

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTES DE MEDECNE

ANNEE 2017

2017 TOU3 1113

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par

Géraud DUNOYER

Le 22 septembre 2017

**PRISE EN CHARGE DE LA THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE DU
MEMBRE INFERIEUR: DIAGNOSTIC CLINIQUE, PARACLINIQUE ET
PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.**

Enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Directeur de Thèse : Madame Le Professeur Alessandra BURA-RIVIERE

Jury

Président : Madame Le Professeur A. BURA-RIVIERE

Assesseur : Monsieur Le Professeur JP.BOSSAVY

Assesseur : Monsieur Le Docteur M. BISMUTH

Assesseur : Monsieur Le Docteur P.CARRIERE

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Vaïérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Soïène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUJAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

A notre Présidente du jury,

Madame le Professeur Alessandra BURA-RIVIERE

Professeur des universités, Praticien Hospitalier,

Chef du service de médecine Vasculaire du CHU Ranguel,

Vous me faites l'immense honneur de présider ce jury de thèse.

Merci de me donner le privilège d'apprendre la Médecine Vasculaire à vos côtés et au sein de votre équipe.

Merci de m'avoir guidé avec intelligence et bienveillance. Je vous suis infiniment reconnaissant de votre patience et de votre indulgence à mon égard.

Soyez assurée de trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Jean Pierre BOSSAVY

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Chef du service de Chirurgie Vasculaire au CHU Rangueil,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail et d'apporter votre précieux avis d'expert.

J'espère que ce travail vous donnera satisfaction.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Maitre de conférences Associé,

Médecin Généraliste

Nous vous adressons nos remerciements les plus respectueux et nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci pour la formation de qualité que vous offrez aux internes de médecine générale à Toulouse.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le docteur Philippe CARRIERE

Praticien Hospitalier

Médecine Vasculaire au CH de Rodez

Je te suis très reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Apprendre à tes côtés dans la confiance et la bonne humeur est un réel plaisir.

J'ai conscience que pouvoir bénéficier de ton expertise dans le domaine de l'exploration vasculaire est un véritable privilège.

Je te remercie infiniment de ta confiance pour les années à venir, c'est un privilège de poursuivre ma formation à Rodez. J'espère être digne de ton instruction et qu'un jour « les vertébrales » n'aient plus de secret pour moi !

A ma famille,

A mes parents,

Résumer tout l'amour et le soutien que j'ai reçu en quelques mots m'est impossible. Surtout quand on sait la pudeur qui habite les Dunoyer...

Je ne serais pas là, devant vous, aujourd'hui sans le gout de l'effort et de la réussite que vous m'avez transmis. Votre confiance sans faille et vos encouragements sans limites ont eu raison de mes revers.

Merci surtout de nous avoir permis de grandir dans une famille unie, aimante, croyante et apaisante. Vous nous avez comblés d'amour et de biens sans jamais nous exclure du monde extérieur : soyez fier de ce modèle d'éducation.

Maman, Papa, vous êtes cette altérité indissociable et exemplaire qui m'apporte tant d'amour et de réconfort au quotidien. Merci pour vos oreilles attentives et patientes, vos paroles réconfortantes et aimantes, votre pudeur pleine de tendresse et d'affection.

Merci enfin pour vos avertissements à l'enfant que je fus, vos conseils avisés à l'adolescent que j'étais et votre soutien infaillible à l'adulte que je suis devenu.

Et j'allais oublier : merci Mum pour ces innombrables plats cuisinés maisons réchauffant les soirs de semaines à Saint Quentin en Yvelines et Vaucresson. Merci Pa pour ces multiples footing dans le parc de Rambouillet qui venaient troubler le rythme hebdomadaire des trajets N10-A12-A13, instant d'échange réconfortant et de stratégie d'apprentissage de la SHS... Promis après la thèse je répare la mobylette ☺

Je vous dois tout et bien plus encore. Je vous aime infiniment.

A mon grand frère **Augustin**. Merci gus d'avoir déminé le passage pour ceux qui ont suivi. Rassure toi moi aussi j'ai eu le cartable, la culotte anglaise, les chaussettes à pompons et les mocassins vernis pour la rentrée en 6^{ème}. Mais j'ai surtout eu grâce à toi un exemple de fidélité à ses engagements et de raison à ses passions : rugby, scoutisme, piano, vin... Ton épouse Tiphaine et vos enfants Eloi et Jean en sont les plus belles réalisations : merci grand frère de me montrer la voie et d'être toujours là dans les moments importants.

A ma petite sœur **Louise**. Tu es cette fraîcheur teintée de désinvolture et d'audace qui caractérise les derniers de famille. J'aime nos coups de fil « à l'arrache » où le bruit de fond de tes pas sur les boulevards mêlé au tintinement des verres des cafés parisiens vient couvrir le récit de ragot, de répliques des Visiteurs ou de demande d'ordonnance...sans commencement ni aboutissant. Tonalité si différente quand cette naïveté légère laisse place à la gravité d'une demande de conseil qu'une petite sœur fait à son grand frère. Merci de ta confiance ma louise, j'espère en être toujours digne.

A mes grands-parents,

Je saisis cette occasion pour parler au nom de tous vos petits-enfants. Vous êtes pour nous ce modèle de réussite, de générosité sans limite et d'affection débordante que nous avons reçu. Merci pour votre amour et votre exemple, je suis béni de vous avoir toujours à mes cotés. Je vous aime énormément.

A toi Beau-Papa, merci d'être là aujourd'hui pour m'épauler dans cet exercice. Ces études, tu les connais, merci pour tes conseils, l'intérêt que tu y portes et ton soutien permanent. Merci Professeur pour ces cours particuliers, c'est un plaisir d'être votre élève. J'espère que ce travail ne te décevra pas mais surtout qu'il ne te fera pas « repasser l'internat » cette nuit.

A ma **marraine Véronique, mon parrain Hugues, mes oncles, tantes et cousins**, j'ai eu la chance de grandir à vos côtés dans cette simplicité et cette complicité qui caractérisent nos réunions de famille. Merci pour votre affection, votre soutien et votre bienveillance. C'est aussi grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

A la famille **Bohineust**, merci d'avoir accueilli une blouse blanche au pays des képis☺. Merci pour votre confiance, votre affection et votre simplicité à mon égard. Grâce à vous j'ai enfin compris ce qu'est l'esprit du pré ! En attendant de pouvoir deviser de tout cela autour d'un rosé et d'une clope après un tour en « Hobby cat ».

A mes amis

Cam, Clo, Flo, Greg, Ingrid, Jerem et Lolo. Déjà 3 ans qu'on a fermé la porte du 22 allée des Lauriers. Vivre ces années d'externat à 8 coloc, cela n'aurait jamais été possible sans cette amitié de fofou. Merci d'être à mes côtés dans toutes ces étapes importantes, votre fidélité m'étonnera toujours, j'espère en être digne. Cam je souhaite pouvoir me farcir un festin de tagliatelle de courgette à l'eau ; Clo j'attends avec impatience notre prochaine session d'aquabike-stepp-Cuisse-Abdo-Fessier sur graine de chia ; Flo encore deux trois réglages sur ma mob et je vais te pourrir ta guzzi à la course ; greg/chasse la feuille, fais gaff je crois qu'une coquille se balade dans ta narine gauche ; Ingrid pour tous ces petits moments tourista-india, la pehun s'était il y a 10 ans... ; Jerem je ne désespère pas de me mettre un jour debout sur une planche à tes cotés mais on va se faire encore quelques virées à Hossegor pour me perfectionner ; Lolo merci pour ta complicité, ton bordel qui m'a fait énormément de bien pendant cet externat, Arequipa Arequipa Arequiiiiipa, a Noël on vient faire le marché à Nancy. A Romy

Les rambouillois : **doud, guigui, myz, cress, clo, morgui, pierre, george, baptou, severine** !! Les kilomètres et les années passées n'ont pas entamé notre amitié. Impasse rue Beziel, sainte-thé, GDR, « gros ??!! ouais ???! la dernière bouchée ». J'espère que les meilleurs moments ne sont pas derrière nous.

Les Toulousains : **Alcey, Caro, Quentin, Laurine, Claire, Mayeul, Clothilde**. Merci pour ces apéro du dimanche soir quand on ne veut pas que le weekend s'arrête, ces virées dans le Gers, ces déménagements à pas d'heure, ces footing le long du canal, il va y avoir beaucoup de changement dans les années à venir mais je ne veux pas que ce soit l'occasion de moins se voir, au contraire !

Jeannot, Séverine, Steven, Cédric, Ben et toute la famille SUF de Rambouillet. Votre fidélité et votre amitié m'ont construit. Merci pour vos exemples. Une fois tout cela terminé, je remonte vous voir pour rattraper le retard.

A la « team Vasco » : **Morgane, Max, brave Slimane, le Lub, Sarah, Arthur, Ania, Charlotte...** Merci pour votre confiance et vos conseils, je ne serais pas là sans vos recommandations, votre patience et votre soutien indéfectible, merci pour les années à venir.

A toute **l'équipe de médecine vasculaire de Ranguel et de Rodez**, médecins, infirmiers et aides-soignants, HDJ : merci pour votre patience dans mon apprentissage, votre enseignement et votre indulgence devant mes erreurs.

A **Nadine, Thérèse, Estelle et Valérie**, merci pour vos encouragements et votre soutien quand je ne voyais pas le bout de ce travail.

A ceux que j'ai oubliés...

A toi mon **Oriane**. Tu sais la difficulté que j'ai à écrire ces lignes alors je serais bref. Tu es la plus belle chose qui m'a été donnée. Tu es cet alliage de tendresse, de caractère, de simplicité, de beauté et de joie qui me ravit chaque jour un peu plus. Je n'ai d'autre désir que grandir à tes côtés dans ton amour. Merci de supporter mes défauts extrapolés par cette année de travail : une thèse n'est rien comparée à ce que tu portes. Merci pour ta fidélité et ton soutien sans faille : tu es cette épaule qui me porte et m'apaise. Tu as fait de notre amour une évidence. Je t'aime.

A toi qui dans quelques semaines va venir bouleverser notre existence... Dépêche-toi un peu, papa et maman veulent voir ta trogne !!!

Tables des matières

Liste des abréviations	3
Introduction	4
Chapitre 1 : Thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs : connaissances et recommandations.	
1. Données scientifiques actuelles	5
2. Epidémiologie.....	6
3. Prise en charge de la TVS	6
3.1. Diagnostic et examens complémentaires	6
3.2. Prise en charge thérapeutique.....	7
3.2.1.Choix de la molécule et indication du traitement.....	7
3.2.1.1.Cas des TVS à distance du réseau profond.....	7
3.2.1.2.Cas des TVS avec atteinte du réseau profond.....	8
3.2.2.Durée du traitement.....	8
3.2.3.Recommandations.....	9
3.2.4.La contention veineuse.....	10
3.2.5.Place de la chirurgie.....	10
3.2.6.Place des anti-inflammatoires.....	10
3.3. Suivi et surveillance.....	11
3.3.1.L'échographie de contrôle.....	11
3.3.2.Les facteurs biologiques de risque de thrombose ou bilan de thrombophilie.....	11
Chapitre 2 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs. Enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.	
Matériel et méthode.....	12
1. Objectif de l'étude.....	12
2. Description de l'étude.....	12
2.1. Type d'étude.....	12
2.2. Population de l'étude.....	12
2.2.1.Type de population.....	12
2.2.2.Modalité de sélection de la population.....	12
3. Recueil des données.....	13
4. Analyse statistique	14
Résultats de l'enquête	15
1. Taux de réponse.....	15
2. caractéristiques de la population.....	15
2.1. Sexe.....	15
2.2. Age.....	15
2.3. Données concernant l'installation et l'activité.....	15

3. Prise en charge diagnostique de la TVS.....	17
4. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de 6cm de longueur sur veine variqueuse.....	17
4.1. Prescription d'un traitement anticoagulant.....	17
4.2. Durée de la prescription du traitement anticoagulant.....	19
5. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de 6cm de longueur sur veine saine.....	20
6. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de 2cm de longueur.....	22
7. La prise en charge thérapeutique d'une TVS avec atteinte du réseau profond.....	22
8. Prescription d'une contention veineuse.....	23
9. Prescription d'un traitement anti-inflammatoire par voie orale.....	23
10. Demande d'un avis chirurgical	23
11. Contrôle échographique en fin de traitement.....	24
12. Recherche d'un Facteur biologique de risque de thrombose (bilan de thrombophilie)...	24
Discussion.....	25
1. Méthodologie.....	25
1.1. Etude et échantillonnage.....	25
1.2. Justification de ce choix.....	25
2. Population de l'étude	26
2.1. Représentativité de la population étudiée.....	26
2.1.1. Concernant le genre.....	26
2.1.2. Concernant la moyenne de l'âge.....	27
2.1.3. Concernant la répartition des tranches d'âge.....	27
2.1.4. Concernant le mode d'activité.....	27
3. Démarche diagnostique : l'écho-doppler veineux des membres inférieurs.....	28
4. Démarche curative	29
4.1. Le traitement anticoagulant.....	29
4.1.1. Le traitement anticoagulant de la TVS de 6cm de longueur sur veine variqueuse..	29
4.1.2. Le traitement anticoagulant de la TVS de 6cm de longueur sur veine saine.....	30
4.1.3. Le traitement d'une TVS de 2cm de longueur.....	30
4.1.4. Le traitement d'une TVS avec atteinte du réseau profond.....	31
4.2. La contention veineuse.....	32
4.3. Place de la chirurgie.....	32
4.4. Place des anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).....	33
5. échographie de contrôle	33
6. Facteur biologique de risque (FBR) de thrombose.....	33
Conclusion.....	34
Références bibliographiques.....	35
Tables des illustrations.....	38
Annexes.....	39

Liste des abréviations

TVS : thrombose veineuse superficielle

TVP : thrombose veineuse profonde

EP : embolie pulmonaire

MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute autorité de santé

SFMV : Société Française de Médecine Vasculaire

AOD : AntiCoagulant Oraux Direct

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ACCP : American College of Chest physicians

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

AVK : Anti-Vitamine K

GVS : grande veine saphène

FBR : Facteur Biologique de Risque

Introduction

La thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs est une pathologie qui a longtemps été considérée comme bénigne et ne nécessitait qu'un traitement symptomatique.

