

# ANNEXES

## Propositions pour une optimisation de la prise en charge de la MTEV, dans sa dimension hospitalière

Travail de réflexion sous l'égide





# SOMMAIRE

ANNEXE 1 : DOSSIER PARTAGÉ EP INITIALE .....	4
ANNEXE 2 : COURRIER TYPE EP INTIALE .....	6
ANNEXE 3 : DOSSIER PARTAGÉ TVP INTIALE.....	7
ANNEXE 4 : COURRIER TYPE TVP INITIALE.....	8
ANNEXE 5 : CHECK LIST MTEV À 1 MOIS .....	9
ANNEXE 6 : COURRIER TYPE MTEV À 1 MOIS .....	10
ANNEXE 7 : CHECK LIST MTEV À 6 MOIS .....	11
ANNEXE 8 : CHECK LIST MTEV À APRÈS 6 MOIS .....	12
ANNEXE 9 : COURRIER TYPE EP À 3 OU 6 MOIS .....	13
ANNEXE 10 : COURRIER TYPE TVP À 6 MOIS .....	14
ANNEXE 11 : LES CARTES ANSM ET GITA .....	15
ANNEXE 12 : EXEMPLE DE BROCHURE PATIENT POUR LA MTEV (TVP ET EP) : .....	16
ANNEXE 13 : AUTOTEST DE CONNAISSANCES.....	18
ANNEXE 14 : ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE EN CONSULTATION .....	19
ANNEXE 15 : GLOSSAIRE .....	20
ANNEXE 16 : PARTICIPANTS À LA RÉUNION DE DISCUSSION.....	21
ANNEXE 17 : ENQUÊTE À L'ISSUE DE LA RÉUNION DE DISCUSSION .....	22

# ANNEXE 1

## DOSSIER PARTAGÉ EMBOLIE PULMONAIRE INITIALE

Nom : ..... Pré-nom : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe : M F Age ..... ans Poids : ..... kg Taille .....  
 Médecin référent médecine générale ..... email : .....  
 Médecin référent thrombose ..... email : .....  
 Pharmacien référent habituel ..... email : .....  
 Date de diagnostic EP : ..... Date de consultation : ..... Médecin consultant : .....

Dernière créatininémie ..... µmol/l Clairance (Cockcroft et Gault) .....

### Diagnostic positif

- Douleur thoracique  Dyspnée  Malaise
- Probabilité clinique (score de Genève simplifié) →
- Probabilité forte (score ≥ 5)
  - Probabilité moyenne (score 2-4)
  - Probabilité faible (score ≤ 1)
- D-Dimères :  ..... µg/l
- Anticoagulation préalable ..... jours
- Angioscanner thoracique :
- EP sous-segmentaire unique  ou multiple
  - EP segmentaire/proximale D  G
- Scintigraphie pulmonaire :
- Planaire  - Haute probabilité
  - Intermédiaire
  - Faible  Non diagnostique
  - Normale
- SPECT  critères diagnostiques PLOPED non validés
- Echo ± doppler veineux
- 4 points  complet
- TVP proximale D  G
  - TVP distale D  G
  - Pas de signe de TVP

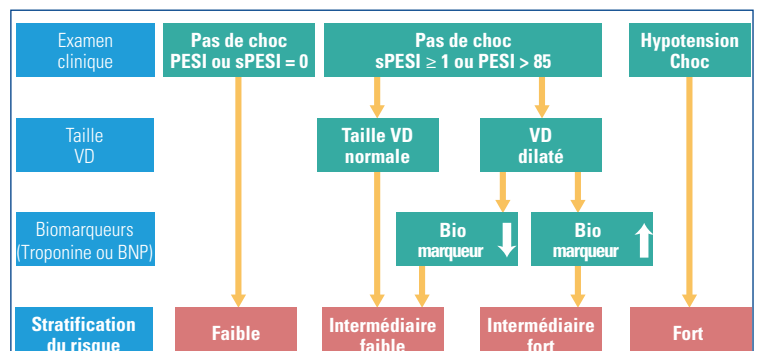
- Âge > 65 ans +1
- ATCD perso TVP-EP +1
- chir/fracture < 1 mois +1
- Cancer actif +1
- Douleur mbre inf +1
- Hémoptysies +1
- FC 75-94 bpm +1
- FC ≥ 95 bpm +2
- DI palpation veine MI et œdème +1

### Diagnostic de gravité

- Instabilité hémodynamique/état de choc
- Score PESI simplifié = ..... →
- Retentissement cardiaque :
- Dilatation VD sur TDM (VD > VG)
  - ou sur ETT (VD/ VG > 0,9)
- Élévation biomarqueurs :
- Troponine : ..... ng/ml (norme labo .....)
  - ou BNP : ..... pg/ml (norme labo .....)
  - ou NT proBNP : ..... pg/ml (norme labo .....)

- Ins cardiaque ou respi +1
- Cancer +1
- Âge ≥ 80 ans +1
- SpO<sub>2</sub> < 90 % +1
- TAS < 100 mmHg +1
- FC ≥ 110 bpm +1

⇒ GRAVITE



## Circonstances

- MTEV provoquée (survenue dans les 3 mois d'un élément suivant) :
  - Chirurgie majeure
  - Polytrauma ou fracture MI avec immobilisation
  - Affection médicale aiguë avec alitement prolongé
- MTEV sur cancer actif   
(diagnostic < 6 mois ou traitement en cours ou métastatique)
- MTEV hormono-dépendante :
  - Traitement œstrogénique :
    - OP  Substitutif  Autre
  - Grossesse : 1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre
  - Post-partum (< 3 mois)
- MTEV non provoquée
- MTEV récidivantes  Date diagnostic dernier épisode.....

## Orientation initiale

- Réanimation
- Surveillance continue
- Hospitalisation complète
- UHCD (48 heures)
- Ambulatoire, HDJ

## Risque hémorragique

- Saignement en cours
- Estimation implicite du risque :
  - faible
  - modéré
  - fort

## Traitement

- Date début traitement.....à .....h
- Fibrinolyse  Embolectomie  Filtre cave
  - Traitement parentéral 
    - HNF  Posologie .....UI/j
    - HBPM  Molécule.....  
Posologie ..... UI/j ..... UI2x/j
    - Fondaparinux  : 5 mg 1x/j  7,5 mg 1x/j  10 mg 1x/j
  - Traitement per os 
    - AVK  Nature ..... Posologie ...../j
    - AOD  Nature ..... Posologie ...../j

## Traitement de sortie

- Date de sortie .....
- Parentéral  Nature ..... Posologie ...../j
  - AVK  Nature ..... Posologie ...../j
  - AOD  Nature ..... Posologie ...../j

## Conclusion initiale

- Gravité
  - Non grave
  - Intermédiaire faible
  - Intermédiaire élevée
  - Élevée
- Circonstances
  - Provoquée
  - Cancer actif
  - Non provoquée
  - Récidivante
- Évolution à l'hôpital
  - Pas de complication
  - Autre complication
  - Hémorragie grave
  - Hémorragie cliniquement significative
  - Récidive thrombo-embolique
  - Décès

## Prochaine consultation de spécialité

Date.....  
.....  
Médecin.....  
.....  
Lieu.....  
.....

# ANNEXE 2

## COURRIER TYPE EP INITIALE

Cher (chère) collègue,

Votre patient(e) âgé(e) de ... a été hospitalisé(e) du ... au .... (ou a été admis aux urgences le...) pour prise en charge d'une embolie pulmonaire (EP) symptomatique non grave (ou EP de gravité intermédiaire avec retentissement ventriculaire droit ou EP grave) confirmée par TDM (ou par la présence d'une thrombose proximale à l'échographie veineuse et de signes thoraciques cliniques). Cette EP est associée à une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (ou autre localisation) symptomatique (ou non), unilatérale (ou bilatérale), proximale (ou distale) symptomatique (ou non) confirmée par échodoppler veineux.

Il s'agit d'une EP provoquée par un facteur déclenchant majeur (...) (ou non provoquée), dans un contexte de (cancer, contraception, grossesse, post-partum) (ou non). Enfin, il s'agit d'un 1<sup>er</sup> épisode de MTEV (ou récurrence date et nature du premier) et il n'existe pas d'antécédent (ou si) familiaux de 1<sup>er</sup> degré avec (ou sans) thrombophilie biologique connue de type .... Comme facteur de risque de maladie thrombo-embolique veineuse, on retient ...

