

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SEDRATI Lamia
11 mars 1986 à Paris 10ème

Présentée et soutenue publiquement le : 10 mars 2015

Etude des pratiques de médecine générale dans la prise en charge des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs

Président de thèse : **Professeur** AUBERT Jean Pierre

Directeur de thèse : **Docteur** WAKIM Raymond

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

2015 s'annonce riche en émotions

Je remercie avant tout mes parents, Sadek et Aïcha, sans qui je ne serais pas présente ce jour.

Je remercie également l'ensemble de ma famille qui m'a soutenue durant ces longues études, et plus particulièrement, ma sœur Nazeha qui m'a aidée jusqu'au bout de cette thèse et qui continuera je l'espère.

A mon directeur de thèse, Dr WAKIM Raymond, qui m'a beaucoup appris de la médecine générale et qui continue encore grâce à ses formations médicales continues.

A mon président de thèse, Pr AUBERT Jean Pierre, que j'ai sollicité en urgence et qui m'a répondu positivement.

A mes amies (Manal, Djamila, Sara) qui m'ont encouragée durant cette période et sur qui je peux toujours compter.

A mon futur époux Hamza qui s'arme de patience, de compréhension et d'attention à mon égard. Je suis heureuse de t'avoir rencontré.

ABBREVIATIONS

ACCP : American College of Chest Physician

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EDMI : Echo-Doppler des Membres Inférieurs

EP : Embolie Pulmonaire

EDEV : Evénement Thrombo-Embolique Veineux

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

HNF : Héparine Non Fractionnée

IC : Intervalle de Confiance

MDEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

OR : Odds Ratio

RR : Risque Relatif

SFMV : Société Française de Médecine Vasculaire

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

TVS : Thrombose Veineuse Superficielle

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
ABBREVIATIONS	3
INTRODUCTION	7
1. Généralités	7
2. Définition	7
2.1. Rappel sémiologique	7
2.2. Rappel anatomique	8
3. Epidémiologie	9
4. Physiopathologie	10
4.1. Triade de Virchow	10
4.2. Facteurs de risque.....	12
4.3. Le thrombus.....	12
5. Clinique	13
5.1. Signes fonctionnels	13
5.2. Signes physiques [7 ; 8]	13
5.3. Formes.....	14
5.4. Cas particuliers des TVS sur veine non variqueuse	14
5.5. Complications.....	15
5.6. Diagnostic.....	15
5.7. Traitement	16
PARTIE 1 : METHODOLOGIE	25
1. Hypothèse principale	25
2. Population d'étude	25
3. Caractéristiques de l'étude	25
4. Echantillonnage	26
5. Mode de contact	26
6. Présentation des questionnaires	27
6.1. Profil professionnel	27
6.2. Vignettes cliniques	27
7. Analyse des données	28
PARTIE 2 : RESULTATS	29

1. Résultats de l'enquête par mail.....	29
2. Profil professionnel	29
2.1. Caractéristiques des répondants	29
2.2. Formation médicale des répondants	31
3. Première vignette clinique	31
3.1. Diagnostic retenu.....	31
3.2. Examens complémentaires dans le diagnostic de la maladie thromboembolique veineuse	33
3.3. Spécialité de prise en charge de la maladie thromboembolique	35
3.4. Traitements non médicamenteux instaurés	36
3.5. Traitements médicamenteux	37
3.6. Durée du traitement médicamenteux.....	39
3.7. Surveillance du patient	41
3.8. Traitement préventif au long cours	43
4. Seconde vignette clinique.....	45
4.1. Diagnostic retenu.....	45
4.2. Examens complémentaires	46
4.3. Spécialité de prise en charge	48
4.4. Traitement non médicamenteux	49
4.5. Traitement médicamenteux	50
4.6. Durée du traitement médicamenteux.....	51
4.7. Suivi du patient.....	54
4.8. Traitement préventif au long cours	55
PARTIE 3 : DISCUSSION	57
1. Choix du questionnaire.....	57
2. Représentativité de l'échantillon.....	58
3. Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse.....	60
3.1. Diagnostic clinique de la TVS	60
3.2. Diagnostic para-clinique de la TVS	61
3.3. Mode de prise en charge.....	61
3.4. Traitement de la TVS	62
3.5. Surveillance de la TVS.....	63
3.6. Traitement préventif au long cours de la TVS	63
4. Cas index	65
CONCLUSION.....	66

BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	69
RESUME	72

INTRODUCTION

1. Généralités

Aucun consensus n'encadre la prise en charge des thromboses veineuses superficielles.

Des recommandations de faible niveau de preuve (Grade C ou accord professionnel) ont tenté de faire évoluer les pratiques jusqu'en 2010.

Les modalités de prise en charge des thromboses veineuses par les médecins français, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, sont donc très variables.

À partir de 2010, les premières grandes études sont réalisées, permettant d'aboutir à des recommandations internationales plus fiables.

2. Définition

2.1. Rappel sémiologique

La thrombose veineuse superficielle (TVS) est l'obstruction totale d'une veine superficielle (variqueuse ou non) par un thrombus, accompagnée généralement d'une importante réaction inflammatoire locale.

La TVS est souvent considérée comme bénigne, en comparaison à la thrombose veineuse profonde (TVP), mais en partage les mêmes complications lorsqu'elle s'y étend.

La TVS peut être associée à une TVP ou une embolie pulmonaire (EP).

Les termes de paraphlébites ou périphlébites, largement utilisés pour désigner les TVS, doivent être bannis du langage médical. Ils renforcent l'idée d'une pathologie mineure, prétexte d'une prise en charge hâtive. [1]

Elles sont essentiellement localisées aux membres inférieurs, mais peuvent siéger aux membres supérieurs ou au tronc.

Sont exclues de cette définition les veinites post-injection, les thrombophlébites sclérothérapeutiques ou post procédure endoveineuse, ainsi que les TVS de diagnostic histologique.
[2]

2.2. Rappel anatomique

Le réseau veineux des membres inférieurs comprend le système veineux profond (sous aponévrotique), qui draine l'essentiel du sang veineux soit 90%, et le réseau superficiel (sous cutané et sus aponévrotique), qui ne joue qu'un rôle mineur dans le retour veineux soit 10%.

Les deux sont reliés par des veines perforantes.

Le réseau veineux superficiel comprend deux veines principales :

- la petite saphène, ou saphène externe, qui va de la malléole externe au creux poplité où elle se jette le plus souvent dans la veine poplitée ;
- la grande saphène, ou saphène interne qui va de la malléole interne à la région inguinale où elle se jette toujours dans la veine fémorale commune.

Les deux réseaux veineux superficiels sont reliés par des veines communicantes.

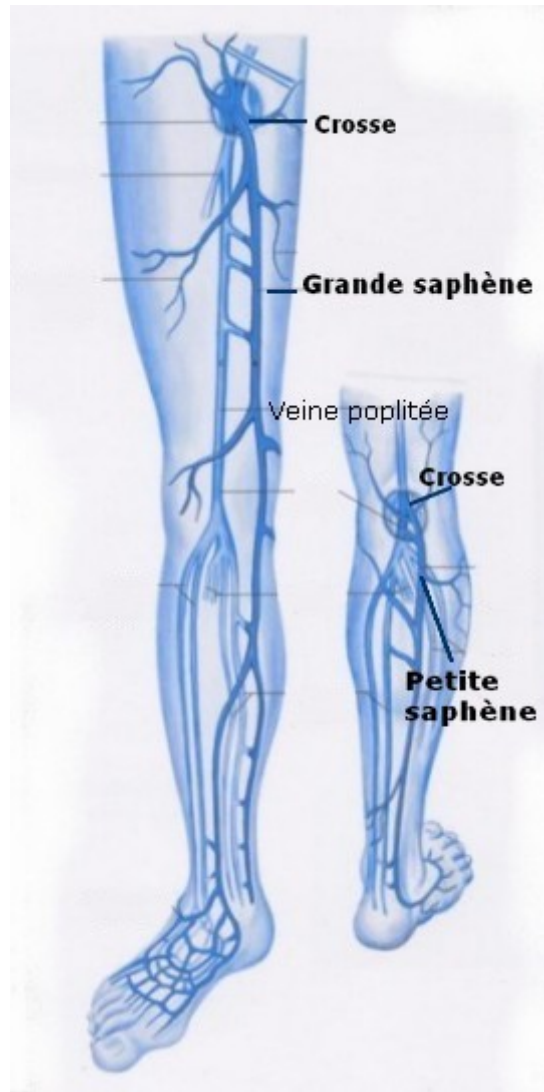


Figure 1 : Anatomie du système veineux superficiel du membre inférieur. Chirurgie vasculaire de la clinique Saint Martin Caen

3. Epidémiologie

La TVS est une affection plus fréquente qu'on le pense. Elle serait observée chez 3 à 11% de la population adulte. [3 ; 4]

La prévalence exacte est inconnue. Les patients atteints de formes mineures ne consultent pas de médecin. La TVS est souvent asymptomatique.

Une étude observationnelle italienne de 2005 estimait l'incidence des TVS au double de celle des TVP et EP réunies. [5]

L'incidence des TVP serait de 3 cas pour 1000 dans les populations âgées de plus de 70 ans [16 ; 17]. L'incidence des EP est de 70 pour 100 000 personnes aux USA et de 60 pour 100 000 personnes en France. [18]

Il existe une prédominance féminine.

La tranche d'âge la plus exposée est celle des 40-60 ans.

4. Physiopathologie

4.1. Triade de Virchow

La formation d'une thrombose résulte de l'interaction de trois facteurs. Dans la plupart des situations à risque, ils sont associés. Mais lorsqu'un des facteurs est particulièrement important, il peut en être la cause exclusive.

4.1.1. La stase veineuse :

Elle correspond au ralentissement important de la circulation veineuse résultant d'un déséquilibre entre forces centrifuges et forces centripètes.

Les forces centrifuges sont :

- Pesanteur ;
- Poussées abdominales ;
- Compressions externes ;
- Distension veineuse ;
- Hauteur de la colonne sanguine.

Les forces centripètes sont :

- Jeu diaphragmatique diminuant la pression des cavités droites ;
- Pompe musculaire du mollet ;
- Ecrasement veineux plantaire ;

- Vis a tergo (pression artérielle liée à l'activité du ventricule gauche après passage dans les capillaires).

La stase est le plus souvent la conséquence d'une augmentation de la pression sanguine (immobilisation prolongée, compression vestimentaire, compression positionnelle, compression localisée par une tumeur, insuffisance veineuse chronique).

4.1.2. La modification de l'hémostase :

Elle est liée à l'hypercoagulabilité, l'hyperviscosité sanguine (hémococoncentration) ou, la thrombophilie génétique ou acquise (cancer actif, maladie auto-immune).

4.1.3. La lésion pariétale :

Elle correspond à l'altération de la paroi veineuse par un traumatisme, une injection ou une chirurgie.

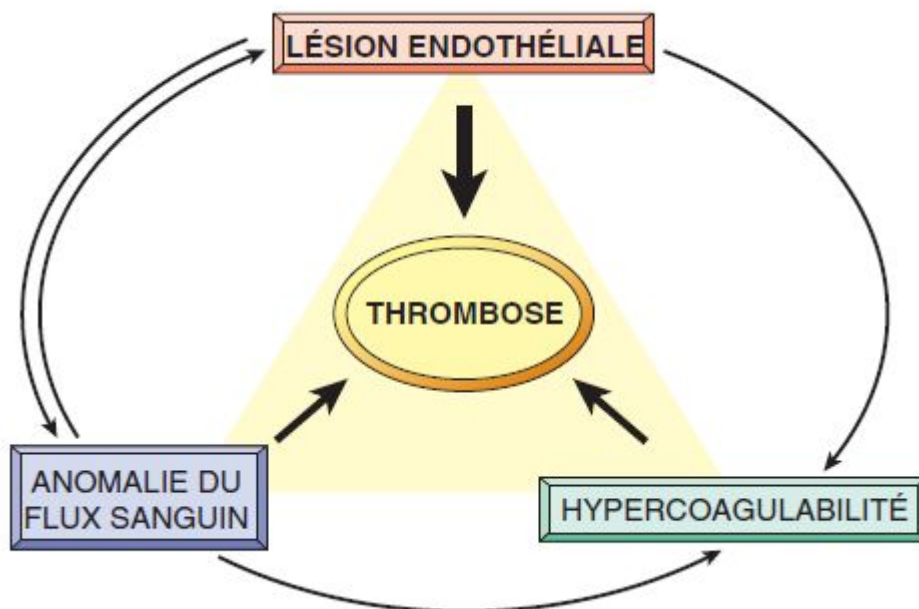


Figure 2 : *Triade de Virchow*

La triade de Virchow s'intègre totalement dans l'analyse des facteurs de risque et dans l'enquête étiologique.