L'absence de donnée épidémiologique probante, de consensus, ou de recommandation thérapeutique de haut niveau de preuve a permis le développement d'une prise en charge plurielle et hétérogène.

Plusieurs études et recommandations, que nous détaillerons par la suite, conduisent à changer cette vision réductrice de la TVS, tant sur le plan de sa sévérité que de sa prise en charge diagnostique et thérapeutique.

L'ensemble de ces études et recommandations a représenté une avancée majeure dans la compréhension de la TVS et de sa prise en charge thérapeutique mais a aussi permis de prendre conscience du manque d'unicité dans la prise en charge médicale.

A la lumière de ces données, nous nous sommes donc demandé si les pratiques de nos confrères généralistes de Midi-Pyrénées face à la TVS ont évolué et dans quels sens ?

Afin d'y répondre, nous avons mis en place une étude ayant pour objectif de décrire en médecine générale en Midi-Pyrénées, les pratiques de prise en charge d'une TVS des membres inférieurs.

Chapitre 1 : Thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs : connaissances et recommandations.

1. Données scientifiques actuelles

Les données disponibles reposent principalement sur trois études.

La première étude, dénommée OPTIMEV (optimisation de l'interrogatoire pour l'évaluation du risque de maladie thrombo-embolique) est une étude épidémiologique de cohorte portant sur 8256 patients adressés à un médecin vasculaire pour suspicion clinique de MTE réalisée entre 2004 et 2006. L'objectif est d'évaluer les facteurs de risque actuels accessibles à l'interrogatoire et le pronostic à long terme des différentes formes anatomo-cliniques de maladie thrombo-embolique symptomatique dont la thrombose veineuse superficielle.(1,2)

La seconde étude, dénommée POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis), est une étude observationnelle épidémiologique prospective de la TVS : elle a été réalisée en 2010 chez 844 patients consultants des médecins vasculaires libéraux et hospitaliers français pour une TVS.(3)

La troisième étude, dénommée CALISTO (Comparison of Arixtra in lower limb Superficial vein Thrombosis with placebo), est une étude multicentrique, européenne, randomisée, contrôlée en double-insu contre placebo, réalisée entre 2007 et 2009.

Elle a concerné 3 002 hommes ou femmes de 18 ans ou plus, présentant une TVS isolée symptomatique aiguë des membres inférieurs, d'au moins 5 cm de long et 3 mm de diamètre à l'échographie.

Le fondaparinux administré à la posologie de 2,5 mg par jour par voie sous-cutanée pendant 45 jours, de J1 (jour de randomisation) à J45, a été comparé à un traitement placebo.

Le critère d'efficacité principal était un critère composite d'événements symptomatiques à J45, associant décès toute cause, EP, TVP, et extension à la crosse saphéno-fémorale ou récurrence de la TVS.

L'incidence du critère de jugement principal (EP, TVP, progression ou récurrence symptomatique de la TVS) était significativement plus faible dans le groupe fondaparinux versus placebo (0,9% vs 5,9%) sans augmentation significative des saignements. (4)

2. Epidémiologie

Peu de données épidémiologiques de bonne qualité concernant la TVS sont disponibles en dehors des notions suivantes.

La prévalence d'un épisode de TVS des membres inférieurs chez les patients consultant leur médecin de premier recours est estimée à 10,8% chez les femmes et à 4,9% chez les hommes (5,6). Celle-ci est plus élevée que la prévalence d'un épisode de TVP/EP, estimée à 4% chez les femmes et 3% chez les hommes(7).

Son âge moyen de présentation est 60 ans, et elle concerne le plus souvent les femmes(8).

La TVS est étroitement intriquée à la TVP et à l'EP. En effet, elle peut n'être que la partie visible d'une pathologie thrombotique impliquant également le réseau veineux profond, sous forme de TVP ou d'EP.

L'étude POST a montré que 25% des patients ont une TVP ou une EP associée. La moitié de ces patients a une TVP contiguë à la TVS. L'étude OPTIMEV a retrouvé une TVP ou une EP chez 29 % des patients.

Ces données montrent donc que 25 à 29 % des TVS sont associées à une TVP ou une EP.

Même si elle est « isolée » au moment du diagnostic, c'est-à-dire sans TVP ni EP concomitante, la TVS peut se compliquer secondairement par la survenue à plus ou moins long terme de TVP ou d'EP. Dans le groupe placebo de l'étude CALISTO, le risque d'événements thromboemboliques symptomatiques 77 jours après le diagnostic de TVS isolée est de 6,3 % (IC 95 % :5,1 à 7,6)(9)

Au-delà de ces données chiffrées, ce qui est important, c'est d'exclure l'idée que la TVS est une maladie bénigne, rare et indépendante de la TVP ou de l'EP. Les TVS des membres inférieurs ne doivent donc plus être considérées comme de simples complications évolutives, bénignes, de la maladie variqueuse, même lorsqu'elles sont limitées au niveau jambier.

3. Prise en charge de la TVS

3.1. Diagnostic et examens complémentaires

Un examen clinique, seul, ne peut pas apprécier l'extension d'une thrombose veineuse superficielle et donc le lien étroit entre la TVS et la TVP.

Un écho Doppler complet superficiel et profond, bilatéral est donc indispensable chez un patient présentant une thrombose veineuse superficielle. Il s'agit d'une règle absolue,

incontournable. L'écho Doppler des membres inférieurs s'est imposé par sa fiabilité et son caractère non invasif comme l'examen de première intention devant toute suspicion de thrombose veineuse (10–14).

Cet examen complémentaire permet ainsi de confirmer le diagnostic par la visualisation directe du thrombus, de juger de l'extension de la TVS (souvent beaucoup plus importante que ne le laisse supposer le simple examen clinique), et de détecter une TVP associée, qui justifie l'institution d'un traitement anticoagulant à doses curatives.

La société française de phlébologie recommande un examen écho-doppler en urgence devant une suspicion clinique de TVS (15).

De même selon la société française d'angiologie, l'échographie Doppler est devenue le gold standard des examens à visée diagnostique de la thrombose veineuse superficielle.(16)

Enfin, l'HAS rappelle que le traitement ne doit être initié qu'après confirmation échographique.(17,18)

3.2. Prise en charge thérapeutique

3.2.1. Choix de la molécule et indication du traitement

3.2.1.1. Cas des TVS à distance du réseau profond

En 2009 l'AFSSAPS informe que les anticoagulants à dose curative de la MTEV ne sont pas recommandés en première intention pour le traitement des TVS (Grade C). L'Agence ajoute que les HBPM à dose prophylactique de la MTEV sont suggérées dans le traitement des TVS pour prévenir le risque de complications thrombo-emboliques (Grade C). Par extrapolation, le fondaparinux à dose prophylactique de la MTEV est suggéré dans le traitement des TVS pour prévenir le risque de complications thrombo-emboliques (Accord professionnel).

En 2010, L'étude CALISTO (4,9), comparant en double aveugle le Fondaparinux (2,5 mg/j/45 j) à un placebo dans la TVS isolée chez 3000 patients, a montré une réduction de 79 % du risque de complication thromboembolique symptomatique sans augmentation du risque hémorragique. Il y a eu en outre dans le groupe placebo 7,3 % d'extensions symptomatiques de la TVS, contre 1,1 % dans le groupe Fondaparinux

Selon l'avis de la commission de transparence de l'HAS de mai 2013(10) réévalué en 2015, lorsqu'un anticoagulant est envisagé pour traiter une TVS, le médicament le mieux évalué est le fondaparinux sodique 2,5 mg/j par voie SC(10).

L'HAS précise cette indication : « 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. 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 »

A noter cependant que le service médical rendu reste modéré.(18)

Par ailleurs, selon l'ACCP : « une TVS dont la longueur est courte ne nécessite probablement pas de traitement anticoagulant (absence d'évidence) »(19,20)

Le traitement de la TVS dépend donc de la taille du thrombus et de sa localisation.

Le fondaparinux administré à la posologie de 2,5 mg est le premier traitement enregistré pour les patients ayant une TVS spontanée aiguë symptomatique de plus de 5cm de longueur sans TVP associée. Il permet d'éviter la survenue de complications thromboemboliques majeures sans augmentation du risque hémorragique(14)

La TVS de moins de 5 cm de longueur à plus de 3 cm du réseau profond n'est pas à traiter par anti-thrombotique.

3.2.1.2. Cas des TVS avec atteinte du réseau profond

Deux mécanismes sont principalement décrits pour cette association : premièrement, le thrombus superficiel, situé à moins de 3cm de la crosse, progresse vers le réseau veineux profond le plus fréquemment par la jonction saphéno-fémorale, la grande veine saphène étant le site le plus touché, dans 65 à 86% des cas, et plus rarement, par la jonction saphéno-poplitée et les veines perforantes(21)

Deuxièmement, une TVP non contiguë survient à distance de la TVS, voire en controlatéral, surtout dans des états d'hypercoagulabilité divers (thrombophilie, néoplasie...).

Dans les deux cas, le traitement de la TVS avec atteinte du réseau profond ou à moins de 3cm de la crosse est donc celui d'une TVP et correspond à une anticoagulation à dose curative pour au moins 3 mois.

3.2.2. Durée du traitement

Concernant la durée optimale du traitement anticoagulant l'étude STENOX (424 patients) a démontré qu'une durée de 10 jours était insuffisante (22), ce qu'a confirmé l'étude STEFLUX

(635 patients)(23,24). L'étude VESALIO (185 patients) a suggéré qu'un traitement anticoagulant d'un mois était insuffisant(25).

A contrario, En 2009 l'AFSSAPS recommande que si un traitement anticoagulant est instauré, il est suggéré de traiter 7 à 30 jours (Accord professionnel).

Dans ce contexte l'étude CALISTO a étudié une durée de traitement de 45j afin de corriger l'insuffisance des 30j mise en évidence précédemment et mesuré la tolérance et l'efficacité du produit jusqu'à 77j après le début du traitement. (4,9)

Ainsi le maintien du bénéfice du fondaparinux après l'arrêt du traitement jusqu'à J77 indique que 45 jours de traitement est une durée appropriée. Il faut noter qu'avec les HBPM, des durées de traitement de 30 jours ou moins, que ce soit à une posologie prophylactique ou curative, étaient trop courtes, des événements thromboemboliques survenant après l'arrêt du traitement anticoagulant (23)

La durée de 45j apparait donc à ce jour comme la recommandation thérapeutique pour le traitement des TVS de plus de 5cm et à plus de 3cm du réseau profond

Concernant les TVS étendues au réseau profond ou à moins de 3cm de la crosse, le traitement sera d'au moins 3 mois.

3.2.3. Recommandations

Ces recommandations s'appliquent à la TVS des membres inférieurs, de plus de 5cm sans atteinte du réseau profond.

L'HAS considère le FONDAPARINUX (ARIXTRA® 2,5mg une injection par jour) comme le médicament de première intention dans le traitement des TVS spontanées aiguës isolées des membres inférieurs.(17) 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. (18)

La Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) recommande l'utilisation d'ARIXTRA 2,5 mg pendant 30 à 45 jours (AMM) pour le traitement des TVS spontanées aiguës isolées des membres inférieurs

Selon les recommandations nord-américaines publiées en 2012 (19), ARIXTRA 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). ARIXTRA 2,5 mg est préféré aux HBPM (Grade 2C).

Selon la revue Cochrane(26), 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.

3.2.4. La contention veineuse

L'AFSSAPS, en 2009, délivre l'accord professionnel suivant : « La compression veineuse, de préférence par compression élastique ou inélastique (selon la clinique et les préférences du praticien) est recommandée à la phase aiguë d'une thrombose veineuse superficielle d'un membre. »

La Conférence internationale de Consensus sur la Compression à Paris en 2012(27) considère que la compression et la déambulation sont efficaces mais sans preuves scientifiques et qu'il n'y a pas de données sur la prévention des récurrences. Cette conférence ajoute que la compression doit être associée aux anticoagulants.