Sur le plan biologique, aucune anomalie majeure (ou ...) et la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) est de ... ml/mn.

Le niveau de gravité a été considéré comme faible (ou / intermédiaire-faible / intermédiaire fort / élevé) en raison de l'absence (ou la présence) d'une hypotension, d'un score simplifié PESI à..., un dosage de la troponine à .... pour une normale à .... et l'absence (ou la présence) d'une dilatation du ventricule droit.

Le traitement initial a consisté en .....

L'évolution clinique a été satisfaisante (ou description complication le cas échéant...).

Le traitement anticoagulant prescrit à la sortie est ... à la posologie de ..., à maintenir jusqu'au ... puis prescription de ... à la posologie ... . Un suivi biologique n'est pas nécessaire avec ce traitement (ou la surveillance de ce traitement a été prescrite avec ... à renouveler pour obtenir un INR entre 2 et 3 ...). Par ailleurs, une compression veineuse (type et force) a été prescrite (ou non). Le traitement habituel est non modifié (ou modifié car variation TA, EI, interactions potentielles...) avec ...

Compte tenu du caractère provoqué (non provoqué) la durée prévisible du traitement anticoagulant est a priori de ... Cette durée sera précisée ultérieurement en consultation spécialisée.

Un livret d'information personnalisé a été remis à votre patient(e).

Nous avons demandé au patient de vous revoir en consultation à 1 semaine de sa sortie de l'hôpital (le ...) afin de s'assurer de l'évolution clinique et du suivi thérapeutique initiale

Une consultation de suivi spécialisée (discussion thérapeutique, étiologique et information/éducation...) est programmée à 1 mois le ... auprès du Dr ...

Une 2<sup>ème</sup> consultations spécialisée sera alors programmée à 3 ou 6 mois pour apprécier le retentissement cardiaque et pulmonaire de l'EP et préciser la durée optimale du traitement optimale.

En cas d'événement inattendu ou pour toute question relative à la prise en charge de votre patient, vous pouvez contacter l' « unité thrombose » au ... . En cas d'urgence, vous pouvez diriger votre patient vers le Dr ... ou le service des Urgences, le médecin urgentiste aura accès à son dossier médical.

Formule de politesse

# ANNEXE 3

## DOSSIER PARTAGÉ TVP INITIALE

### Diagnostic positif

- Probabilité clinique : score de Wells
  - Probabilité haute  $\geq 2$
  - Probabilité intermédiaire 1-2
  - Probabilité faible  $< 1$
- D-Dimères :  .....  $\mu\text{g/l}$
- Écho-doppler veineux :
- Membre inférieur :
  - TVP proximale D  G
  - TVP distale D  G
  - TV superficielle D  G
  - Pas de signe de TVP

- Cancer actif (ttt en cours ou dans les 6 derniers mois ou palliatif) +1
- Paralyse, parésie ou immobilisation plâtrée récente des mbres inf +1
- Alitement récent de plus de 3 jours, ou chirurgie majeure  $< 1$  mois +1
- Douleur localisée au niveau d'un trajet veineux profond +1
- Augmentation de volume diffuse d'un membre inférieur +1
- Augmentation de volume d'un mollet +1
- Œdème prenant le godet +1
- Présence d'une circulation veineuse collatérale (non variqueuse) +1
- Diagnostic alternatif au moins aussi probable que celui de TVP -2

### Traitement initial

- Créatininémie : .....  $\mu\text{mol/l}$
- Clairance de créatinine (Cockcroft) : .....  $\text{ml/mn}$
- Traitement parentéral
  - HNF .....  Posologie ..... UI/j
  - HBPM...  Molécule.....
  - Posologie ..... UI/j
  - 2x/j  ..... 1x/j
  - Fondaparinux  Posologie..... $\text{mg/j}$
  - Thrombolytique.....

### Membre supérieur

- TVP D  G
- TV superficielle D  G
- Pas de signe de TVP

- Thrombose veineuse en territoire atypique (porte, veines sus-hépatiques, pelvienne...)
- Thrombose veineuse de découverte fortuite lors d'une imagerie (VCI, iliaque, VCS)

### Diagnostic de gravité

- Embolie pulmonaire associée 
  - Symptomatique  De découverte fortuite
- Phlegmatia cerulea dolens

### Circonstances initiales

- MTEV provoquée
  - Chirurgie majeure  $< 3$  mois
  - Polytraumatisme ou traumatisme des mbres avec immobilisation  $< 3$  mois
  - Affection médicale aiguë/alitement-hospitalisation  $< 3$  mois
  - Grossesse ou post-partum
- MTEV sur cancer actif (diagnostic  $< 6$  mois ou traitement en cours ou métastatique)
- MTEV non provoquée
- MTEV récidivante
- MTEV de découverte fortuite
- MTEV sur site, PICC, cathéter, sonde de stimulation

### Prise en charge initiale

- Soins continus / réanimation
- Hospitalisation Conventionnelle
- Hospitalisation de Cours Séjour
- Hôpital de jour
- Ambulatoire
- Contact médecin traitant

### Traitement per os

- AVK  Molécule..... Posologie /j
- AOD  Molécule..... Posologie /j
- Contention

### Traitement de sortie

- Traitement parentéral
  - HNF  Posologie .....UI/j
  - HBPM  Molécule.....
  - Posologie ..... UI/j
  - Bid  Od
  - Fondaparinux  Posologie.....  $\text{mg/j}$
  - Thrombolytique
- Traitement per os
  - AVK  Molécule..... Posologie /j
  - AOD  Molécule..... Posologie /j
- Compression

### Conclusion initiale

- Diagnostic de TVP retenu
- Circonstances et caractéristiques :
  - Provoquée
  - Cancer actif
  - Non provoquée
  - Récidivante
  - Bilatérale ou localisation atypique
  - Asymptomatique de découverte fortuite

### Prochaine consultation

- Date.....
- .....
- Médecin.....
- .....
- Lieu.....
- .....

# ANNEXE 4

## COURRIER TYPE TVP INITIALE

Cher (chère) collègue,

Votre patient(e) Mr./Mme. .... âgé(e) de ..... a été pris(e) en charge pour une thrombose veineuse profonde. Cette thrombose a été diagnostiquée par écho-Doppler au niveau de .....

Il s'agit d'une TVP provoquée par facteur déclenchant majeur (...) (ou non provoquée), dans un contexte néoplasique (nature ou non). Enfin, il s'agit d'un 1<sup>er</sup> épisode de MTEV (ou récurrence date et nature du premier) et il n'existe pas d'antécédent (ou si) familiaux de 1<sup>er</sup> degré avec (ou sans) thrombophilie biologique connue de type .... Comme facteur de risque de maladie thrombo-embolique veineuse, on retient ...

Compte tenu de l'absence de critère formel d'hospitalisation la prise en charge thérapeutique se fera en ambulatoire (ou compte tenu de ..... le patient a été hospitalisé, du .... au .....

Il s'agit d'une EP provoquée par facteur déclenchant majeur (...) (ou non provoquée), dans un contexte néoplasique (nature ou non). Enfin, il s'agit d'un 1<sup>er</sup> épisode de MTEV (ou récurrence date et nature du premier) et il n'existe pas d'antécédent (ou si) familiaux de 1<sup>er</sup> degré avec (ou sans) thrombophilie biologique connue de type .... Comme facteur de risque de maladie thrombo-embolique veineuse, on retient ...

L'évolution clinique a été satisfaisante (ou description complication le cas échéant...). Sur le plan biologique, aucune anomalie majeure (ou ...) et la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) est de ... ml/mn.

Le traitement anticoagulant prescrit est ... à la posologie de ..., à maintenir jusqu'au ... puis prescription de ... à la posologie ... . Un suivi biologique n'est pas nécessaire avec ce traitement (ou La surveillance de ce traitement a été prescrite avec ... à renouveler pour obtenir un INR entre 2 et 3 ...). Par ailleurs, une compression veineuse (type et force) a été prescrite (ou non). Le traitement habituel est non modifié (ou modifié car variation TA, EI, interactions potentielles...) avec ...

Compte tenu du caractère provoqué (non provoqué) la durée prévisible du traitement anticoagulant est a priori de ... Cette durée sera précisée ultérieurement en consultation spécialisée.

