

# Embolie pulmonaire

## Recommandations ESC 2014

Hassane MIR  
AMCAR 18 septembre 2014

# Quelques chiffres (sur modèle épidémio européen 2004)

Incidence annuelle : 100 à 200 /100 000 habitants

7 décès par an par 100 000 habitants dont :

- 34% mort subite
- 59% non diagnostiqués
- 7% diagnostiqués avant décès

# Embolie pulmonaire

## Gestion diagnostique et thérapeutique

Se fait selon :

la probabilité clinique

les signes de gravité

# Estimation de la probabilité de l'EP

Par l'impression clinique

Par calcul de scores : Wells, Genève modifié

<b>SCORE DE WELLS</b>		
	<b>Version originale</b>	<b>Version simplifiée</b>
Atcd d'EP ou TVP	1,5	1
Fr cardiaque $\geq 100$ bpm	1,5	1
Chirurgie ou immobilisation durant les 4 sem	1,5	1
Hémoptysie	1	1
Cancer évolutif	1	1
Signes cliniques de TVP	3	1
Autre diagnostic moins probable	3	1
<b>Probabilité Clinque</b>		
<b>Score 3 niveaux</b>		
Faible	0 – 1	-
Intermédiaire	2 – 6	-
Haute	$\geq 7$	-
<b>Score 2 niveaux</b>		
EP peu probable	0 – 4	0 – 1
EP probable	$\geq 5$	$\geq 2$

<b>Score de Genève modifié</b>		
	<b>Version originale</b>	<b>Version simplifiée</b>
Atcd d'EP ou TVP	3	1
Fréquence cardiaque		
75–94 b.p.m.	3	1
≥95 b.p.m.	5	2
Chirurgie ou fracture durant le mois	2	1
Hémoptysie	2	1
Cancer évolutif	2	1
Douleur unilatérale d'un MI	3	1
Palpation douloureuse de VP du MI + oedème unilatéral	4	1
Age > 65 ans	1	1
<b>Probabilité clinique</b>		
<b>Score 3 niveaux</b>		
<b>Faible</b>	0 – 3	0 – 1
Intermédiaire	4 – 10	2 – 4
Haute	≥ 11	≥ 5
<b>Score 2 niveaux</b>		
EP peu probable	0 – 5	0 – 2
EP probable	≥ 6	≥ 3

# Embolie pulmonaire

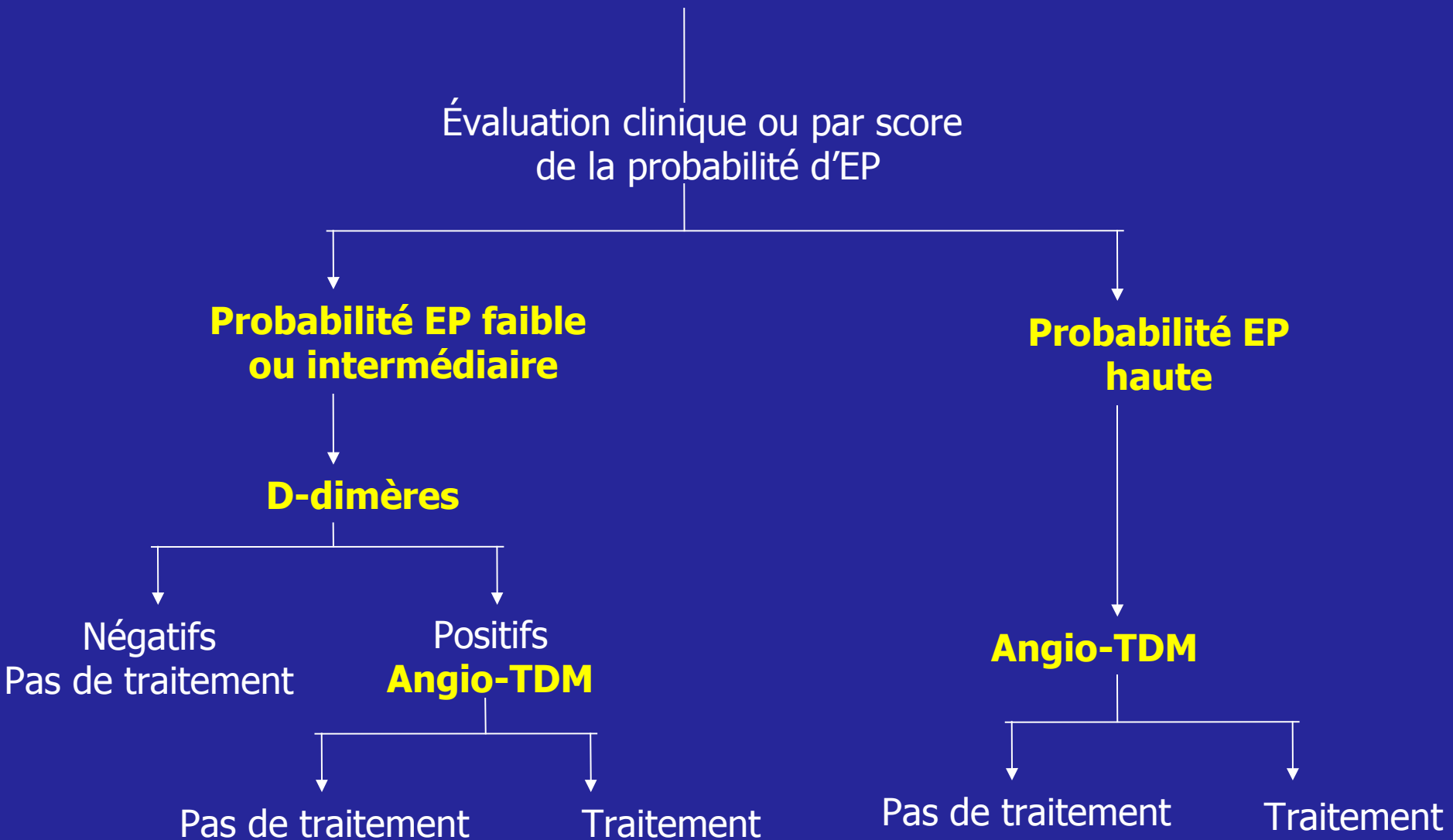
## Marqueurs de risque

Signes cliniques :

