

Veines des Membres Supérieurs

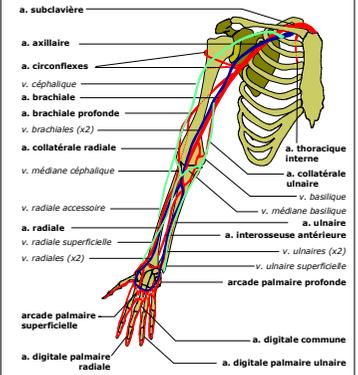


Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | Syndrome cave supérieur
- | TVS membre supérieur
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | Syndrome du passage thoraco-brachial
- | Iconographie

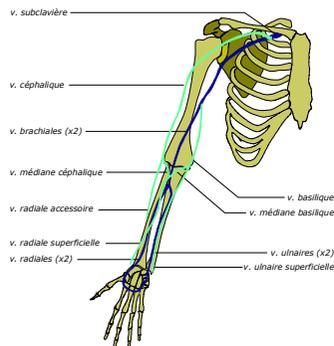
Anatomie Vasculaire

Vaisseaux du Membre Supérieur



Anatomie Vasculaire

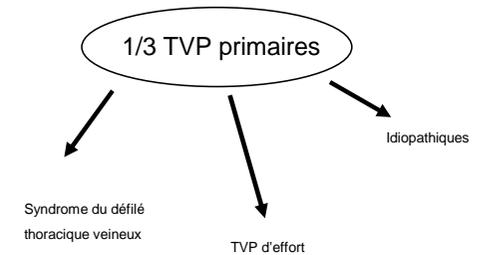
Veines du Membre Supérieur



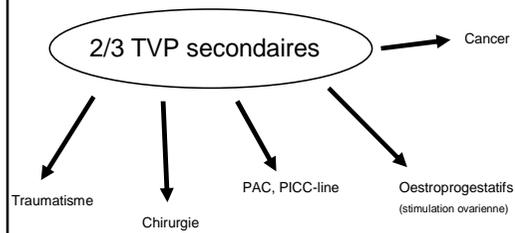
Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | **TVP membre supérieur**
- | Syndrome cave supérieur
- | TVS membre supérieur
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | Syndrome du passage thoraco-brachial
- | Iconographie

Généralités



Généralités



PAC



Certaines techniques de pose des cathéters centraux semblent diminuer le risque thrombotique si :

- extrémité du cathéter au niveau de la jonction oreillette droite – VCS
- insertion du cathéter du coté droit

A l'inverse sont plus thrombogènes:

- Nbre de ponctions > 2 ET durée de pose > 25min
- positionnement du cathéter au niveau fémoral
- Masse médiastinale > 6 cm contre indiquant la mise en place dans le territoire cave supérieur

Clinique

- Œdème (80% cas) +++
- Douleur (40-72% cas) à type d'inconfort, de lourdeurs +++
- Circulation veineuse collatérale +/-
- Erythrocyanose +/-
- Cordon induré +/-



Figure 1. Right upper extremity phlebogram

Score de probabilité clinique des TVP du MS

Présence d'un cathéter veineux	+1
Douleur localisée du membre supérieur	+1
Oedème unilatéral prenant le godet	+1
Diagnostic différentiel au moins aussi plausible	-1

Probabilité élevée si score >2

Probabilité intermédiaire = 1 ou 2

Probabilité faible si <1

Constans et al. A clinical prediction score for upper extremity deep venous thrombosis
Thromb Haemostasis 2008

Complications

- Risque d'EP = moins élevé qu'en cas de TVP du MI
- Le taux de récurrence thromboembolique semble nettement plus faible que dans la TVP MI, mais les données restent très limitées.
- La mortalité dans les mois qui suivent le diagnostic est significativement plus élevée que chez les patients avec TVP MI non pas à cause du phénomène thromboembolique ou d'EP fatales, mais en raison des comorbidités sous-jacentes (cancer).
- Les données concernant la survenue d'un syndrome post-thrombotique (SPT) sont restreintes avec des incidences rapportées variant entre 7 et 46% en lien notamment avec l'absence de standardisation de la définition.