Un livret d'information personnalisé a été remis à votre patient(e).

Nous avons demandé au patient de vous revoir en consultation à 1 semaine de l'épisode (le ...) afin de s'assurer de l'évolution clinique et du suivi thérapeutique initiale (consultation non nécessaire si hospitalisation  $\geq$  4 jours).

Une consultation de suivi spécialisée (discussion thérapeutique, étiologique et information/éducation...) est programmée à 1 mois le ... auprès du Dr ...

Une 2<sup>ème</sup> consultation spécialisée sera alors programmée à 3 ou 6 mois pour apprécier l'évolution préciser la poursuite ou pas du traitement.

En cas d'événement inattendu ou pour toute question relative à la prise en charge de votre patient, vous pouvez contacter l' « unité thrombose » au ..... En cas d'urgences, vous pouvez diriger votre patient vers le Dr ... ou le service des Urgences, le médecin urgentiste aura accès à son dossier médical.

Formule de politesse



# ANNEXE 5

## CHECK-LIST MTEV À 1 MOIS

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date consultation : ..... Date épisode : ..... Poids : ..... kg

### Rappel

- Rappel du diagnostic initial
  - EP symptomatique avec TVP
  - EP symptomatique sans TVP
  - TVP symptomatique proximale
  - TVP symptomatique distale
  - Autre topographie
  - Sévérité
    - Score de PESI.....
    - Choc hémodynamique
- Facteur de risque clinique associé
  - Non provoqué
  - Provoqué par facteur majeur  Précisez.....
  - Provoqué par facteur mineur  Précisez.....
  - Cancer  Précisez.....
- Patient toujours sous traitement : oui  non 
  - Si oui :
    - Depuis ..... semaines
    - Molécule : .....
    - Doses .....
    - INR (si AVK) .....
    - clairance créatinine (si AOD ou HBPM) : .....
    - plaquettes (si HBPM) : .....

### Décision thérapeutique

- Efficacité thérapeutique
  - Évolution des symptômes respiratoires si EP
    - Amélioration (NYHA : .....)
    - Aggravation (NYHA : .....)
    - ou récurrence documentée
  - Symptômes des membres inférieurs si TVP isolée ou associée
    - Score de Villalta : .....
    - ou récurrence documentée
- Tolérance du traitement
  - Complications hémorragiques graves ou non graves
    - Site : .....
  - Conséquences : arrêt traitement anticoagulant :
    - Non
    - Non mais filtre cave
    - Oui, transitoirement
    - Oui, définitivement
    - Oui et filtre cave
  - Effets secondaires (alopécie, RGO, allergies, etc.)
- Observance
  - Satisfaisante :
  - Non satisfaisante :
- Adéquation de prescription du traitement anticoagulant
  - Si AOD**
    - Changement de dose fait
    - Dosage de la créatinine si non fait initialement ou clairance initialement limite (30 à 50 ml/min)
  - Si AVK**
    - INR dans la zone thérapeutique  oui/non

### Si HBPM

- Plaquettes : .....
- Clairance créatinine : .....
- Adéquation de la posologie / poids
- Si filtre cave initial** : envisager retrait avant 3 mois si possible
- Traitements concomitants
  - Vérifier interactions
  - Stopper antiagrégants si inutile ou contre-indiqués
  - Stopper AINS
- Évolution du contexte clinique
  - Cancer
    - Évolution d'un cancer déjà confirmé
    - Maintien ou non d'un cathéter/CIP selon contexte
    - Confirmation d'un cancer initialement suspecté
    - Mise en évidence de points d'appel cliniques conduisant à un complément d'investigations
  - Si MTEV sous estrogènes :
    - Arrêt œstrogènes
    - Contraception alternative :
  - Si MTEV pendant la grossesse,
    - Organiser anticoagulation péri-accouchement et post-partum
  - Si chirurgie nécessaire semi-urgente,
    - Organiser anticoagulation péri-opératoire
  - Évolution d'une pathologie inflammatoire chronique présente initialement
    - Persistante stable
    - Aggravation
    - Amélioration
    - Rémission stable, non active, pas de traitement
  - Terrain familial :
    - nombre de membres de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degrés atteints : .....
    - âge de survenue : .....
    - contexte de survenue :
      - provoqué ou non,
      - contexte hormonal,
      - cancer
- Décision thérapeutique :
  - Concernant le traitement des premiers mois :
    - Poursuite à l'identique
    - Ajustement posologique
    - Modification de la molécule
  - Arrêt immédiat
  - Durée prévisible de traitement (3, 6 ou plus de 6 mois).....
- Décision d'un bilan de thrombophilie :
  - Age : à partir de 50 ans
  - Provoqué ou non
  - Antécédents personnels familiaux
  - Autre argument.....
- Information thérapeutique
  - Rappels, et bilan des acquis
  - Impact personnel sur le mode de vie
  - Impact familial (prévention, éducation aux symptômes, conseils)

# ANNEXE 6

## COURRIER TYPE MTEV À 1 MOIS

Cher (chère) collègue,

Comme convenu, votre patient(e), Mr (Mme, Melle) ....., né(e) le....., a été vu(e) en consultation le (date) à 1 mois de son épisode thrombotique veineux.

Pour rappel, il s'agissait d'une première (récidive de) TVP, EP, TVP + EP, provoquée par ..... (non provoquée) ou dans un contexte de néoplasie. Le traitement prescrit initialement était ....., poso.

L'évolution jusqu'ici a été satisfaisante, sans argument pour une récurrence thrombotique ni pour une complication hémorragique.

Décrire l'évolution des symptômes et signes cliniques initiaux (persistance ou disparition de dyspnée, douleur thoracique..., si TVP : œdème, douleur...).

Parallèlement, il n'y a pas d'élément orientant vers une pathologie néoplasique sous-jacente. Ou décrire l'évolution ou les éléments faisant suspecter une néoplasie sous-jacente : signes généraux, récurrence ou extension, hémorragie, autre événement intercurrent, découverte d'élément pour un cancer....

Si contexte de contraception oestroprogestative : la contraception par ... a bien été arrêtée. Les alternatives ont été discutées avec la patiente. Elle envisage (forme de contraception), quand ? avec qui ? (médecin généraliste, gynéco, nous ?).

Autres spécificités ? Grossesse ? Post-partum ?

Compte tenu du caractère (non) provoqué, des antécédents personnels ou familiaux (ou de l'absence de), un bilan de thrombophilie est (n'est pas) nécessaire. Il sera réalisé le ... après ... d'arrêt du traitement.

Le traitement anticoagulant par .... est bien supporté (n'a pas été bien supporté (raison) et a été modifié pour ... ). (si AVK) L'équilibre est satisfaisant (difficile) comme en témoigne les INR. Il est poursuivi à l'identique (ou modifié).

La compression veineuse est maintenue, interrompue, modifiée pour...

Le traitement concomitant a été vérifié et n'est pas modifié (ou modifié car variation TA, EI, interactions potentielles...avec ...).

Le (la) patient(e) a bénéficié d'une séance d'éducation thérapeutique.

Compte tenu du contexte, le risque de récurrence est faible (important) et la durée minimum prévisible du traitement anticoagulant est de.....

Une 2<sup>ème</sup> consultation spécialisée est prévue dans 2 ou 4 mois pour (apprécier le retentissement cardiaque et pulmonaire de l'EP) et préciser la durée optimale du traitement.

En cas d'événement inattendu ou pour toute question relative à la prise en charge de votre patient, vous pouvez contacter l' « unité thrombose » au ..... En cas d'urgences, vous pouvez diriger votre patient vers le Dr ... ou le service des Urgences, le médecin urgentiste aura accès à son dossier médical.

Formule de politesse

# ANNEXE 7

## CHECK-LIST MTEV À 6 MOIS

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe : M F Age ..... ans Poids : ..... kg Date de diagnostic EP : .....  
 Date de consultation : ..... Médecin consultant.....