4.2. Facteurs de risque

L'étude épidémiologique de cohorte prospective POST, publiée en 2010, réalisée essentiellement chez des médecins vasculaires libéraux sous l'égide de la Société Française de Médecine Vasculaire, visait à évaluer la fréquence de survenue de telles complications et à mieux préciser leurs facteurs de risque.

La plupart des facteurs de risque sont communs aux TVS et TVP [6 ; 3].

- Sexe féminin (60%) ;
- Age > 60 ans ;
- Varices et insuffisance veineuse chronique (75%) ;
- Antécédent de TVS (29%) ou de TVP/EP (9%) ;
- Cancer évolutif (13 à 18%) ;
- Chirurgie récente ;
- Voyage en avion prolongé ;
- Surpoids ;
- Grossesse et post-partum ;
- Contraception orale ou traitement hormonal substitutif (4%) ;
- Maladie auto-immune ;
- Thrombophilie (5%).

Seules les varices sont un facteur de risque particulier aux TVS.

L'étude OPTIMEV, débutée en 2004, est une étude épidémiologique de cohorte portant sur 8256 patients adressés à un médecin vasculaire pour suspicion clinique de maladie thromboembolique. Les TVS représentent une pathologie thrombotique fréquente. Elles ne partagent pas tous les facteurs de risque de la maladie thromboembolique, ni le même pronostic sauf les TVS extensives, atteignant la crosse, qui se comportent comme des TVP proximales.

4.3. Le thrombus

Le thrombus veineux est de nature fibrino-cruorique, composé de fibrine et de globules rouges s'agréant dans le faible courant sanguin. Il ne contient que peu de plaquettes à la différence du

thrombus artériel, ce qui explique son traitement par des anticoagulants et non par des antiagrégants plaquettaires.

Un thrombus veineux peut rester longtemps asymptomatique, de par la capacité de distension du système veineux, la richesse du réseau de veines collatérales et par la lenteur de son courant.

Lors de l'obstruction d'une jonction réseau superficielle-réseau profond (veine poplitée ou jonction saphéno-fémorale), le tableau clinique devient alors patent et on parle alors de TVP, voire d'EP.

5. Clinique

5.1. Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels sont univoques. Il s'agit dans 95% des cas d'une douleur en regard du trajet veineux soit spontanément soit après un traumatisme minime. La douleur est parfois augmentée à la marche.

5.2. Signes physiques [7 ; 8]

Dans sa forme typique, la TVS est palpable sous la forme d'un cordon induré suivant le trajet veineux (74% des cas). Un placard inflammatoire habituellement très douloureux est retrouvé, de forme oblongue (érythème dans 73% des cas et chaleur locale dans 65% des cas) et entouré d'un œdème (27% des cas) sans adénopathie satellite.

La limite supérieure du placard inflammatoire ou du cordon ne définit pas la limite supérieure du thrombus qui peut se situer beaucoup plus haut.

La forme classique survient habituellement sur un terrain de maladie variqueuse.



Figure 3 : *Forme clinique typique de TVS*

5.3. Formes

On distingue sur des veines variqueuses :

- Les TVS courtes (≤ 5 cm) survenant sur une ampoule variqueuse ou un segment variqueux n'affectant pas un tronc saphène ;
- Les TVS longues (> 5 cm) correspondant aux thromboses massives de varices saphène.

5.4. Cas particuliers des TVS sur veine non variqueuse

Les TVS des membres supérieurs et du cou font suite à une atteinte de la paroi iatrogénique (post injection ou perfusion).

Les TVS abdominales ou thoraciques, dites TVS « fil de fer », ont été décrites par Henri Mondor en 1939.

Elles sont d'évolution spontanément bénigne. Ce terme est utilisé par extension à toutes les TVS thoraciques.

5.5. Complications

5.5.1. Complications locales

Elles sont dermatologiques :

- La pigmentation localisée ou linéaire brunâtre, qui disparaît après un an d'évolution. Le cordon diminue de volume avec l'involution fibreuse de la veine ;
- Le placard scléro-inflammatoire résiduel résultant des formes très inflammatoires.

5.5.2. Complications thrombo-emboliques immédiates et à distance

Elles font la gravité potentielle des TVS. Elles correspondent aux TVP et EP concomitantes à la TVS ou sur récurrence.

Une TVP est concomitante à la TVS dans près de 25% des cas. Elle est distale dans 13% des cas, proximale dans 10% des cas ou controlatérale.

L'EP s'y associe dans 4 à 8% des cas et dans 25% des cas, aucune TVP n'est retrouvée. La TVS associée à l'EP peut être asymptomatique. [8 ; 9 ; 10]

Les facteurs prédictifs de la TVP associée à la TVS sont l'âge de plus de 75 ans (OR=2,9), la présence d'une douleur diffuse (OR=2,6), la présence d'un œdème (OR=2,4), la présence d'un cancer actif (OR=2,6), l'hospitalisation (OR=2,3) et la TVS siégeant sur une veine non variqueuse (OR=1,3). [9]

La mortalité à 3 mois quelque soit le traitement des TVS isolées est de 1,2% [0,1-1,4]. Elle est de 9,3% [5,7-14,2] lorsqu'elle est associée à une TVP. [8 ; 9]

5.6. Diagnostic

Le diagnostic de TVS est suspecté cliniquement. Même s'il n'existe pas de diagnostic différentiel au cordon induré, c'est l'échographie-doppler qui permet d'en faire le diagnostic positif.

Ces essais avaient pour objectif de comparer un traitement anti thrombotique (le plus souvent une HBPM) à un anti-inflammatoire non stéroïdien et/ou à une ligature de la crosse de la grande saphène.

Dans certains essais, plusieurs doses d'HBPM étaient également comparées entre elles, la durée de l'HBPM variant entre 10 et 30 jours.

Le nombre total de patients inclus dans ces essais a été modeste largement puisqu'inférieur à 1500 patients.

De plus, la qualité méthodologique de ces études a été dans l'ensemble faible. En effet seuls deux essais ont été réalisés en double aveugle (Vesalio et Stenox) et un seul a inclus un groupe placebo (l'essai Stenox).

C'est pourquoi seules ces deux études méritent d'être développées.

L'étude Stenox [13] a inclus 427 patients présentant une TVS isolée des membres inférieurs d'au moins 5 cm de longueur, et a comparé l'énoxaparine à doses prophylactique (40 mg 1 x/jour) ou thérapeutique (1,5 mg/kg 1 x/jour) avec le ténoxycam (AINS) et un placebo.

La durée du traitement était de 8-12 jours.

L'objectif primaire était un critère composite : développement d'une TVP/EP symptomatique ou non, progression ou récurrence de la TVS.

A 12 jours de suivi, l'incidence de TVP/EP présentait une tendance positive à la diminution (mais statistiquement non significative et qui disparaît au suivi de trois mois) dans les groupes énoxaparine 40 mg (0,9%) et 1,5 mg/kg (1%) par rapport au placebo (3,6%) et au ténoxycam (2,1%).

Si l'on prenait aussi en compte le nombre de cas de TVS qui avaient progressé ou récidivé en plus des cas de TVP/EP, l'effet bénéfique du traitement anticoagulant devenait alors significatif avec respectivement une incidence du critère composite de 8,3% dans le groupe énoxaparine 40 mg, 6,9% pour l'énoxaparine 1,5 mg/kg, 14,9% pour le ténoxycam et de 30,6% pour le placebo.

Les événements thromboemboliques veineux se produisaient en majorité après l'arrêt du traitement anticoagulant.

Dans cette étude, le traitement anticoagulant à dose curative n'a pas montré de supériorité par rapport à la dose préventive. (Annexe 3)

Dans l'étude Vesalio [14], 164 patients présentant une TVS de la grande veine saphène ont été inclus, et deux régimes de traitement anticoagulant ont été comparés (en l'absence d'un groupe placebo) : une dose prophylactique de nadroparine (Fraxiparine 2850 UI) versus une dose « thérapeutique » (171 UI/kg pendant 10 jours, puis une demi-dose pour 20 jours) pour une durée de 30 jours.

L'incidence d'événements thromboemboliques veineux (progression ou récurrence de TVS, TVP ou EP) à trois mois ne montrait pas de différence significative : 8,6% dans le groupe prophylactique versus 7,2% à dose thérapeutique. (Annexe 4)

De plus, dans toutes ces études, les critères d'évaluation ont été avant tout para cliniques, basés sur l'échographie.

Au total, le niveau de preuve permettant de préconiser un traitement anti thrombotique dans la TVS est insuffisant, ce qu'avait confirmé la dernière conférence de consensus nord-américaine sur les traitements anti thrombotiques.

Dans un tel contexte, une étude plus large a été réalisée.

L'étude Calisto (Comparison of Arixtra in lower Limb Superficial vein Thrombosis with placebo) [11] réalisée en 2011, est la plus grande étude européenne randomisée, incluant 3002 patients, comparant le fondaparinux (ARIXTRA) à un traitement placebo chez des patients porteurs d'une TVS aigue symptomatique des membres inférieurs.

Les patients inclus étaient âgés de plus de 18 ans et présentaient une TVS spontanée aigue symptomatique isolée des membres inférieurs, longue d'au 5 cm et confirmée par échographie. Les critères d'exclusion étaient la présence d'un cancer au cours des 6 derniers mois, une insuffisance rénale sévère (Cl<30ml/min), un poids inférieur à 50 kg, un risque hémorragique élevé, une TVS située à moins de 3 cm du réseau profond ou secondaire à une sclérothérapie, un événement thrombo-embolique profond de moins de 6 mois.

La durée du traitement était de 45 jours.

Une évaluation a été réalisée à 47 jours et un suivi total de 77 jours.

L'incidence d'événements thrombo-emboliques était significativement plus faible dans le groupe fondaparinux versus placebo (0,9% vs 5,9%) sans augmentation significative des saignements.

Le fondaparinux a réduit les événements thrombo emboliques veineux symptomatiques (RR = 0,15 ; IC95% [0,04 à 0,50]), l'extension de la thrombose (RR = 0,08 ; IC95% : [0,03 à 0,22]) et

sa récurrence (RR = 0,21 ; IC95% [0,08 à 0,54]). Le risque de saignement majeur sous fondaparinux 2,5 mg n'a pas été différent de celui sous placebo (RR = 0,99 ; IC95% : [0,06 à 15,86]).

5.7.2. Recommandations HAS 15 mai 2013 [29]

5.7.2.1. Rappel du précédent avis de l'HAS du 22 juin 2011

Pour rappel, l'avis de l'HAS prévoyait :

« La dose recommandée de fondaparinux est de 2,5 mg une fois par jour, administrés par injection sous-cutanée. Les patients susceptibles de recevoir un traitement par fondaparinux 2,5 mg doivent présenter une thrombose veineuse superficielle spontanée aiguë, symptomatique, isolée, des membres inférieurs, longue d'au moins 5 cm, confirmée par un examen échographique ou d'autres méthodes objectives. Le traitement doit être instauré le plus rapidement possible après le diagnostic et après exclusion d'une thrombose veineuse profonde (TVP) concomitante ou d'une thrombose veineuse superficielle à 3 cm ou moins de la jonction saphéno-fémorale. Le traitement doit être poursuivi pendant au moins 30 jours et au plus 45 jours chez les patients présentant un risque élevé de complications thromboemboliques (cf. Mises en garde et Précautions d'emploi, Pharmacodynamie). Les patients pourront s'auto-administrer le produit s'ils le souhaitent et sont capables de le faire. Les médecins fourniront des instructions claires pour l'auto-injection. »

La Commission a conditionné son avis favorable pour la prise en charge de fondaparinux dans le traitement de la TVS à la réalisation d'une étude en médecine libérale (médecine générale ou médecine vasculaire) permettant de connaître, dans un délai maximal de 2 ans :

- les caractéristiques des patients traités pour TVS et notamment celles des patients traités par fondaparinux 2,5mg. Une comparaison du profil des patients selon le traitement reçu sera ainsi possible, les traitements prescrits (dont fondaparinux) et leurs conditions réelles d'utilisation ;
- l'impact sur la morbidité (notamment en termes de survenue des ETV et d'hémorragies majeures) de ces stratégies thérapeutiques (notamment du traitement par

fondaparinux). Une analyse comparative de cet impact selon les stratégies de prise en charge observées de la TVS sera réalisée ;

- ainsi que l'impact sur l'organisation des soins, globalement et selon les stratégies de traitement de la TVS.

