

Université René Descartes-Paris V

Faculté Cochin-Port Royal

Contribution à l'amélioration de la prise en charge de la MTEV en EHPAD.

Dr Jean-Luc LANASPRE

DIU Medecin Coordinateur EHPAD

Année 2010-2011

Dr Gwenaëlle JACQUIER

Médecin coordinateur Villa Pegase Korian Maisons-Laffitte

Le MC(médecin coordinateur) au sein d'un EHPAD doit contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

Pour être réellement effective, celle-ci se doit d'être la plus individualisée et adaptée possible, pour la personne âgée.

Le sujet que nous avons choisi d'aborder concerne principalement la maladie thrombo embolique veineuse(MTEV avec la thrombose veineuse profonde ou TVP et Embolie pulmonaire ou EP) dont on connaît l'extrême fréquence et la gravité chez le sujet âgé.

Cette pathologie mérite certainement d'intégrer le cadre des bonnes pratiques gériatriques(mission 5) mais également celles de la mission 12(prévention des risques).

Pour ce faire, il sera utile de reprendre les recommandations sur la MTEV en milieu médical et peut être plus spécialement les préconisations existantes en Long séjour et SSR (milieu assez proche des EHPAD de par l'âge des populations impliquées souvent ).

Enfin nous tenterons de réaliser un guide préventif vis à vis de cette pathologie, utilisable tant par le médecin traitant que l'équipe soignante des établissements qu'il convient bien entendu de sensibiliser par des réunions de formation adéquate.

## SITUATION DU PROBLEME.

Facteurs favorisants principaux : L'AGE.

En effet, comme le montre les études (1) la morbi mortalité liée à la MTEV est importante chez les gens agés.

1 personne de > 75 ans sur 100 aura une EP ou TVP alors que le ratio n'est que 1 sur 1000, en dessous de 60 ans.++

Quelle population?(2)

Au 31 décembre 2007, les personnes accueillies en institution sont âgées de 84 ans et 2 mois en moyenne contre 83 ans et 8 mois en 2003!

Fin 2007, près de 3/4 des résidents appartiennent "au quatrième âge" et les plus de 95 ans constituent 10% des résidents en 2007!!

Plus spécifiquement en EHPAD, les résidents sont en moyenne plus âgés que ceux des autres types d'établissement.

En effet, l'âge moyen y est de 84 ans et 9 mois tandis qu'il s'élève à 83 ans et 1 mois en USLD non EHPAD, 84 ans en maison de retraite non EHPAD et 82 ans en FL non EHPAD.

Autres facteurs favorisant: LA DÉPENDANCE.

En 2007 (2), 494 000 PA en EHPAD (toutes catégories confondues) 84% dépendantes (GIR 1 à 4) et 42% très dépendantes (GIR 1-2).

Temps de dépendance stable 4 ans en moyenne.

Or il est avéré que le niveau de dépendance augmente de manière sensible la prévalence de cette pathologie (4).

DONC MIEUX VAUT PRÉVENIR QU'.....

Le terme de Maladie Thrombo Embolique Veineuse (MTEV) recouvre deux affections fréquentes et graves chez le sujet âgé: La thrombose veineuse profonde (ou phlébite) et sa complication redoutable, l'embolie pulmonaire.

Le grand âge et l'existence d'autres maladies en expliquent les difficultés du diagnostic et la prise en charge.

En effet, les signes qui pourraient alerter sont plus discrets, voire absents et souvent masqués par d'autres maladies.

Le traitement de la MTEV est plus délicat chez le sujet âgé, car il repose sur l'administration de médicaments anticoagulants avec un risque de saignement plus fréquent et grave +++.

Dans ce contexte, la prévention a une place prépondérante et des moyens efficaces existent qu'il convient de mettre en place dès lors qu'il existe un risque de MTEV.

Encore faut-il connaître les situations qui exposent les PA au risque de MTEV et que les médecins pensent à les rechercher.

Phlébite et Embolie pulmonaire: Un diagnostic difficile, surtout chez le sujet âgé.

Certains signes peuvent conduire le médecin à soupçonner une phlébite....

Une Phlébite peut entraîner une douleur de la jambe, un œdème, une augmentation de chaleur du membre mais ces signes ne sont pas toujours présents, ce qui rend le

diagnostic difficile et souvent retardé.