### Résultats de l'enquête étiologique

- MTEV provoquée
  - Chirurgie majeure < 3 mois
  - Polytraumatisme ou traumatisme des mbres avec immobilisation < 3 mois
  - Affection médicale aiguë/alitement-hospitalisation <3 mois
- MTEV sur cancer actif (diagnostic < 6 mois ou traitement en cours ou métastatique)
- Recherche de cancer
  - Non réalisée
  - Réalisée et négative
  - Néoplasie retrouvée : localisation .....
- Mise en évidence d'une thrombophilie biologique : 
  - Non réalisée
  - Thrombophilie majeure\*
  - \*déficit significatif en inhibiteurs:
    - SAPL; mutés homozygotes ou doubles hétérozygotes
  - Thrombophilie mineure
- MTEV non provoquée

FeVG .....  
 Test de marche de 6' : distance : .....  
 EFR ..... VEMS ..... VEMS/CVF .....  
 CPT ..... DLCO ..... DLCO/VA .....  
 Recherche d'hypertension pulmonaire thrombo-embolique ?

### Évaluation des séquelles de TVP

- Symptomatologie des MI ?
- Si oui, score de Villalta .....
- Échographie veineuse des MI :  
 séquelles (siège).....

### Décision thérapeutique

- Traitement anticoagulant poursuivi? Oui  Non
- Si oui, molécule ..... Posologie ...../j
- Date de la prochaine consultation thrombose.....
- Si oui, raison.....

### Conclusion visite

- Conclusion étiologique :
  - Provoquée
  - Cancer actif
  - Non provoquée
  - Récurrente
- Complication intercurrente : Oui  Non
- Hémorragie
- Récidive thrombo-embolique
- Dyspnée persistante
- Etiologie .....
- Séquelle MI
- Poursuite du traitement anticoagulant : Oui  Non
- Nature ..... Posologie ...../j
- Suivi biologique nécessaire ..... Fréquence.....
- Indication de réévaluation à distance du traitement :
- Autre traitement introduit :
  - Nature..... Posologie ...../j
- Nouvelle consultation « thrombose » : Oui  Non

### Évolution thérapeutique depuis tableau initial

- Traitement anticoagulant poursuivi
- Traitement parentéral :
- Nature ..... Posologie ...../j
- AOD  Nature ..... Posologie ...../j
- AVK  Nature..... Posologie ...../j
- Autre  Nature ..... Posologie...../j

### Complications hémorragiques depuis tableau initial

Date .....  
 Localisation : .....  
 Facteurs favorisants.....  
 Traitement anticoagulant repris : ..... - date .....  
 Nature ..... Posologie..... /j

### Récidive thrombo-embolique depuis tableau initial

Date .....  
 Localisation : .....  
 Examen diagnostique.....  
 Facteurs favorisants.....  
 Modification thérapeutique : ..... - Nature..... Posologie ..... /j

### Évaluation des séquelles d'EP

- Dyspnée persistante ou apparue
- Si oui, NYHA ..... Signes d'IVD ?
- Scintigraphie V/Q : séquelles perfusionnelles .....
- Pourcentage d'obstruction : .....
- ETT : PAPs ..... VD/VG ..... TAPSE .....

# ANNEXE 8

## CHECK-LIST MTEV APRÈS 6 MOIS

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe : M F Age ..... ans Poids : ..... kg Date de diagnostic de la MTEV : .....  
 Date de consultation : ..... Médecin consultant.....

### Rappel

- Rappel du diagnostic initial :
  - EP symptomatique avec TVP
  - EP symptomatique sans TVP
  - TVP symptomatique proximale
  - TVP symptomatique distale
  - Autre topographie
  - Sévérité

Score de PESI.....

Choc hémodynamique

- Facteur de risque clinique associé
  - Non provoqué
  - Provoqué par facteur majeur  Précisez.....
  - Provoqué par facteur mineur  Précisez.....
  - Cancer  Précisez.....

- Patient toujours sous traitement : oui  non

Si oui :

Depuis ..... mois

Molécule : .....

Doses .....

INR (si AVK) .....

clairance créatinine (si AOD ou HBPM) : .....

plaquettes (si HBPM) : .....

### 1- Si traitement anticoagulant en cours : ré-évaluation de la balance bénéfique/risque

#### Symptômes liés à la MTEV

- Si EP

Dyspnée résiduelle : oui  non

Si oui NYHA : .....

Programmation d'un bilan complémentaires :

- Rechercher HTP-postEP (scintigraphie pulmonaire de ventilation perfusion, échographique cardiaque en première intention)
- Autre : RxP, ECG, épreuve d'effort respiratoire ¶

HTAPpostEP confirmée : oui  non

- Si non, et suspectée, compléter les investigations
- Si oui, décision pluridisciplinaire, avis centre de référence de l'HTAP

Récidive d'EP : oui  non

- Si TVP (isolée ou associée)

Score de Villalta.....

Si > 5 : recherche les facteurs aggravants (obésité, sédentarité, pathologie veineuse non thrombotique...) : .....

Récidive de TVP

Données cliniques autres :

Éléments cliniques en faveur d'une néoplasie : Oui  Non

Si oui, complément d'investigations à programmer

### Point sur les facteurs de risque personnels

- Persistance d'un facteur de risque (pathologie inflammatoire)

- Anticipation sur des situations à risque à venir :

Chirurgie

Grossesse

Contraception

Voyages (avion, voiture, train)

Cancer récemment diagnostiqué :

Reprise / poursuite anticoagulants ?

- Rappel éducatif sur les signes de récides de MTEV (EP/TVP)

- Complément de bilan thrombophilique (selon arrêt ou non traitement et autres raisons)

### Point sur les facteurs de risque familiaux

- Revoir la quantification du risque familial selon la nature de l'épisode thrombo-embolique (provoqué ou non, âge < 50 ans, résultats de bilan thrombophilique, autre)

- Anticipation sur des situations à risque à venir :

Chirurgie

Grossesse

Contraception

Voyages (avion, voiture, train)

- Complément de bilan thrombophilique chez les membres au premier degré

### Mode de vie

- Activités sportives, voyages, autres (précautions, limitations)

- Profession (si changement, souhaits...)

- Retentissement au quotidien (limitations, craintes, anxiété)

Lié à la MTEV

Lié au traitement anticoagulant

### Observance et tolérance du traitement anticoagulant

- Observance

Satisfaisante : Oui  Non

Si non:

Si AVK et problème des INR, variations doses

Si AOD : si 2 prises, laquelle est la mieux prise

# ANNEXE 9

## COURRIER TYPE EP À 3 OU 6 MOIS

Cher (chère) collègue,

Votre patient(e), Mr (Mme) ..., âgé(e) de ... a été vu(e) en consultation « thrombose » le ... à 6 mois (3 mois) du diagnostic d'une embolie pulmonaire (EP) associée (ou non) à une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (ou autre localisation) unilatérale (droite ou gauche, ou bilatérale), proximale (donner la localisation) (ou distale). Cette EP était initialement non grave (ou de gravité intermédiaire avec retentissement ventriculaire droit ou EP grave) et confirmée par TDM (ou scintigraphie).

Sur le plan étiologique, les facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse suivants ont été retrouvés : (décrire). La recherche d'une néoplasie occulte était négative (ou les points d'appel suivants (décrire)) nous ont conduit à réaliser le bilan complémentaire suivant (décrire) qui a permis de diagnostiquer une néoplasie (décrire). Il s'agit donc d'une EP provoquée par un facteur déclenchant majeur (ou non provoquée, ou associée à une néoplasie (nature, sous traitement ou non)). Il s'agit d'un 1<sup>er</sup> épisode de maladie thrombo-embolique veineuse (ou récurrence, nature du premier et contexte de survenue). Enfin, il n'existe pas d'antécédent (ou si) familiaux de 1<sup>er</sup> degré avec (ou sans) thrombophilie biologique connue de type (décrire).

Le traitement anticoagulant prescrit est (décrire) à la posologie de (décrire). La tolérance et l'observance du traitement anticoagulant sont bonnes (ou pas bonnes). La surveillance biologique du traitement montre : (stabilité INR si AVK, clairance de créatinine (Cockcroft et Gault) si ADO). Il n'y a pas eu de complication hémorragique (ou le patient a présenté le (date) les complications hémorragiques suivantes (décrire) ayant conduit aux modifications thérapeutiques suivantes (décrire), les causes suivantes ont été retrouvées (décrire : surdosage, interaction méd, traumatisme, chirurgie...).