Stratégie para-clinique

- Intérêt des D-dimères est limité (fréquentes pathologies associées à une élévation des taux)
- Echo doppler veineux: 1^{ère} intention
- Or limites: Structure osseuse rendant l'examen difficile, critère de compressibilité pas toujours réalisable



Traitement Recommandation Préventif

- Pas recommandée dans la prophylaxie de la TVP sur cathéter



Traitement Recommandation Curatif

- Patients avec TVP MS impliquant la veine axillaire et les veines plus proximales = AC parentérale (HBPM, fondaparinux, HNF IV ou SC (grade 1B).
- TVP MS + cathéter = laissé en place cathéter s'il est fonctionnel, non infecté et si l'évolution est favorable sous AC.
- Durée d'AC préconisée = 3 mois, avec une prolongation tant que le cathéter reste en place, en particulier chez les patients avec cancer (grade 1C)
- Thrombolyse médicamenteuse ou pharmaco-mécanique = réservée uniquement aux rares cas de TVP MS présentant un syndrome obstructif majeur (absence de preuves suffisantes)
- Compression élastique non préconisée chez les patients avec TVP MS.

Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | **Syndrome cave supérieur**
- | TVS membre supérieur
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | Syndrome du passage thoraco-brachial
- | Iconographie

Clinique



- Présentation clinique bruyante mais... pronostic vital rarement engagé à court terme
- Œdème de la face, cou, paupières et partie supérieure du thorax (œdème en pèlerine)
- Cyanose
- Dilatation veineuse superficielle thoraco cervicale
- Confusion, coma

Etiologies

Compression extrinsèque Thromboses de la VCS

- Dominés par les cancers > 90% cas
- Etio infectieuse, tuberculeuse, syphilitique anecdotique avec les ATB
- Tout comme maladie de Behcet et en post radiothérapie

Place de l'écho doppler pour le diagnostic

- Peut montrer TVP jug ou subclavière ou du confluent veineux
- Analyse direct VCS difficile
- Signes indirects:
 - Dilatation des veines en amont
 - Diminution ou abolition de la modulation veineuse respiratoire
- Si atteinte du confluent veineux jugulo souclavier = angioscanner pour éliminer une extension sur la VCS
- Gold standard = Angioscanner



Traitement

Si thrombus = TAC +/- thrombolyse
(Décision multi disciplinaire)

Si compression extrinsèque = endoprothèse
métallique auto expansible
→ Amélioration qualité de vie



Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | Syndrome cave supérieur
- | **TVS membre supérieur**
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | Syndrome du passage thoraco-brachial
- | Iconographie

Clinique

Contrairement aux TVP, les TVS se manifestent par des signes cliniques beaucoup plus évocateurs:

``cordon inflammatoire douloureux le long d'un trajet veineux''

•Tuméfaction en bande (90%)

•Chaude et douloureuse (94% et 74%)

•Avec palpation d'un cordon induré (90%)

•Le plus souvent sur le trajet d'une veine variqueuse (TVS MI)

•Pas d'œdème (24%) ou d'adénopathie satellite



Limites du diagnostic positif

- La zone inflammatoire ne préjuge pas de l'extension proximale de la TVS
- L'examen clinique est le plus souvent incapable de suspecter une TVP associée ipsilatérale
- Contrairement aux TVP aucune stratégie diagnostique validée n'a été développée pour:
 - Confirmer/exclure le diagnostic de TVS
 - Exclure une TVP associée

D dimère?

En cas de suspicion TVS, le dosage des D-Dimères présente:

- Une mauvaise sensibilité
- Une mauvaise valeur prédictive négative
- ... et donc un faible intérêt



Place de l'écho doppler

- Echographie allie les avantages d'une accessibilité et d'une grande spécificité et sensibilité dans la quasi-totalité des situations.
- Elle permet, couplée au Doppler couleur, de localiser une thrombose superficielle orientée par la clinique, de rechercher une extension au réseau veineux profond, de préciser la topographie, l'extension, le caractère obstructif, mobile ou adhérent, ancien ou récent du thrombus.