Les sujets âgés ont souvent d'autres maladies touchant les membres inférieurs et entraînant des douleurs (rupture de kyste poplité) ou des problèmes au niveau de la peau(erysipele)

Mais la phlébite ne se manifeste pas toujours par des symptômes.

Lorsque le caillot ne perturbe pas le flux global de retour veineux, il n'occasionne ni douleur ni autre signe local et il s'agit de cas fréquents chez la PA chez qui les signes seront donc souvent absents.

Les symptômes de l'embolie pulmonaire sont principalement respiratoires.

L'embolie pulmonaire est donc la complication de la phlébite que celle ci ait donné des symptômes ou non.

Les signes les plus fréquents d'une EP sont une douleur thoracique,un essoufflement qui peut survenir de maniere inattendue,à l'effort voire au repos,des crachats sanglants,une douleur thoracique.

Il peut s'y associer une tachycardie,une fièvre modérée(38°)de la toux et parfois des malaises et syncopes.

L'embolie pulmonaire peut être d'emblée mortelle.

Chez le sujet âgé,la MTEV se révèle plus souvent par une

EP(2 fois sur 3) que par une phlébite(1 fois sur 3).

(Chez les malades plus jeunes,c'est le contraire)

LA FREQUENCE de la MTEV augmente beaucoup avec l'age.

ceci est manifeste apres l'age de 50 ans mais encore plus net chez les personnes de plus de 70ans.

Chaque année: 1 personne de plus de 75 ans sur 100 va faire une TVP ou une EP,alors que ce risque n'est que de 1pour 1000 en dessous de 60 ans!!

La MTEV est difficile à traiter chez les patients agés,avec un risque de récidence important et un risque élevé de saignements lié au traitement.

Chez les PA,la PREVENTION doit etre discutée à l'occasion d'un épisode médical ou chirurgical aigu.

**Bien connaitre les situations à risque pour mieux prévenir la MTEV.**

Etat des lieux: Recommandations de bonne pratique(RBP)  
AFFSAPS 2009

PREVENTION DE LA MTEV EN CAS D AFFECTIONS  
MEDICALES AIGUES

Chez des patients de plus de 40 ans ,hospitalisés pour une durée de plus de 3 jours en raison:

- d'une décompensation cardiaque ou respiratoire aigue ou
- d'une infection sévère,d'une affection rhumatologique inflammatoire aigue,d'une affection inflammatoire intestinale,

Quand elles sont associées à un facteur de risque de MTEV notamment:

- Age > 75ans
- Cancer
- antécédent de MTEV
- traitement hormonal
- insuff cardiaque ou respiratoire chronique
- Syndrome myeloprolifératif.

Un traitement par Heparine Non Fractionnée(HNF) ou par Heparine de bas poids moléculaire (HBPM)(seules Enoxaparine LOVENOX\* et Deltaparine FRAGMINE\* ont l'AMM dans cette indication),ou par Fondaparinux ARIXTRA\* est recommandé pour réduire les événements thromboemboliques veineux symptomatiques ou non (Grade A);



Par extrapolation, une prophylaxie est proposée chez des patients ayant une affection médicale aiguë comme précédemment définie avec le même degré de sévérité, entraînant une restriction de mobilité de plus de 3 jours et non hospitalisés (ce qui est loin d'être rare dans les EHPAD!). (accord professionnel)

Les HBPM et le Fondaparinux sont préférés à l'HNF (grade B), compte tenu :

- D'une plus grande commodité d'emploi (1 injection par jour pour HBPM et Fondaparinux, absence de surveillance plaquettaire et absence de sur-risque pour le Fondaparinux).
- D'une réduction du risque hémorragique (HBPM)
- D'une réduction de risque de thrombopénie induite (sous HBPM et surtout sous Fondaparinux)
- De l'absence de risque hémorragique sous Fondaparinux comparé au placebo dans ce contexte médical.

La durée de prescription est de 7 à 14 jours (Grade A).

Le rapport bénéfice-risque d'une prophylaxie prolongée (1 mois) est en cours d'évaluation.

Une prophylaxie médicamenteuse prolongée systématique ne peut donc être, en l'état actuel des connaissances, recommandée.

