prospective: tous ces scores ont pratiquement la même validité [5].

*Un mot sur les D-dimères: moins bons que leur réputation?*

Bien que les D-dimères aient un excellent pouvoir d'exclusion, un résultat négatif ne permet pas d'exclure une EP, même avec une très forte suspicion clinique (nombre de points élevé des scores). En d'autres termes: même avec une probabilité anamnestic et clinique très élevée d'EP, nous ne pouvons pas nous fier au résultat négatif des D-dimères. La stratification clinique du risque est tout aussi importante, si ce n'est plus, que cet examen de laboratoire! Avec un test positif, l'EP n'est encore de loin pas confirmée, en raison des résultats faux positifs (tab. 4); il doit lui aussi être apprécié avec prudence et ne pas automatiquement être prétexte à d'autres investigations ni à une hospitalisation.

**Tableau 4**

Etiologies d'une augmentation des D-dimères en absence de TVP ou d'EP.

Age >70 (augmentation du métabolisme du fibrinogène)

Processus inflammatoire

Malignomes

Insuffisance hépatique

Grossesse

Traumatisme ou OP dans les 4 semaines précédentes

Traitement anticoagulant

Anévrisme/dissection aortique, occlusion artérielle aiguë

**Conclusion**

L'hémoptysie m'étonne dans ces 2 scores d'EP: je n'en ai pratiquement jamais vu avec une EP en pratique clinique. La douleur thoracique par contre est absente dans ces scores, que je rencontre très souvent dans les EP. Voilà les limites des petites séries de cas que nous voyons chacun de notre côté!

La force de l'association «score plus D-dimères» réside dans sa puissance d'exclusion – «seulement» env. 1,5% des thromboses veineuses profondes et 0,5% des embolies pulmonaires sont ratées si le score est bas, les D-dimères sont négatifs et si donc nous renonçons aux examens complémentaires. Lequel des scores présentés utiliser, là n'est pas le plus important.

**Références**

- 1 Cayley WE Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician*. 2005;72(10):2012–21.
- 2 Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2003;349(13):1227–35.
- 3 Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. 2001;135(2):98–107.
- 4 Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. *Ann Intern Med*. 2006;144(3):165–71.
- 5 Douma RA, Mos IC, Erkens PM, Nizet TA, Durian MF, et al. Performance of 4 clinical decision rules in the diagnostic management of acute pulmonary embolism: a prospective cohort study. *Ann Intern Med*. 2011;154(11):709–18.

Correspondance:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich  
 Pestalozzistrasse 24  
 8091 Zürich  
 sneuner[at]bluewin.ch