Place de l'écho doppler

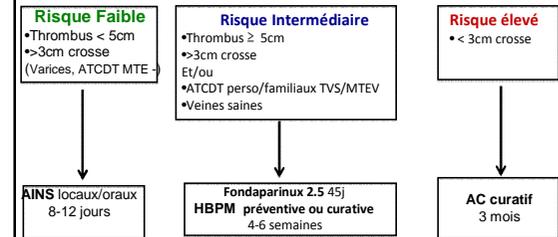
EDVMS en cas de TVS semble indispensable, non seulement pour exclure TVP mais aussi pour:

- Confirmer le diagnostic de TVS
- Guider la PEC thérapeutique
- Débuter enquête étiologique

Bilan étiologique?

- Pas clairement défini.
- Pratiquer une recherche active de thrombophilie constitutionnelle chez les plus jeunes ou devant une maladie veineuse thromboembolique familiale et d'une néoplasie chez les sujets plus âgés.
- Rechercher une lésion compressive ou infiltrative médiastinale supérieure (adénopathie pathologique, thymome et autres tumeurs) doit être systématique devant un épisode inexplicé
- Effectuer les manœuvres de recherche d'un défilé cervicothoracique avec une échographie, un Doppler continu et pulsé dynamique et un cliché de la charnière cervicothoracique à la recherche d'anomalies et notamment d'une côte surnuméraire.
- Rechercher une éventuelle pathologie inflammatoire (maladie de Behçet, etc.) dictée par la clinique.

Prise en charge thérapeutique TVS isolée Aux membres inférieurs



Varices: Port d'une compression élastique

D'après British Committee BJH 12; Cosmi JTH 15; Kearon Chest 12

Prise en charge thérapeutique TVS isolée Aux membres supérieurs

Extrapolé sur les recommandations de la TVS membre inférieur

Risque faible



En cas de thrombose veineuse superficielle secondaire à une perfusion, les recommandations de l'ACCP sont:

- Diclofénac soit par voie locale en gel (niveau 1B) soit par voie orale (niveau 2B).
- L'utilisation de pansement alcoolisé n'a pas été validée, même si le bénéfice symptomatique est régulièrement observé.

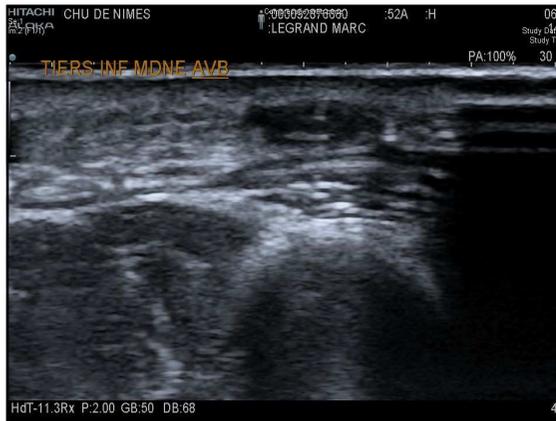
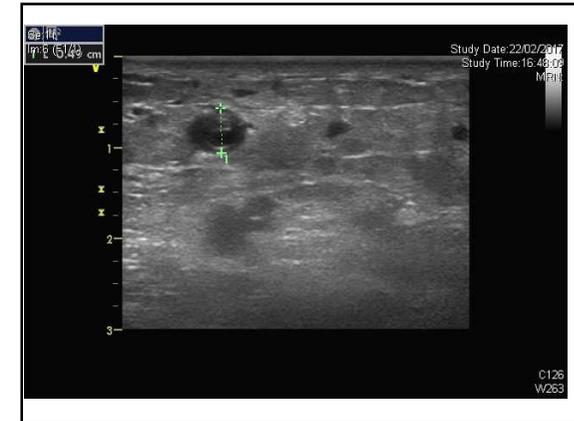
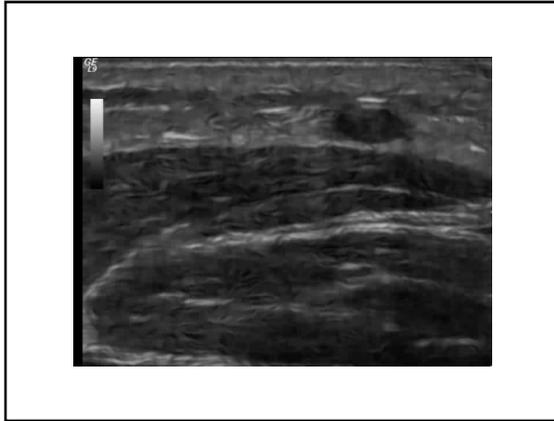
Risque intermédiaire