Au-delà de 14 jours, la prophylaxie est suggérée en cas de

persistance du risque de MTEV(Accord professionnel).

Une prophylaxie par compression veineuse élastique(classe 2 française,15 à 20mmhg à la cheville) est suggérée dans tous les cas pour la meme durée(7 à 14 jours)surtout en cas de contre indication au traitement medicamenteux(accord professionnel).

En 2001 et 2003,des études épidémiologiques transversales(3) ont inclus 1664 patients de plus de 65 ans ou plus, hospitalisés en soins de suite et réadaptation,en vue d'améliorer la qualité de la prévention de la MTEV chez la PA .

A l'issu de ces travaux , un consensus a été élaboré par un groupe d'experts(8) permettant d'obtenir des recommandations de bonne pratique approuvées par deux sociétés savantes (Société Française de Geriatrie et de Médecine Vasculaire).

## Facteurs de risque de MTEV spécifiques(des patients en SSR).

Analyse des facteurs de dépendance et évaluation du role de ces facteurs dans la survenue de Thrombose. 22 caractéristiques étudiées dont le niveau de dependance

dans 6 activités(ADL et index de Katz).

Cette étude(5) axée sur le rôle des Fde R plus spécifiquement gériatriques a porté sur 812 patients .

On a pu identifier les Facteurs de Risques indépendants suivants:

°Age supérieur à 79 ans

°ATCD de MTEV

°Cancer régional ou métastatique.

°Dépendance dans plus de 3 activités quotidiennes(ADL)

°Un test UP and GO supérieur à 3.

°Escarres.

La dépendance est bien associée à un risque accru de TVP dans cette population.

Ces informations (score ADL,Up and Go) sont disponibles dans tous les dossiers des personnes dépendantes en EHPAD. Elles peuvent et doivent être utilisées dans l'évaluation du risque Thrombo embolique.

## Recommandations pour la prévention de la MTEV(8)

Le traitement anticoagulant préventif doit respecter les

préconisations internationales valables pour les autres populations en utilisant les memes molécules en respectant les contre indications.

La déambulation est définie par la capacité autonome de:

°se lever seul du fauteuil

°de sortir de la chambre avec ou sans aide technique.

A l'inverse la perte d'autonomie supérieure à 30jours de cette déambulation qualifie un risque(grade D)

La compression elastique est indiquée:

°en cas d'immobilisation récente(lit/fauteuil) depuis plus de 3 jours(grade B)

°immobilisation chronique si le patiente est apathique(grade D)

°remise à la marche après immobilisation prolongée jusqu'à récupération d'autonomie(grade D).

Les modalités de pose:

°24h/24,bilatérale,dégressive des chevilles aux genoux(gradeD)

°protection cutanée(zones concaves et zones saillantes++)

(grade D)

Les types:

°bandes bi élastiques(avec éducation du personnel et repositionnement toutes les 8 heures).

°les bas de prévention antithrombose.

Les contre indications sont constituées essentiellement par l'insuffisance artérielle sévère(pressions systoliques distales inférieures à 50mmhg)ou la fragilité capillaire.

### Les autres méthodes de prévention non médicamenteuse (grade D)

°réalisation de mouvements actifs et passifs au lit(series de 20 plusieurs fois par jour)

°exercice respiratoire .

°surélévation des pieds du lit de 15 cm.

°surélévation des MI sans hyperextension des genoux en position assise

°incitation ou aide à la déambulation avec attaque du talon et déroulement total du pied.

### La durée de prévention est recommandée

° toute la durée du séjour, par HBPM avec relais AVK préventif (INr entre 1,5-2), en cas d'atcd de MTEV inférieur à 2 ans (grade B)

° 6 semaines avec réévaluation à terme par HBPM et relais AVK possible (INR 1,5-2), en cas de chirurgie prothétique de hanche ou genou (grade B) ou de chirurgie majeure (grade D).