L'évolution clinique a été satisfaisante. Le (la) patient(e) ne présente pas de dyspnée résiduelle ni de symptômes aux membres inférieurs (score de Villalta) (ou le patient garde une dyspnée résiduelle (classe fonctionnelle NYHA) associée (ou non) à des signes d'insuffisance cardiaque droite et à des symptômes aux membres inférieurs (score de Villalta)). La persistance de ces symptômes a conduit à réaliser les examens complémentaires suivants dont voici les résultats :

- Scintigraphie V/Q : présence (ou absence) de séquelles perfusionnelles, le pourcentage d'obstruction résiduelle est estimée à (score de Meyer)
- Echocardiographie : PAPs VD/VG TAPSE FeVG
- Test de marche de 6' : distance
- Echographie veineuse des MI : séquelles (siège)
- Epreuves fonctionnelles respiratoires : VEMS, VEMS/CVF, CPT, DLCO, DLCO/VA

OU BIEN : La persistance de ces symptômes nécessite la réalisation d'un bilan complémentaire à la recherche d'une hypertension pulmonaire post-embolique et/ou d'un syndrome post-thrombotique. (une 2<sup>ème</sup> lettre faite avec les résultats du bilan).

Au terme de cette évaluation, le traitement anticoagulant a été interrompu (à 3 mois pour 1<sup>ère</sup> MTEV provoquée, à 6 mois pour 1<sup>ère</sup> MTEV non provoquée sans gravité initiale et sans symptômes ni séquelles thrombotiques (à discuter)). Les traitements suivants ont été réintroduits (antiagrégants plaquettaires...). Le port d'une contention veineuse n'est pas nécessaire (ou est nécessaire). Les conseils suivants ont été donnés au patient (Cs en cas de suspicion de récurrence, contraception, prévention dans situation à risque : grossesse, voyages > 6h, chirurgie majeure).

OU BIEN : Au terme de cette évaluation, le traitement anticoagulant a été poursuivi par (molécule) à la posologie de ... . Un suivi biologique n'est pas nécessaire (ou : la surveillance de la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) est nécessaire 4 mois chez le sujet fragile, le traitement doit être interrompu si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min ; la surveillance de l'INR reste indispensable au minimum une fois par mois (objectif d'INR entre 2 et 3)). Le port d'une contention veineuse n'est pas nécessaire (ou est nécessaire).

Une réévaluation annuelle du rapport risque bénéfique de la poursuite du traitement anticoagulant est indispensable. Dans ce sens, votre patient(e) sera revu(e) en consultation spécialisée « thrombose » le ... auprès du Dr ... .

En cas d'événement inattendu ou pour toute question relative à la prise en charge de votre patient, vous pouvez contacter l' « unité thrombose » au ..... En cas d'urgences, vous pouvez diriger votre patient vers le Dr ... ou le service des Urgences, le médecin urgentiste aura accès à son dossier médical.

Formule de politesse

# ANNEXE 10

## COURRIER TYPE TVP À 6 MOIS

Cher (chère) Confrère

Votre patient (e) âgée .....a été revu(e) en consultation dans le cadre du suivi à 6 mois de sa thrombose veineuse des membres inférieurs (ou autre localisation) unilatérale (droite ou gauche, ou bilatérale), proximale (donner la localisation) (ou distale). Cette TVP était initialement non grave et confirmée par écho-doppler. Cette thrombose n'était pas associée à des manifestations d'embolie pulmonaire.

Sur le plan étiologique, les facteurs favorisants de maladie thrombo-embolique veineuse suivants ont été retrouvés : (décrire). Compte tenu du terrain, des circonstances de survenue et de l'évolution un bilan étiologique complémentaire (décrire) a été réalisé (n'était pas nécessaire). La recherche d'une anomalie sous jacente était négative (ou les points d'appel suivants (décrire) nous ont conduit à réaliser le bilan complémentaire suivant (décrire) qui a permis de diagnostiquer une néoplasie (décrire). Enfin, il n'existe pas d'antécédent (ou si) familiaux de 1er degré avec (ou sans) thrombophilie biologique connue de type (décrire). Au regard de ces données, il s'agit d'une TVP provoquée par un facteur déclenchant majeur (ou non provoquée, ou associée à une néoplasie (nature, sous traitement ou non)). Il s'agit d'un 1er épisode de maladie thrombo-embolique veineuse (ou récurrence date, nature du premier et contexte de survenue).

Le traitement anticoagulant prescrit était (décrire) à la posologie de (décrire). La tolérance et l'observance du traitement anticoagulant sont bonnes (ou pas bonnes). La surveillance biologique du traitement montre : (stabilité INR si AVK, clairance de créatinine (Cockcroft et Gault) si ADO). Il n'y a pas eu de complication hémorragique (ou le patient a présenté le (date) les complications hémorragiques suivantes (décrire) ayant conduit aux modifications thérapeutiques suivantes (décrire), les causes suivantes ont été retrouvées (décrire : surdosage, interaction méd, traumatisme, chirurgie...).

L'évolution clinique a été satisfaisante. Le (la) patient(e) ne présente pas de symptômes aux membres inférieurs (ou le patient garde des symptômes aux membres inférieurs).

L'écho-doppler de contrôle retrouve des séquelles de thrombose (ou non), et une insuffisance veineuse profonde (ou non).

Les données cliniques et écho-doppler sont en faveur (ou non) du maintien de la contention.

Au terme de cette évaluation, le traitement anticoagulant a été interrompu (à 3 mois pour 1<sup>ère</sup> MTEV provoquée, à 6 mois pour 1<sup>ère</sup> MTEV non provoquée sans gravité initiale et sans symptômes ni séquelles thrombotiques (à discuter)). Les traitements suivants ont été réintroduits (antiagrégants plaquettaires...). Les conseils suivants ont été donnés au patient (Cs en cas de suspicion de récurrence, contraception, prévention dans situation à risque : grossesse, voyages > 6h, chirurgie majeure).

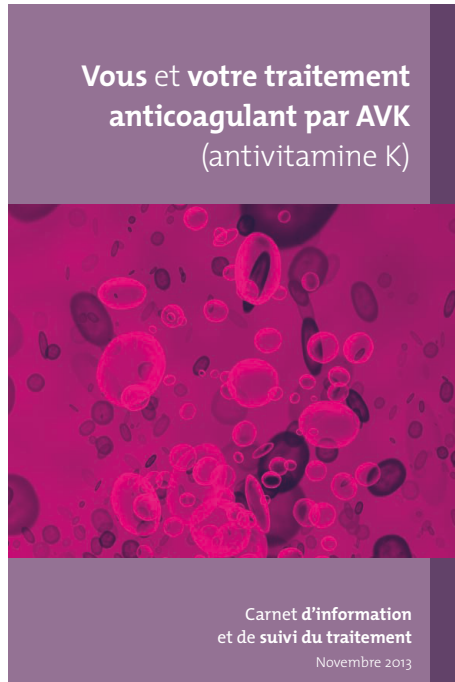
Au terme de cette évaluation, le traitement anticoagulant a été poursuivi par (molécule) à la posologie de .... Un suivi biologique n'est pas nécessaire (ou : la surveillance de la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) est nécessaire tous les 4 mois chez le sujet fragile, le traitement doit être interrompu si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min ; la surveillance de l'INR reste indispensable au minimum une fois par mois (objectif d'INR entre 2 et 3)). Une réévaluation annuelle du rapport risque bénéfice de la poursuite du traitement anticoagulant est indispensable.

En cas d'événement inattendu ou pour toute question relative à la prise en charge de votre patient, vous pouvez contacter l' « unité thrombose » au ..... En cas d'urgences, vous pouvez diriger votre patient vers le Dr ... ou le service des Urgences, le médecin urgentiste aura accès à son dossier médical.