- En cas de survenue spontanée sur veines saines, le traitement par dose « intermédiaire » d'HBPM ou d'HNF (au moins égale à la dose préventive) est proposé pour une durée minimale de 4 semaines (niveau 2B).



Quid TVS Membre supérieur

- la découverte, à l'échographie, d'un manchon fibrineux conduit à une surveillance (symptômes cliniques suspects), mais ne doit pas justifier de traitement, en dehors de situations à risque thrombogène transitoires ou permanentes, au cours desquelles un traitement anticoagulant préventif doit être préconisé.
- La thrombose sur cathéter peut légitimer une ablation, parfois couplée à un geste chirurgical, **lorsque le cathéter n'est plus fonctionnel**, que son usage n'est plus indispensable, lorsqu'il y a un doute sur une colonisation bactérienne ou en cas de thrombose obstructive évolutive malgré un traitement bien conduit.



Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | TVS membre supérieur
- | **Echo-Anatomie et méthode d'examen**
- | Syndrome du passage thoraco-brachial
- | Iconographie

Méthode d'examen

• Mode B:

- Sonde 8-10 MHz
- Observation direct du thrombus dans la plupart des cas (échogène)
- Cathéter visualisable facilement sous la forme de 2 traits blancs
- Rare que la thrombose rejoigne le confluent veineux jugulo sous-clavier et la VCS (non accessible à l'échographie sauf si sonde micro convexe)

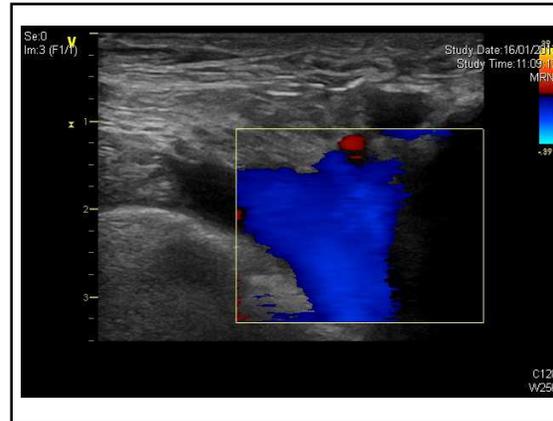
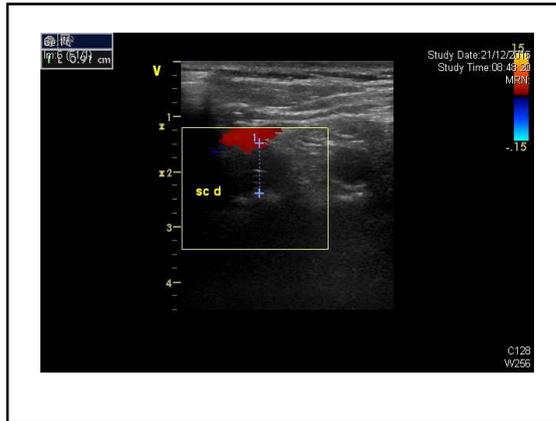