° 8 jours en cas de deux FDR associés avec réévaluation hebdomadaire (grade D) en cas de défaut de déambulation inférieur à 30 jours, d'atcd d'AVC ischémique avec hémiplégie, en cas de cancer en phase de traitement curatif (chimio radiothérapie post op) ou évolué en phase de traitement, en cas d'infection aigüe récente de moins de 8 j, en cas d'aggravation d'une insuff cardiaque de stade 3 ou 4 de la NYHA infer à 8 j, en cas d'acutisation d'une insuff respiratoire avec dyspnée de repos infer à 8 j, en cas d'IDM infer à 8 j.

En résumé, il ne faut pas écarter les patients âgés des indications reconnues de la prophylaxie mais évaluer la dépendance++ du patient et revoir les prescriptions de manière hebdomadaire.

Venant en appui et complément de ces études, les auteurs tentent d'évaluer(9) l'impact de l'implémentation multifacettes des recommandations

pour la prévention de la MTEV.

Ils ont donc évalué dans un premier temps les taux de Thrombose avant et après implémentations.

1373 patients inclus dans 33 hopitaux, avec exploration echo doppler complet par des medecins vasculaires pour le diagnostic des phlébites avant et après diffusion des recommandations multifacettes, par affichage, réunions dans les services, éducation du personnel infirmier.

709 patients avant (groupe 1) et 664 après diffusion (groupe 2) des recommandations .

Dans le groupe 2 ,réduction des thromboses (surales et proximales) avec augmentation sensible des prescriptions de compression élastique et moins d'HBPM à faibles doses.

Ils concluent donc que l'on peut efficacement réduire le taux de TVP si l'on diffuse ces recommandations multifacettes.

Impact de l'implication des soignants sur la mise en oeuvre des mesures de prévention non pharmacologiques.

Compte tenu de l'utilité de la diffusion des recommandations pour la prévention des TVP, il a été procédé(10) à un test sur le rôle de l'implication des personnels soignants, en

comparant la fréquence d'utilisation des méthodes de prévention.

Les résultats permettent de confirmer qu'une collaboration médecins-infirmières permet bien d'améliorer la mobilisation des patients, même si l'impact sur le taux de MTEV n'est pas décisif.

D'ailleurs, la prescription de la compression élastique seule, n'est pas associée à une réduction de la MTEV (manque de puissance de l'essai pour répondre à ce problème).

## DISCUSSION

A partir de quel âge le risque de MTEV augmente-t-il? (notion de seuil).

L'ACCP (11-American College of Chest Physicians) distingue 3 catégories d'âge à partir desquelles des données existent :

Âge inférieur à 40 ans, supérieur à 40 mais inférieur à 60 ans, et supérieur à 60 ans, donc de fait cette dernière catégorie est rangée dans celle des PA.

Les données épidémiologiques (18) montrent une augmentation du risque avec l'âge puisque l'incidence annuelle passe de 24 pour 1000 (groupe 40-49 ans) à 265 pour 1000 (groupe 70-79 ans).

Les F de R surajoutés majorent ce risque.

Par ailleurs reste le problème des thromboses



asymptomatiques (16% dans l'étude) pour lesquelles les études montrent une sous utilisation de la thromboprophylaxie en médecine(13,14)(cancer ou post infarctus) mais aussi en chirurgie.

Une des raisons est liée à l'impossibilité d'implémenter les recommandations et l'ACCP préconise(11) une stratégie propre à chaque structure pour diffuser les protocoles de thromboprophylaxie et une évaluation régulière,(ce qui en EHPAD ne devrait pas poser de problème).

Ces méthodes peuvent comprendre des alertes électroniques(intégrations des données dans les logiciels lors des visites d'admission en EHPAD),des consensus locaux dérivés de recommandations internationales (EHPAD et réseaux gériatriques sanitaires++) et enfin intégration dans des actions d'éducation sanitaire (15).

En effet l'implication des infirmières et plus largement des personnels soignants,en stimulant la déambulation et la pose d'une compression permet d'implémenter les recommandations multifacettes et de fait permettent de réduire les événements thrombo emboliques veineux, meme si des travaux complémentaires seront nécessaires pour un niveau de preuve suffisant ,chez les patients agés pour les méthodes compressives.

Une autre raison de taux élevés de thrombose est liée à la forte prévalence des facteurs de risques chez des patients

dépendants, très agés, atteints de cancer et ayant un antécédent de MTEV.

La prise en compte de ces paramètres devraient encore réduire le risque de survenue de thrombose.