Concernant le type de compression, les bandages à allongement court sont recommandés. Les bandes élastiques et chaussettes sont également efficaces.

3.2.5. Place de la chirurgie

Le traitement anticoagulant des TVS est fortement recommandé par rapport à la chirurgie (Grade 1B) selon l'ACCP 2008.(19)

L'Afssaps écrit en 2009 que la chirurgie n'est pas recommandée (Grade C).(13)

Cependant la chirurgie conserve une place conséquente à la phase aiguë puisqu'une thrombectomie à l'aiguille ou à la lame bistouri réduit les phénomènes inflammatoires, permet d'obtenir l'antalgie et améliore l'aspect esthétique.(28)

3.2.6. Place des anti-inflammatoires

Les recommandations encouragent la prescription d'AINS uniquement en local à visée antalgique. En effet, il est conseillé d'éviter l'association entre anti-inflammatoires non stéroïdiens per os et anticoagulation (2B)(19)

De même, les AINS administrés par voie générale ne sont pas recommandés en première intention (et n'ont qu'un effet antalgique par voie locale) pour prévenir les complications thrombo-emboliques des TVS (Grade C) (18)

3.3. Suivi et surveillance

3.3.1. L'échographie de contrôle

L'AFSSAPS fait la proposition suivante (13) :

« Il est recommandé de ne pas réaliser un écho-doppler en fin de traitement pour décider de sa prolongation au-delà de 3 mois (Grade B). Si un écho-doppler veineux a été réalisé en fin de traitement afin d'obtenir une imagerie de référence pour une analyse comparative de l'imagerie en cas de suspicion de récurrence, il est recommandé de ne pas tenir compte du résultat pour décider de la durée optimale de traitement »

La place de l'écho-doppler en fin de traitement permet non pas de discuter le maintien du traitement mais bien de réaliser une « photographie » du réseau veineux, et de préciser l'état des troncs veineux profonds en recherchant un syndrome post-thrombotique ou une insuffisance veineuse.

3.3.2. Les facteurs biologiques de risque de thrombose ou bilan de thrombophilie

Compte tenu de l'absence de données probantes, la recherche d'un FBR n'est pas recommandée chez les patients présentant une TVS (grade C)(29)

En effet il est très difficile de donner des valeurs de prévalence pour les FBR dans les TVS. Les études sont pour la plupart rétrospectives, portent sur de petits effectifs, et comprennent des explorations biologiques très variables dans leur ampleur et leur interprétation. De plus, les patients sont inclus soit après un premier épisode de TVS, soit après des TVS récidivantes. Certaines séries excluent les patients avec TVS de veines variqueuses ou chez les cancéreux. Il est probable que la nature des TVS (veines saines ou variqueuses, tronc saphène ou petite branche) influence la probabilité de trouver un FBR. Aucune donnée n'est disponible à ce jour permettant d'adapter une éventuelle thérapeutique spécifique des TVS à la connaissance de FBR.

Chapitre 2 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs. Enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Matériel et méthode

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs par un échantillon représentatif des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées en 2017 et d'analyser ces pratiques à la lumière des dernières recommandations des sociétés savantes.

2. Description de l'étude

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive (enquête déclarative) dont le recueil des données a été effectué par l'intermédiaire d'un cas clinique transmis par mail avec questionnaire à choix multiples intégrés et retour des réponses par mail de manière automatique et anonyme.

2.2. Population de l'étude

2.2.1. Type de population

La population de l'étude correspond à un échantillon de cent médecins exerçant une activité libérale dans la région Midi-Pyrénées dont les coordonnées apparaissent sur l'annuaire santé du site internet de l'assurance maladie « ameli.fr ». Tous les médecins généralistes ayant une activité libérale en cabinet figurent dans l'annuaire santé(30).

2.2.2. Modalité de sélection de la population

Nous avons tiré au sort cent médecins généralistes dans l'annuaire santé de l'assurance maladie répartis sur les 8 départements des Midi-Pyrénées selon la démographie médicale actuelle de la région :

- Deux femmes et deux hommes médecins généralistes en Ariège qui concentre environ 4 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Trois femmes et quatre hommes en Aveyron, qui concentre environ 7 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Vingt-huit femmes et vingt-six hommes en Haute-Garonne qui concentre environ 54 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Trois femmes et 4 hommes dans le Tarn et Garonne qui concentre environ 7 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Deux femmes et deux hommes dans le Gers qui concentre environ 4 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Deux femmes et trois hommes dans le Lot qui concentre environ 5 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Trois femmes et cinq hommes dans les Hautes-Pyrénées qui concentrent environ 8 % des généralistes de Midi-Pyrénées
- Cinq femmes et six hommes dans le Tarn qui concentre environ 11 % des généralistes de Midi-Pyrénées

L'échantillon est composé de 48 femmes pour 52 hommes afin de se rapprocher le plus possible de la population cible.

Nous avons ensuite contacté chacun de ces cents praticiens par téléphone afin de leur présenter le sujet de notre étude, de recueillir leur accord pour participer à cette recherche et d'obtenir leur adresse mail.

Cette étape de sélection a débuté le 2 mars 2017 pour s'achever le 14 avril 2017.

3. Recueil des données

Le recueil des informations a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire GOOGLEFORM® (cf. annexe 3) élaboré autour d'un cas clinique exploitant 5 axes

Un axe pour caractériser notre population de médecins selon ses données sociodémographiques.

Un deuxième axe afin d'observer la prise en charge diagnostique initiée par nos confrères face à une suspicion de TVS.

Un troisième pour explorer la prise en charge thérapeutique d'une TVS en fonction de ses différentes présentations : TVS de moins de 5cm de longueur, TVS de plus de 5cm de longueur, TVS avec atteinte du réseau profond ou encore TVS sur veines saines ou variqueuses.

Un quatrième chapitre pour étudier comment nos confrères organisent le suivi d'une TVS

Enfin un cinquième axe pour observer si notre population de médecin organise un bilan étiologique devant une TVS

Ce questionnaire a été relu par deux médecins généralistes et par Madame le Professeur BURA-RIVIERE, Chef de service de médecine vasculaire au CHU Rangueil, afin de repérer les défauts de construction ou de formulation, de cibler les points d'études et d'évaluer la pertinence des questions.

L'envoi a été effectué par mail groupé le 17 avril 2017 aux 83 médecins ayant acceptés de participer à l'étude (cf. annexe 1). Ce mail contenait un court texte de présentation du travail de thèse ainsi qu'un lien permettant de répondre au questionnaire en ligne.

Une première relance par mail a été effectuée le 26 avril 2017 à la même population (cf. annexe 2).

Les relances suivantes se sont faites par téléphone, au cas par cas entre le 2 mai 2017 et le 24 mai 2017.

Le recueil des données s'est donc fait entre le 17 avril et le 24 mai 2017.

4. Analyse statistique

La saisie des données, les calculs statistiques ainsi que les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les variables qualitatives ont été converties en effectif et décrites par des pourcentages de la population étudiée.

Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes et des valeurs extrêmes.

Une analyse statistique a été réalisé avec Chi2 et avec le test de Fisher pour comparer les variables qualitatives des deux groupes et le test de Mann-Whitney pour comparer les variables quantitatives.

Résultats de l'enquête

1. Taux de réponse

Sur les 100 praticiens contactés, quatre-vingt-trois ont accepté de participer à l'étude et dix-sept ont catégoriquement refusé. L'absence de réponse n'était pas considérée comme un refus et impliquait automatiquement un second appel jusqu'à obtention d'une réponse.

Parmi les 17 % de refus (n = 17), les motifs étaient les suivants :

- absence de temps ou de disponibilité = 60 % des refus (n=10)
- pas de connaissance sur le sujet de la thrombose veineuse superficielle = 17 % des refus (n=3)
- pratique médicale orientée (homéopathe, nutritionniste, médecine du sport...) = 17 % des refus (n=3)
- refus sans explication (« je ne participe jamais aux études) = 6% des refus (n=1)

Sur les 83 médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude, 64 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse totale et globale de 64 %.

2. caractéristiques de la population

Les caractéristiques des médecins ayant répondu sont résumées dans le tableau 1.

2.1. Sexe

L'échantillon est paritaire avec 32 femmes pour 32 hommes.

2.2. Age

L'âge moyen de la population de l'échantillon est de 48,8 ans avec une médiane à 53 ans. La tranche d'âge la plus représentée dans l'échantillon est « 40-60 ans » (n = 26, 40,6%)

2.3. Données concernant l'installation et l'activité

La plupart des médecins interrogés exerce en milieu semi-rural (n = 25, 39,1%), en cabinet de groupe (n = 37, 57,1%) et ne participe pas aux formations continues (n = 36, 56,3%).

Genre	Femme	32 (50%)
	Homme	32 (50%)
Age	Moins de 40 ans	21 (33%)
	De 40 à 60 ans	26 (41%)
	Plus de 60 ans	17 (26%)
Type de patientèle	Rurale	21 (33%)
	Semi-rurale	25 (39%)
	Citadine	18 (28%)
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	37 (57%)
	Cabinet individuel	27 (43%)
Formation médicale continue	Oui	28 (44%)
	non	36 (56%)

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

3. Prise en charge diagnostique de la TVS

Devant la suspicion clinique de TVS du membre inferieur, une grande majorité des médecins interrogés, soit 84 % (n=54) réalise un écho-doppler veineux des membres inférieurs.

4. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de **6cm de longueur** sur veine variqueuse.

4.1. Prescription d'un traitement anticoagulant

Quatre-vingt-trois pourcent (n=53) des médecins prescrivent un traitement anticoagulant dans le cas d'une Thrombose veineuse superficielle de plus de 5cm de longueur à distance du réseau profond.

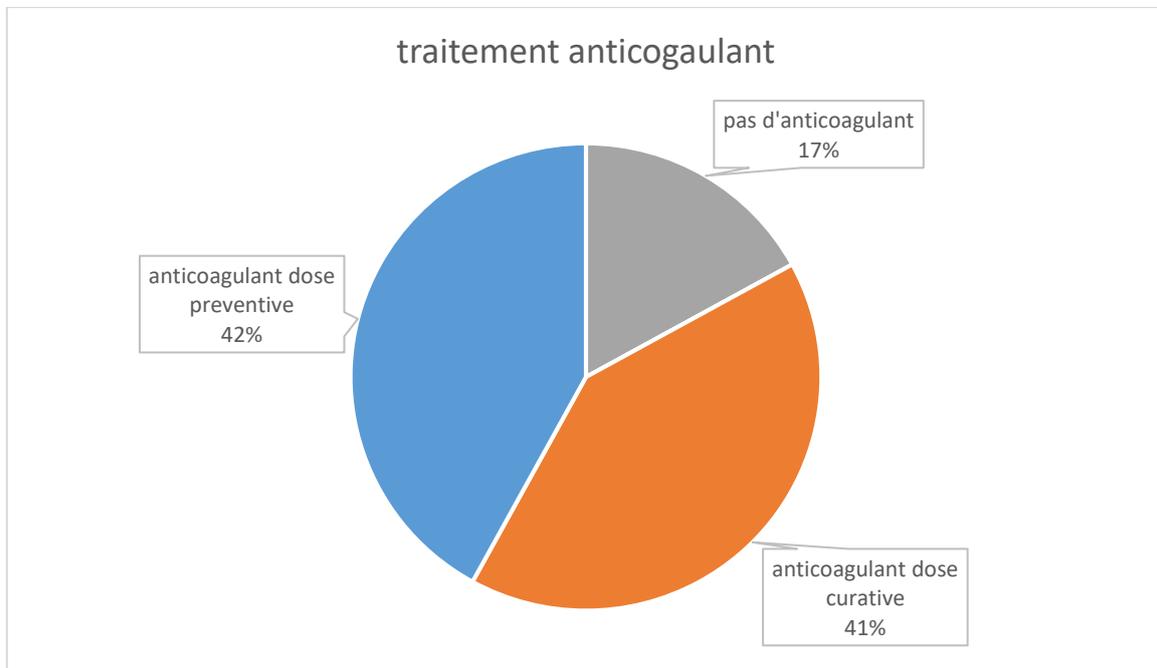


Figure 1: prescription du traitement anticoagulant pour une TVS de plus de 5cm de longueur

Quarante-deux pourcent (n= 27) des médecins prescrivent un traitement à dose préventive. Cette prescription varie en fonction du type de molécule choisie par le praticien.

Parmi ces prescriptions, le FONDAPARINUX (ARIXTRA® 2,5mg une injection par jour) est utilisé dans 52% des cas (n=14), l'Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive est prescrite dans 37% des cas (n=10), enfin l'un de ces deux produits sans exclusivité est utilisé dans 11% des cas (n=3).