La Commission considère que fondaparinux 2,5 mg n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie thérapeutique compte tenu de l'incertitude sur le bénéfice clinique d'un traitement de 45 jours dans la population hétérogène des patients ayant une TVS isolée.

En raison d'accidents hémorragiques graves observés sous fondaparinux 2.5mg chez des patients à risque (âgé, de faible poids ou insuffisant rénal), l'AFSSAPS a demandé à l'HAS de réévaluer le dosage à 1.5mg pour ces patients « fragiles ».

La Commission note qu'un traitement nécessitant une injection sous-cutanée par jour pendant 45 jours est contraignant pour le patient et que l'intérêt de cette durée de traitement n'est établi que chez les patients ayant le même profil que ceux inclus dans l'étude Calisto et sous condition d'une bonne observance.

La Commission a décidé de réévaluer le service médical rendu pour l'ensemble des patients traités pour TVS.

Selon des recommandations de l'Afssaps de novembre 2009 [26] dans le traitement de la TVS, la compression veineuse est recommandée à la phase aiguë d'une thrombose veineuse superficielle d'un membre, en l'absence de contre-indication (Accord Professionnel).

Les AINS ne sont pas recommandés (Grade C).

Les anticoagulants à dose curative de la MTEV ne sont pas recommandés (Grade C), sauf pour les TVS étendues à la jonction grande saphène-veines fémorales ou siégeant à moins de 3 cm de cette jonction, car considérées comme une TVP (Accord Professionnel).

En cas d'association à une TVP/EP, le traitement de la TVS est le traitement de la TVP/EP, soit un traitement anticoagulant à dose curative.

La chirurgie n'est pas recommandée (Grade C) sauf pour les TVS étendues à la jonction grande saphène-veines fémorales (Accord Professionnel).

Aucune précision n'est apportée concernant les TVS de moins de 5 cm, siégeant à plus de 3 cm du réseau profond.

Le suivi échographique de la TVS est inutile sauf en cas d'aggravation clinique.

5.7.2.2. Depuis cet avis, plusieurs recommandations d'experts ont été publiées

- **La Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV)** recommande l'utilisation de fondaparinux 2,5 mg pendant 30 à 45 jours (AMM) pour le traitement des TVS spontanées aiguës isolées des membres inférieurs [28] ;
- Les **recommandations nord-américaines (ACCP) publiées en 2012 [25]**, actualisant celles émises en 2008 (Annexes 1 et 5), fondaparinux 2,5 mg et, par extrapolation, les HBPM sont recommandés en première intention pour une durée de 45 jours dans le traitement des TVS (Grade 2B). Fondaparinux 2,5 mg est préféré aux HBPM (Grade 2C) ;
- Selon la **revue Cochrane**, le fondaparinux, administré pendant 6 semaines à la posologie de 2,5 mg/j, apparaît comme une option thérapeutique validée dans le traitement des patients ayant une TVS isolée des membres inférieurs.

Prise en compte du risque hémorragique selon l'AMM :

- Insuffisance rénale : Le fondaparinux ne doit pas être utilisé chez les patients dont la clairance de la créatinine est inférieure à 20 ml/min. La posologie doit être diminuée à 1,5 mg une fois par jour chez les patients dont la clairance de la créatinine est comprise entre 20 et 50 ml/min ;
- Aucune diminution de la posologie n'est nécessaire chez les patients ayant une insuffisance rénale légère (clairance de la créatinine > 50 ml/min). Le RCP précise que l'efficacité et la sécurité d'emploi d'une posologie de 1,5 mg n'ont pas été étudiées dans cette indication ;
- Poids < 50 kg : « Chez les patients d'un poids inférieur à 50 kg, l'efficacité et la sécurité d'emploi du fondaparinux n'ayant pas été étudiées, le fondaparinux n'est pas recommandé chez ces patients » ;
- Sujets 75 ans et plus : chez les patients âgés, le fondaparinux sera utilisé avec précaution.

Chez les patients ayant une insuffisance rénale (clairance créatinine < 50 ml/min), fondaparinux ne doit pas être utilisé à la posologie de 2,5 mg une fois par jour.

Chez les sujets de poids < 50 kg et/ou âgés de 75 ans et plus, l'utilisation du fondaparinux ne doit être envisagée qu'avec une grande prudence compte tenu du risque hémorragique et de l'absence d'ajustement posologique possible.

5.7.2.3. Analyse des nouvelles données cliniques

Une mise à jour de la revue Cochrane dans la TVS a été faite en mars 2012 [27]. Elle prend en compte les résultats de l'étude Calisto.

Dans cette revue, les études contrôlées randomisées évaluant des topiques (préparations à base d'AINS par exemple), des médicaments ou des interventions chirurgicales chez des patients ayant une TVS des membres inférieurs ont été recherchées jusqu'à la date du 29 novembre 2011. Vingt-six (26) études incluant 5 521 patients ont été prises en compte.

La qualité méthodologique de la majorité des études a été jugée faible. Les médicaments évalués ont été le fondaparinux, des HBPM, des HNF et des AINS.

La seule étude portant sur le fondaparinux est l'étude CALISTO.

Cette revue apporte par ailleurs les informations suivantes mais avec un niveau de preuve plus faible : sous HBPM utilisées à doses prophylactiques, l'extension de la thrombose et sa récurrence ont été réduites en comparaison au placebo (RR = 0,40 ; IC95% : [0,22 à 0,72]). A doses curatives, cette réduction (RR) a été de 0,42 ; IC95% : [0,23 à 0,75]. Les AINS (sans précision sur la voie d'administration) ont aussi réduit ce risque : RR = 0,41 ; IC95% : [0,23 à 0,75]. Il n'y a pas eu de différence d'effet entre HBPM (doses curatives et préventives) et AINS versus placebo sur les ETEV symptomatiques et le risque de saignements majeurs.

Globalement, les topiques ont amélioré les symptômes locaux mais aucune donnée ne permet d'évaluer leur effet sur la survenue des ETEV et l'extension de la thrombose.

Les interventions chirurgicales associées à la compression mécanique (élastique) ont davantage réduits la survenue des ETEV et l'extension de la TVS que la seule compression mécanique.

5.7.2.4. Réévaluation du service médical rendu

La TVS, généralement sans caractère habituel de gravité, peut se compliquer d'une maladie veineuse thromboembolique (TVP ou EP symptomatique), pouvant engager le pronostic vital (embolie pulmonaire potentiellement fatale) ou entraîner des séquelles importantes (syndrome post-thrombotique).

Dans la thrombose veineuse superficielle spontanée aiguë symptomatique des membres inférieurs, sans thrombose veineuse profonde, fondaparinux à la posologie de 2,5 mg/j vise à empêcher la survenue des complications thromboemboliques. Cette complication est cependant rare (1,5% d'événements symptomatiques dans le groupe placebo de Calisto).

Le fondaparinux 2,5 mg est utilisé à visée curative.

Dans l'étude Calisto, les patients étaient à faible risque thrombotique et hémorragique et la différence observée sur les complications cliniquement pertinentes (TVP et EP symptomatiques) étant modeste, le fondaparinux a un rapport efficacité/effets indésirables modéré. De plus, l'intérêt de 45 jours de traitement (observance, bénéfice clinique attendu modéré) n'est pas solidement établi.

Il n'y a pas d'alternative médicamenteuse ayant une AMM dans cette indication.

L'intérêt thérapeutique des HBPM, utilisées dans cette indication en dehors de leur AMM, est mal établi.

Le fondaparinux est un médicament de 1ère intention.

5.7.2.5. Intérêt de santé publique

Le fardeau de santé publique de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est important. Celui de la thrombose veineuse superficielle (TVS) isolée est considéré comme faible en raison de sa moindre gravité [incidence limitée des complications (TVP, EP)] et du nombre plus restreint de patients concernés.

Disposer d'un traitement de la TVS par un anticoagulant dont l'efficacité sur les complications thromboemboliques soit démontrée, et apportant des garanties de sécurité d'emploi, représente un besoin thérapeutique. Toutefois, l'amélioration de la prise en charge des TVS isolées n'est pas explicitement identifiée comme un besoin de santé publique.

En l'absence de nouvelles données permettant de lever les incertitudes sur l'impact en pratique réelle de fondaparinux 2,5 mg en termes de morbi-mortalité dans cette indication et compte tenu des données de suivi de pharmacovigilance de la spécialité fondaparinux 2,5mg (toutes indications confondues) faisant état d'un risque hémorragique accru et d'un mésusage, l'impact de cette spécialité ne peut plus être considéré comme faible.

La spécialité fondaparinux 2,5 mg n'a donc pas d'impact en termes de morbi-mortalité. Par ailleurs, aucune nouvelle donnée n'est disponible sur l'impact sur l'organisation des soins.

En conséquence, en l'état actuel des connaissances et dans l'attente des résultats de l'étude post-inscription demandée par la Commission qui est en cours de réalisation, la spécialité.

Fondaparinux 2,5mg ne présente pas d'intérêt de santé publique dans cette indication.

5.7.2.6. Recommandations de la Commission

La Commission donne un avis favorable au maintien de l'inscription de fondaparinux à 2,5 mg sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités dans le « traitement de la thrombose veineuse superficielle spontanée aiguë symptomatique des membres inférieurs de l'adulte sans thrombose veineuse profonde associée ».

PARTIE 1 : METHODOLOGIE

1. Hypothèse principale

La thrombose veineuse superficielle est une pathologie sous diagnostiquée ou considérée comme bénigne. De ce fait, sa prise en charge est souvent négligée.

La sensibilisation des médecins généralistes pourrait participer à améliorer sa prise en charge globale en soins primaires.

L'objectif principal de cette thèse est d'analyser les pratiques des médecins généralistes d'Ile de France dans la prise en charge globale (diagnostique et thérapeutique) des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs.

2. Population d'étude

La population cible est constituée de médecins généralistes installés et remplaçants thésés, ayant une activité libérale en Ile de France. Etaient exclus les médecins n'ayant aucune activité libérale. Il n'y avait pas de critère d'exclusion quant au mode de fonctionnement du cabinet des médecins interrogés.

3. Caractéristiques de l'étude

Les médecins participant à cette étude avaient la charge de remplir un questionnaire concernant leur profil professionnel, ainsi que deux cas cliniques de patients réels ayant consulté en cabinet de médecine générale.

Les documents sus cités ont été adressés aux médecins par courriel en pièces jointes.

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive à visée exploratrice.

4. Echantillonnage

La première étape était de recenser aléatoirement les coordonnées internet des médecins généralistes exerçant en Ile de France

Les sources utilisées pour récupérer ces adresses mail ainsi que le nombre d'adresses recueillies pour chacune d'entre elles, sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Sources	Nombres d'adresses recueillies	Pourcentage
Sites professionnels Médicaux (n=3)	1370	96,28
Carnet d'adresses personnelles (n=1)	53	3,72
Total	1423	100

Tableau 1 : *Nombre d'adresses email recueillies en fonction du mode de récupération*

La majorité des courriels recensés provenait de trois sites professionnels d'annonces médicales. Seuls 53 courriels étaient issus de carnet d'adresse de trois médecins exerçant à Paris et en Seine-Saint-Denis.

5. Mode de contact

Un courriel a été envoyé aux 1423 adresses de la base de données constituée pour l'étude.

Ce courriel type précisait que ce travail de thèse portait sur l'étude des pratiques médicales dans la prise en charge de la maladie thrombo-embolique veineuse en soins primaires. Une pièce jointe comportant le questionnaire a été transmise dans ce courriel.

La première sollicitation par courriel a eu lieu en septembre 2013. Elle a été suivie d'une relance en janvier-février 2014.

6. Présentation des questionnaires

6.1. Profil professionnel

Le premier questionnaire concernait le profil professionnel des médecins et comportait :

- Sexe et tranche d'âge
- Statut : titulaire ou remplaçant
- Durée et lieu d'exercice
- Mode d'exercice
- Secteur d'activité
- Nombre d'actes journaliers
- Sources de formation médicale

6.2. Vignettes cliniques

6.2.1. Vignette clinique 1

Ce premier cas clinique présente un patient âgé de 54 ans aux multiples antécédents thrombo-embolique (phlébite superficielle, embolie pulmonaire, déficit en protéine de la coagulation) qui présente une douleur de jambe associée à un cordon induré (correspondant à une thrombose veineuse superficielle) depuis une semaine environ.

Ce patient ne prend aucun traitement médicamenteux au long cours.

Il revient d'un séjour long courrier effectué il y a un mois

Huit questions ouvertes sont alors posées aux médecins interrogés afin d'identifier le diagnostic retenu, les prises en charge diagnostique et thérapeutique compte tenu du tableau clinique et des lourds antécédents de ce patient.

