



Peut-on **prédire** la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire par la clinique ?

Info Respiration, dans le cadre de sa rubrique « Scores », présente sous forme de note de lecture une démarche clinique faisant l'objet de débats. Ces notes ponctuelles seront largement complétées par la série « Médecine factuelle » publiée par la *Revue des Maladies Respiratoires* (voir encadré).



Les symptômes et les signes cliniques de la maladie thromboembolique (MTE) pris isolément ont une sensibilité et une spécificité médiocres, explique Arnaud Perrier dans *Médecine & Hygiène*. En revanche, l'utilité de combinaisons de ces signes, empiriques ou dans le cadre de règles de prédiction, est connue depuis la fin des années 1980.

Cette évaluation de la probabilité clinique de MTE est essentielle, car elle conditionne la démarche diagnostique. Lorsque la probabilité est faible, la démarche diagnostique est simplifiée et non invasive. Bien que l'évaluation implicite de l'embolie pulmonaire (EP) ait fait ses preuves (Fig.), des scores prédictifs ont été définis avec l'avantage d'être explicites et

Tableau 1 – Score de Wells pour établir la probabilité clinique de thrombose veineuse profonde

(*) Du côté symptomatique.

Éléments	Points
• Cancer	1 point
• Paralysie ou immobilisation plâtrée récente	1 point
• Alitement > 3 jours, ou chirurgie < 4 semaines	1 point
• Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	1 point
• Tuméfaction de la cuisse et du mollet	1 point
• Tuméfaction limitée au mollet (différence de $\varnothing > 3$ cm) ^(*)	1 point
• Œdème prenant le godet ^(*)	1 point
• Veines superficielles dilatées ^(*)	1 point
• Diagnostic alternatif au moins aussi probable que la TVP	- 2 points
Probabilité clinique	Score total
• Faible	0 ou moins
• Moyenne	1 ou 2
• Forte	≥ 2

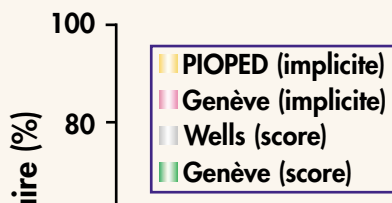


Tableau 2 – Deux règles de prédiction pour établir la probabilité clinique d'embolie pulmonaire

TVP : thrombose veineuse profonde. EP : embolie pulmonaire.

Score de Wicki <i>et al</i>		Score de Wells <i>et al</i>	
Éléments	Points	Éléments	Points
• Antécédents de TVP ou EP	+2	• Antécédents de TVP ou EP	+1,5
• Pouls > 100/min	+1	• Pouls > 100/min	+1,5
• Chirurgie récente	+3	• Chirurgie ou immobilisation récentes	+1,5
• Âge		• Signes de TVP	+3
– 60-79 ans	+1	• Diagnostic alternatif moins probable que l'EP	+3
– ≥ 80 ans	+2		
• P _a CO ₂		• Hémoptysie	+1
– < 4,8 kPa	+2	• Cancer	+1
– 4,8-5,19 kPa	+1		
• P _a CO ₂			
– < 6,5 kPa	+4		
– 6,5-7,99 kPa	+3		
– 8-9,49 kPa	+2		
– 9,5-10,99 kPa	+1		
• Atélectasie	+1		
• Surelévation d'une coupole diaphragmatique	+1		
Probabilité clinique		Probabilité clinique	
• Faible	0-4	• Faible	0-1
• Moyenne	5-8	• Moyenne	2-6
• Forte	≥ 9	• Forte	≥ 7

didactiques. Le plus connu, le score de Wells, est validé avec un impact positif. Le score de Wicki récemment développé est en cours de validation et de mesure d'impact (Tableaux 1, 2).

L'utilité de tels scores est de définir des sous-groupes de patients en fonction de la probabilité diagnostique. Les limites sont la subjectivité relative du diagnostic différentiel dans le score de Wells et surtout l'absence de prise en compte d'éléments importants rares tels que les antécédents familiaux de MTE.

En pratique, estimation implicite et résultat du score différent dans 10 % des cas environ, ce qui doit conduire à une discussion au cas par cas, en refusant l'application mécanique de la règle, d'autant que l'on sait que le praticien finira toujours par choisir de suivre son raisonnement. ■

Ph. R.

Info Respiration remercie *Médecine & Hygiène* et Arnaud Perrier pour leur autorisation de reproduire les tableaux et figure.

Référence

1. Perrier A. Peut-on prédire la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire par la clinique? *Méd & Hyg* 2001 ; 2366 : 2118-20.