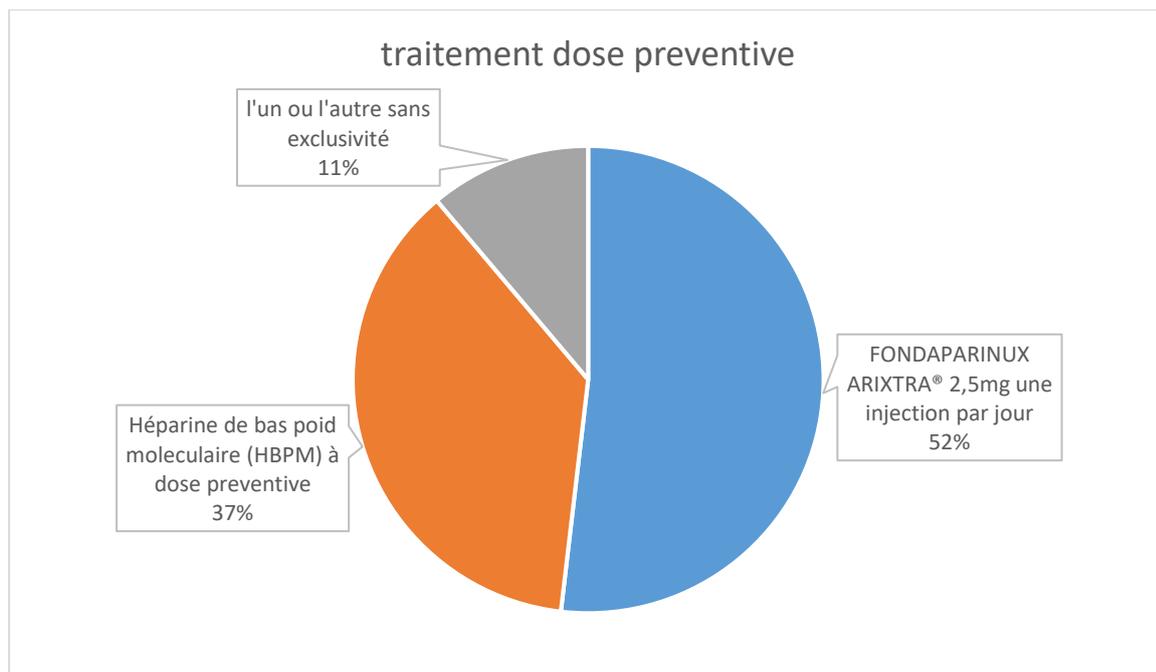


Figure 2: détail type de molécule traitement anticoagulant dose préventive

Quarante-et-un pourcent (n=26) des médecins prescrivent un traitement à dose curative. Là encore cette prescription varie en fonction du type de molécule choisie par le praticien.

Parmi ces traitements, le FONDAPARINUX (ARIXTRA® 7,5mg une injection par jour) est prescrit dans 19% des cas (n=5), l'HBPM à dose curative est utilisée dans 58% des cas (n=15), l'un ou l'autre de ces produits sans exclusivité est prescrit dans 15% des cas (n=4) et les anticoagulants oraux (AOD ou AVK) sont prescrits dans 8% des cas (n=2).

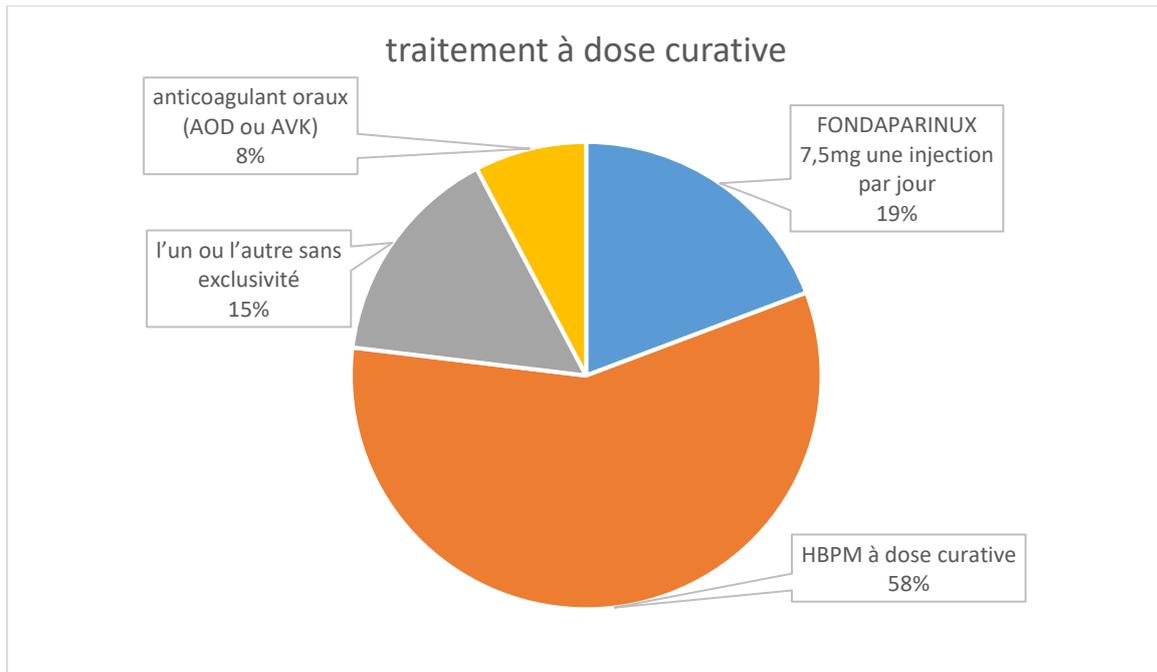


Figure 3: détail type de molécule traitement anticoagulant dose curative

Aucun des médecins de l'étude n'a choisi le traitement par anti-agrégant plaquettaire.

4.2. Durée de la prescription du traitement anticoagulant

Les médecins de notre étude, qui ont instauré un traitement anticoagulant (n= 53), l'ont prescrit pour une durée variant de 7 jours à 3 mois en fonction de la molécule choisie et du dosage.

Soixante-quatre pourcent des médecins ayant utilisé du FONDAPARINUX à dose préventive (n = 9) le prescrivent pour une durée de 1 mois à 45 j. A contrario, 70% des médecins ayant utilisé de l'HBPM à dose préventive (n=7) le prescrivent pour une durée de moins d'un mois.

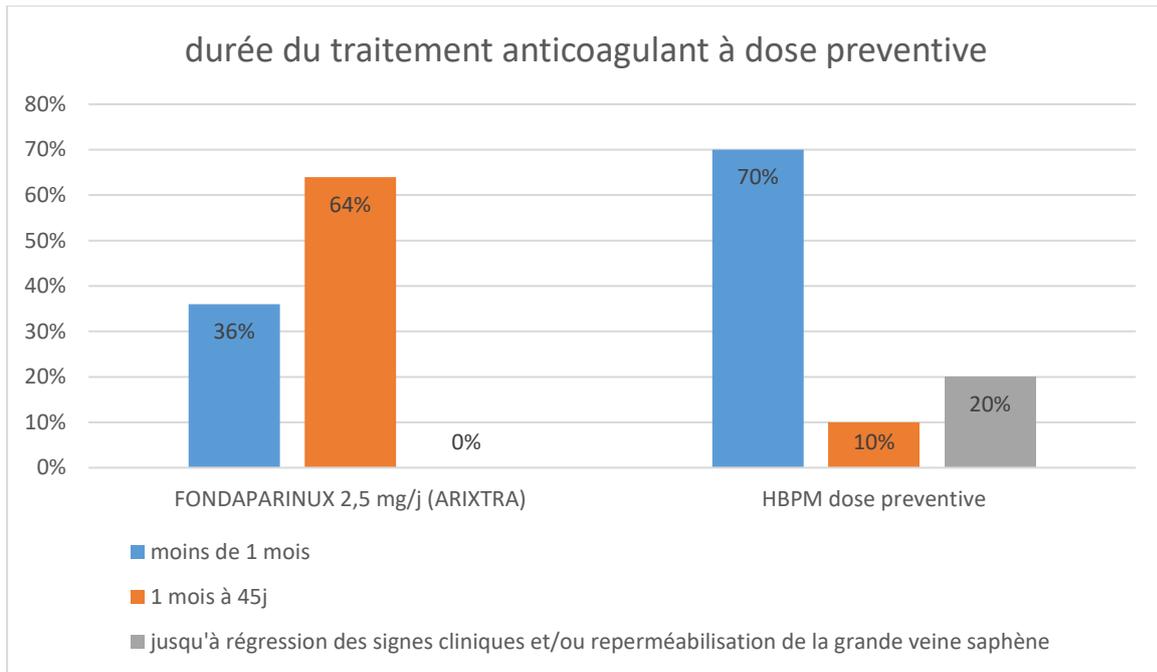


Figure 4 : durée de prescription du traitement préventif en fonction de la molécule

Soixante pourcent des médecins ayant utilisé du FONDAPARINUX à dose curative (n = 3) le prescrivent pour une durée de 3 mois. On ne distingue pas de tendance majoritaire dans la durée de prescription des HBPM à dose curative.

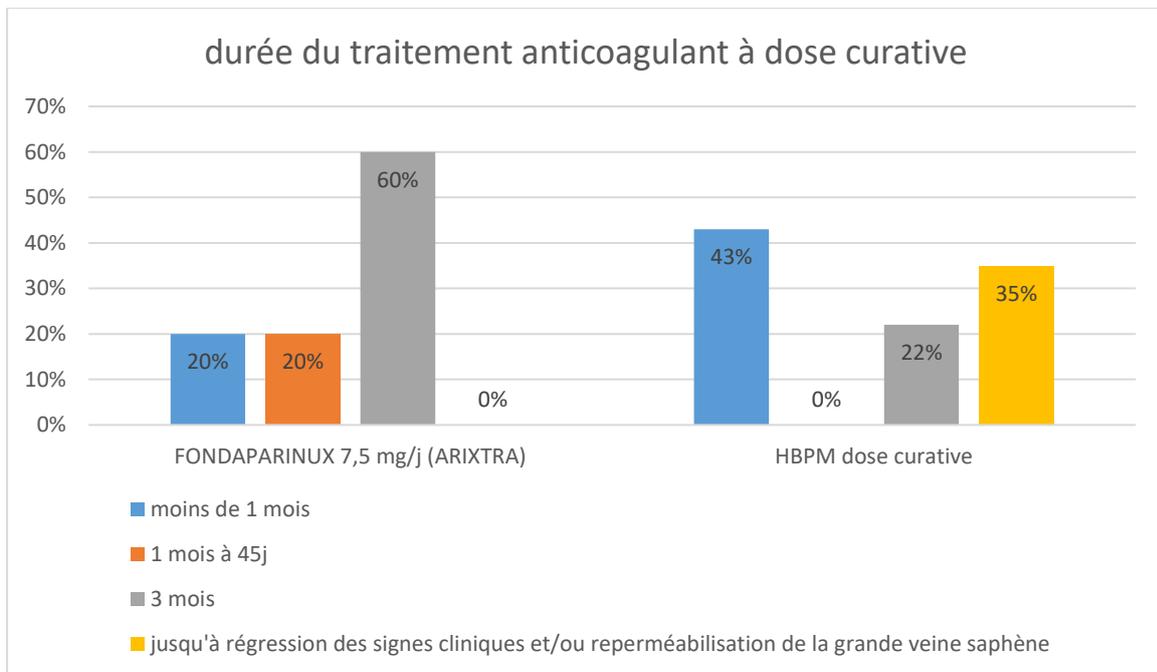


Figure 5: durée de prescription du traitement curatif en fonction de la molécule

Nous observons donc une hétérogénéité de prise en charge thérapeutique que ce soit sur la molécule choisie, la posologie prescrite ou encore la durée de traitement.

5. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de 6cm de longueur sur **veine saine**

Quatre-vingt-dix pourcent (n=58) des médecins de l'étude ne modifient pas leur attitude thérapeutique si la TVS se développe sur veine saine ce qui correspond à la prise en charge suivante ;

Parmi les médecins qui modifient leur attitude thérapeutique : trois praticiens (5%) passent d'un traitement préventif à un traitement curatif (deux par HBPM curatif et un par Fondaparinux 7,5mg), deux confrères (3%) maintiennent le traitement curatif mais allongent la durée du traitement et un médecin (2%) maintient le traitement préventif mais allongent la durée du traitement.