Autrement dit, l'objectif de ce cas clinique est d'identifier la manière dont les médecins généralistes prennent en charge la maladie thrombo-embolique en soins primaires. Il permet d'évaluer plus particulièrement la place et la connaissance des thromboses veineuses superficielles par rapport aux thromboses veineuses profondes.

Face à un patient aux multiples antécédents thrombo-emboliques en soins primaires :

Quel diagnostic suspectez vous ? Sur quels arguments ?

Faites vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Prenez vous en charge vous même le patient ou l'adressez vous ?

Instaurez vous un traitement non médicamenteux ? Si oui lequel ?

Instaurez vous un traitement médicamenteux ? Si oui, classe thérapeutique, dose et durée ?

Pratiquez vous une surveillance particulière ? Si oui laquelle ?

Instaurez vous un traitement préventif au long cours après avoir traité cet accès ? Si oui lequel ?

6.2.2. Vignette clinique 2

Le deuxième cas clinique porte sur une patiente de 62 ans ayant un terrain veineux altéré mais sans antécédent thrombo-embolique. Elle présente une douleur de jambe sur une insuffisance veineuse connue ancienne sans autre facteur favorisant de maladie thrombo-embolique.

Son traitement est fait d'un antihypertenseur et d'un hypocholestérolémiant.

Les mêmes huit questions ouvertes sont alors posées aux médecins interrogés afin d'identifier leurs diagnostic et prises en charge (en comparaison au cas précédent).

Face à un patient sans antécédents thrombo-embolique en soins primaires :

Le questionnaire de prise en charge était commun aux deux vignettes.

7. Analyse des données

Un tri lexical subjectif a été appliqué aux réponses des questions ouvertes, permettant de regrouper des termes médicaux synonymes cités par les différents médecins. Il permet ainsi de définir des ensembles de réponses et donc de variables. Les variables de l'étude étant qualitatives, les résultats sont exprimés en termes de fréquence et d'effectifs. Les proportions seront comparées selon un test de χ^2 ou un test de Fisher lorsque les effectifs sont inférieurs à 5.

PARTIE 2 : RESULTATS

1. Résultats de l'enquête par mail

Sur les 1423 médecins contactés par mail, 98 adresses mails ont produit une notification d'adresse inexistante (6,88 %), vérifiée après relance. Parmi ces adresses, 95 provenaient de sites d'annonces médicales et 3 ont été récupérées auprès du carnet d'adresse d'un médecin généraliste parisien.

En raison d'un faible taux de réponse lors de la première sollicitation, effectuée en septembre 2013, une relance a été effectuée en janvier-février 2014.

Sur les 1325 médecins généralistes dont l'adresse mail était valide, 146 médecins ont répondu au questionnaire soit un **taux de réponse de 11,02%**.

Parmi ces 1325 mails envoyés, 18 médecins ont répondu qu'ils ne répondraient pas au questionnaire selon le détail suivant :

- 13 médecins retraités n'exerçant plus la médecine générale
- 3 médecins exerçant d'autres spécialités (médecine du travail, médecine acupunctrice et médecine psychanalyste)
- 2 médecins refusant de répondre au questionnaire (par souci d'anonymat)

2. Profil professionnel

2.1. Caractéristiques des répondants

Les résultats de la première partie du questionnaire concernant le profil professionnel des médecins interrogés sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Femme	40 (69)	4(33)	4 (67)	2 (33)	8 (80)	14 (41)	6 (75)	8(100)	86 (59)
Homme	18(31)	8 (67)	6 (33)	4 (67)	2 (20)	20 (59)	2 (25)	0 (0)	60 (41)
<40 ans	46(79)	4 (33)	2 (20)	4 (67)	8 (80)	8 (24)	4 (50)	8(100)	84 (58)
40-50 ans	4 (7)	4 (33)	2 (20)	0 (0)	2 (20)	4 (12)	4 (50)	0 (0)	20 (14)
50-60 ans	4 (7)	4 (33)	0 (0)	2 (33)	0 (0)	8 (24)	0 (0)	0 (0)	18 (12)
>60 ans	4 (7)	0 (0)	6 (60)	0 (0)	0 (0)	14 (40)	0 (0)	0 (0)	24 (16)
Titulaire installé	26(45)	10(83)	10(100)	4 (67)	6 (60)	26 (76)	6 (75)	2 (25)	90 (62)
Remplaçant	32(55)	2 (17)	0 (0)	2 (23)	4 (40)	8 (24)	2 (25)	6 (75)	56 (38)
Secteur 1	56(97)	10(83)	8 (80)	6(100)	10(100)	34(100)	8(100)	8(100)	140(96)
Secteur 2	2 (3)	2 (17)	2 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (4)
Libérale	38(66)	8 (66)	10(100)	4 (67)	10(100)	24 (70)	6 (75)	8(100)	108(74)
Libérale et hospitalière	10(17)	2 (17)	0 (0)	2 (23)	0 (0)	8 (24)	2 (25)	0 (0)	24 (16)
Libérale et universitaire	10(17)	2 (17)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	14(10)
Total	58(40)	12 (8)	10 (7)	6 (4)	10 (7)	34 (23)	8 (5,5)	8 (5,5)	146(100)

Tableau 2 : Profil des médecins répondants selon leur département d'exercice

Plus de la moitié des médecins répondants sont des femmes (59%). Elles sont surreprésentées à Paris (69%), dans les Yvelines (67%), dans les Hauts-de-Seine (80%), dans le Val-de-Marne (75%) et dans le Val d'Oise (100%).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des moins de 40 ans (58%). Sa répartition s'expose à Paris (79%), dans l'Essonne (67%), les Hauts-de-Seine (80%) et le Val d'Oise (100%). Les médecins de plus de 60 ans prédominent dans les Yvelines (60%).

Les médecins généralistes installés représentent 62% des répondants avec une large majorité de secteur 1 (96%).

L'ancienneté d'installation des médecins interrogés est représentée par les moins de 5 ans (49%) et les plus de 10 ans (43%).

74% des médecins exercent uniquement en médecine libérale. 16% ont une activité hospitalière supplémentaire et 10% ont une activité en rapport avec la faculté de médecine.

Les deux départements les plus représentés sont Paris (40%) et la Seine-Saint-Denis (23%), le moins représenté étant l'Essonne (4%).

2.2. Formation médicale des répondants

Les supports de formation continue des médecins interrogés sont peu variables. Les références citées sont principalement :

- les formations médicales continues (FMC) 61,6% (n=90),
- la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) 76,7% (n=112),
- les revues médicales 87,7% (n=128),
- les groupes de pairs 37% (n=54)
- internet 4,1% (n=6).

3. Première vignette clinique

3.1. Diagnostic retenu

3.1.1. Diagnostic des répondants

Le diagnostic thromboembolique de ce patient est clinique (présence d'un cordon induré). Il s'agit d'une TVS. 63% des répondants ont porté le diagnostic exact pour ce patient. Pour 34% d'entre eux, il s'agit d'une TVP. Le diagnostic d'inflammation variqueuse est en revanche évoqué à 3%. Tous les médecins ont donné un de ces trois diagnostics.

	TVS	TVP	Inflammation variqueuse	Total
n	92	50	4	146
%	63	34	3	100

Tableau 3 : *Diagnostics cliniques évoqués des 146 médecins interrogés*

3.1.2. Caractéristiques des médecins selon le diagnostic

Les caractéristiques des médecins selon leur diagnostic sont résumées ci-dessous :

	TVS		TVP		Inflammation variqueuse		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexe							0,144
Homme	42	46	16	32	2	50	
Femme	50	54	34	68	2	50	
Age							<0,0005
<40 ans	48	52	34	68	2	50	
40-50 ans	8	9	10	20	2	50	
50-60 ans	18	19,5	0	0	0	0	
>60 ans	18	19,5	6	12	0	0	
Statut							0,062
Titulaire installé	62	67	24	48	4	100	
Remplaçant	30	33	26	52	0	0	
Ancienneté d'installation							0,014
<5 ans	42	46	28	56	2	50	
5-10 ans	4	4	8	16	0	0	
>10 ans	46	50	14	28	2	50	
Activité							0,75
Libérale	70	76	36	72	2	50	
Libérale et hospitalière	14	15	8	16	2	50	
Libérale et universitaire	8	9	6	12	0	0	

Tableau 4 : *Caractéristiques des médecins selon le diagnostic évoqué*

Les médecins diagnostiquant une thrombose veineuse superficielle sont 52% à avoir moins de 40 ans et 54% à être des femmes.

Ils sont également une forte proportion (68%) des femmes de moins de 40 ans à diagnostiquer une thrombose veineuse profonde.

La thrombose veineuse superficielle est diagnostiquée par des médecins titulaires (67%) ayant une activité uniquement libérale (70%).

Quant à la thrombose veineuse profonde, son diagnostic prédomine chez les médecins remplaçants (52%) libéraux (72%).

Dans cette étude, il est noté une association significative entre le diagnostic de TVS et l'âge des médecins généralistes ($p < 0.0005$).

On note également une association entre le diagnostic de TVS et l'ancienneté d'exercice ($p = 0,014$). En effet, les médecins exerçant depuis moins de 5 ans (46%) et ceux exerçant depuis plus de 10ans (50%) diagnostiquent cliniquement la TVS.

La suite de l'étude se portera sur les 92 médecins ayant émis le diagnostic de thrombose veineuse superficielle.

L'ensemble des médecins ayant diagnostiqué une TVP a traité le patient par une anticoagulation curative,

3.2. Examens complémentaires dans le diagnostic de la maladie thromboembolique veineuse

3.2.1. Place du dépistage para clinique

96% des médecins portant le diagnostic de TVS demanderaient un écho-doppler des membres inférieurs (EDMI) pour confirmer le diagnostic et rechercher ses caractéristiques.

Aucun autre examen complémentaire à visée diagnostique n'est évoqué par le panel de médecins.

	EDMI	Aucun	Total
n	88	4	92
%	96	4	100

Tableau 5 : Examens complémentaires proposés par les médecins

3.2.2. Caractéristiques des médecins selon la prise en charge para clinique

	EDMI		Aucun		p
	n	%	n	%	
Sexe					1
Homme	40	45	2	50	
Femme	48	55	2	50	
Age					1
<40 ans	48	55	2	50	
>40 ans	40	45	2	50	
Statuts					0,3
Titulaire installé	58	66	4	100	
Remplaçant	30	34	0	0	

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins selon l'examen complémentaire prescrit

Concernant ces résultats, on ne note que peu de variations. En effet, les proportions sont équivalentes entre hommes et femmes, ou selon l'âge des médecins répondants.

L'EDMI est, à contrario, majoritairement demandé par les médecins titulaires (66%).

Ces résultats ne permettent pas de mettre en évidence une association significative entre la prescription d'examen complémentaire et les caractéristiques étudiées des médecins généralistes (sexe, âge, secteur d'activité, lieu d'activité).

3.3. Spécialité de prise en charge de la maladie thromboembolique

3.3.1. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la maladie thromboembolique

74% (n=68) des médecins prennent eux-mêmes en charge leur patient alors qu'ils sont près d'un quart à l'adresser chez un phlébologue. (Annexe 6)

3.3.2. Caractéristiques de ces médecins

	Généraliste		Phlébologue		
	n	%	n	%	p
Sexe					0,62
Homme	30	44	12	50	
Femme	38	56	12	50	
Age					0,8
<40 ans	36	53	12	50	
>40 ans	32	47	12	50	
Statuts					0,05
Titulaire installé	42	62	20	83	
Remplaçant	26	38	4	17	

Tableau 7 : *Caractéristiques des médecins selon la spécialité de prise en charge*

La majorité des médecins prenant en charge leur patient sont des femmes (56%) alors qu'il y a autant d'hommes que de femmes qui l'adressent chez le phlébologue (p=0,62).

La répartition liée à l'âge des médecins, concernant les moins de 40 ans, est comparable à celle des femmes.

Il n'a pas été mis en évidence de significativité sur ces précédents résultats.

En revanche, elle l'est concernant le statut de ceux-ci. En effet, 62% des médecins traitant et

suivant ce patient et 83% des médecins le confiant au phlébologue sont titulaires (p=0,05).

3.4. Traitements non médicamenteux instaurés

3.4.1. Types de traitement non médicamenteux

Le port de bas de contention est préconisé par 87% des médecins, soit 80 médecins sur 92.

Aucune autre thérapeutique non médicamenteuse n'est mentionnée. Ils sont donc 13% à ne rien mettre en place.