Méthode d'examen

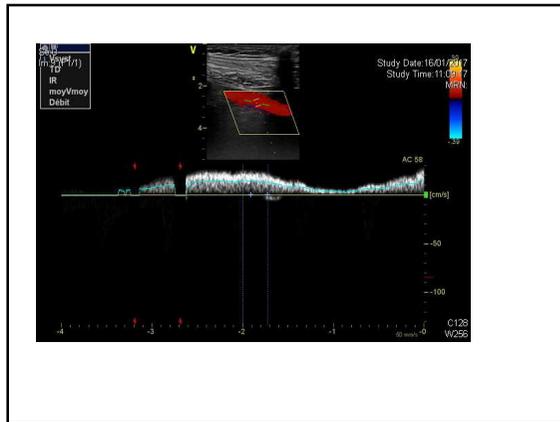
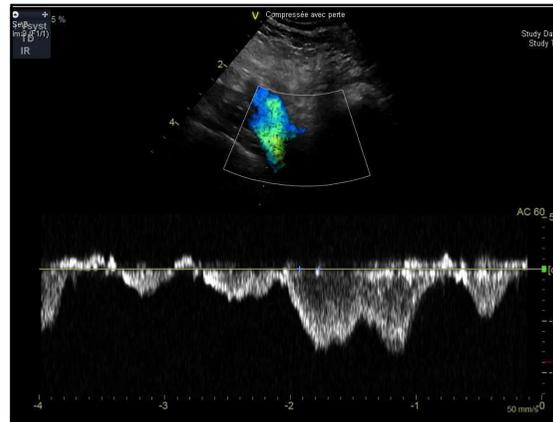
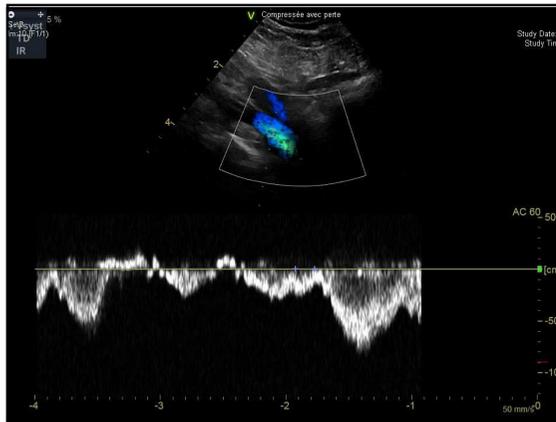
- **Doppler couleur:**
 - Avantage majeur = visualisation et délimitation immédiate et précise du thrombus
 - Manœuvre de Valsava pour dilater les veines +++



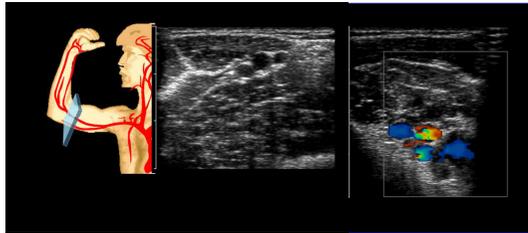


Méthode d'examen

- **Doppler pulsé:**
 - TVP MS= Absence de signal doppler ou altération du flux (ralenti, mal modulé en amont)
 - OR la circulation veineuse collatérale se développe rapidement aux MS et les signes indirects d'amont peuvent faire défaut.
 - Examen direct du thrombus = indispensable

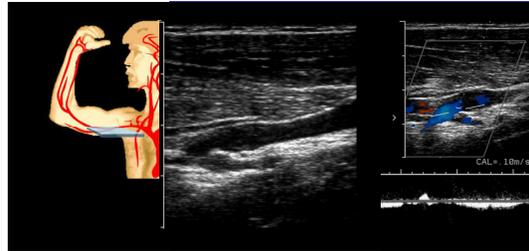


Echo-Anatomie



2 Veines Brachiales – Coupe transversale

Echo-Anatomie

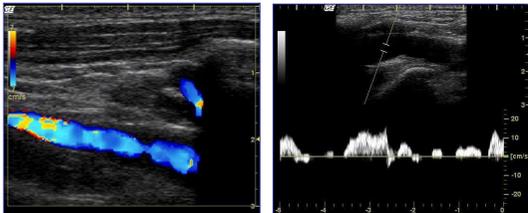


Veines Brachiales – Coupe longitudinale

Vaisseaux des Membres Supérieurs

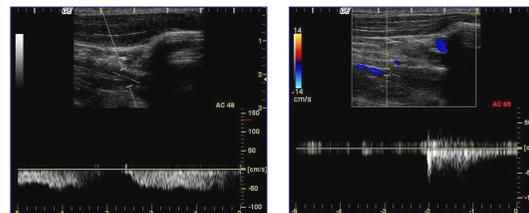
- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | TVS membre supérieur
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | **Syndrome du passage thoraco-brachial**
- | Iconographie