### Récapitulatifs des points importants à cibler:

°En soins de suite, 56% des patients reçoivent une prophylaxie. Malgré cela, 15,8% ont une TVP asymptomatique!!

°Ce taux peut être réduit à condition de diffuser au maximum les recommandations aux médecins et aux soignants.

°En présence de facteurs de risque, il y a moins de thrombose dans le groupe recevant une HBPM.

°Les facteurs de dépendance associés à une TVP sont : Age supérieur à 79 ans

La présence d'un cancer,

Un score ADL supérieur à 3,

La présence d'escarres.

°En associant les soignants au moment de diffuser les recommandations, les patients sont plus souvent mobilisés et la compression plus souvent posée.

°Le bénéfice de la compression chez des patients agés médicaux méritent d'être démontré.

conclusion: Les résultats de cette étude spécifique(SSR RRF) appelle plusieurs commentaires de la part de leurs auteurs:

° Une Prévalence élevée de TVP dans ce groupe alors que les recommandations manquent.

° Ils concluent en insistant sur le rôle important du médecin vasculaire ,en portant une attention particulière à ces patients car des actions de préventions efficaces sont encore souhaitables.

Cette population à fort risque mérite qu'un effort particulier soit fait pour diminuer la morbidité liée à l'EP.(17)

Cette incidence élevée devrait faire considérer de façon prioritaire,les demandes d'examen pour suspicion de MTEV en provenance de ces services.

A la lumière de ces éléments,et concernant les EHPAD,institutions medico sociales par définition, mais aux réalités très proches du sanitaire quotidiennement,ces recommandations paraissent valables compte tenu de la morbidité potentielle d'une grande partie des résidents dont le degré de dépendance est élevé.

En effet 84% des résidents en EHPA sont considérés dépendants(GIR 1à4) fin 2007 et la moitié comme très dépendants(GIR 1-2).

On peut même suspecter que bon nombre de ceux qui à un moment ou un autre seront hospitalisés peuvent avoir eu le temps de développer des thromboses asymptomatiques, en particulier au moindre épisode d'alitement de plus de 48 à 72 heures.

Ces hypothèses méritent d'être validées par des études spécifiques sur les patients en EHPAD (Sujet d'un prochain mémoire collectif??).

Ce faisant, comme tout geste préventif, cela doit permettre de réduire encore au maximum les journées d'hospitalisation, dont on connaît l'extrême nocivité dans cette population.

A ce moment, il n'est pas inutile de rappeler que le quotidien des EHPAD est de plus en plus obéré par la prise en charge de pathologies aiguës (parfois simultanément pour plusieurs individus) avec un personnel peu nombreux (1 IDE pour 60 résidents!!) pour ce type de tâche et de ce fait bien souvent au détriment des autres résidents. (bien-être amoindri++).

Un autre écueil de taille en EHPAD est constitué par le fait que la prise en charge médicale des résidents incombe aux seuls médecins traitants qui ont toute autorité en matière de prescriptions, mais ce travail a pour but également de les aider dans ce type de situation à prendre une décision.

## On peut donc conclure:

En EHPAD, une anticoagulation prophylactique (HNF, HBPM, FONDAPARINUX) doit être envisagée PENDANT 8 jours associée à une prévention non médicamenteuse avec réévaluation hebdomadaire

Si deux facteurs de risques ou plus parmi:

& AGE supérieur à 79 ans

& SCORE ADL > 3 et test UP and GO > 3

& DEFICIT DE DEAMBULATION < 30 Jours. (capacité autonome de : se lever seul du fauteuil, de sortir de la chambre avec ou sans aide technique -deambulateur ou canne-)

& PRESENCE D'ESCARRES

& ATCD de MTEV (TVP ou EP)

& CANCER en phase active de traitement ou évolué

& INFECTION aigüe récente < 8 j

& INSUFF CARDIAQUE stade 3 ou 4 < 8j

& INSUFF RESPIRATOIRE avec dyspnée de repos < 8j

& INFARCTUS DU MYOCARDE < 8j.

& PARALYSIE D'UN MI (AVC ischémique)

La réévaluation sera hebdomadaire (Pour le médecin coordinateur il s'agit là d'un problème potentiel à résoudre avec les médecins traitants qui ne sont pas facilement disponibles) mais si celle-ci conduit à renouveler plus de deux fois, il sera souhaitable d'envisager les AVK à doses "préventives" (INR cible entre 1,5 et 2).