	Bas de contention	Aucun	Total
n	80	12	92
%	87	13	100

Tableau 8 : *Traitement non médicamenteux prescrits*

3.4.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement non médicamenteux

	Bas de contention		Aucun		p
	n	%	n	%	
Sexe					0,12
Homme	34	42,5	8	67	
Femme	46	57,5	4	33	
Age					0,22
<40 ans	44	55	4	33	
>40 ans	36	45	8	67	
Statuts					1
Titulaire installé	54	67,5	8	67	
Remplaçant	26	32,5	4	33	

Tableau 9: *Caractéristiques des médecins selon le traitement non médicamenteux*

Ces résultats ne sont pas significatifs pour tous les critères recherchés.

Ils mentionnent que le port de contention est majoritairement prescrit par les femmes titulaires de moins de 40 ans tandis que les femmes titulaires de plus de 40 ans sont majoritairement représentées chez les médecins ne mettant en place aucune thérapeutique non médicamenteuse.

3.5. Traitements médicamenteux

3.5.1. Types de traitement médicamenteux

	Curatif	Préventif	AINS	Aucun	Total
n	54	16	14	8	92
%	59	17	15	9	100

Tableau 10 : Traitement médicamenteux prescrits

Une importante majorité de médecins traitent d'emblée le sujet index par anticoagulation curative (59%).

L'anticoagulation préventive et le traitement antalgique par anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) sont prescrits de manière équivalente avec respectivement 17% et 15% chez les médecins interrogés.

Enfin, 9% des médecins ne mettent en place aucun traitement médicamenteux.

3.5.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement médicamenteux instauré

	Curatif		Préventif		AINS		Aucun		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe									0,19
Homme	22	41	6	37,5	10	71	4	50	
Femme	32	59	10	62,5	4	29	4	50	
Age									0,24
<40 ans	32	59	8	50	4	29	4	50	
>40 ans	22	41	8	50	10	71	4	50	
Statut									0,0002
Titulaire installé	34	63	6	37,5	14	100	8	100	
Remplaçant	20	37	10	62,5	0	0	0	0	

Tableau 11 : Caractéristiques des médecins selon le traitement médicamenteux entrepris

Parmi les 54 médecins instaurant une anticoagulation curative pour le patient, 59% sont des femmes. Elles sont 62,5% à traiter préventivement, 29% à traiter symptomatiquement et 50% à ne pas traiter.

L'anticoagulation curative est de mesure pour les médecins de moins de 40 ans (59%) et notamment les libéraux (70%). Elle est équivalente chez les hospitalo-universitaires.

Les médecins uniquement libéraux restent prépondérants pour les autres catégories de traitement avec 75% d'anticoagulation préventive, 86% d'anti-inflammatoires et 100% d'abstention thérapeutique.

On note par ailleurs une flagrante significativité concernant le statut des praticiens ($p < 0,0002$). Tous les médecins s'abstenant thérapeutiquement ou introduisant des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont titulaires. L'anticoagulation préventive est prescrite par les médecins remplaçants (62,5%) alors que l'anticoagulation curative l'est par les titulaires (63%).

3.6. Durée du traitement médicamenteux

Les durées de traitement des anticoagulations curative et préventive sont développées individuellement ci-dessous.

Le traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien est globalement prescrit pour une durée symptomatique de 7 à 10 jours.

3.6.1. Anticoagulation curative

Le tableau ci-après décrit la durée de prescription de l'anticoagulation curative.

	10 jours	30-45 jours	3 mois	6 mois	A vie	Je ne sais pas	Total
n	4	10	8	2	12	18	54
%	7	12	15	4	22	33	100

Tableau 12 : *Durée de prescription de l'anticoagulation curative*

Un tiers des médecins (33%) introduisant un traitement curatif ignorent la durée de maintien de l'anticoagulation. 22% ne le suspendent jamais.

Quant aux durées médianes de 1 mois et 3 mois, elles sont indiquées de manière similaire (respectivement 12% et 15%).

7% traitent pendant 10 jours et 4% pendant 6 mois.

	10 jours		30-45 jours		3 mois		6 mois		A vie		Je ne sais pas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Titulaire installé	4	100	6	60	2	25	0	0	6	50	16	89	0,003
Remplaçant	0	0	4	40	6	75	2	100	6	50	2	11	

Tableau 13 : *Caractéristiques des médecins selon la durée de l'anticoagulation curative*

Les résultats concernant la durée d'introduction du traitement anticoagulant à dose curative sont significatif pour le statut des médecins répondants ($p < 0,003$). Les autres caractéristiques ne permettent pas de comparaison significative.

Les titulaires ne savent globalement pas quelle durée instaurer le traitement curatif (89%). Les durées les plus représentées, avec 60% et 50%, sont 1 mois et à vie.

Pour les médecins remplaçants, les durées sont rallongées à 3 mois (75%) et 6 mois (100%).

3.6.2. Anticoagulation préventive

	10 jours	30-45 jours	Je ne sais pas	Total
n	2	10	4	16
%	12,5	62,5	25	100

Tableau 14 : *Durée de prescription de l'anticoagulation préventive*

Près des deux tiers des médecins ayant répondu poursuivent l'anticoagulation préventive pendant 30 à 45 jours. Un quart l'introduise plutôt que la curative mais ignore la durée de maintien. 12,5% l'installent pour 10 jours.

	10 jours		30-45 jours		Je ne sais pas		p
	n	%	n	%	n	%	
Age							0,02
<40 ans	2	20	8	80	0	0	
40-60 ans	0	0	0	0	2	100	
>60 ans	0	0	2	50	2	50	
Statuts							0,01
Titulaire installé	0	0	2	33	4	67	
Remplaçant	2	20	8	80	0	0	

Tableau 15 : *Caractéristiques des médecins selon la durée de prescription de l'anticoagulation préventive*

Seuls ces deux paramètres (l'âge et le statut) mettent en évidence une significativité ($p < 0,05$).

80% des moins de 40 ans traitent pendant environ 1 mois le patient et 80% sont des remplaçants.

Les médecins titulaires déclarent majoritairement ne pas savoir à 67%.

3.7. Surveillance du patient

3.7.1. Type de surveillance

	EDMI	Biologie	Clinique	Aucune	Totale
n	24	38	18	12	92
%	26	41	20	13	100

Tableau 16 : *Surveillance préconisée par les médecins interrogés*

41% des médecins surveillent leur patient par bilan biologique (notamment la surveillance des plaquettes, de la CRP et de la fonction rénale). Les D-dimères ne sont pas cités. L'évolution de la pathologie est suivie par essentiellement l'écho-doppler des membres inférieurs (26%) et par la clinique (20%). Enfin, 13% des médecins n'évoquent pas de surveillance, quelle qu'elle soit.

3.7.2. Caractéristiques des médecins selon le type de surveillance

	Aucun		Clinique		Biologique		EDMI		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Age									0,03
<40 ans	4	33	10	56	26	68	8	33	
40-50 ans	0	0	0	0	2	5	6	25	
50-60 ans	4	33	4	22	4	10	6	25	
>60 ans	4	33	4	22	6	17	4	17	
Statut									0,05
Titulaire installé	10	83	12	67	20	53	20	83	
Remplaçant	2	17	6	33	18	47	4	17	
Activité									0,09
Libérale	10	83	12	67	28	74	20	83	
Libérale et hospitalière	2	17	4	22	8	21	0	0	
Libérale et universitaire	0	0	2	11	2	5	4	17	

Tableau 17 : *Caractéristiques des médecins selon la surveillance préconisée*

Parmi les médecins de moins de 40 ans, 56% convoquent leur patient pour surveiller cliniquement l'évolution de la thrombose. 68% demandent un suivi biologique et 33% se fient à l'écho-doppler. Ils sont néanmoins 33% à juger non nécessaire de suivre l'évolution de cette pathologie (p=0,03).

Il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre la surveillance et le sexe ou le lieu d'activité des médecins.

3.8. Traitement préventif au long cours

3.8.1. Type de traitement préventif

	Curatif	Préventif	AAP	Contention	Avis	Aucun	Total
n	18	2	2	22	18	30	92
%	19,5	2	2	24	19,5	33	100

Tableau 18 : *Traitements préventifs au long cours*

Les réponses des médecins sont variées.

33% affirment ne poursuivre aucun traitement préventif au long cours après un épisode de TVS et ce malgré les antécédents du patient, alors que près de 20% jugent nécessaire de maintenir une anticoagulation curative à vie.

Un quart conseille une contention veineuse en prévention des récurrences.

19,5% prennent des précautions en demandant un avis spécialisé auprès d'un phlébologue ou d'un médecin vasculaire.

Quelques rares médecins prescrivent des antiagrégants plaquettaires (2%) ou une anticoagulation préventive (2%).

3.8.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement préventif

	Aucun		Avis		Contention		Curatif		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Age									0,03
<40 ans	12	40	10	66	10	45	14	78	
40-50 ans	6	20	2	11	0	0	0	0	
50-60 ans	6	20	4	22	4	18	4	22	
>60 ans	4	20	2	11	8	36	0	0	
Statut									0,05
Titulaire installé	18	60	14	78	18	82	8	44	
Remplaçant	12	40	4	22	4	18	10	66	

Tableau 19: *Caractéristiques des médecins selon le traitement préventif préconisé*

40% des médecins ne mettant aucun traitement préventif au long cours ont moins de 40 ans, et sont autant pour les tranches d'âge supérieures (20% chacune). 60% sont titulaires.

Le port de bas de contention est majoritairement indiqué chez les médecins généralistes titulaires (82%) de moins de 40 ans (45%). Cette même classe de sujets prend avis auprès d'un médecin spécialiste.

L'anticoagulation curative est prescrite par les jeunes médecins remplaçant.

Sur ces seuls critères, nous observons une association statistiquement significative ($p=0.03$ pour l'âge et $p=0.05$ pour le statut).

4. Seconde vignette clinique

4.1. Diagnostic retenu

4.1.1. Diagnostic des répondants

Les principaux diagnostics évoqués sont toujours la thrombose veineuse superficielle (45%) et la thrombose veineuse profonde (53%). Est également citée l'inflammation variqueuse chez 2% des médecins sollicités.

	TVS	TVP	Inflammation variqueuse	Total
n	66	78	2	146
%	45	53	2	100

Tableau 20 : *Diagnostiques évoqués par les médecins interrogés*

4.1.2. Caractéristiques des médecins selon le diagnostic évoqué

	TVS		TVP		Inflammation variqueuse		
	n	%	n	%	n	%	p
Sexe							0,005
Homme	36	55	24	31	0	0	
Femme	30	45	54	69	2	100	
Age							0,003
<40 ans	28	42	54	70	2	100	
40-50 ans	8	12	12	15	0	0	
50-60 ans	14	22	4	5	0	0	
>60 ans	16	24	8	10	0	0	
Statut							0,0004
Titulaire installé	50	76	38	49	0	0	
Remplaçant	16	24	40	51	2	100	

Tableau 21 : *Caractéristiques des médecins selon le diagnostic retenu*

55% des médecins diagnostiquant une TVS sont des hommes (n=36) alors qu'ils sont 31% à répondre qu'il s'agit d'une TVP et aucun d'inflammation variqueuse (p<0,005).

La TVS est le diagnostic principal chez 42% des moins de 40 ans (n=28) alors qu'ils représentent 70% des médecins pour le diagnostic de TVP (p<0,003).

On note une association significative entre le diagnostic évoqué cliniquement et l'âge, le sexe et le statut des médecins; association qui est absente pour le lieu d'activité.

La suite des résultats est centrée sur les 66 médecins ayant diagnostiqué une thrombose veineuse superficielle.

4.2. Examens complémentaires

4.2.1. Place des examens complémentaires

	EDMI	Aucun	Total
n	62	4	66
%	94	6	100

Tableau 22 : *Examens complémentaires prescrits*

La majorité des médecins interrogés, soit 94%, réalisent un écho-Doppler des membres inférieurs (n=62) alors que 6% ne complètent pas leur examen clinique.

4.2.2. Caractéristiques des médecins selon les examens prescrits

	EDMI		Aucun		
	n	%	n	%	p
Sexe					1
Homme	34	55	2	50	
Femme	28	45	2	50	
Statuts					0,25
Titulaire installé	48	77	2	50	
Remplaçant	14	23	2	50	
Age					0,37
<40 ans	26	42	2	50	
40-50 ans	8	13	0	0	
50-60 ans	12	19	2	50	
>60 ans	16	26	0	0	

Tableau 23 : *Caractéristiques des médecins selon les examens complémentaires*

55% des médecins prescrivant un écho-Doppler des membres inférieurs sont des hommes. Ils représentent aussi 50% des médecins ne prescrivant aucun examen complémentaire ($p=1$).

L'écho-Doppler des membres inférieurs est l'examen de choix de 42% des moins de 40 ans et 26% des plus de 60 ans. Dans ces mêmes populations, aucun examen n'est demandé à parts égales ($p=0,37$).