Recherche de pince veineuse



Veine Subclavière – Coupe longitudinale

Recherche de pince veineuse



Veine Subclavière – Coupe longitudinale

Vaisseaux des Membres Supérieurs

- | Anatomie Vasculaire
- | TVP membre supérieur
- | TVS membre supérieur
- | Echo-Anatomie et méthode d'examen
- | **Syndrome du passage thoraco-brachial**
- | **Iconographie**

Iconographie: Anomalies Veineuses

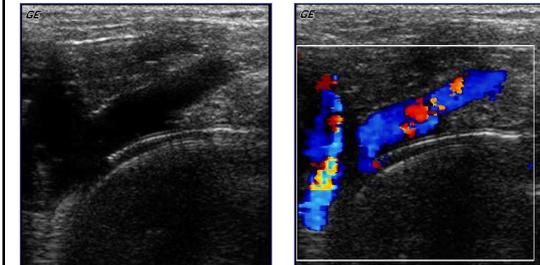
- Phlébite « d'effort »
- Thrombose sur cathéter
- Autres thromboses (paranéoplasique, troubles de l'hémostase...)
- Fistules artério-veineuses

Anomalies Veineuses



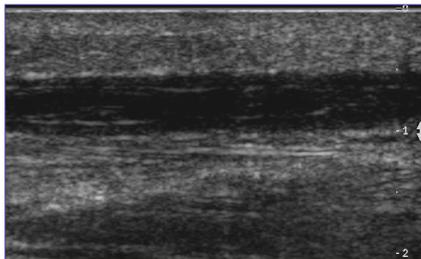
Thrombose Veineuse Subclavière

Anomalies Veineuses



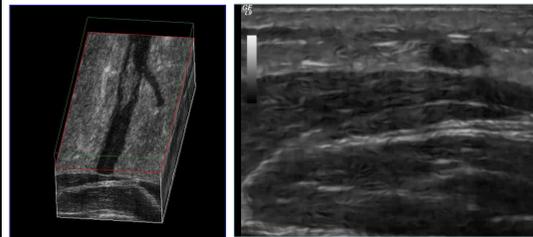
Cathéter Veineux Subclavier (pacemaker)

Anomalies Veineuses



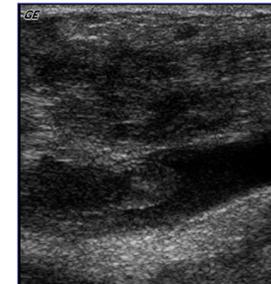
Manchon Fibrineux et Thrombose Veineuse Superficielle post-cathétérisme

Anomalies Veineuses



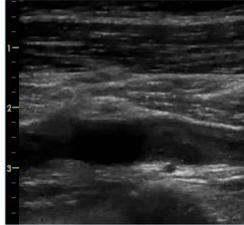
Thrombose Veineuse Superficielle post-cathétérisme

Anomalies Veineuses



Thrombose partielle de la veine axillaire

Anomalies Veineuses



Thrombose partielle de la veine axillaire

Conclusion

- La pathogénie de la TVP MS diffère considérablement de la TVP MI.
- ↗ dispositifs intraveineux = ↗ incidence des TVP MS.
- Données encore très limitées dans ce domaine.
- Sur le plan thérapeutique, le bénéfice potentiel de la thrombolyse, notamment sur la survenue d'un syndrome post-thrombotique, reste encore à démontrer.
- L'AC thérapeutique reste le traitement de choix, avec des recommandations se basant sur la littérature concernant la TVP MI.
- L'acquisition de données et de connaissances supplémentaires est donc nécessaire afin d'améliorer la prise en charge de ces patients du point de vue diagnostique et thérapeutique au cours des années à venir.



Merci de votre attention