Concernant cette dernière proposition, il est pratiquement certain qu'à court terme les nouvelles molécules (DABIGATRAN, ROVARIXABAN, APIXABAN et autres..) se substitueront aux AVK comme elles le font dès maintenant lorsque les malades sont en AC/FA.

## Les mesures non médicamenteuses:

Compression veineuse élastique au mieux par mi bas (classe 2 soit 15 à 20 mmHg à la cheville) ou plus compliqué par bandes bi élastiques (éducation du personnel et repositionnement toutes les 8 heures) avec protection cutanée (combler les zones concaves et protéger les zones saillantes)

Contre indications: Insuffisance artérielle sévère (ischémie critique) ou la fragilité cutanée.

## Autres méthodes de prévention non médicamenteuses:

Réalisation de mouvements actifs et passifs au lit

Exercices respiratoires

Surélévation des pieds du lit de 15 cm

Surélévation des MI sans hypextension des genoux en position assise.

Incitation ou aide à la déambulation avec attaque de talon et déroulement total du pied.

Les questions sans réponses à ce jour:

Quid des patients grabataires, non déambulants "définitifs", dénutris, avec escarres? Compression élastique oui mais Prophylaxie médicamenteuse au long cours??

Si oui Avec quel BUDGET??(produits coûteux++).

## BIBLIOGRAPHIE:

- (1) JA HEIT et al. The epidemiology of venous thromboembolism in the community 2001;86:452-63;
- (2) Julie Prevot. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Drees. Etudes et Résultats n°699; Aout 2009.
- (3) Prévention et traitement de la maladie thrombo embolique en médecine; Recommandations de bonne pratique -argumentaire et synthèse AFFSAPS 2009 12.
- (4) Bosson JL et al. Deep venous thrombosis in elderly patients hospitalized in subacute care facilities : a multicenter cross-sectional study of risk factors, prophylaxis, and prevalence. Arch Intern Med 2003;19:2613-8.
- (5) Sellier et al. Risk factors for deep venous thrombosis in older patients: a multicenter study with systematic compression ultrasonography in postacute care facilities in France. J Am Geriatr Soc 2008;56:224-30.
- (6) Labarere et al. Brief report: Graduated compression stocking thromboprophylaxis for elderly patients: a propensity analysis. J Gen Intern Med 2006;21:1282-7.
- (7) Labarere et al. Low molecular weight heparin prophylaxis of deep vein thrombosis for older patients with restricted mobility. Drugs Aging 2009;26:263-71.
- (8) Bosson et al. Practice guidelines for the prevention of venous thromboembolism in elderly patients hospitalized in subacute care and rehabilitation facilities. Association for the promotion of hospital angiology. J Mal Vasc 2003;28:209-18.
- (9) Sellier et al. Effectiveness of a guideline for venous thromboembolism prophylaxis in elderly postacute care patients: A multicenter study with systematic ultrasonographic examination. Arch Intern Med 2006;166:2065-71.
- (10) Labarere et al. Intervention targeted at nurses to improve venous thromboprophylaxis. Int J Qual Health care 2007;19:301-8.
- (11) Geertz et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). Chest 2008;133:381-453 .



(12) OGER et al. High prevalence of asymptomatic deep vein thrombosis on admission in a medical unit among elderly patients. *thromb haemost* 2002;88:592-7

(13) South et al. The under-use of thromboprophylaxis in older medical in-patients: a regional audit. *QJM* 2007;100:685-9.

(14) Tapson et al. Venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill hospitalized medical in-patients: findings from the international medical prevention registry on venous thromboembolism. *Chest* 2007;132:936-45.

(15) Toohar et al. A systematic review to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. *Ann Surg* 2005;241:397-415.

(16) Kucher et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *N Engl J Med* 2005;352:969-77.

(17) Cohen et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (Endorse study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 2008;371:384-94.

(18) M-A SEVESTRE et al. Venous thromboembolism in the elderly: results of a program to improve prevention. *Journal des maladies vasculaires* 2009 34,330-337.