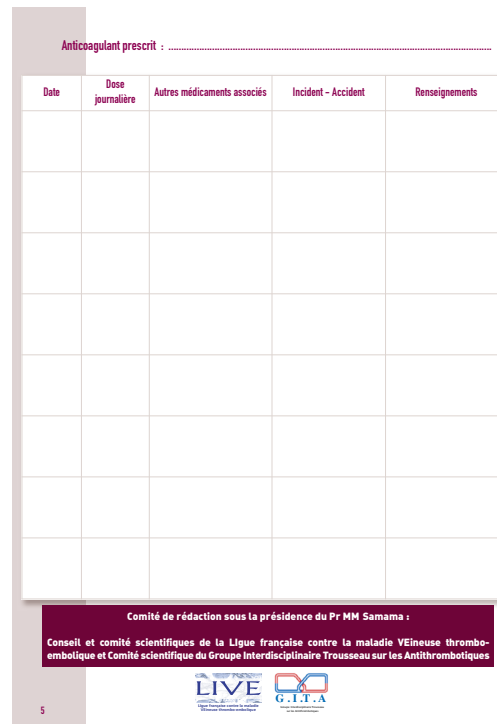
Formule de politesse

# ANNEXE 11

## LES CARTES ANSM ET GITA-LIVE



Date	Dose journalière avant la prise de sang	INR	Dose journalière modifiée après INR (si nécessaire)



16

[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/08415377cc531f333b3791c50ac722c6.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/08415377cc531f333b3791c50ac722c6.pdf)

5

<http://www.gita-thrombose.org/>



# ANNEXE 12

## EXEMPLE DE BROCHURE PATIENT POUR LA MTEV (TVP ET EP) : UN LIVRET POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Médecin référent médecine générale ..... Tél : .....  
Médecin référent thrombose ..... Tél : .....  
Pharmacien référent habituel ..... Tél : .....  
Date de diagnostic MTEV : .....  
Traitement : Molécule ..... Posologie ..... /j pendant ..... jours puis ..... /j  
Surveillance : .....  
Traitements associés : .....

### QU'EST-CE QUE LA PHLÉBITE ?

La phlébite ou thrombose veineuse profonde est liée à la formation d'un caillot de sang (ou thrombus) qui bouche une veine. Elle survient le plus souvent dans une veine des jambes, mais elle peut survenir sur presque toutes les veines de l'organisme (bras, cerveau, tube digestif, reins, etc.). Les veines superficielles, sous la peau, peuvent aussi être touchées par une phlébite, on parle alors de phlébite superficielle. Les phlébites commencent souvent dans les veines du mollet au niveau de petites valves ou valvules qui évitent au sang de faire marche arrière. Une fois formé, le caillot peut devenir important, allant jusqu'à boucher toute la longueur des veines d'une jambe.

Les conséquences d'une phlébite profonde sont alors triples :

1. Elle entraîne souvent une douleur de la jambe, associée à un œdème (gonflement) et une augmentation de la chaleur du membre et à un aspect rouge de la peau. Ces signes ne sont pas toujours présents et ils peuvent aussi se voir dans d'autres pathologies, ce qui rend le diagnostic de la phlébite difficile et souvent retardé.
2. Le caillot dans la veine de la jambe peut se détacher, remonter dans les veines jusqu'au cœur, le traverser et atteindre les artères au niveau du poumon : c'est l'embolie pulmonaire. L'embolie pulmonaire fait toute la gravité des phlébites, car si les caillots ayant migré dans les artères du poumon sont nombreux et/ou volumineux, l'embolie pulmonaire peut entraîner une asphyxie mortelle du patient.
3. Des séquelles de phlébite peuvent apparaître lorsque celle-ci est négligée ou diagnostiquée trop tardivement, et représentent un handicap gênant pour le malade. Ces séquelles prennent

la forme d'un œdème plus ou moins chronique de la jambe, qui peut s'associer à des troubles cutanés et à des ulcères, c'est la maladie post-phlébitique.

Les phlébites des veines superficielles sont moins graves. En effet, les phlébites des veines superficielles se compliquent exceptionnellement d'embolie pulmonaire. Elles se manifestent par un cordon rouge dur et douloureux, juste sous la peau au niveau des jambes. Elles peuvent survenir dans des veines superficielles normales ou des veines dilatées (les varices).

Les varices, qui sont très fréquentes, ne sont pas des phlébites, mais peuvent parfois se compliquer de phlébite superficielle.

### QU'EST-CE QUE L'EMBOLIE PULMONAIRE ?

L'embolie pulmonaire est une complication grave de la phlébite. L'embolie pulmonaire résulte de la migration d'un caillot sanguin (thrombus) dans l'artère pulmonaire qui émerge de la partie droite du cœur (ventricule droit) et se dirige vers les poumons où elle se divise progressivement en vaisseaux de plus en plus fins. Le caillot ne se forme pas dans cette artère, mais dans une veine, le plus souvent dans une veine des jambes. Les parties du caillot qui se sont détachées de la veine sont entraînées dans le poumon qui sert de filtre et empêche les caillots issus des veines de passer dans la grande circulation.

La particularité est que la phlébite à l'origine de l'embolie pulmonaire peut passer totalement inaperçue. En effet, lorsqu'il ne perturbe pas le flux sanguin, le caillot ne donne pas de douleur, ni d'autre signe local. L'embolie pulmonaire est donc la complication



de la phlébite, que le malade ait présenté des symptômes ou non.

Les symptômes de l'embolie pulmonaire sont principalement respiratoires. Les signes les plus fréquents lors d'une embolie pulmonaire sont :

- une douleur thoracique (point de côté) ;
- un essoufflement qui peut survenir de façon inattendue, à l'effort, voire au repos ;
- des crachats sanglants (appelés hémoptysie).
- Il peut s'y associer un peu de fièvre, de la toux et parfois des malaises, voire des syncopes.

Attention, ces symptômes peuvent être transitoires au moment de la migration du caillot et peuvent disparaître, puis réapparaître quelques heures ou quelques jours plus tard, lors d'une nouvelle migration.

### **QUELS SONT LES FACTEURS FAVORISANTS ?**

La fréquence des phlébites augmente beaucoup avec l'âge. Rares avant la fin de l'adolescence, leur fréquence augmente surtout après l'âge de 50 ans. C'est une pathologie relativement fréquente chez les personnes de plus de 70 ans.

Une embolie pulmonaire peut survenir de façon spontanée, comme une phlébite sans facteur favorisante et sa fréquence augmente avec l'âge ; elle est exceptionnelle chez l'enfant.

Il existe des facteurs connus pour favoriser la survenue des phlébites et embolies pulmonaires. Les facteurs qui favorisent leur survenue sont principalement :

- la chirurgie, surtout quand elle s'associe à une immobilisation ;
- les traumatismes des jambes (fractures) avec une immobilisation ou un plâtre ;
- le fait de rester au lit plusieurs jours, pour une maladie infectieuse, un problème pulmonaire ou cardiaque ;
- les cancers, qui peuvent augmenter la coagulation du sang (formation de caillot) ;
- la prise d'hormones présentes dans certaines pilules contraceptives ou les traitements de la ménopause, en particulier ceux qui sont administrés par voie orale ;
- la grossesse et les semaines qui suivent l'accouchement, surtout en cas de césarienne ou de complications ;
- certains facteurs héréditaires (familiaux) d'importance variable ;
- les voyages longs, par exemple de plus de 4 heures, favorisent aussi les phlébites, surtout si on reste assis dans un espace inconfortable et limité, sans se lever toutes les deux heures environ.

C'est pourquoi un traitement anticoagulant préventif est souvent administré dans ces circonstances.

### **COMMENT TRAITER PHLÉBITE ET EMBOLIE PULMONAIRE ?**

Le traitement de la phlébite et d'embolie pulmonaire repose sur l'administration d'anticoagulant.

Des saignements, plus ou moins importants, sont le principal risque de tout traitement anticoagulant. Vous pouvez prévenir les accidents hémorragiques en limitant le risque de traumatisme et de chute, en évitant les sports dangereux et en évitant la prise de certains médicaments courants comme l'aspirine et les médicaments contenant l'acétylsalicylique, les anti-inflammatoires, excepté s'ils vous ont été prescrits par votre médecin.

Il vous faudra indiquer à tout personnel de santé que vous êtes sous traitement anticoagulant en précisant le nom du médicament.

Il existe 2 types de traitement anticoagulant :

- Les antivitamines K ou AVK, utilisés depuis plus de 50 ans, qui agissent au niveau du foie, en bloquant la production des facteurs de la coagulation, ce qui nécessite plusieurs jours avant d'atteindre le bon équilibre : cet équilibre est surveillé par l'INR (idéalement entre 2 et 3), mesuré tous les mois (ou même plus souvent) par un dosage sanguin
- Les anticoagulants oraux directs ou AOD, une alternative apparue depuis 5 ans, qui agissent eux directement dans le sang, en bloquant l'efficacité de ces mêmes facteurs de la coagulation, et avec donc une action beaucoup plus rapide (en moins de 2 heures), plus brève (de 24h), et très prévisible autorisant une dose fixe : la prise doit être très régulière, chaque jour.