Aucune association n'est retrouvée dans la prise en charge diagnostique.

4.3. Spécialité de prise en charge

4.3.1. Spécialité des médecins pour la prise en charge

	Généraliste	Phlébologue	Total
n	54	12	66
%	82	18	100

Tableau 24 : *Spécialité médicale de prise en charge*

82% des médecins généralistes s'occupent du traitement et du suivi de leur patient alors que 18% l'adressent chez le phlébologue.

4.3.2. Caractéristiques des médecins selon leur prise en charge

	Généraliste		Phlébologue		
	n	%	n	%	p
Sexe					0,05
Homme	26	48	10	83	
Femme	28	52	2	17	

Tableau 25 : *Caractéristiques des médecins selon la spécialité de prise en charge*

Les hommes adressent plus aisément pour la prise en charge thérapeutique de leur patient (83%) auprès du phlébologue. 52% des médecins gérant leur patient sont des femmes avec une association significative de ces résultats ($p=0,05$). Celle-ci est absente concernant les autres caractéristiques des médecins.

4.4. Traitement non médicamenteux

4.4.1. Place du traitement non médicamenteux

	Bas de contention	Aucun	Total
n	60	6	66
%	91	9	100

Tableau 26 : *Traitement non médicamenteux*

Une grande majorité se dégage également concernant le traitement non médicamenteux que les médecins préconisent. En effet, ils sont 91% à inciter le port de bas de contention. Quant aux autres médecins, leur recommandation est de ne pas introduire de traitement adjuvant.

4.4.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement non médicamenteux instauré

	Bas de contention		Aucun		
	n	%	n	%	p
Statuts					0,03
Titulaire installé	48	80	2	33	
Remplaçant	12	20	4	67	

Tableau 27 : *Répartition des caractéristiques des médecins selon le traitement non médicamenteux*

80% des médecins instaurant le port de bas de contention sont titulaires alors que 67% de ceux ne mettant en place aucun traitement non médicamenteux sont des remplaçants. Ces résultats présentent une forte association ($p < 0,03$).

En revanche, nous ne pouvons retenir aucune liaison concernant le sexe et l'âge des médecins.

4.5. Traitement médicamenteux

4.5.1. Place du traitement médicamenteux

	Curatif	Préventif	AINS	Aucun	AAP	Total
n	34	10	16	4	2	66
%	52	15	24	6	3	100

Tableau 28 : *Traitements médicamenteux cités*

Le traitement par anticoagulation curative est prescrit par 52% des médecins (n=34). La place du traitement AINS est non négligeable car prescrit par 24% des médecins. L'anticoagulation préventive est considérée traitement de choix pour 15% des médecins diagnostiquant une TVS. 3% instaurent des antiagrégants plaquettaires et 6% ne mettent en place aucun traitement médicamenteux.

4.5.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement médicamenteux

	Curatif		Préventif		AINS		Aucun		AAP		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Age											0,008
<40 ans	12	35	4	40	10	61	2	50	0	0	
40-50 ans	4	12	0	0	2	13	2	50	0	0	
50-60 ans	12	35	0	0	2	13	0	0	0	0	
>60 ans	6	20	2	11	8	36	0	0	2	100	
Activité											0,05
Libérale	30	88	8	80	12	76	2	50	2	100	
Libérale et hospitalière	2	6	2	20	0	0	2	50	2	100	
Libérale et universitaire	2	6	0	0	4	24	0	0	0	0	

Tableau 29: *Répartition des caractéristiques des médecins selon le traitement médicamenteux débuté*

88% des médecins mettant en place une anticoagulation curative sont des libéraux uniquement. Ils sont 80% des médecins prescrivant une anticoagulation préventive, 76% des AINS et 100% des antiagrégants plaquettaires ($p < 0,05$).

Une forte association ($p < 0,008$) existe concernant l'âge des médecins et le traitement médicamenteux instauré. Les moins de 40 ans sont surreprésentés pour les AINS alors qu'ils sont autant que les 50-60 ans pour l'anticoagulation curative ou que les 40-50 ans pour l'absence de traitement médicamenteux. Seuls les plus de 60 ans préconisent les antiagrégants plaquettaires.

Enfin, aucune association n'est retrouvée pour les autres caractéristiques étudiées.

4.6. Durée du traitement médicamenteux.

Les durées de traitement des anticoagulations curative et préventive sont développées individuellement ci-dessous.

Le traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien est globalement prescrit pour une durée symptomatique de 7 à 10 jours.

4.6.1. Anticoagulation curative

	10 jours	30-45 jours	3 mois	A vie	Je ne sais pas	Total
n	8	6	6	2	12	34
%	23	18	18	6	35	100

Tableau 30 : Durées de prescription de l'anticoagulation curative

La durée de l'anticoagulation curative reste très incertaine, de par la multitude des réponses des médecins et par l'importance des praticiens ignorant la durée d'instauration, une fois débutée (35%). Près d'un quart des médecins les introduisent pour une courte durée de 10 jours. A contrario, ils sont 6% à la maintenir à vie. Enfin, les autres médecins restent partager entre 1 et 3 mois de maintien pour 18% chacun.

	Curatif		Préventif		AINS		Aucun		AAP		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe											0,04
Homme	2	25	6	100	4	67	2	100	6	50	
Femme	6	75	0	0	2	33	0	0	6	50	
Age											0,005
<40 ans	2	25	0	0	2	33	2	100	4	33	
40-50 ans	0	0	2	33	0	0	0	0	2	17	
50-60 ans	4	50	4	67	0	0	0	0	6	50	
>60 ans	2	25	0	0	4	67	0	0	0	0	
Statuts											0,04
Titulaire installé	6	75	6	100	6	100	0	0	8	67	
Remplaçant	2	25	0	0	0	0	2	100	4	33	

Tableau 31 : Répartition de caractéristiques des médecins selon la durée de l'anticoagulation curative

On note parmi les médecins indécis, qu'il y a autant d'hommes que de femmes et que ce sont majoritairement de jeunes titulaires (67%) de 50-60 ans (50%).

Les femmes sont 75% des médecins à la prescrire pour 10 jours. Elles sont titulaires à 75% des cas et ont entre 50 et 60 ans (50%).

La totalité des médecins déclarant prescrire l'anticoagulation curative à vie sont des hommes de moins de 40 ans et remplaçants.

Concernant les médecins prescrivant pour 1 et 3 mois, il s'agit de praticiens masculins titulaires exerçant depuis plus de 10 ans.

L'ensemble des résultats sus cités sont marqués par une association significative, que ce soit pour le sexe ($p < 0,04$), l'âge ($p < 0,005$) ou le statut ($p < 0,04$).

4.6.2. Anticoagulation préventive

	10 jours	30-45 jours	Je ne sais pas	Total
n	2	6	2	10
%	20	60	20	100

Tableau 32 : Durées de prescription de l'anticoagulation préventive

60% des médecins interrogés déclarant instaurés une anticoagulation préventive, la mettent en place pour une durée de un mois. Ils sont 20% à l'initier et ne pas savoir pour quelle durée. 20% l'instaurer pour 10 jours.

	10 jours		30-45 jours		Je ne sais pas		p
	n	%	n	%	n	%	
Activité							0,04
Libérale	0	0	6	100	2	100	
Libérale et hospitalière	2	100	0	0	0	0	
Libérale et universitaire	0	0	0	0	0	0	

Tableau 33 : Caractéristiques des médecins selon la durée de prescription de l'anticoagulation préventive

La durée de un mois est préconisée par des médecins masculins (67%), de plus de 60 ans (67%), titulaires (67%) et tous libéraux.

Celle de 10 jours est uniquement décidée par les femmes titulaires de moins de 40 ans travaillant en milieu hospitalier et libéral. L'indécision est présentée chez les hommes titulaires de plus de 60 ans libéraux.

L'association significative de ces résultats existe uniquement concernant le lieu d'exercice des médecins répondants ($p < 0,05$).

4.7. Suivi du patient

4.7.1. Place du suivi

	Aucun	Clinique	Biologique	EDMI	Total
n	6	18	26	16	66
%	9	28	39	24	100

Tableau 34 : *Surveillance instaurée par les médecins*

28% des médecins revoient leur patient en consultation afin de surveiller l'évolution clinique de la thrombose veineuse superficielle. 24% demandent un écho-Doppler des membres inférieurs de contrôle. 39% surveillent leur patient par examen biologique. Enfin, 9% ne jugent pas nécessaire de surveiller leur patient par quelque moyen qu'il soit.

4.7.2. Caractéristiques des médecins selon le suivi instaurés

	Aucun		Clinique		Biologique		EDMI		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Age									0,05
<40 ans	0	0	12	67	12	46	4	25	
40-50 ans	0	0	2	11	4	15	2	12,5	
50-60 ans	2	33	2	11	4	15	6	37,5	
>60 ans	4	67	2	11	6	24	4	25	
Sexe									0,07
Homme	6	100	8	44	12	46	10	62,5	
Femme	0	0	10	56	14	54	6	37,5	

Tableau 35 : *Caractéristiques des médecins selon la surveillance préconisée*

Le suivi clinique concerne les médecins féminins (56%), presque autant que les masculins (44%). Ils ont moins de 40 ans (67%) et sont prépondérément titulaires (67%).

Concernant l'écho-Doppler des membres inférieurs, il est prescrit à 62,5% par des hommes et à

37,5% par des femmes. 37,5% font partie des 50-60 ans, un quart ont moins de 40 ans ou plus de 60 ans.

L'absence de surveillance est présentée chez les hommes (100%) titulaires de plus de 60 ans (67%).

Ces résultats sont significatifs concernant l'âge des médecins ($p=0,05$).

4.8. Traitement préventif au long cours

4.8.1. Place des traitements préventifs au long cours

	Curatif	AAP	Bas	Avis	Aucun	Total
n	2	4	36	4	20	66
%	3	6	54	6	31	100

Tableau 36 : *Traitements préventifs au long cours*

Le port de bas de contention reste le traitement préventif des récurrences de la maladie thromboembolique veineuse. Il est recommandé par 54% des médecins ayant répondu à cette thèse.

Ils sont tout de même près d'un tiers à ne rien instaurer en prévention secondaire.

Le traitement antiagrégant plaquettaire est le traitement préventif apparaissant chez 6% des médecins, autant que ceux demandant un avis spécialisé.

Une minorité de 3% poursuit l'anticoagulation curative.

4.8.2. Caractéristiques des médecins selon le traitement préventif

	Curatif		AAP		Bas		Avis		Aucun		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe											0,03
Homme	2	100	4	100	16	44	4	100	10	50	
Femme	0	0	0	0	20	56	0	0	10	50	
Age											0,002
<40 ans	2	100	0	0	16	44	0	0	10	50	
40-50 ans	0	0	0	0	4	11	0	0	4	20	
50-60 ans	0	0	0	0	6	17	2	50	6	30	
>60 ans	0	0	4	100	10	28	2	50	0	0	

Tableau 37 : *Caractéristiques des médecins selon le traitement préventif préconisé*

Le port de bas de contention est préconisé par l'ensemble des médecins avec une relative disparité selon les différentes caractéristiques de ceux-ci. Les chiffres les plus importants concernent le statut et le lieu d'activité puisqu'ils sont 72% à être titulaires et 83,5% à exercer uniquement en milieu libéral.

Il y a, en revanche, autant d'hommes que de femmes à ne rien prescrire. Par contre, ce sont préférentiellement de jeunes médecins (50% de moins de 40 ans), titulaires (80%), uniquement libéraux (70%).

Les hommes titulaires libéraux de plus de 50 ans préfèrent demander un avis spécialisé.

Le traitement antiagrégant plaquettaire est prescrit par les médecins les plus anciens.

Selon l'âge et le sexe des médecins, on note une association significative avec respectivement $p=0,03$ et $p=0,002$.

PARTIE 3 : DISCUSSION

1. Choix du questionnaire

Le questionnaire était identique pour les deux vignettes cliniques qui, elles présentent deux patients aux terrains différents. Il comporte 8 questions ouvertes.

L'ouverture des questions permet d'obtenir des réponses spontanées qui se rapprochent donc au plus près de l'attitude réelle qu'aurait eue le médecin dans ces situations cliniques.

Elle permet également de disposer de réponses complètes, élaborées voire nuancées.

Elle garantit donc une certaine qualité à l'étude, en limitant certains biais et en permettant une réflexion sur le sujet à partir des remarques faites par les répondants.

Le choix de cas cliniques susceptibles d'être rencontrés en pratique réelle, permet de "mettre le médecin en situation" afin que ses réponses reflètent au mieux sa pratique clinique courante.