**ANNEXES: Divers documents utiles.**

# Le score de Wells

## Une aide au diagnostic de la Thrombose Veineuse Profonde (1, 7)♦

- Le score de Wells, basé sur des éléments cliniques simples, permet de prédire la probabilité d'une TVP

**Probabilité clinique** {

- Faible : score total  $\leq 0$
- Modérée : score total de 1 ou 2
- Elevée : score total  $\geq 3$

Critères	Points
Cancer évolutif (traitement en cours ou dans les 6 mois précédents ou palliatif)	+1
Paralysie, parésie ou immobilisation récente des membres inférieurs par un plâtre	+1
Immobilisation récente de plus de 3 jours ou chirurgie majeure au cours des 4 dernières semaines	+1
Douleur localisée le long d'un (ou plusieurs) axes veineux	+1
Gonflement de tout un membre inférieur	+1
Gonflement du mollet $\geq 3$ cm par rapport à la jambe asymptomatique (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale)	+1
Œdème prenant le godet (plus important sur la jambe symptomatique)	+1
Veines superficielles collatérales (hors varice)	+1
Diagnostic autre que celui de TVP au moins aussi probable	-2
<b>Total</b>	

Pour les patients ayant des symptômes dans les 2 jambes, on retiendra la jambe la plus symptomatique pour le calcul du score.

♦ La valeur diagnostique de la probabilité clinique ne permet pas de l'utiliser seule pour prendre une décision thérapeutique. Les scores de probabilité clinique ayant été élaborés à partir de patients presque exclusivement "externes" (non hospitalisés), on utilisera ces scores avec circonspection chez les patients hospitalisés.

# Prévention non médicamenteuse de la Maladie thromboembolique Veineuse

## en Soins de Suite et Réadaptation Fonctionnelle

Association pour la Promotion l'Angiologie Hospitalière

Validation : Société Française de Médecine Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie



Contention préventive sauf si alitement supérieur à 30 jours

Exercices de mobilisations articulaires

Exercices respiratoires

Surélever les membres inférieurs



Contention préventive

Allonger les membres inférieurs du patient lors de l'installation au fauteuil

Inciter le patient à marcher (cannes, cadre si nécessaire)



Inciter le patient à marcher

Contention jusqu'à récupération d'une déambulation autonome

Vérifier l'attaque du talon au sol et le déroulement du pied lors de la marche

### 1. Indications de la contention veineuse

- défaut de déambulation < 30 j
- défaut de déambulation prolongé > 30 jours uniquement si le patient est apathique
- remise à la marche d'un patient immobilisé chronique : contention jusqu'à récupération d'une déambulation autonome

### 2. Contre-indications de la contention veineuse

- insuffisance artérielle dès le stade d'ischémie d'effort
- fragilité cutanée

### 3. Modalités de la contention veineuse

Contention élastique des 2 mollets, 24h/24 par bandes bi-élastiques ou tubulaire élastique doublé ou bas jarret de classe 1 à 2.

### 4. Adaptation de la contention veineuse

- morphotype particulier : double contention associant une bande inextensible par dessus laquelle est placée une bande bi-élastique
- surpression locale et fragilité cutanée (malléoles, crêtes tibiales, tête des métatarsiens, tendon d'Achille....) : combler les zones concaves par de la mousse ou du coton placé sous la contention.

### 5. Surveillance de la contention veineuse

La contention veineuse doit être remplacée toutes les 8 heures (changement de poste). Surveillance de la coloration et de la chaleur des orteils. Toute douleur doit entraîner un contrôle de la contention et des pouls distaux.

### 6. Autres méthodes de prévention non-médicamenteuse

Aide à la déambulation, mobilisation active et passive au lit (flexions extensions de cheville par série de 20 plusieurs fois par jour), exercices respiratoires (respiration ample et profonde), et surélévation des pieds du lit de 15 cm en l'absence d'insuffisance cardiaque décompensée

Avril 2003

Rédaction : J-L Bosson (médecine vasculaire et méthodologie, CHU de Grenoble), J Labarère (santé publique, CHU de Grenoble), M-T Barrolier (médecine vasculaire, CHU de Caen), J Belmin (gériatrie, CH d'Ivry-sur-Seine, AP-HP), P Couturier (gériatrie, CHU de Grenoble), Ph Le Roux (médecine vasculaire, CH La Roche-sur-Yon), M-A Sevestre (médecine vasculaire, CHU d'Amiens).