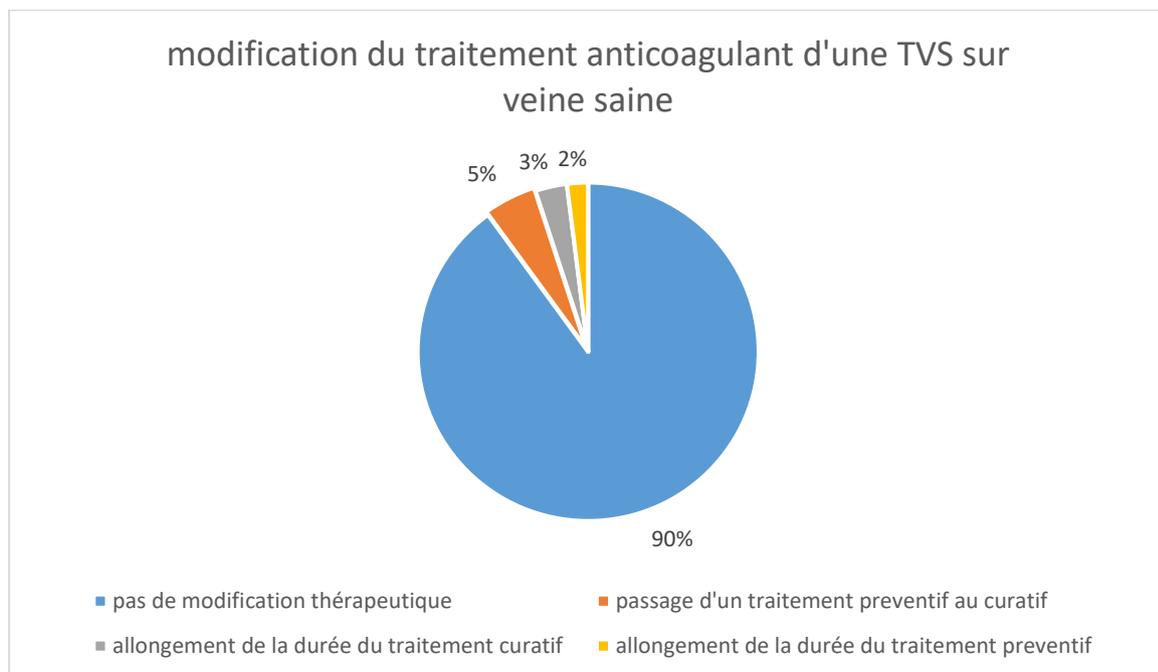


Figure 6: adaptation de la démarche thérapeutique d'une TVS sur veine saine

Là encore la variété de prise en charge est bien présente, avec notamment une augmentation de l'utilisation d'un traitement à dose curative et une augmentation de la durée du traitement.

6. Prise en charge thérapeutique d'une TVS de **2cm de longueur**,

Dans le cas de cette TVS mesurant moins de 2cm, 76% (n=47) des praticiens ne modifient pas leur attitude thérapeutique, 8% (n=6) diminuent la durée du traitement anticoagulant et 16% (n= 11) ne prescrivent aucun traitement anti-thrombotique.

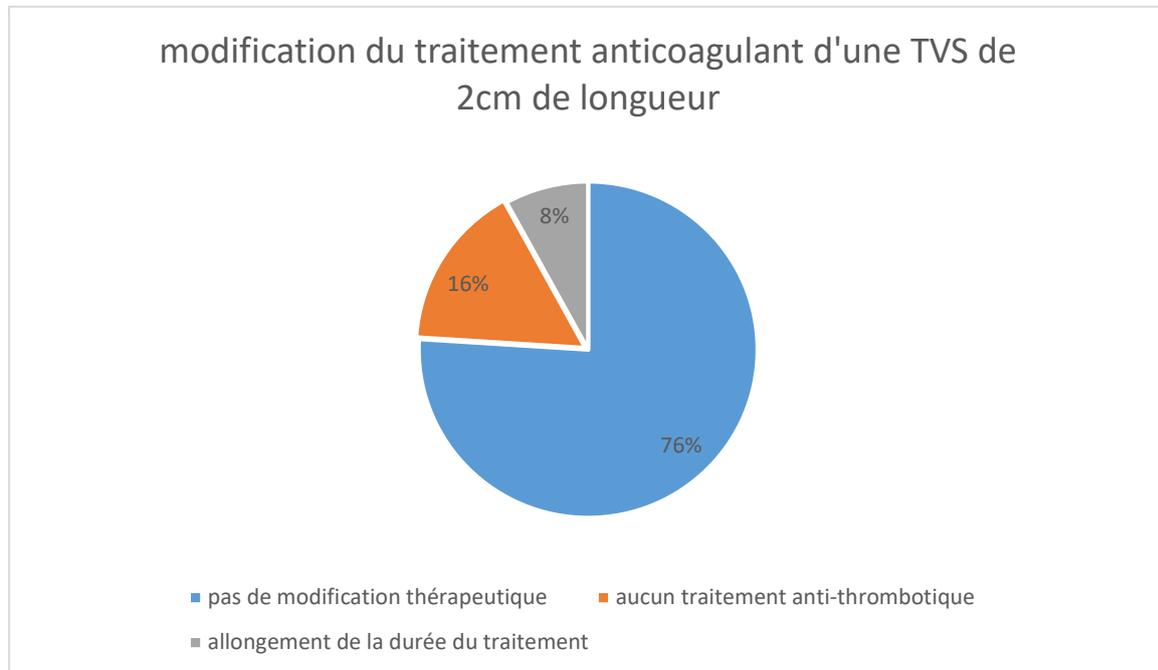


Figure 7: adaptation de la démarche thérapeutique d'une TVS de 2cm de longueur

Cette TVS de moins de 5cm de longueur à distance du réseau profond est donc traité par anti-thrombotique dans une grande majorité des cas (héparine, FONDAPARINUX, AVK, AOD, dose curative ou préventive, pour une durée variant de 7j à plus de 3 mois)

7. La prise en charge thérapeutique d'une TVS avec **atteinte du réseau profond**.

Dans le cas de cette TVS qui atteint le réseau profond, 40,5 % des médecins (n=26) la traitent comme une thrombose veineuse profonde en augmentant la dose et la durée du traitement anticoagulant. Trente-six pourcent des praticiens (n=23) utilisent un traitement curatif mais pour une durée insuffisante (moins de 3mois) tandis que 12,5% (n=8) maintiennent leur traitement anticoagulant à dose préventive et 11% (n=7) ne prescrivent pas de traitement anticoagulant.

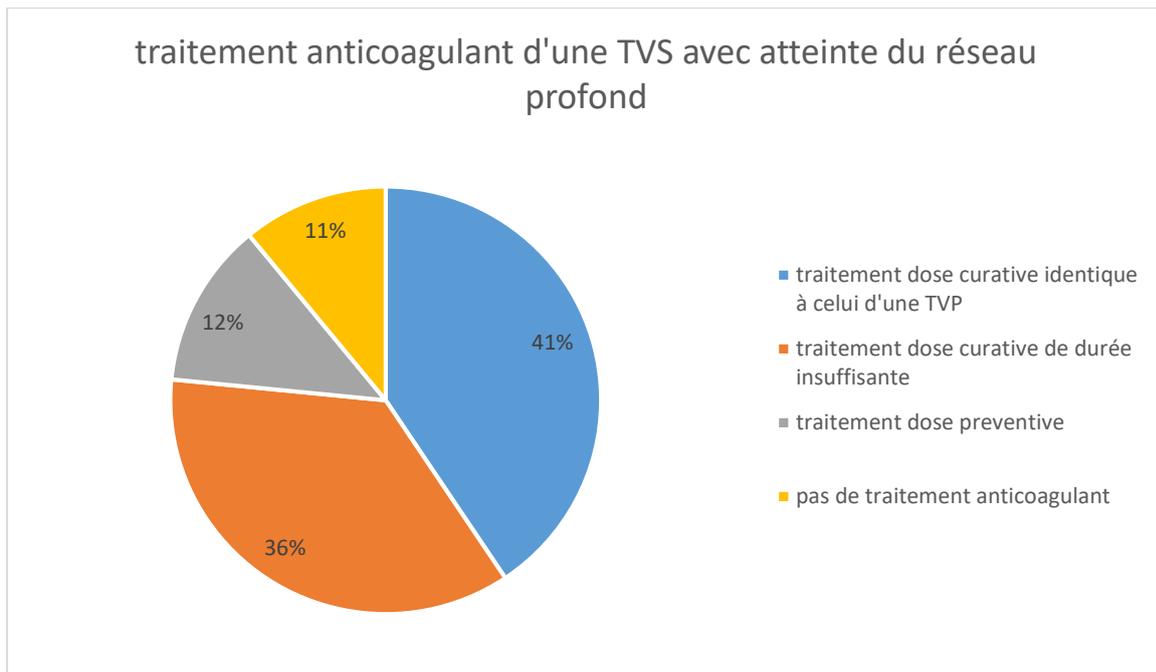


Figure 8: traitement anticoagulant face à une TVS atteignant le réseau profond

Là encore on assiste à une grande diversité de traitement, que ce soit sur la durée ou la posologie (curatif versus préventif) dans le cadre de cette TVS atteignant le réseau profond.

8. Prescription d'une contention veineuse

La contention veineuse est prescrite par une large majorité des médecins puisque 78% d'entre eux (n=50) l'utilisent dans le traitement d'une TVS.

9. Prescription d'un traitement anti-inflammatoire par voie orale

Dix-sept pourcent (n=11) des médecins prescrivent un traitement anti-inflammatoire par voie orale et 5% des médecins l'associent à un traitement anticoagulant.

10. Demande d'un avis chirurgical

L'avis chirurgical vasculaire est demandé par 12,5% (n=8) des praticiens de notre étude.

En observant les données sur les médecins qui orientent leur patient vers le chirurgien on ne retrouve pas de différence d'âge ou de genre par rapport à la population globale étudiée à l'exception du fait qu'une majorité de ces médecins sont citadins ou semi-citadin, exercent en cabinet de groupe et participent à des formations médicales continues.

11. Contrôle échographique en fin de traitement

Cinquante-huit pourcent (n=37), soit la majorité, des médecins réalisent un contrôle échographique en fin de traitement.

12. Recherche d'un FBR de thrombose (bilan de thrombophilie)

A la question « réalisez-vous un bilan de thrombophilie dans le cas d'une première TVS spontanée aigue symptomatique des membres inférieurs de l'adulte de 6cm de longueur, se développant sur veine variqueuse, à distance du réseau profond sans thrombose veineuse profonde associée ? », 89% des médecins interrogés ne le prescrivent pas (n= 57)

Discussion

Cette étude vise à décrire la prise en charge des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs par un échantillon représentatif des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées en 2017 et d'analyser ces pratiques à la lumière des résultats d'études précédentes et des dernières recommandations des sociétés savantes.

Il s'agit d'une étude originale car aucun travail n'a fait l'objet d'une publication concernant la prise en charge d'une TVS spontanée aigue symptomatique des membres inférieurs de l'adulte par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

1. Méthodologie

1.1. Etude et échantillonnage

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive (enquête déclarative) dont le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un cas clinique avec questionnaire à choix multiples intégrés et anonyme.

Dans notre étude nous nous sommes appuyés sur un échantillonnage de cent médecins exerçant une activité libérale dans la région Midi-Pyrénées et dont les coordonnées apparaissent sur l'annuaire santé du site internet de l'assurance maladie « ameli.fr ». Tous les médecins généralistes ayant une activité libérale en cabinet figurent dans l'annuaire santé(30).

1.2. Justification de ce choix

Une des méthodes utilisée précédemment pour recueillir des données en médecine libérale était l'envoi d'un questionnaire à l'URPS qui le transmettait par mail aux médecins généralistes.

Cette méthode permet de toucher un grand nombre de professionnels de santé (environ 2500) mais offre un taux de réponse entre 8 et 12 % à cause de la multitude des sollicitations.

Du fait de ce constat, nous avons ciblé un échantillon de cent médecins généralistes le plus représentatif possible de l'ensemble des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées afin d'obtenir un taux de réponse plus élevé et plus caractéristique de la population étudiée.

Cette méthodologie présente une limite : il s'agit d'une enquête déclarative et nous ne pouvons savoir si les déclarations des médecins correspondent à leurs pratiques.

A contrario cette méthodologie nous a permis de cibler un échantillon de praticiens indépendamment de leur intérêt pour la recherche ou pour cette pathologie en particulier, et d'obtenir ainsi un échantillon des pratiques médicales représentatives de celles des médecins de la région. En effet dans les études précédemment réalisées via l'URPS, les praticiens qui avaient répondu étaient ceux qui se sentaient concernés par le sujet ou par la recherche instaurant alors un biais dans leur résultat.

2. Population de l'étude

2.1. Représentativité de la population étudiée

2.1.1. Concernant le genre

D'après l'*atlas de la démographie médicale en France* réalisé en 2016 par le Conseil national de l'ordre des médecins, les médecins hommes représentent 54% des praticiens de Midi-Pyrénées et les médecins femmes 46% (31).

Afin d'être le plus représentatif possible, nous avons appliqué ce même pourcentage à notre échantillon initial de 100 médecins. Malgré cet effort, la répartition des genres dans le résultat final diverge légèrement puisque les médecins hommes et les femmes sont paritaires parmi les 64 répondants.