### **LA CARTE DE SURVEILLANCE : QUEL RÔLE ?**

Avec votre traitement anticoagulant, il vous a été remis une carte de surveillance du patient (recto-verso, pour les AOD), ou un carnet d'information et de suivi du traitement (en 20 feuillets, pour les AVK).

Cette carte contient des informations importantes concernant votre traitement.

Lisez-la attentivement et gardez-la sur vous pendant toute la durée de votre traitement afin d'avoir toujours ces informations à disposition.

Montrez cette carte à tout professionnel de santé que vous seriez amené à consulter (médecin, pharmacien, biologiste, infirmière, dentiste, kinésithérapeute...).

# ANNEXE 13

## AUTOTEST DE CONNAISSANCE

### AUTOTEST DE CONNAISSANCE

#### Objectifs pour les patients sous Antivitamine K :

1. Citer le nom de l'anticoagulant prescrit
2. Manipuler son comprimé sécable
3. Expliquer le lien entre le médicament et la maladie (mode d'action)
4. Réaliser le suivi biologique de façon adaptée : rythme, suivi et retranscrire les résultats dans le carnet de suivi
5. Citer son INR cible
6. Identifier les risques de non prise, de surdosage, de sous-dosage
7. Reconnaître les signes de saignement et adopter la bonne conduite
8. Repérer les modifications inhabituelles de son état de santé (signes d'accident vasculaire cérébral, de phlébite, de récurrence d'embolie pulmonaire)
9. Adapter son mode de vie au traitement (activités physiques, loisirs, suivi médical)
10. Informer les autres professionnels de santé de ce traitement
11. Adapter sa conduite à tenir en cas de oubli, d'erreur de prise, de voyage, de chirurgie, de soins dentaires, d'un INR hors zone cible.
12. Citer les médicaments à prendre et à éviter (interactions médicamenteuses)

#### Objectifs pour les patients sous AOD :

1. Citer le nom et la dose de l'anticoagulant prescrit
2. Planifier la prise du traitement (1 fois ou 2 fois / jour, pendant les repas ou non)
3. Expliquer le lien entre le médicament et la maladie (mode d'action)
4. Réaliser le suivi biologique de façon adaptée (créatinine et numération formule sanguine au moins 2 fois /an)
5. S'approprier la carte de surveillance remise à l'initiation du traitement
6. Identifier les risques encourus par la non prise de l'anticoagulant
7. Reconnaître les signes de saignement et adopter la bonne conduite
8. Repérer les modifications inhabituelles de son état de santé (signes d'accident vasculaire cérébral, de phlébite, de récurrence d'embolie pulmonaire)
9. Adapter son mode de vie au traitement (activités physiques, loisirs)
10. Informer les autres professionnels de santé de ce traitement
11. Mettre en place une conduite adaptée en cas de oubli, d'erreur de prise, de voyage, de chirurgie, de soins dentaires
12. Citer les médicaments à prendre et à éviter (interactions médicamenteuses)

# ANNEXE 14

## ÉVALUATION DE LA OBSERVANCE EN CONSULTATION

QUESTIONNAIRE DE MORISKY EN 8 POINTS					
				OUI	NON
Vous arrive-t-il quelquefois d'oublier de prendre vos médicaments anticoagulants ?					
Il arrive que des personnes ne prennent pas leurs médicaments pour des raisons autres que l'oubli. Pensez aux 2 dernières semaines, vous est-il arrivé au moins un jour de ne pas prendre vos médicaments anticoagulants ?					
Vous est-il déjà arrivé de diminuer ou d'arrêter de prendre votre traitement sans le dire à votre médecin, parce que vous vous sentiez plus mal lorsque vous le preniez ?					
Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter avec vous vos médicaments anticoagulants ?					
Avez-vous pris vos médicaments anticoagulants hier ?					
Lorsque vous sentez que votre problème de santé est maîtrisé, vous arrive-t-il de stopper votre traitement anticoagulant ?					
Prendre son traitement tous les jours constitue une vraie gêne pour certains patients. Vous arrive-t-il, quelquefois, de ne pas supporter de prendre votre traitement anticoagulant ?					
Combien de fois avez-vous eu des difficultés à vous rappeler de prendre votre traitement anticoagulants ?	jamais ou rarement	De temps à autre	Pafois	Fréquemment	Tout le temps
<b>Réponses :</b> <b>observance excellente : 8/8</b> <b>observance moyenne : 6 ou 7/8</b> <b>observance insuffisante : 5/8</b>					

# ANNEXE 15

## GLOSSAIRE

<b>GLOSSAIRE</b>	
<b>Langage médical</b>	<b>Langage commun</b>
Thrombus	Caillot de sang
Thrombus dans une veine	Phlébite
Thrombose veineuse profonde ou TVP	Phlébite d'une veine profonde
Thrombose veineuse superficielle	Phlébite superficielle que l'on appelait autrefois para-phlébite
Varice	Veine dilatée du fait du mauvais fonctionnement des valvules
Membre inférieur ou MI	« Jambe » en fait = 3 parties anatomiques : la cuisse, le genou, la jambe
Maladie veineuse thrombo-embolique ou MTEV	Maladie associant phlébite et/ou embolie pulmonaire
Embolie	Migration d'un caillot de sang dans la circulation sanguine
Embolie pulmonaire ou EP	Migration d'un caillot de sang dans les artères pulmonaires
Accident vasculaire cérébral ou AVC	Lésion cérébrale irréversible par occlusion d'une artère cérébrale
Accident ischémique transitoire ou AIT	Occlusion temporaire d'une artère cérébrale sans lésion cérébrale définitive
AVK	Les antivitamines K
AOD	Les anticoagulants oraux directs
INR	International normalized ratio : contrôle de l'efficacité du traitement par AVK
TP	Taux de prothrombine : ancienne mesure pour les AVK, abandonnée car moins fiable
NFS	numération formule sanguine

# ANNEXE 16

## PARTICIPANTS À LA RÉUNION DE DISCUSSION :

### Chairmen :

Pr HERVE DECOUSUS Médecine thérapeutique  
Pr DOMINIQUE MOTTIER Médecine interne

### Modérateurs :

Pr ALESSANDRA BURA RIVIERE Médecine vasculaire  
Pr EMILE FERRARI Cardiologie  
Pr ISABELLE MAHE Cardiologie  
Pr GUY MEYER Pneumologie  
Pr PIERRE MORANGE Hématologie  
Pr ISABELLE QUERE Médecine interne

### Participants :

Dr PHILIPPE ADMANT Cardiologie  
Dr MARIE ANNICK AFFRET DIRER Urgences  
Dr JEAN PHILIPPE ALARY Cardiologie  
Dr KONATE AMADOU Médecine interne  
Pr DENIS ANGOULVANT Cardiologie  
Dr BERNARD ANTETOMASO Médecine vasculaire  
Dr MONIA AOUSJI Cardiologie  
Dr YANNICK AUFFRET Urgences  
Dr Jérôme AULAGNIER Urgences  
Dr JACQUES BALLOUT Cardiologie  
Dr FREDERIC BATTIST Urgences  
Dr RAFIK BELHADJ CHAIDI Médecine vasculaire  
Dr OMAR BELKHODJA Urgences  
Dr LORENN BELLAMY Anesthésie-réanimation  
Dr DANIELE BENADIBA Cardiologie  
Dr YGAL BENHAMOU Médecine interne  
Dr TOUFEK BERREMILI Médecine vasculaire  
Dr MARC BERSOU Urgences  
Dr PASCAL BILBAULT Urgences  
Dr GILLES BLAISON Médecine interne  
Dr CHRISTOPHE BONNIN Médecine vasculaire  
Dr LARBI BOUDAOUH Hématologie  
Pr JACQUES BOUGET Urgences  
Dr CARINE BOULON FERJOUX Médecine interne et vasculaire  
Dr DOMINIQUE BRISOT Médecine vasculaire  
Dr ERIC CAILLIEZ Médecine générale  
Dr ELISE CAMILLERI Cardiologie  
Dr MATHIAS CANAPLE Médecine interne  
Dr NADINE CASTELLA Cardiologie  
Dr LAURENT CHAPOUTOT Cardiologie  
Dr SAIDA CHEGGOUR EL BOUAZZAOUI Cardiologie  
Dr MOHAMED ILYES CHERMI Médecine interne  
Dr JOELLE ILANA COHEN POGNOT Médecine vasculaire  
Dr MICHEL COMBIER Cardiologie  
Dr JEROME CONNAULT Médecine interne  
Pr JOEL CONSTANS Médecine interne et vasculaire