## Prévention médicamenteuse de la maladie thromboembolique veineuse en Soins de Suite et Réadaptation Fonctionnelle

Association pour la Promotion l'Angiologie Hospitalière

Validation : Société Française de Médecine Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie

**HBPM préventive ± relais AVK préventif, pendant 6 semaines  
+ prévention non-médicamenteuse  
réévaluation à 6 semaines**

En cas de :

- Thrombose veineuse proximale ou embolie pulmonaire < 2 ans (grade B)
- chirurgie prothétique de hanche ou du genou < 6 semaines (grade B)
- chirurgie carcinologique < 6 semaines (grade B HBPM uniquement)
- chirurgie majeure (chirurgie abdominale ou toute chirurgie > 45') < 6 semaines (grade D)

**HBPM préventive pendant 8 jours + prévention non-médicamenteuse  
réévaluation hebdomadaire  
envisager AVK si la réévaluation conduit à renouveler la prescription plus de 2 fois**

Si 2 facteurs de risque ou plus  
parmi :

- défaut de déambulation < 30 j
- autres antécédents de MTE veineuse
- paralysie d'un membre inférieur (AVC ischémique)
- cancer en phase active de traitement ou évolué
- infection aiguë récente < 8 j
- insuffisance cardiaque stade III ou IV < 8 j
- insuffisance respiratoire avec dyspnée de repos < 8 j
- infarctus du myocarde < 8 j

### Modalités pratiques

Ces recommandations concernent les patients âgés de 65 ans et plus sauf en cas de traitement anticoagulant prophylactique au long cours (cardiopathie emboligène, maladie thromboembolique veineuse...), ou de contre-indication absolue aux anticoagulants.

1. héparine de bas poids moléculaire à forte dose préventive : 5000 UI anti-Xa de daltéparine, ou 4000 UI anti-Xa d'énoxaparine, ou 2850 UI anti-Xa de nadroparine, ou 3436 UI anti-Xa de réviparine, ou 4500 UI anti-Xa de tinzaparine, en une injection sous-cutanée quotidienne. En cas de clairance de la créatinine inférieure à 30 ml / minute, héparine calcique (une injection sous-cutanée de 5000 UI / 12 h)

$$\text{clairance de créatinine} = \frac{(140 - \text{âge (an)}) \times \text{poids (kg)}}{0,814 \times \text{créatininémie } (\mu\text{mol/l})} \quad (\times 0,85 \text{ si sexe féminin})$$

2. Numération des plaquettes bihebdomadaire pendant 21 jours puis une fois par semaine.
3. AVK préventif : INR cible entre 1,5 et 2,0.

Avril 2003

Rédaction : J-L Bosson (médecine vasculaire et méthodologie, CHU de Grenoble), J Labarère (santé publique, CHU de Grenoble), M-T Barrelier (médecine vasculaire, CHU de Caen), J Beltrín (gériatrie, CH d'Ivry-sur-Seine, AP-HP), P Coultier (gériatrie, CHU de Grenoble), Ph Le Roux (médecine vasculaire, CH La Roche-sur-Yon), M-A Sevestre (médecine vasculaire, CHU d'Amiens)



## Le score de Wells

### Une aide au diagnostic de l'Embolie Pulmonaire (1, 8)♦

- Le score de Wells, basé sur des éléments cliniques simples, permet de prédire la probabilité d'une EP

**Probabilité clinique** {

- Faible : score total de 0 à 1
- Intermédiaire : score total de 2 à 6
- Elevée : score total > 6

Critères	Points
Signes et/ou symptômes de TVP (au minimum œdème et douleur à la palpation)	3
Autre(s) diagnostic(s) moins probable(s) que l'embolie pulmonaire	3
Fréquence cardiaque > 100 bat./min	1,5
Immobilisation ou chirurgie récente (< 4 semaines)	1,5
Antécédent de TVP ou EP	1,5
Hémoptysie	1
Cancer évolutif (traitement en cours ou dans les 6 mois précédents ou palliatif)	1
<b>Total</b>	