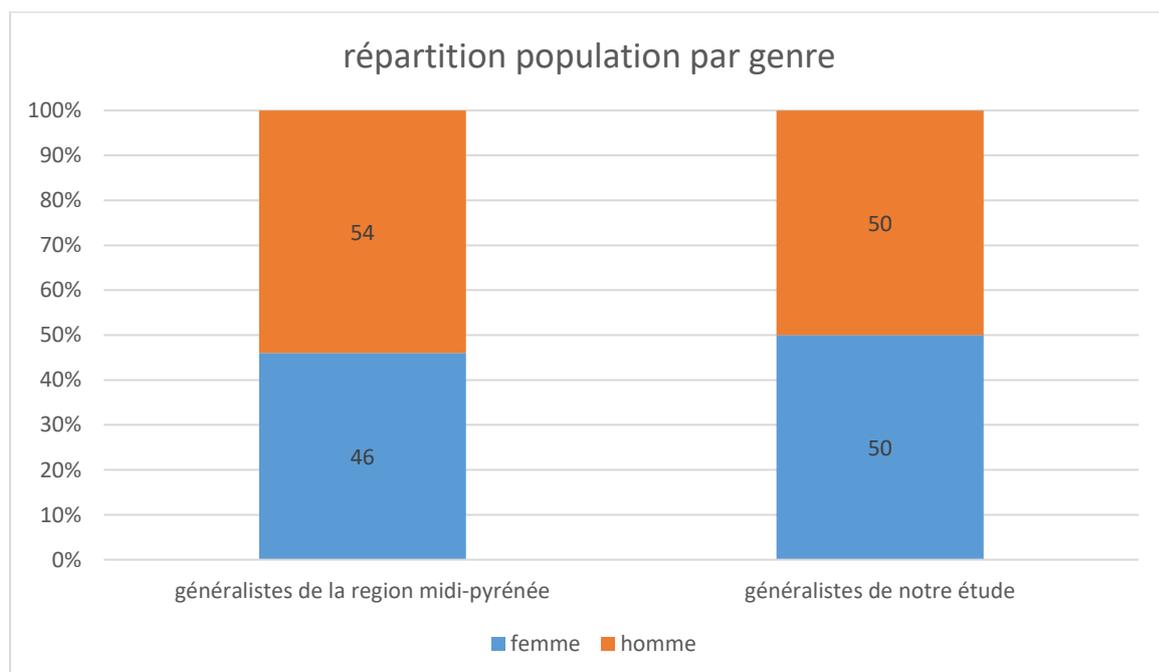


Figure 9: comparatif du genre dans la population cible avec la population de l'étude

2.1.2. Concernant la moyenne d'âge

D'après l'*atlas de la démographie médicale en France* réalisé en 2016 par le Conseil national de l'ordre des médecins, les médecins hommes de Midi-Pyrénées ont une moyenne d'âge de 53 ans, les médecins femmes ont une moyenne d'âge de 49 ans.

Dans notre étude, l'âge moyen de la population féminine est de 42 ans et l'âge moyen de la population masculine est de 55,8 ans.

2.1.3. Concernant la répartition des tranches d'âge

Dans la population de Midi-Pyrénées (31), 25 % des médecins sont âgés de 60 ans et plus contre 55 % entre 40 à 60 ans et 20 % de moins de 40 ans

Dans notre étude, 21 % des praticiens (n=13) sont âgés de 60 ans et plus contre 47 % (n=30) de 40 à 60 ans et 32 % (n=21) de moins de 40 ans

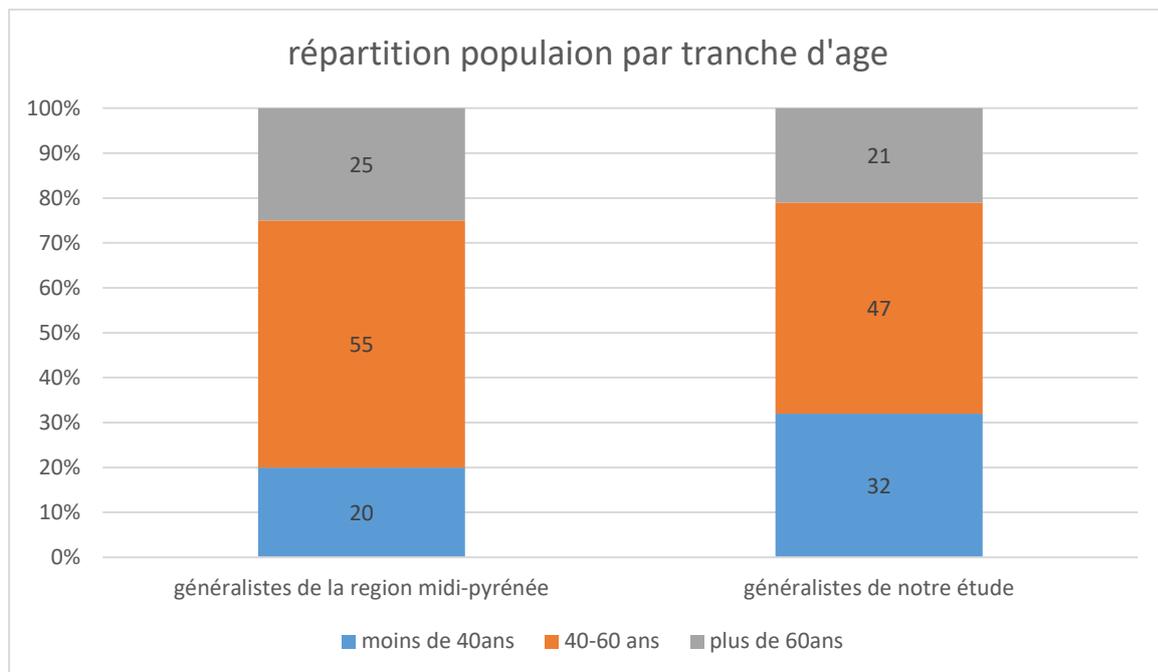


Figure 10: comparaison des tranches d'âge entre la population cible et la population de l'étude

2.1.4. Concernant le mode d'activité

Parmi les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, 58% ont une activité en cabinet de groupe (32) contre 66 % dans notre étude (n = 42).

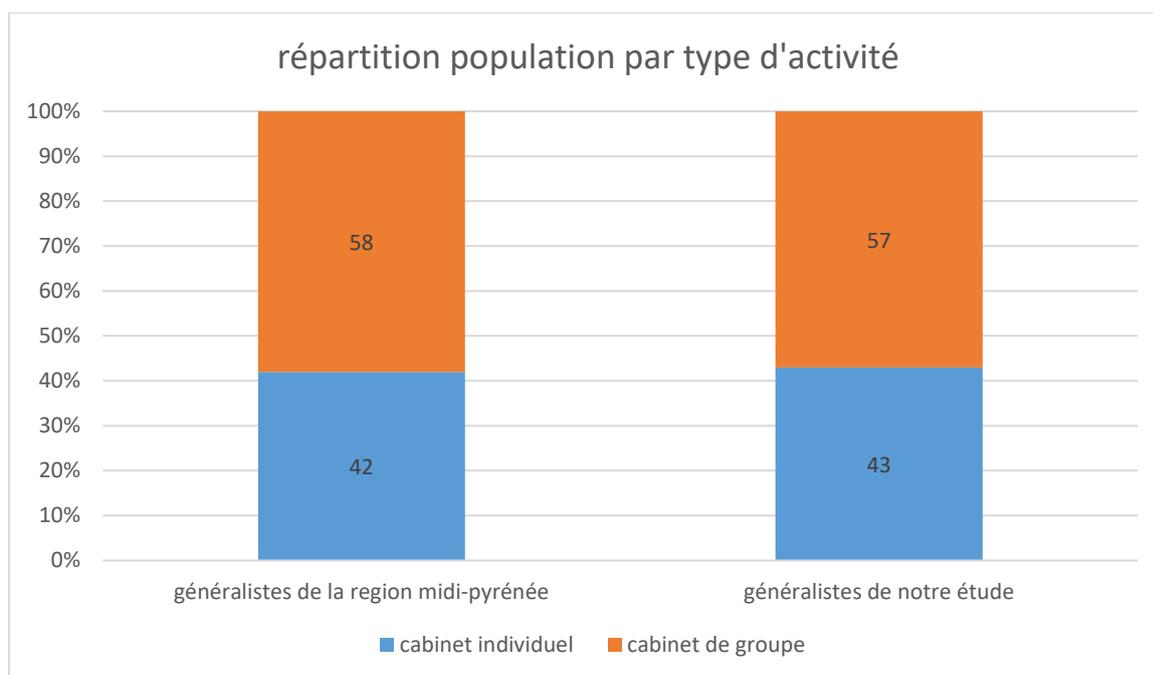


Figure 11: comparaison des types d'activités entre la population cible et la population de l'étude

Enfin le pourcentage de médecins remplaçants ayant répondu à notre étude, 9%, est du même ordre de grandeur que celui des médecins généralistes de la région (6% (32)).

Bien que légèrement plus jeune et plus féminine que la population globale des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, la population de notre étude est plutôt représentative de la population étudiée concernant l'âge et le sexe.

Par ailleurs, majoritaire dans les deux populations, la part de praticien exerçant en cabinet de groupe est sensiblement la même dans les deux populations ce qui rend notre échantillon représentatif.

Enfin nous ne sommes pas parvenus à obtenir des données fiables et véritables concernant le type de patientèle (rurale, semi-rurale ou citadine) des praticiens de Midi-Pyrénées. Nous ne sommes donc pas en mesure de qualifier de représentative la population de notre étude à ce sujet. Nous n'objectivons pas pour autant de résultats disproportionnés concernant cette donnée.

3. Démarche diagnostique : l'écho-doppler veineux des membres inférieurs.

Cette démarche diagnostique semble assez bien acquise puisque, 84 % des médecins interrogés (n=54) réalisent cet écho-doppler veineux des membres inférieurs

Parmi les 16% (n=10) des médecins qui ne réalisent pas cet examen complémentaire, on retrouve majoritairement des médecins hommes âgés de plus de 60ans exerçants en cabinet individuel rural ou semi-rural.

Ces données pourraient être expliquées par la plus grande difficulté d'accessibilité des examens complémentaire en milieu rurale.

On pourrait croire aussi que la formation initiale des confrères expérimentés pousse à considérer la TVS comme une pathologie bénigne. L'analyse bi-variée ne va pas dans ce sens : en étudiant l'attitude diagnostique des praticiens de plus de 60 ans en milieu citadin, on constate que 75 % d'entre eux prescrivent cet écho-doppler. L'âge n'influe donc pas sur la prise en charge diagnostique.

Autre donnée sujette à discussion, 40% des médecins qui n'ont pas prescrit l'écho-doppler participent à une formation médicale continue ce qui laisse la possibilité de relayer les recommandations au sujet de la stratégie diagnostique de la TVS.

4. Démarche curative

4.1. Le traitement anticoagulant

4.1.1. Dans le cas d'une TVS de **6cm de longueur** sur veine variqueuse.

Pour rappel, le fondaparinux administré à la posologie de 2,5 mg pendant 45 jours est le premier traitement enregistré pour les patients ayant une TVS spontanée aiguë symptomatique sans TVP associée. (14)

On peut conclure que la prise en charge thérapeutique d'une TVS spontanée aiguë symptomatique des membres inférieurs de l'adulte de 6cm de longueur, se développant sur veine variqueuse, à distance du réseau profond sans thrombose veineuse profonde associée est

- traitée selon les « recommandations » seulement dans 16% des cas avec la molécule adéquat et une durée de traitement suffisante (n=10)
- est insuffisamment traité dans 44% des cas (n=28) soit par utilisation d'une molécule n'ayant pas l'AMM, soit par l'absence d'utilisation de traitement anticoagulant, soit utilisation trop courte du traitement.
- est sur traitée dans 41% (n=26) des cas soit par utilisation d'un traitement à dose préventive mais pour une durée trop longue, soit par utilisation d'un traitement à dose curative. C'est dans ces cas que le risque hémorragique prédomine.