La rédaction de différents cas cliniques, permet la mise en évidence ou non d'éventuelles différences dans l'attitude diagnostique des médecins face à la maladie thromboembolique veineuse, en fonction du terrain et de l'environnement.

Néanmoins, le questionnaire s'avère long à remplir puisque pour chaque cas clinique les médecins doivent répondre à différentes questions ouvertes; expliquant probablement le faible taux de réponses, mais aussi les réponses succinctes voire incomplètes, d'un nombre limité de médecins, concernant notamment la surveillance.

L'utilisation de l'outil informatique a permis de faciliter la diffusion du questionnaire à un grand nombre de médecins généralistes dans toute l'île de France, et d'effectuer des relances.

Elle facilite également la rédaction des réponses en comparaison à une rédaction manuelle classique. Son utilisation a ainsi permis d'optimiser le nombre de répondants à l'étude.

Cependant, l'outil informatique comporte des limites.

D'une part, elle induit un biais de sélection de médecins plus jeunes qui disposent davantage de cet outil et le maîtrisent mieux, et d'autre part, les adresses mails sont plus difficiles à obtenir que les autres types de coordonnées qui, elles, sont plus faciles d'accès.

2. Représentativité de l'échantillon

Afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon des médecins généralistes de l'enquête, un tirage au sort préalable d'un nombre défini d'adresses mails, par département, a été initialement envisagé.

Ce tirage au sort n'a pas pu être effectué en raison des particularités liées au recueil de données de l'étude.

Celui-ci est basé d'une part, sur le recours à des sites d'annonces médicales afin de récupérer des adresses mails de médecins, et d'autre part, sur le remplissage d'un questionnaire relativement long.

Les départements sont très inégalement représentés au sein des sites d'annonces médicales. De très nombreuses adresses mails de médecins généralistes exerçant dans certain département en île de France ont ainsi été récupérées tandis que pour d'autre département, un nombre plus limité d'adresses mails a pu l'être.

Lorsqu'on se réfère au graphique numéro 3 de l'atlas 2013 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), portant sur les effectifs et la densité des médecins généralistes à l'échelle départementale, on constate une corrélation entre les effectifs médicaux au sein des départements et leur représentativité au niveau des sites d'annonces médicales. [15]

Plus les effectifs médicaux sont importants au sein des départements, plus ces derniers sont représentés dans les annonces médicales et donc, au niveau des adresses mails récupérées.

Par ailleurs, un faible taux de réponses étant prévisible au vue de la longueur du questionnaire, un nombre important d'adresses mails devait être récupéré pour obtenir un nombre de réponses suffisant.

Il aurait donc fallu disposer d'un nombre suffisamment important de coordonnées pour chacun des départements pour pouvoir effectuer ce tirage au sort; ce que n'a pas permis le recueil d'adresses mails sur les sites d'annonces médicales.

En comparaison avec les données sociodémographiques médicales de l'atlas 2013 du CNOM, on constate:

- un pourcentage de médecins généralistes femmes sensiblement supérieur dans notre étude (59% de femmes médecins généralistes parmi nos répondants versus 47% selon le CNOM) ;
- une proportion de jeunes médecins de moins de 40 ans nettement plus élevée dans notre étude, avec un pourcentage de 58% comparé aux 11% selon le CNOM. Les médecins plus âgés sont sensiblement sous représentés parmi nos médecins répondants, comparé à la réalité sociodémographique: 16% de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans parmi nos répondants, versus 26% selon le CNOM ;
- un taux de médecins généralistes ayant exclusivement une activité libérale de 74% dans l'étude alors que selon le CNOM, seuls 39% des médecins généralistes d'Ile de France exercent ainsi.

Ces données confirment la non représentativité de l'échantillon de notre étude, caractérisée par une surreprésentation des jeunes médecins généralistes féminins et des médecins ayant une activité uniquement libérale.

Ceci s'explique probablement par le fait que les jeunes médecins généralistes utilisent davantage l'outil informatique; puisque le seul mode de contact utilisé pour l'étude était les adresses mails, et par la féminisation importante de la profession avec une prédominance de femmes chez les médecins généralistes les plus jeunes.

Par ailleurs, on peut supposer que les jeunes médecins généralistes qui ont soutenus leur thèse récemment, ainsi que les médecins généralistes universitaires impliqués dans la formation universitaire des jeunes médecins, répondent plus fréquemment aux sollicitations de leurs jeunes confrères thésards.

3. Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse

3.1. Diagnostic clinique de la TVS

Une relative majorité de médecins généralistes affirme diagnostiquer cliniquement la thrombose veineuse superficielle chez un patient ayant déjà présenté dans ses antécédents une thrombose veineuse superficielle identique (63% des répondants).

En revanche, chez un patient présentant des facteurs de risque de thrombose veineuse et une présentation clinique typique, la thrombose veineuse superficielle n'est évoquée qu'à 45%.

Pour une grande partie des médecins généralistes, la thrombose veineuse profonde est évoquée d'emblée à 34% pour le premier cas et 55% pour le second.

Ces chiffres semblent surestimés.

En effet, les informations données par les répondants sont purement déclaratives, et ne reflètent pas forcément avec exactitude leur pratique clinique réelle; d'autant plus qu'il était précisé dans le questionnaire que cette étude s'intéressait au diagnostic de la maladie thromboembolique veineuse et que le premier cas énonçait dans les antécédents du patient une thrombose veineuse superficielle compliquée d'embolie pulmonaire.

Ces informations ont probablement biaisé les réponses, expliquant en partie ce taux d'évocation de thrombose veineuse superficielle.

Un nombre important de répondants déclare diagnostiquer, ou du moins suspecter, une thrombose veineuse profonde cliniquement.

Ces résultats s'expliquent probablement par la connaissance imparfaite de la thrombose veineuse superficielle et par la gravité attendue de la thrombose veineuse profonde.

En effet, la thrombose veineuse profonde est sujette à l'embolie pulmonaire en cas de retard de prise en charge mais la thrombose veineuse superficielle l'est également à un pourcentage considéré à tort comme négatif mais présent dans 4 à 8% des cas.

D'autre part, la thrombose veineuse superficielle est peu évoquée du fait de sa symptomatologie variable et de sa négligence médicale pendant de nombreuses années.

La prévalence de la thrombose veineuse superficielle est de 3 à 11% en moyenne mais la véritable évaluation est difficile en raison d'une symptomatologie clinique parfois absente.

Ceci engendre la négligence médicale longtemps appliquée à cette maladie, traduite par un manque de recommandation par les sociétés savantes et d'études médicales centrées sur sa prise en charge thérapeutique.

Cette étude montre donc de façon significative que le diagnostic de thrombose veineuse superficielle est sous évoqué par l'ensemble des médecins interrogés.

3.2. Diagnostic para-clinique de la TVS

Le diagnostic de maladie thromboembolique veineuse repose quasi unanimement sur la réalisation d'un écho-Doppler des membres inférieurs (96% et 97% des médecins répondants) pour les médecins généralistes interrogés.

L'intérêt premier de cet examen concerne la recherche de complications, notamment la thrombose veineuse profonde.

La caractérisation de la thrombose veineuse superficielle par échographie-Doppler est également fournie et nécessaire à la prise en charge; mais rarement évoquée par les confrères ou précisée par les radiologues non spécialisés.

3.3. Mode de prise en charge

Respectivement 74% et 82% des médecins répondants au premier et au second cas clinique, gèrent leur patient dans leur cabinet.

Ces chiffres appuient la nécessité de formation des médecins généralistes libéraux, mais aussi hospitalo-universitaires, sur la prise en charge de la thrombose veineuse superficielle.

L'unique autre spécialisation médicale mentionnée est la phlébologie.

3.4. Traitement de la TVS

Le seul traitement adjuvant ayant sa place dans la maladie thromboembolique veineuse est le port de bas de contention, cité chez approximativement 90% des médecins généralistes ayant répondu à cette étude.

Le but de ce moyen thérapeutique n'est pas le traitement de la thrombose veineuse en elle-même, mais la prévention des récurrences ultérieures par la prévention de la stase sanguine.

Il fait donc partie des traitements préventifs au long cours à instaurer chez ce genre de patient.

L'anticoagulation curative n'a pas de recommandation dans le traitement de la thrombose veineuse superficielle à plus de 3 cm du réseau profond, mais reste prescrite chez 59% pour le premier patient et 51% pour le second; pour une durée inconnue pour la majorité des médecins généralistes (33% pour le premier cas et 35% pour le second).

Ces résultats sont en directe corrélation avec les précédentes pratiques des médecins phlébologues qui les prescrivaient pour une durée de 10 jours avec réévaluation.

L'anticoagulation préventive, traitement possédant une recommandation de grade 2B à ce jour, reste peu prescrite (17% pour le premier cas et 7% pour le second).

Ces chiffres sont probablement en rapport avec le caractère récent de ces accords professionnels, se basant sur la dernière étude à grande échelle nommée Calisto de 2011, comparant l'anticoagulation préventive versus placebo, et validée par la commission de transparence de l'HAS.

On pourrait également se poser la question de préférer la prescription de l'anticoagulation curative plutôt que de l'anticoagulation préventive, du fait du risque de complication en thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire.

Aucune étude, à ce jour, n'est réalisée en ce sens.

Les anti-inflammatoires ont une place non négligeable, auprès de nos réponders, dans le traitement de la thrombose veineuse superficielle (entre 15% et 21% pour respectivement le premier et le second cas).

9% des médecins généralistes ayant répondu à cette thèse considèrent qu'aucun traitement n'est nécessaire, que la thrombose veineuse superficielle se résorbera spontanément par le port de bas de contention.

A noter que les nouveaux anticoagulants oraux n'ont pas été cités du fait de leur récente mise sur le marché. Leur seule potentielle indication est le traitement des TVS situées à moins de 3 cm du réseau veineux profond et considérée alors comme une TVP.

3.5. Surveillance de la TVS

Les résultats concernant la surveillance de l'évolution de la thrombose veineuse superficielle sont partagés entre une surveillance clinique, biologique, échographique et l'abstention.

Ces chiffres sont à confronter aux pratiques des médecins interrogés. Leur interprétation est délicate et discutable.

Selon l'Afssaps et le collège national des médecins vasculaires de France, la surveillance de la thrombose veineuse superficielle se limite à l'évolution clinique de la maladie. En effet, le caillot se fibrose et n'est plus flottant. Sa migration devient donc exceptionnelle.

Toutes les études réalisées sur la prise en charge thérapeutique des TVS surveillaient l'évolution par le biais d'écho-Doppler.

3.6. Traitement préventif au long cours de la TVS

Dans un contexte d'insuffisance veineuse patente, le port de bas de contention prime (54%).

A contrario, leur prescription est moins importante en prévention secondaire d'un patient ayant présenté plusieurs épisodes de thromboses veineuses (24%). Sa prescription serait-elle limitée à

l'association, dans la pratique des médecins généralistes, de la présence de signes d'insuffisance veineuse (varices, jambes lourdes, œdèmes des membres inférieurs...) ?

Près d'un tiers des médecins répondants n'instaurent aucun traitement préventif, probablement par omission pour certains, comptes tenus du jeune âge de la population d'étude.

Le traitement antiagrégant plaquettaire est un traitement apparaissant chez certains médecins plus âgés (2% et 6% des plus de 60 ans).

Cette considération est probablement en corrélation avec la prévention des thromboses et sténoses artérielles.

Cependant, la composition du thrombus fibrino-cruorique retrouvée dans les thromboses veineuses est pauvre en plaquettes.

L'introduction d'un traitement antiagrégant plaquettaire est alors inutile.

Aucun article n'a permis de retrouver une indication à l'introduction des antiagrégants plaquettaires dans la prévention de la maladie thromboembolique veineuse.

Parmi ces répondants, un médecin a mentionné associer ce traitement à la prise d'acide folique hebdomadaire, la subordonnant à la maladie thromboembolique veineuse.

La vitamine B9 aurait pour effet de baisser le taux d'homocystéine dans le sang.

Celui-ci est considéré comme un facteur de risque cardiovasculaire aux Etats-Unis.

Utiliser l'acide folique dans cette situation préviendrait plutôt des événements cardiovasculaires que de la maladie thromboembolique veineuse.

Les veinotoniques n'ont pas été cités par nos médecins répondants, du fait de leur effet non prouvé et de leur déremboursement par la sécurité sociale.

Le reste des médecins ayant répondu à cette étude sont incertains dans l'indication d'un traitement préventif au long cours. Il n'existe en effet aucune recommandation à ce sujet.

La meilleure prise en charge est aux mains du praticien, selon son expérience et son patient index.