Dr DOMINIQUE COPPIN Urgences  
Dr PATRICIA COSTA Médecine vasculaire  
Pharmacien VALERIE DANIEL Pharmacie  
Dr FRANCOIS DANY Cardiologie  
Dr AURELIEN DELLUC Médecine interne  
Dr DELPHINE DELSENY Cardiologie  
Dr PASCAL DESHAYES Cardiologie  
Dr HELENE DESMURS CLAVEL Médecine interne  
Dr SALIHA DIEF Médecine vasculaire  
Pr LUDOVIC DROUET Hématologie  
Dr ELISABETH DUHAMEL Médecine interne  
Dr SABRINA DUMINIL LEGRAND Médecine vasculaire  
Dr REMY DUMONT Urgences  
Dr FLORENCE DURUP Cardiologie  
Dr JOANNA DUTHEIL Cardiologie  
Dr DOMINIQUE EL KOURI Médecine interne  
Dr MOHAMMED EL MOUDEN Urgences  
Dr ANTOINE ELIAS Médecine interne et vasculaire  
Dr NICOLAS FALVO Médecine interne  
Dr ANNE MARIE FISCHER Hématologie  
Dr JEAN PHILIPPE GALANAUD Médecine interne  
Dr CARLOS GARIJO Urgences  
Dr ANAIS GAUFER Urgences  
Dr VALENTINE GAUTIER Cardiologie  
Dr MARIE CLAIRE GAYANT Urgences  
Dr PARINAZ GHAFARI Médecine vasculaire  
Dr PHILIPPE GIRARD Pneumologie  
Dr ISABELLE GIRAUD Urgences  
Dr MARC GORALSKI Cardiologie  
Pharmacien ISABELLE GOUIN THIBAUT Hématologie  
Dr LILA GUEBLI Urgences  
Dr OLIVIER GUIRAUDET Cardiologie  
Dr TIPHAIN GUY Pneumologie  
Dr AMER HAMADE Médecine vasculaire  
Dr DIDIER HONNART Urgences  
SYLVIE JACCARD BEAUDOUIN Pharmacie  
Dr ROMAIN JACQUET Médecine vasculaire  
Dr PATRICK JEGO Médecine interne  
Dr THIERRY JOSEPH Cardiologie  
Dr FREDERIC JULIA Urgences  
Dr KOOBHIRAJ KALLEE Médecine interne  
Dr MOUHAMEZ KANNASS Urgences  
Dr SEBASTIEN KEREBEL Cardiologie  
Dr MEHDI KHELLAF Urgences  
Dr SERGE KOWNATOR Cardiologie  
Dr MARC LAMBERT Médecine interne  
Pr NICOLAS LAMBLIN Cardiologie  
Dr PATRICK LANOYE Cardiologie  
Dr JEAN YVES LARDEUR Urgences  
Dr CLAIRE LE HELLO Médecine vasculaire  
Dr JULIE LE SCANFF MESTRALLET Médecine interne

Dr AURELIEN LECLERC Médecine vasculaire  
Dr IRÈNE-ALEXIA LEFORT Urgences  
Dr PATRICE LEGARCON Médecine vasculaire  
Dr CLAUDE LEMOINE Cardiologie  
Dr CHRISTOPHE LENAERS Médecine interne  
Dr LASZLO LEVAI Cardiologie  
Dr FANNY LORCERIE Médecine vasculaire  
Dr DANIEL M BEY Cardiologie  
Dr BETTY MAGNOU Médecine vasculaire  
Dr GUILLAUME MAHE Médecine vasculaire  
Dr VLADIMIR MANSOUR Urgences  
Dr CATHERINE MARTINEZ CHIARINI Médecine vasculaire  
Dr EMMANUEL MATHIEU Urgences  
Dr OLIVIER MAURIN Urgences  
Dr AURELIEN MAURIZOT Médecine vasculaire  
Dr PATRICK MEIMOUN Cardiologie  
Dr PHILIPPE MIZZON Médecine vasculaire  
Dr RONAN MORICE Cardiologie  
Dr ROGER MOYOU MOGO Médecine vasculaire  
Dr ROMAIN NIEUVIARTS Anesthésie-réanimation  
Dr ELISABETH NIVELLEAU Médecine vasculaire  
Dr PIERRE MARIE NOEL DE LA PAQUERIE Médecine vasculaire  
Dr SONIA NOUVELLET Urgences  
Dr ELISABETH NYOM Cardiologie  
Dr ARNAUD OLIVIER Cardiologie  
Pr FRANCK PAGANELLI Cardiologie  
Dr FLORENCE PARENT Pneumologie  
Dr MARIE PATHE Médecine interne  
Dr MAX PECHEUX Cardiologie  
Dr SEBASTIEN PELLETIER Cardiologie  
Dr GUILLAUME PELRAS Médecine vasculaire  
Dr RAPHAEL PHILIPPART Cardiologie  
Dr BENJAMIN PLANQUETTE Pneumologie  
Dr JEAN ERNST POULARD Médecine interne  
Dr NATHALIE PRADES Hématologie  
Dr BEAULOVORN PUNG Cardiologie  
Dr PHILIPPE QUEHE Médecine vasculaire  
Dr PIERRE RAPHAEL Cardiologie  
Dr ABDESSLAM REDJALINE Urgences  
Dr FLORIANNE ROBERT Médecine vasculaire  
Dr PASCAL ROSSI Médecine interne  
Dr PHILIPPE ROUSSEL Cardiologie  
Dr ELISABETH SALIGARI Urgences  
Dr SANTHI SAMY MODELAR REMOND Médecine vasculaire  
Dr GABRIELLE SARLON Médecine vasculaire  
Dr CHRISTOPHE SEINTURIER Médecine vasculaire  
Dr ESTHER SIMON LIBCHABER Urgences  
Dr LEILA SIMONE Cardiologie  
Dr GUY SIMONEAU Médecine interne  
Pr DOMINIQUE STEPHAN Cardiologie

# ANNEXE 17

## ENQUÊTE À L'ISSUE DE LA RÉUNION DE DISCUSSION

114 réponses / 172 participants		- 88 % hospitaliers : 82 % publiques - 6 % privés - 12 % libéraux
Présence d'un référent thrombose :	oui = 63 %	spécialité du référent : - Médecin vasculaire : 41 % - Cardiologue : 21 % - Interniste : 17 % - Pneumologue : 4 % - Urgentiste : 3 % - Mixte : 11 %
Présence d'une unité thrombose :	oui = 30 %	■ spécialité de l'unité thrombose : - Médecine vasculaire : 47 % - Cardiologie : 10 % - Médecine interne : 19 % - Pneumologie : 5 % - Mixte : 19 %
		■ organisation de l'unité thrombose : - Hospitalisation semaine : 66 % - Hospitalisation complète : 21 % - UHCD : 2 % - Réanimation, soins continus : 3 % - HDJ : 2%
Procédure gestion EP ambulatoire :	oui = 11 %	
Consultation thrombose :	oui = 51 %	
RCP thrombose formalisée :	oui = 33 %	
Origine adressage des patients :		- Médecin traitant : 46 % - Médecin vasculaire : 18 % - Autres spécialités : 22 %
Disponibilité angio-TDM	oui = 97 %	7J/7 : 91 % 6J/7 : 1 % 5J/7 : 5 %
Disponibilité écho-doppler	oui = 89 %	7J/7 : 26 % 6J/7 : 6 % 5J/7 : 57 %
Disponibilité scintigraphie pulmonaire	oui = 73 %	5J/7 : 85 %
Nombre EP / mois		< 1 : 5 % 1-5 : 38 % 5-10 : 31 % > 10 : 18 %
Nombre TVP / mois		< 5 : 25 % 5-10 : 27 % 10-15 : 31 % > 15 : 7 %