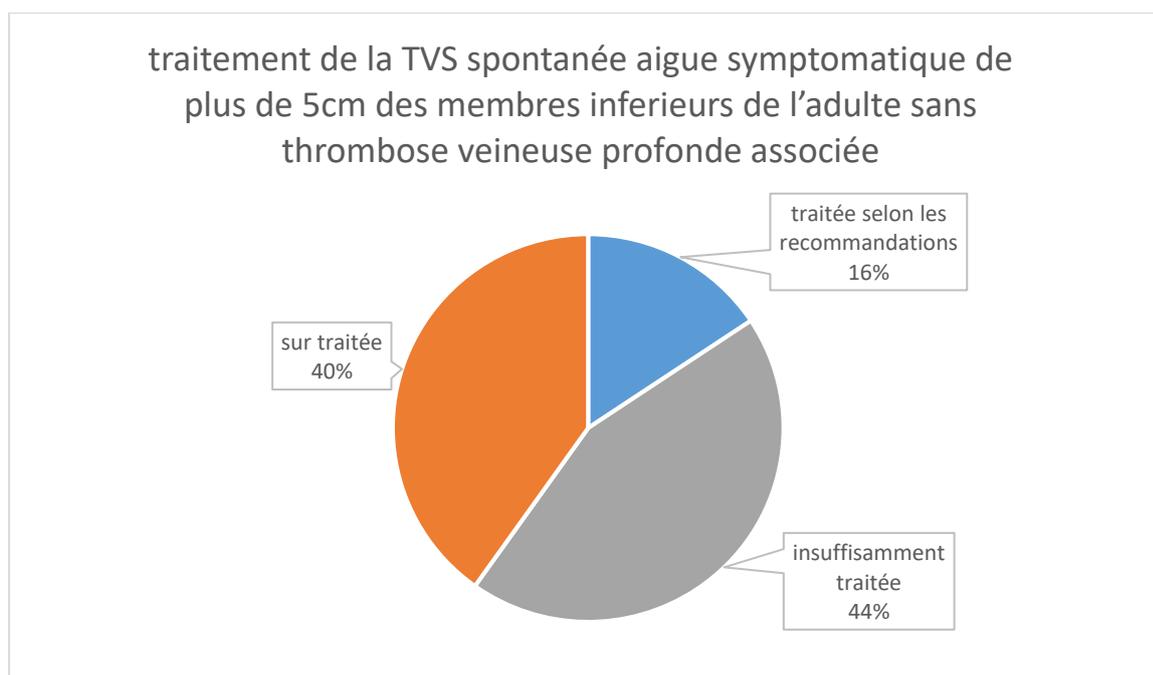


Figure 12: traitement de la TVS spontanée aigue symptomatique de plus de 5cm des membres inférieurs de l'adulte sans thrombose veineuse profonde associée

4.1.2. La prise en charge thérapeutique d'une TVS de 6cm sur **veine saine**.

Quatre-vingt-dix pourcent des médecins de l'étude ne modifient pas leur attitude thérapeutique si la TVS se développe sur veine saine et la traite donc comme une TVS se développant sur veine variqueuse.

Seul 10 % des médecins modifient leur ordonnance dont une partie vers un traitement à plus forte dose ou pour une durée plus longue (cf. Figure 6).

Les publications sur ce sujet sont assez limitées mais elles vont dans le même sens : que la TVS se développent sur veine saine ou variqueuse, la démarche thérapeutique doit être identique(17,18).

Ainsi, la prise en charge thérapeutique d'une TVS sur **veine saine**, est globalement superposable à celle de la TVS sur veine variqueuse avec seulement une minorité de médecins qui traite selon les recommandations (12,5%, n= 8), 40,5 % (n=26) qui ne traitent pas assez et 47% (n=30) qui sur-traitent.

4.1.3. La prise en charge thérapeutique d'une TVS de 2cm de longueur.

Dans notre étude, ce cas de thrombose a été traité par 70% des praticiens (n = 45).

Ces chiffres sont sujets à discussion puisque la question posée était « Modifiez-vous votre prise en charge si la TVS fait 2cm de longueur et non 6cm de longueur ». Les médecins qui

avaient fait le choix de ne pas traiter la TVS de 6cm et de ne pas changer leur attitude thérapeutique apportait donc une réponse conforme aux recommandations dans le second cas et non dans le premier. On peut alors se demander si cette ambivalence est le fruit d'une mauvaise construction de notre étude, d'une connaissance partielle des recommandations, ou tout simplement d'un choix thérapeutique personnel non consensuel.

La prise en charge thérapeutique d'une TVS spontanée aigue symptomatique des membres inférieurs de l'adulte de 2cm de longueur, se développant sur veine variqueuse, à distance du réseau profond sans thrombose veineuse profonde associée est donc traitée selon les recommandations dans 30% (n=19) des cas, à savoir sans anti-thrombotique.

Elle est cependant sur traitée dans 70% (n=45) des cas par utilisation d'un traitement anti thrombotique. Le risque hémorragique perdure.

4.1.4. La prise en charge thérapeutique d'une TVS avec **atteinte du réseau profond.**

Une majorité des patients de notre étude (59%) ne reçoit pas de traitement curatif suffisamment longtemps pour traiter cette maladie thromboembolique veineuse avec atteinte du réseau profond.

Concernant la prescription d'un traitement anticoagulant à dose curative mais pour une durée trop courte, plusieurs raisons pourraient être évoquées :

- Tout d'abord une erreur dans la réponse liée à la construction de notre questionnaire, en effet il fallait tenir compte de sa réponse précédente (traitement de la TVS simple) pour ajuster son traitement.
- Par ailleurs, on peut évoquer le caractère « bénin » de la TVS qui a pu pousser certains médecins à raccourcir le traitement afin d'en limiter le risque hémorragique.

Concernant le maintien d'un traitement préventif ou l'absence de traitement anticoagulant devant cette TVS associée à une TVP, il s'agit d'une perte de chance pour le patient.

Cinquante-sept pourcent des praticiens qui sous traitent ce cas de TVS sont âgés de plus de 60 ans alors que 80% de ceux qui ont instauré un traitement conforme aux recommandations ont moins de 60 ans.

Par ailleurs dans 71% des cas « insuffisamment traités » il s'agit d'un médecin homme alors que 74% de ceux qui ont instauré un traitement curatif sont des femmes.

Nous retrouvons deux fois plus de médecins exerçant individuellement (29% versus 13%) dans le groupe qui sous traite cette TVS que dans le groupe prescrivant un traitement efficace.

On peut donc se demander si, comme pour la réalisation de l'échographie, l'isolement du médecin homme, et l'âge supérieur à 60ans ne sont pas des facteurs défavorables dans la prise en charge thérapeutique de la TVS.

A noter que 71% des praticiens qui n'ont pas instauré de traitement curatif exercent en milieu rural ou semi-rural. On retrouve ce même pourcentage (70%) chez les médecins ayant instauré un traitement curatif. Il n'y a donc apparemment pas de lien entre le milieu d'exercice et l'instauration d'un traitement anticoagulant, ce qui est surprenant par rapport aux données précédentes.

Enfin, le pourcentage de médecins participant à une FMC dans le groupe qui sous-traite la TVS est de 50%. Outre le caractère élevé de ce chiffre, il est singulier de noter que ce chiffre reste plus faible, 30%, dans le groupe prescrivant un traitement efficace.

Nous constatons que nous avons, là encore, l'opportunité de délivrer une information sur la prise en charge de cette pathologie lors de ces formations médicales continues tout en allant vers nos confrères âgés et isolés dans leur pratique.

4.2. La contention veineuse

Nous avons observé que la contention veineuse est prescrite dans une grande majorité des cas par 78% des médecins face à une TVS de plus de 5cm de longueur sans TVP associée.

Ce chiffre, bien qu'encourageant est à considérer avec retenue puisque la place de la contention dans le traitement de la TVS n'a pas la même importance que le traitement anticoagulant par exemple.

Ainsi la contention n'a pas prouvé de bénéfice sur l'extension du thrombus. Son apport serait d'ordre symptomatique, antalgique.

4.3. Place de la chirurgie

Douze et demi pourcent des praticiens de notre étude (n=8) demandent un avis chirurgical dans le cas d'une TVS. C'est légèrement plus que dans l'étude POST où ce chiffre est de 10%(21)

Nous avons remarqué qu'il s'agit de praticien exerçant en milieu citadin, en cabinet de groupe et participant aux formations médicales continues. Le recours à l'avis chirurgical serait donc lié à un exercice médical de groupe en ville avec un accès aux spécialistes plus facile qu'en zone rurale et un intérêt pour la formation médicale continue.

4.4. Place des anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)

Nous voulions observer si l'association délétère AINS par voie générale/anticoagulant était couramment prescrit et dans quelles conditions.

Dix-sept pourcent (n=11) des médecins de l'étude prescrivent un traitement anti-inflammatoire par voie orale et seulement 5% (n=3) associent un traitement anticoagulant et un anti-inflammatoire.

A titre de comparaison dans l'étude POST 8% des praticiens ont prescrit des AINS per os devant une TVP(21). Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que nous avons proposé comme seul choix d'AINS la voie générale et non locale ; devant cet unique choix possible, il est probable qu'une partie des médecins ait prescrit la voie générale alors que dans leur pratique ils prescrivent la voie locale.

5. Echographie de contrôle

Dans notre étude, 58% (n=37) des médecins réalisent un contrôle échographique en fin de traitement.

Pour rappel 84 % des médecins interrogés (n=54) réalisent l'écho-doppler veineux des membres inférieurs devant une suspicion de TVS, donc en début de prise en charge.

Les recommandations concernant l'importance de l'écho dans le diagnostic de TVS étant claires et bien ancrées dans les pratiques permet d'expliquer cette variation, à la différence de la place de cet examen en fin de traitement.

6. FBR de thrombose

Par cette question nous avons souhaité mettre en lumière la place du « bilan de thrombophilie » dans la pratique de nos confrères au décours d'une TVS sur veine variqueuse.

La très grande majorité des médecins ne la prescrit pas.

Comme pour la demande d'avis chirurgical, les 11% de médecins qui prescrivent cette recherche de FBR sont surtout des médecins de ville, groupés et participant à une FMC. Soit parce que l'interaction en cabinet de groupe ou la FMC sensibilise à ce risque de pathologie, soit parce que le recours aux spécialistes est plus aisé dans ces milieux.

Conclusion

Du fait de sa fréquente association avec la thrombose veineuse profonde, la thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs est une pathologie moins bénigne que ce que l'on croit. Face à cette condition, la réactivité et la prise en charge par le médecin généraliste sont essentielles.

Cette étude épidémiologique observationnelle descriptive, qui a pour objectif de décrire les pratiques des médecins généralistes face à une TVS, nous a permis de mettre en évidence que, si la démarche diagnostique et la place de l'échographie semblent être bien ancrées dans les pratiques, une grande hétérogénéité persiste dans sa prise en charge thérapeutique. Cette variété semble, pour certains paramètres, être en lien avec l'âge et le mode d'exercice (citadin ou rural) : le médecin âgé exerçant en zone rurale ayant tendance à s'écarter des pratiques recommandées.

Devant cette pathologie non sévère il est d'autant plus important d'éviter les prises en charge potentiellement dangereuses, comme l'utilisation de traitement anticoagulant à dose curative, lorsque celui-ci n'est pas nécessaire et a contrario l'absence de ce traitement quand cela devrait s'imposer.

Devant ce constat il est donc indispensable d'optimiser la connaissance des recommandations par le praticien. En effet, nous pouvons penser que l'une des difficultés rencontrées n'est pas l'accès aux recommandations (société savante, site web...) mais bien la connaissance de ces dernières dans leurs multitudes.

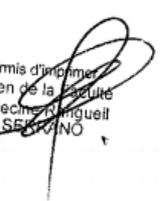
Plusieurs pistes pourraient être alors envisagées : d'une part, la création et la diffusion d'un résumé court et pratique des recommandations, en fonction des caractéristiques de la TVS (courte, longue, atteinte réseau profond...) avec réalisation d'un arbre décisionnel ; d'autre part la diffusion ciblée de ces recommandations vers les populations de médecins dont la pratique s'en éloigne. Enfin, il serait probablement souhaitable de développer d'avantage l'enseignement universitaire des pathologies vasculaires fréquentes dans la formation des médecins généralistes.

R. A. BURA-RIVIERE



Toulouse, le 01.09.2014

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Anguier
Dr SERRANO



Références bibliographiques

1. Sevestre MA, Labarere J, Brin S, Carpentier P, Constans J, Degeilh M, et al. Optimisation de l'interrogatoire dans l'évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse : l'étude OPTIMEV. *J Mal Vasc*. 1 sept 2005;30(4):217- 27.
2. Optimisation de l'interrogatoire dans l'évaluation du risque thrombo-embolique veineux - ProtocoleV2OPTIMEV.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: <http://recherche-clinique.ujf-grenoble.fr/OPTIMEV/ProtocoleV2OPTIMEV.pdf>
3. Reynolds CM. Superficial Venous Thrombosis and Venous Thromboembolism: A Large, Prospective Epidemiologic Study. *J Emerg Med*. 1 juill 2010;39(1):132.
4. Fondaparinux, étude CALISTO, thrombose veineuse superficielle [Internet]. Medscape. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3129731>
5. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and... : Current Opinion in Pulmonary Medicine [Internet]. LWW. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: http://journals.lww.com/co-pulmonarymedicine/Fulltext/2003/09000/Superficial_vein_thrombosis__risk_factors,.9.aspx
6. Leon L, Giannoukas AD, Dodd D, Chan P, Labropoulos N. Clinical Significance of Superficial Vein Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1 janv 2005;29(1):10-7.
7. Bounameaux H, Righini M, Gal GL. Superficial thrombophlebitis of the legs: still a lot to learn. A rebuttal. *J Thromb Haemost*. 1 janv 2006;4(1):289-289.
8. 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*. 1 juill 2005;3(7):1459-66.
9. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. *N Engl J Med*. 23 sept 2010;363(13):1222-32.
10. ARIXTRA 2,5mg_reev_TVS_Avis3m_CT12666 - CT-12666_ARIXTRA 2,5mg_reev_TVS_Avis3m_CT12666.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12666_ARIXTRA%202,5mg_reev_TVS_Avis3m_CT12666.pdf
11. Thrombose veineuse superficielle: pas si simple! [Internet]. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=338

