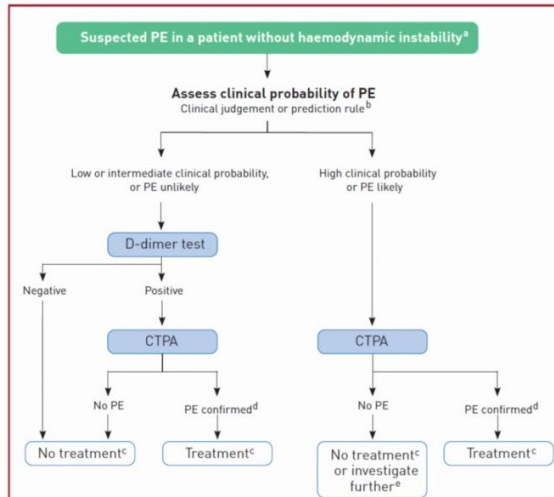


#001

Objectifs du carnet

Recommandations ESC 2019

Konstantinides SV et al, Eur Respir J 2019



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire en contexte EDN et en garde.
- Pour Thrombose Veineuse Profonde et Embolie Pulmonaire, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Thrombose Veineuse Profonde et Embolie Pulmonaire, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Thrombose Veineuse Profonde et Embolie Pulmonaire, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Suspicion clinique

Score de Wells

Table 1. Clinical Model for Predicting the Pretest Probability of Deep-Vein Thrombosis.*

Clinical Characteristic	Score
Active cancer (patient receiving treatment for cancer within the previous 6 mo or currently receiving palliative treatment)	1
Paralysis, paresis, or recent plaster immobilization of the lower extremities	1
Recently bedridden for 3 days or more, or major surgery within the previous 12 wk requiring general or regional anesthesia	1
Localized tenderness along the distribution of the deep venous system	1
Entire leg swollen	1
Calf swelling at least 3 cm larger than that on the asymptomatic side (measured 10 cm below tibial tuberosity)	1
Pitting edema confined to the symptomatic leg	1
Collateral superficial veins (nonvaricose)	1
Previously documented deep-vein thrombosis	1
Alternative diagnosis at least as likely as deep-vein thrombosis	-2

* A score of two or higher indicates that the probability of deep-vein thrombosis is likely; a score of less than two indicates that the probability of deep-vein thrombosis is unlikely. In patients with symptoms in both legs, the more symptomatic leg is used.

Wells PS N Engl J Med 2000;349:1227-35

- ☐ Cancer (actif)
- ☐ Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée
- ☐ Alitement récent ≥ 3 j ou chirurgie majeure
- ☐ Douleur localisée le long du trajet veineux
- ☐ Tuméfaction jambe entière
- ☐ Cheville enflée > 3 cm par rapport à l'autre
- ☐ Œdème prenant le godet plus important d
- ☐ Circulation veineuse superficielle collatérale
- ☐ Episode antérieure de TVP
- ☐ Diagnostic alternatif au moins aussi proba

0 point FAIBLE

5% [3-8]

1-2 points MODERE

33% [35-41]

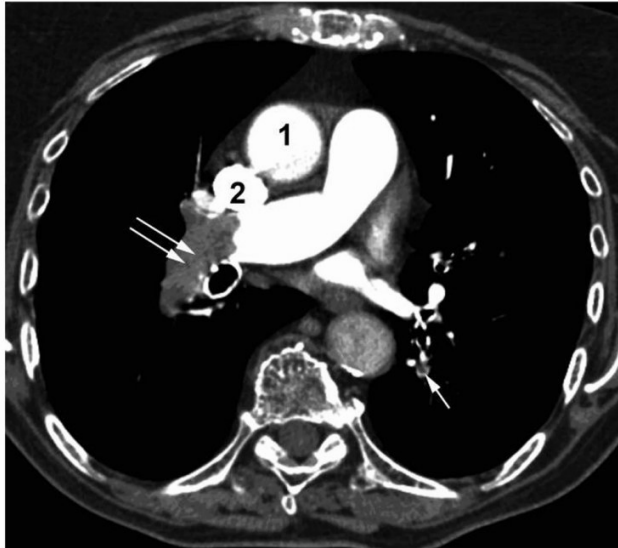
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- TVP: douleur, oedeme unilateral, chaleur, circulation collaterale ou contexte de risque.
- EP: dyspnee brutale, douleur pleurale, malaise, syncope, hémoptysie ou tachycardie.
- Facteurs: chirurgie, immobilisation, cancer, grossesse, contraception, thrombophilie ou antecedent MTEV.
- Toujours evaluer gravite hemodynamique avant de derouler l'algorithme diagnostique.

#003

Probabilité et examens



Angioscanner spiralé thoracique montrant une embolie pulmonaire proximale. 1= aorte ascendante

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Score clinique puis D-dimères si probabilité faible ou intermédiaire.
- D-dimères inutiles si probabilité forte: imagerie directement.
- Echo-Doppler veineux confirme la TVP; angioscanner confirme l'EP si réalisable.
- Scintigraphie ventilation-perfusion utile si contre-indication au scanner ou grossesse selon contexte.

#004

Traitement initial

- Anticoagulation curative si diagnostic confirme ou probabilité forte sans contre-indication et imagerie retardée.
- AOD souvent privilégiés si pas de cancer digestif actif, grossesse, valve mécanique ou insuffisance rénale sévère.
- HBPM/UFH selon gravité, rein, cancer, grossesse ou besoin de geste.
- EP à haut risque: reperfusion en filière spécialisée si choc ou hypotension persistante.

#005

Durée et prévention

- Durée minimale dépend du caractère provoqué, non provoqué, récidivant ou associé au cancer.
- Évaluer risque hémorragique, interactions et fonction rénale avant prolongation.
- Compression, mobilisation et éducation réduisent complications et erreurs de prise.
- Chercher cancer ou thrombophilie de façon ciblée, pas systématiquement hors contexte.

#006

Pieges EDN

- Un ECG normal n'elimine pas un SCA, une embolie pulmonaire ou une dissection si la clinique est forte.
- Ne pas retarder le traitement d'une urgence circulatoire pour obtenir un bilan complet.
- Toujours verifier rein, kaliemie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prevention secondaire doit etre prescrite, expliquee et surveillee avant la sortie.

#007

Mini-cas a savoir resoudre

- Resumer en une phrase le syndrome cardiovasculaire, le risque vital et l'examen pivot.
- Justifier hospitalisation, monitoring, avis cardiologique ou strategie ambulatoire.
- Choisir le traitement initial et la surveillance des effets attendus ou indesirables.
- Planifier reevaluation, adaptation therapeutique et education du patient.

Sources: Referentiel de medecine cardiovasculaire CNEC/SFC - DFASM/EDN; Recommandations ESC 2023-2024 selon les themes: FA, SCA, HTA, endocardite, aorte et arteriopathies; Guides HAS: insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, parcours de soins cardiovasculaires; Supports locaux SSD1/Alex/1- Cardiologie; Banque d'images recadrees SSD1/Carnets/phase1_collecte