

## B10 - CAT devant une thrombose veineuse superficielle

---

La thrombose veineuse superficielle (TVS) est une affection commune, généralement considérée comme bénigne par comparaison à la thrombose veineuse profonde (TVP). Peu d'études se sont en pratique intéressées à cette pathologie et les données de la littérature sont relativement pauvres dans ce domaine.

Les termes de périphlébite ou de paraphlébite, largement utilisés pour désigner les TVS, doivent être bannis du langage médical. Ils contribuent en effet à renforcer l'idée d'une pathologie mineure, prétexte à l'établissement d'une prise en charge trop souvent hâtive.

À l'inverse de la TVP où les signes cliniques se révèlent peu pertinents, le diagnostic de TVS est en règle clinique, posé devant un segment veineux induré sous-cutané, rouge, chaud et inflammatoire, douloureux au moindre contact, siégeant sur une veine jusque-là saine ou au contraire variqueuse. La clinique permet de poser le diagnostic mais ne préjuge pas du degré d'extension de la thrombose. Le risque d'embolie pulmonaire ou d'affections graves sous-jacentes justifie une prise en charge spécifique.

### 1. Épidémiologie

L'incidence des TVS est estimée à 250000 cas par an en France.

La TVS du membre supérieur est fréquente après ponction ou cathétérisme veineux. Au niveau des membres inférieurs la TVS intéresse le plus souvent la veine grande saphène.

Il existe une prédominance féminine. La tranche d'âge la plus exposée se situe entre 40 et 60 ans. La maladie variqueuse est l'étiologie la plus fréquente pour le membre inférieur. D'autres facteurs sont incriminés : antécédents thrombo-emboliques (TVP ou TVS), hospitalisation, alitement, intervention chirurgicale récente, obésité, néoplasie,

traumatisme, épisode infectieux, grossesse ou post-partum, contraception orale, troubles de la coagulation, ou certaines affections (maladie de Behçet, maladie de Buerger). La plupart de ces circonstances constituent également un facteur de survenue de TVP, ce qui tend à rapprocher les deux affections.

## *1. Place de la TVS*

### **1. Relation entre TVS et TVP**

Une TVP asymptomatique est découverte chez 20 % des patients porteurs d'une TVS. Dans quelques cas, il existe une continuité entre la TVS et la TVP au travers d'une crosse saphène ou d'une veine perforante. Dans un tiers des cas, une TVP est retrouvée à l'échographie réalisée systématiquement chez un patient présentant une TVS.

### **2. TVS et EP**

L'embolie pulmonaire est rencontrée chez 10 % des patients avec TVS ; elle est le plus souvent asymptomatique.

## *3. Étiologie*

Les TVS survenant sur veines "saines" seraient le plus souvent symptomatiques d'une affection sous-jacente, d'autant plus qu'il s'agit de thromboses récidivantes ou migratrices. Elles révèlent en particulier un cancer ou une hémopathie sous-jacente dans 3 à 15 % des cas. Le bilan étiologique peut mettre en évidence une thrombophilie constitutionnelle ou acquise. Ces troubles de l'hémostase sont d'autant plus évoqués qu'il existe des antécédents familiaux ou personnels de MTE ou de TVS.

Les TVS sur veines variqueuses représentent le plus souvent une complication évolutive d'une varice, mais ce dogme est loin d'être toujours vérifié. Il n'est pas exceptionnel qu'elles soient révélatrices d'un cancer sous-jacent (poumon, colon, pancréas, prostate...). Il s'agit alors volontiers de thromboses extensives ne se limitant pas à une ampoule variqueuse et survenant de manière inopinée.

#### 4. *Prise en charge des TVS*

La prise en charge thérapeutique des TVS demeure empirique. Un écho-Doppler veineux doit être réalisé :

- il confirme le diagnostic par la visualisation directe du thrombus,
- il juge de l'extension de la TVS souvent beaucoup plus importante que ne le laisse supposer le simple examen clinique,
- il détecte une TVP associée, qui justifie l'institution d'un traitement anticoagulant à doses curatives.

En dehors de l'association à une TVP, il n'existe pas d'attitude validée. Les différents moyens thérapeutiques utilisés en pratique sont :

- la contention élastique par bande puis par bas,
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), prescrits par voie générale ou percutanée permettent une diminution des signes locaux mais n'ont pas d'action sur le processus thrombotique ;
- les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) sont utilisées à doses préventives ou curatives sans AMM ;
- la crossectomie saphène est envisageable lorsque le thrombus implique la jonction saphéno-fémorale. Elle ne dispense pas du traitement héparinique curatif.
- La thrombectomie sur ampoules variqueuses est le traitement le plus efficace en cas de signes locaux importants des membres inférieurs.