12. Gillet J-L, Perrin M, Cayman R. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs. /data/revues/03980499/00260001/16/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 10 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/124555>
13. RBP - PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE EN MEDECINE - Reco - ae4209ebc36d7164d4b7c876ddeaabab.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ae4209ebc36d7164d4b7c876ddeaabab.pdf
14. Becker F, Quéré I, Guenneguez H, Mismetti P, Leizorovicz A, Decousus H. La thrombose veineuse superficielle : une pathologie à reconsidérer. *Sang Thromb Vaiss.* 1 juill 2011;23(6):280-91.
15. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sf-phlebologie.org/formation/phlebologie-pour-le-generaliste/318-thromboses-veineuses-superficielles-des-membres-inferieurs>
16. Snapshot [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.angiologie.fr/wp/?p=699>
17. ARIXTRA 2,5mg_reev_TV_S_Avis3m_CT12666 - CT-12666_ARIXTRA 2,5mg_reev_TV_S_Avis3m_CT12666.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: file:///C:/Users/gerau/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/3ouazmkm.default/zotero/storage/HR2XC24G/CT-12666_ARIXTRA%202,5mg_reev_TV_S_Avis3m_CT12666.pdf
18. ARIXTRA_PIS_RI_Avis2_modifiéle13012016_CT13414&13636 - CT-13636_ARIXTRA_PIS_RI_Avis2_CT13414&13636.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13636_ARIXTRA_PIS_RI_Avis2_CT13414&13636.pdf
19. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. *Chest.* 1 févr 2012;141(2):e419S-e496S.
20. Netgen. Thrombose veineuse superficielle : quelles nouveautés dans la prise en charge ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-314/Thrombose-veineuse-superficielle-queelles-nouveautes-dans-la-prise-en-charge>
21. Chengelis DL, Bendick PJ, Glover JL, Brown OW, Ranval TJ. Progression of superficial venous thrombosis to deep vein thrombosis. *J Vasc Surg.* nov 1996;24(5):745-9.
22. Quenet S, Laporte S, Décousus H, Leizorovicz A, Epinat M, Mismetti P. Factors predictive of venous thrombotic complications in patients with isolated superficial vein thrombosis. *J Vasc Surg.* 1 nov 2003;38(5):944-9.
23. 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.* 1 juin 2012;10(6):1026-35.
24. Cosmi B, Filippini M, Campana F, Avruscio G, Ghirarduzzi A, Bucherini E, et al. Risk factors for recurrent events in subjects with superficial vein thrombosis in the randomized clinical trial SteFlux (Superficial Thromboembolism Fluxum). *Thromb Res.* 1 févr 2014;133(2):196-202.
 25. P P, D T, R P. 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 JTH.* juin 2005;3(6):1152-7.
 26. M DN, Im W, S M. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4):CD004982-CD004982.
 27. Vin F. Conférence Internationale de Consensus sur la Compression. *Phlébologie.* 2003;56(4):315-67.
 28. Traitement optimal de la TVS en 2015 - JIFA 2015 Vin F..pdf [Internet]. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://congres.eska.fr/pdf/JIFA%202015%20Vin%20F..pdf>
 29. jlestv00571_cor4.indd - stv-282456-recommandations_pour_la_recherche_de_facteurs_biologiques_de_risque_dans_le_cadre_de_la_maladie_thromboembolique_veineuse_app--WXY2In8AAQEAAAosgMgAAAAD-a.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/stv-282456-recommandations_pour_la_recherche_de_facteurs_biologiques_de_risque_dans_le_cadre_de_la_maladie_thromboembolique_veineuse_app--WXY2In8AAQEAAAosgMgAAAAD-a.pdf
 30. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
 31. midi_pyrenees_2013.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
 32. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

Tables des illustrations

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

Figure 1: prescription du traitement anticoagulant pour une TVS de plus de 5cm de longueur

Figure 213: détail type de molécule traitement anticoagulant dose préventive

Figure 314: détail type de molécule traitement anticoagulant dose curative

Figure 415 : durée de prescription du traitement préventif en fonction de la molécule

Figure 516: durée de prescription du traitement curatif en fonction de la molécule

Figure 617: adaptation de la démarche thérapeutique d'une TVS sur veine saine

Figure 718: adaptation de la démarche thérapeutique d'une TVS de 2cm de longueur

Figure 819: traitement anticoagulant face à une TVS atteignant le réseau profond

Figure 920: comparatif du genre dans la population cible avec la population de l'étude

Figure 1021: comparaison des tranches d'âge entre la population cible et la population de l'étude

Figure 11: comparaison des types d'activités entre la population cible et la population de l'étude

Figure 12: traitement de la TVS spontanée aigue symptomatique de plus de 5cm des membres inférieurs de l'adulte sans thrombose veineuse profonde associée

Annexes

Annexe 1 : Premier mél envoyé aux médecins de l'étude le 17 avril 2017

Bonjour à toutes et à tous,

Un grand merci de votre coopération à cette enquête : vous êtes 100 à m'avoir répondu favorablement au téléphone (ou via votre secrétariat) !

8 questions donc, 5 min, pour observer la prise en charge en médecine générale de la thrombose veineuse superficielle en Midi-Pyrénées.

Cette étude est validée par le Département Universitaire de Médecine Générale et supervisée par la Pr Bura-Rivière (chef de service de médecine vasculaire du CHU)

Il ne s'agit donc pas d'un examen ou d'une évaluation de votre pratique et je vous invite à répondre le plus spontanément possible.

Les réponses sont anonymes.

Je demeure bien évidemment à votre disposition au 0635273968

Confraternellement, Géraud Dunoyer Interne de médecine générale

Annexe 2 : Second mél envoyé aux médecins de l'étude afin de relancer les non répondants le 26 avril 2017

Bonjour à toutes et à tous,

Tout d'abord un immense MERCI à ceux qui ont pris quelques minutes pour répondre à ce questionnaire : votre aide m'est précieuse ! Vos réponses sont variées, propices aux analyses et complètes.

Si vous n'avez pas encore pu y répondre, il n'est pas trop tard. En effet, j'ai pour le moment 34% de répondant et je suis sûr qu'on peut faire mieux !

MERCI à ceux qui le souhaite de cliquer sur le lien pour RÉPONDRE AUX 8 QUESTIONS (moins de 5min)

Si vous avez déjà répondu, vous pouvez me retourner ce mail en écrivant STOP, cela vous évitera une surcharge inutile de votre boîte mail.

Je demeure bien évidemment à votre disposition au 0635273968

Confraternellement, Géraud Dunoyer Interne de médecine générale

Prise en charge de la thrombose veineuse superficielle du membre inférieur en Médecine Générale

La thrombose veineuse superficielle (TVS) est une affection fréquente pour laquelle le médecin généraliste est le praticien de premier recours : plus de 90 % des patients présentant une TVS consulte en premier lieu leur médecin traitant.

Cette étude observationnelle a pour objectif d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une TVS en médecine générale.

Épidémiologie

1. Vous êtes ?

Une seule réponse possible.

- une femme
 un homme

2. Quel est votre âge (merci de n'indiquer que le nombre, ex : 41 et pas 41 ans) ?

3. Quelles sont les caractéristiques de votre pratique ?

Plusieurs réponses possibles.

- patientèle rurale
 patientèle semi-rurale
 patientèle citadine
 cabinet de groupe
 maison de santé
 cabinet individuel
 médecin remplaçant
 participations à des formations continues (congrès, DU, cours...)

Le cas clinique

Vous recevez ce mardi matin à votre cabinet Monsieur MARTIN, pour une douleur de la jambe gauche d'apparition brutale.

M MARTIN a 54 ans, il est comptable.

Ses antécédents sont:

- une dyslipidémie équilibrée sous TAHOR 10mg
- une lombalgie chronique résolutive sous PARACETAMOL
- une insuffisance veineuse avec veine variqueuse.

Il n'y a pas d'antécédent familiaux en dehors de cette insuffisance veineuse chronique.

A l'examen clinique vous retrouvez un cordon inflammatoire rouge douloureux de 6 cm de longueur sur un trajet veineux superficiel.

Monsieur MARTIN est apyrétique et ne présente aucun signe en faveur d'un érysipèle.

Vous faites donc le diagnostic clinique de thrombose veineuse superficielle du membre inférieur gauche.

Photo de la jambe gauche de Monsieur MARTIN



L'enquête en 8 questions

4. Réalisez vous un echo-doppler veineux des membres inférieurs dans ce cas ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non

5. Quels traitements instaurez vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Anti-inflammatoire non stéroïdien par voie générale
 contention veineuse
 HBPM à dose curative
 HBPM à dose préventive
 FONDAPARINUX 2,5 mg/j (ARIXTRA)
 FONDAPARINUX 7,5 mg/j (ARIXTRA)
 Anticoagulant oraux (AVK ou AOD)
 Antiplaquettaire
 Avis chirurgical vasculaire pour ligature ou thrombectomie

6. **Dans le cas où vous initiez un traitement anticoagulant, combien de temps le maintenez vous ?**

Une seule réponse possible.

- jusqu'à régression des signes cliniques et/ou reperméabilisation de la grande veine saphène
- 7 à 15 jours
- 15 jours à 1 mois
- 1 mois à 45 jours
- 3 mois
- 6 mois
- au long cours

7. **Si cette même TVS se développe sur veine saine/non variqueuse, modifiez vous votre prise en charge ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Non, cela ne change rien à mon traitement
- Oui j'allonge la durée du traitement anticoagulant
- Oui j'augmente la dose quotidienne de traitement anticoagulant

8. **Si la TVS fait 2 cm de longueur, modifiez vous votre prise en charge ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Non, cela ne change rien à mon traitement
- oui je ne mets pas de traitement anticoagulant mais de l'aspirine à la place
- Oui je diminue la dose quotidienne de traitement anticoagulant
- oui je diminue la durée du traitement anticoagulant
- oui je ne mets aucun traitement anti-thrombotique

9. **Si la TVS atteint la veine fémorale commune, modifiez vous votre prise en charge ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Non, cela ne change rien à mon traitement
- Oui j'allonge la durée du traitement anticoagulant
- Oui j'augmente la dose quotidienne de traitement anticoagulant
- oui je réalise des examens complémentaires à la recherche d'une embolie pulmonaire

10. **Réalisez vous un contrôle échographique en fin de traitement ?**

Une seule réponse possible.

- oui
- non

11. **Recherchez vous, chez M MARTIN, des facteurs biologiques de risque (Bilan de thrombophilie) ?**

Une seule réponse possible.

- oui
- non

PRISE EN CHARGE DE LA THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE DU MEMBRE INFÉRIEUR: DIAGNOSTIC CLINIQUE, PARACLINIQUE ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.

Enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

RESUME :

Introduction : Du fait de sa fréquente association avec la thrombose veineuse profonde, la thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs est une pathologie moins bénigne que ce que l'on croit. Cette affection a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études et recommandations concernant son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique.

Objectif : Décrire la prise en charge des thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées en 2017 et analyser ces pratiques à la lumière des recommandations.

Matériel et méthode étude épidémiologique observationnelle descriptive sous forme d'une enquête déclarative auprès d'un échantillon de 100 praticiens représentatif des médecins généralistes de Midi-Pyrénées menée entre le 2 mars et le 24 mai 2017.

Résultats : Sur les 100 médecins contactés, 83 ont acceptés de participer à l'étude et 64 ont répondu au questionnaire (taux de réponse : 64%). La majorité des médecins réalise l'échodoppler veineux des membres inférieurs devant une suspicion de TVS (84%, n = 54). La TVS de plus de 5cm de longueur est traitée selon les « recommandations » seulement dans 16% des cas (n=10), insuffisamment traité dans 44% des cas (n=28) et sur traitée dans 41% (n=26) des cas. La TVS de moins de 5cm de longueur est sur traitée dans 70% (n=45) des cas. La TVS avec atteinte du réseau profond est insuffisamment traité dans 59% des cas (n=38). Quarante-deux pourcent des praticiens (n= 27) ne réalisent pas d'échographie de contrôle en fin de traitement et seule une minorité (11% n = 7) recherche des facteurs biologiques de risque de thrombose.

Discussion et conclusion : Cette étude montre que si l'application des recommandations concernant le diagnostic complémentaire de la TVS est globalement acquis, la prise en charge thérapeutique n'est pas optimale avec l'utilisation de traitement anticoagulant à dose curative, lorsque celui-ci n'est pas nécessaire et a contrario l'absence de ce traitement quand cela devrait s'imposer.

TITLE : MANAGEMENT OF THE SUPERFICIAL VENOUS THROMBOSIS OF THE LOWER MEMBER: CLINICAL, PARACLINIC DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC MANAGEMENT. Survey of general practitioners in Midi Pyrenees.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: Médecine Générale

MOTS-CLES : thrombose veineuse superficielle, ARIXTRA, FONDAPARINUX, héparine de bas poids moléculaire, maladie thromboembolique veineuse

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil-118, route de Narbonne 31062 Toulouse cedex 04

Directeur de thèse : Madame le Professeur Alessandra BURA-RIVIERE