4. Cas index

La patiente décrite dans la seconde vignette clinique est à l'image des patients inclus dans la dernière étude (CALISTO). Sa prise en charge thérapeutique est donc conforme aux dernières recommandations de la HAS. Un traitement par fondaparinux 2,5mg pendant 45 jours est approprié. Le port de bas de contention est préconisé en prévention secondaire.

Quant au patient décrit dans la première vignette clinique, sa prise en charge thérapeutique est plus ambiguë. Il présente effectivement un antécédent d'événement thrombo-embolique profond et un facteur favorisant la formation de caillots sanguins (déficit en protéine de la coagulation). Tout médecin serait tenté d'introduire une anticoagulation curative avec une surveillance rapprochée. Cette attitude ne semble pas insensée. Les études réalisées incluaient des patients naïfs de thrombose veineuse. Il incombe à chaque médecin de traiter ce patient de la manière qui lui soit la meilleure.

CONCLUSION

Malgré certaines limites, tels que la non représentativité de l'échantillon, le faible effectif et le caractère purement déclaratif des données, cette étude a permis de mettre en évidence des aspects importants de la pratique de prise en charge de la thrombose veineuse superficielle.

Une faible majorité des médecins généralistes interrogés déclarent diagnostiquer cliniquement la thrombose veineuse superficielle.

Pour ces mêmes médecins, cette pathologie se gère principalement en soins primaires. Son diagnostic repose sur la réalisation d'un écho-Doppler des membres inférieurs.

Des données de cette étude ressort le manque de prescription de bas de contention prévention secondaire.

Cette étude confirme également la diversité de prise en charge thérapeutique de la thrombose veineuse superficielle (anticoagulation curative, préventive, anti-inflammatoire, abstention), révélant ainsi une sous-estimation de la gravité de la pathologie et une méconnaissance des dernières recommandations.

Les médecins semblent être plus vigilants au traitement de la thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire alors même que le risque d'évolution de la thrombose veineuse superficielle en thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire est non négligeable.

La principale difficulté des médecins de premier recours est l'absence de formation à cette pathologie et donc la méconnaissance de sa prise en charge.

Une formation complète sur la thrombose veineuse superficielle leur permettrait de mieux appréhender les enjeux du diagnostic précoce clinique, de connaître les intérêts de l'écho-doppler des membres inférieurs et donc de disposer des informations nécessaires afin de prendre en charge au mieux leur patient, même si le traitement médicamenteux de la thrombose veineuse superficielle est de caractère discuté.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Collège National des enseignants de médecine vasculaire.
- [2] Jean-Pierre Laroche, médecin vasculaire, CHU Montpellier, TVS actualités 2011
- [3] Decousus H, Epinat M, Guillot K, Quenet S, Boissier C, Tardy B. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Pulm Med*. 2003;9(5):393-7
- [4] Leon L, Giannoukas AD, Dodd D, Chan P, Labropoulos N. Clinical significance of superficial vein thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29(1):10-7
- [5] Di Minno G, Mannucci PM, Tufano A, Palareti G, Moia M, Baccaglioni U, et al. The first ambulatory screening on thromboembolism: a multicentre, cross-sectional, observational study on risk factors for venous thromboembolism. *J. Thromb Haemost*. 2005 ;3 (7):1459-66.
- [6] Samama MM, Dahl OE, Quinlan DJ, Mismetti P, Rosencher N. Quantification of risk factors for venous thromboembolism: a preliminary study for the development of a risk assessment tool. *Haematologica*. 2003;88(12):1410-21.
- [7] Cosmi B, Filippini M, Tonti D, Avruscio G, Ghirarduzzi A, Bucherini E, et al. A randomized double-blind study of low-molecular-weight heparin (parnaparin) for superficial vein thrombosis: STEFLUX (Superficial ThromboEmbolism And Fluxum). *J Thromb Haemost*. 2012;10(6):1026-35.
- [8] Prandoni P, Tormene D, Pesavento R. High vs. low doses of low-molecular-weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double-blind, randomized trial. *J Thromb Haemost*. 2005;3(6):1152-7.
- [8] Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier MT, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med*. 2010;152(4):218-24.
- [9] Galanaud JP, Genty C, Sevestre MA, Brisot D, Lausecker M, Gillet JL, et al. Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic recurrence in case of superficial venous thrombosis. The OPTIMEV study. *Thromb. Haemost*. 2011;105(1):31-9.
- [10] van Langevelde K, Lijfering WM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Increased risk of venous thrombosis in persons with clinically diagnosed superficial vein thrombosis: results from the MEGA study. *Blood*. 2011;118(15):4239-41.
- [11] CALISTO: Decousus H. Prandoni P. Mismetti P. et al. Fondaparinux for the treatment of superficial vein thrombosis in the legs. *New England J Med* 2010; 363:1222-32
- [12] HAS: commission de transparence du 22 juin 2011

- [13] The superficial thrombophlebitis treated by enoxaparin study group. A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial thrombosis. *Arch Int Med* 2003; 163:1657-63.
- [14] Prandoni P, Tormene D, Pesavento R, Vesalio Investigators Group. High vs low doses of LMWH for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs : A double-blind randomised trial. *J Thromb Haemost* 2005; 3:1152-7. [[Medline](#)]
- [15] La démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013. Conseil National de l'Ordre de Médecins. Dr Jean-François Rault. Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois
- [16] Galanaud et al. 2007
- [17] Nordstrom M, Lindblad B, Bergqvist D, Kjellstrom T, a prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population, *J Intern Med*, 1992;232:155-60
- [18] Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ III, Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism a 25-year population-based study, *Arch Intern Med*, 1998;158:585-593
- [19] *J Vasc Surg* 2003 nov;38(5)
- [20] Vasco B, Villalba JC, Lopez-Jimenez L, Falga C, Montes J, Trujillo-Santos J, Monreal M; RIETE Investigators. Venous thromboembolism in nonagenarians. Findings from the RIETE Registry. *Thromb Haemost* 2009 ; 101 : 1112-8
- [21] Titon. *Ann Cardiol Angeiol* 1994;43:160-6
- [22] Belcaro. *Angiology* 1999 ;50 :523-9
- [23] Marchiori. *Haematologica* 2002 ;87 :523-7
- [24] Lozano. *Vasc Endovasc Surg* 2003 ;37 :415-20
- [25] Kearon C et al *CHEST* 2012 ; 141(2)(Suppl) :e4195-e494S
- [26] Prévention et traitement de la maladie thrombo embolique veineuse en médecine. Recommandations de bonne pratique. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps), décembre 2009.
- [27] Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3:CD004982.doi:10.1002/14651858.CD004982.pub4.
- [28] Laroche JP. *Thrombose Veineuse Superficielle - Actualités* 2011. http://www.sfmv.fr/file_tmp/4f9244bc933e6.pdf.
- [29] Commission de transparence HAS. Avis du 13 mai 2013
L'avis adopté par la Commission de la Transparence le 23 janvier 2013 a fait l'objet d'une audition le 17 avril 2013 et d'un examen des observations du laboratoire le 15 mai 2013

ANNEXES

Tableau 1

Recommandations du Consensus de l'American College of Chest Physicians (ACCP).

Niveau de recommandation	Rapport bénéfice-risque (niveaux 1-2)	Qualité méthodologique des preuves à l'appui de la recommandation (A-C)
Niveaux 1A / 2A	Niveau 1: Les effets souhaités excèdent clairement les effets indésirables ou vice versa	A Preuves cohérentes à partir d'essais contrôlés randomisés sans limitations importantes
Niveaux 1B / 2B		B Preuves cohérentes à partir d'essais contrôlés randomisés avec limitations importantes ou preuves très suggestives dans des études observationnelles
Niveaux 1C / 2C	Niveau 2: Les effets souhaités et les effets indésirables s'équilibrent largement	C Preuves concernant au moins un événement critique à partir d'études observationnelles, de séries de cas ou d'essais randomisés comportant des biais

Annexe 1 : Grades de recommandations selon l'ACCP

Auteurs	Traitements	Durée du traitement	Suivi
Titon	nadroparine vs naproxene	6 jours	8 semaines
Belcaro	HNF+AVK vs nadroparine+AVK	3 mois	3 mois
Marchiori	faible dose HNF vs forte dose HNF	30 jours	6 mois
Lozano	enoxaparine vs chirurgie	4 semaines	6 mois
STENOX	enoxaparine (forte ou faible) vs tenoxicam vs placebo	12 jours	12 semaines
VESALIO	faible dose nadroparine vs forte dose nadroparine	4 semaines	12 semaines

Annexe 2 : Différents schémas thérapeutiques d'essais randomisés

à J12	Placebo (n=112)	Lovenox 0,4 (n=110) 8-12 jours	Lovenox 1,5mg/kg (n=106) 8-12 jours
TVP et EP	3,60%	0,9% (p non significatif)	1,0% (p non significatif)
TVP et TVS	30,60%	8,3% (p<0,001)	6,9% (p<0,001)

Annexe 3 : Résultats de l'étude STENOX

Extension de la TVS ou TVP	Nadroparine dose faible (n=81)	Nadroparine dose forte (n=83)
J30 (fin du traitement)	5 (6,2%)	2 (2,4%)
J90 (fin du suivi)	7 (8,6%)	6 (7,2%)

Annexe 4 : Résultats de l'étude VESALIO

Thrombose veineuse superficielle (TVS) secondaire à une perfusion intraveineuse: traitement par diclofénac topique (1B) ou per os (2B)

TVS isolée héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive ou intermédiaire, ou héparine non fractionnée (HNF) (2B), ou HBPM puis relais par antivitamine K (2C) pour une durée de quatre semaines

Le traitement anticoagulant des TVS est recommandé fortement par rapport à la chirurgie (1B)

Eviter l'association entre anti-inflammatoires non stéroïdiens per os et anticoagulation (2B)

TVS dont la longueur est courte et la localisation est à distance de la jonction saphéno-fémorale, ne nécessite probablement pas de traitement anticoagulant (absence d'évidence)

Annexe 5 : Recommandations de l'ACCP (2008)

	Généraliste	Phlébologue	Total
n	68	24	92
%	74	26	100

Annexe 6 : Spécialité médicale de prise en charge

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université

Le Professeur **AUBERT**

Date **4.2.15**


VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

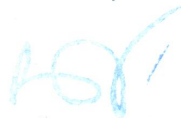
Professeur Benoît Schlemmer




DOCTEUR J. PIERRE AUBERT
01 - MÉDECINE GÉNÉRALE
32, RUE HERMEL
75018 PARIS
75 1 45 00 5 100 13 13 11 11
Tél. 01 46 03 02 61
01 46 03 02 61

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

RESUME

Mots Clés : thrombose veineuse superficielle, anticoagulation, écho doppler des membres inférieurs.

La thrombose veineuse superficielle est une pathologie fréquente se compliquant souvent en thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire. Compte tenu de la prédominance des formes asymptomatiques et de l'incertitude de la prise en charge thérapeutique, la thrombose veineuse superficielle est trop souvent négligée. Seules quelques études ont été réalisées en vue d'évaluer sa fréquence et ses complications, et de déterminer une prise en charge optimale. La Haute Autorité de Santé considère que l'anticoagulation préventive pour une durée de 45 jours est le seul traitement ayant montré une efficacité sur les TVS isolées de plus de 5 cm d'extension et situées à plus de 3 cm du réseau veineux profond. Cependant des réserves sont émises en raison de l'hétérogénéité des patients atteints de TVS.

L'objectif de cette thèse est d'identifier les pratiques des médecins généralistes concernant les prises en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que les mesures de prévention secondaire instaurées.

Un questionnaire comprenant deux vignettes cliniques, avec différents terrains, a été adressé par courriel à 1325 médecins généralistes thésés ayant une activité libérale en Île de France.

Sur les 146 répondants, 63% affirment diagnostiquer cliniquement une TVS chez un patient ayant un antécédent de TVS; et 45% déclarent diagnostiquer une TVS chez une patiente ayant un terrain favorable. L'écho-Doppler est l'examen complémentaire incontournable dans cette classe de pathologie. Le traitement de la TVS reste lui très hétérogène mais majoritairement porté sur l'anticoagulation curative (respectivement 59% et 52%). Les deux autres traitements les plus cités sont l'anticoagulation préventive (17% et 15%) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (15% et 24%). Quant au traitement préventif au long cours, le port de bas de contention est au premier plan (24% et 54%) mais perdu dans un magma de réponses et d'incertitude.

Les connaissances des médecins généralistes concernant la TVS sont au reflet de l'état actuel des recommandations de prise en charge. Une sensibilisation des médecins pourrait ainsi permettre d'améliorer sa prise en charge tant diagnostique que thérapeutique.