**Médecine interne : les maladies thrombo-emboliques (MTE)**

Les maladies trombo-emboliques sont fréquentes : phlébite, embolie pulmonaire,…

**I) Les Thrombose Veineuse Profonde**

**1) Généralités**

>Def : Constitution, développement et fixation d’un caillot sanguin dans une veine profonde.

Thrombose profonde =Phlébite.

Le sang épaissi forme un caillot, il peut se fragmenter et migrer.

>Complication immédiate : ce qui fait la gravité de la thrombose veineuse profonde.

Si un caillot est formé dans un des membres inférieurs (lieu le plus risqué), il peut passer dans la veine cave inférieur, dans l’oreillette droite, dans le ventricule droit, dans l’artère pulmonaire, et boucher une artère pulmonaire plus ou moins importante selon la taille du caillot : embolie pulmonaire.

80% des EP sont secondaires à une TVP du membre inférieur.

>Complications plus tardives :

Des séquelles post phlébite peuvent survenir jusqu’à des années plus tard, comme des jambes gonflées, des ulcères,…

>Incidence des MTE : en France 50 000 à 100 000 nouveaux cas par an et 5000 à 10 000 décès par an.

**2)Etiologie**

Il existe des veines directement sous l’hypoderme, ce sont les veines superficielles. Elles sont palpables si elles sont enflées et ne sont pas concernées par les thromboses.

Les veines superficielles sont en relation avec les veines profondes grâce à des veines communicantes.

Les veines profondes sont plus grosses et intra ou inter musculaires. Elles possèdent des valvules qui aident à faire remonter le sang jusqu’au cœur par « étapes ». Dans le cas d’une phlébite, un caillot est formé le plus souvent à cause de troubles de ces valvules. Le sang y tourbillonne, et lors d’un ralentissement de la circulation, il peut se déposer et former un caillot, qui sera agrandis progressivement par accumulation de sang et obstruera la veine profonde.

**3) Signes cliniques de la TVP**

> « phlegmatia alba dolens » = Phlébite blanche douloureuse

- Douleur : mollet en premier le plus souvent, et peut être déportée vers l’aine et /ou la face interne de la cuisse.

- Œdème : Jambe voir tout le membre inférieur.

Ces deux signes varient selon l’importance de la taille du caillot et de sa localisation.

> « phlegmatia coerula » = phlébite bleu

Plus rare et plus sévère

Tout le membre inférieur est « bouché », donc bleu ou violacé.

>Examens à réaliser

- recherche de douleur provoquée ou spontanée.

- signe de Homans (douleur à la dorsi flexion du pied, car met en extension le mollet)

- œdème blanc (ou rosé), ferme, signe de Godet (marque laissé sur la peau si appui du pouce)

- augmentation de la température locale

 -Dilatation des veines superficielles, le sang y passe car les veines profondes sont obstruées.

 -Dissociation pouls/température les pouls est accéléré mais la température n’augmente que peu.

> diagnostic positif

-clinique =douleur, œdème, t° (modérée), pouls élevé

-examens complémentaires :

 Echo-Doppler (examen couplé)

 Echo = ultrasons réfléchis sur la veine et le sang, le caillot donne plus d’écho.

 Doppler : on entend le flux de sang

 Simple, non douloureux indispensable.

> diagnsostic clinique : erreurs par excès = 50%

D’autres pathologies présentes les mêmes signes, comme entorse, hématome, claquage, kyste poplité, erysipèle, cellulite, fracture, insuffisance (Cockett)

Erreurs par défaut : 70 %

On peut avoir une TV sans signes cliniques, cela dépend du contexte, des FR.

🡺 la TV est une maladie cliniquement difficile à diagnostiquer, d’où l’importance des examens complémentaires pour vérifier le diagnostic.

**II) l’embolie pulmonaire.**

Diagnostic clinique variable

* douleur thoracique
* dyspnée (difficultés à respirer) ou polypnée (augmentation de la fréquence de la respiration)
* toux
* hémoptysie (crachats comportant du sang)
* tachycardie
* température
* syncope (perte de connaissance brutale)
* cyanose (aspect violacé anormal)

La présence des deux derniers signes en particulier peut signifier que l’EP est massive et grave.

Il faut aussi tenir compte comme pour la TVP du contexte, des FR.

Examens complémentaires ici aussi obligatoires, et à but diagnostic :

-Scintigraphie pulmonaire (perfusion, ventilation perfusion)

-Echo cardiaque

-Scanner

-angiographie (opacification des vaisseaux, pour voir s’ils sont bouchés)

Erreur ici aussi par excès et par défaut importantes : le diagnostic clinique n’est confirmé par les examens que dans 33% des cas, et l’embolie pulmonaire non diagnostiquée est la cause de nombreux décès.

**III) Conséquences cliniques**

L’EP est une complication de la TVP, mais elle n’est pas obligatoire.

Il existe des erreurs de diagnostic par excès et par défaut dans les deux maladies :

Donc 1- Si il y a suspicion clinique de TVP ou d’EP,il faut toujours effectuer des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic, cela a une importance thérapeutique.

 2- Il faut penser à rechercher une pathologie thrombo-embolique même si il n’y a pas de signes cliniques évidents, en fonction du contexte et des FR.

**IV) Facteurs de risque liés au patient**

Les MTE sont des maladies multifactorielles

-ATCD persos et familiaux

-âge

-obésité

-prise de médicaments tels que des oestrogènes (pilule)

-grossesse

-maladies comme cancer, insuffisance cardiaque, maladies inflammatoires

- anomalies congénitales ou acquises de la coagulation => le sang est plus visqueux car il y a déséquilibre entre les facteurs coagulants et anticoagulants.(retrouvable dans les ATCD familiaux car transmissible)

Situation aiguë si dans le mois précédent

-chirurgie orthopédique (trouilloud)

-chirurgie urologique

-accident vasculaire cérébral

-infarctus du myocarde

-long voyage (avion)

-inflammation

**V)Traitement**

Anticoagulants +++

D‘abord héparine injectable puis antivitamines-K

Temps variable entre 3 et 6 mois , parfois plus.

Résumé : LES MTE SONT

-FREQUENTES

-ONT UN DIAGNOSTIC CLINIQUE DIFFICILE

-SONT ENCOURAGEES PAR LE CONTEXTE ET LES FR (maladies multifactorielles)