État de choc ou hypotension\*

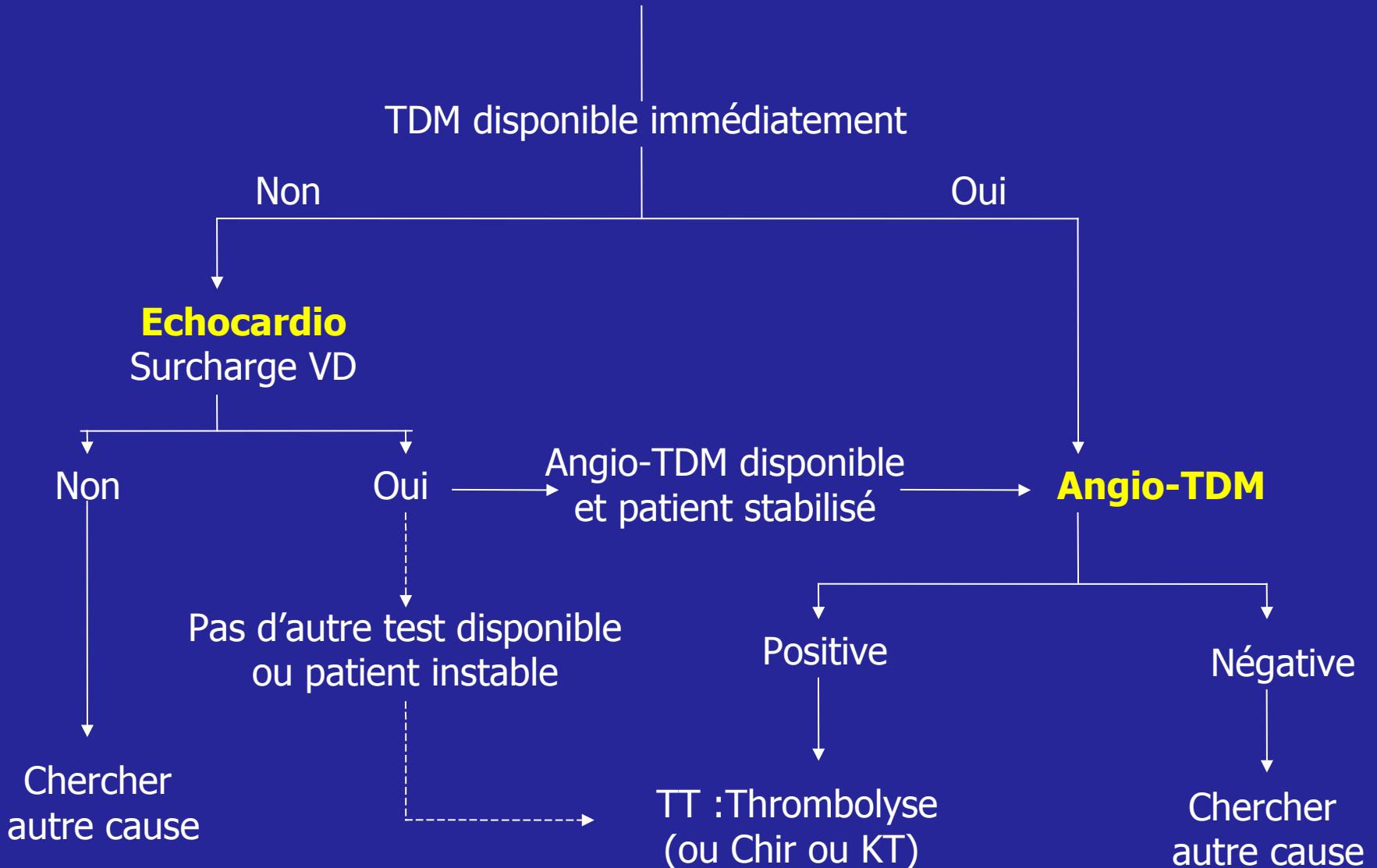
\*PAS < 90 mmHg ou baisse  $\geq$  40 mmHg de plus de 15mn non due à une arythmie , une hypovolémie ou un sepsis.

# Suspicion EP sans choc ni hypotension





# Suspicion EP avec choc ou hypotension



# Traitement

- EP sans choc ni hypotension : Anticoagulants
  - HBPM , fondaparinux ou HNF **5-10 jours**, avec AVK
  - AOD seuls : Rivaroxaban, Apixaban (d'emblée ou 1-2 j après TT parentéral)
  - AOD en relais du TT parentéral : Dabigatran, Endoxaban\*
- EP avec choc ou hypotension :
  - Thrombolyse (rtPA, Urokinase, Streptokinase)
  - Embolectomie (chirurgicale<sup>I</sup> ou KT<sup>IIa</sup>) si CI ou échec de la thrombolyse
- Filtre cave : si CI à l'anticoagulation ou récurrence objectivée sous anticoagulation adéquate
- Durée du TT anticoagulant : au moins 3 mois
- Si Cancer : HBPM au moins 3-6 mois puis anticoagulant jusqu'à guérison

# Prise en charge d'une EP pas à haut risque (sans choc ni hypotension)

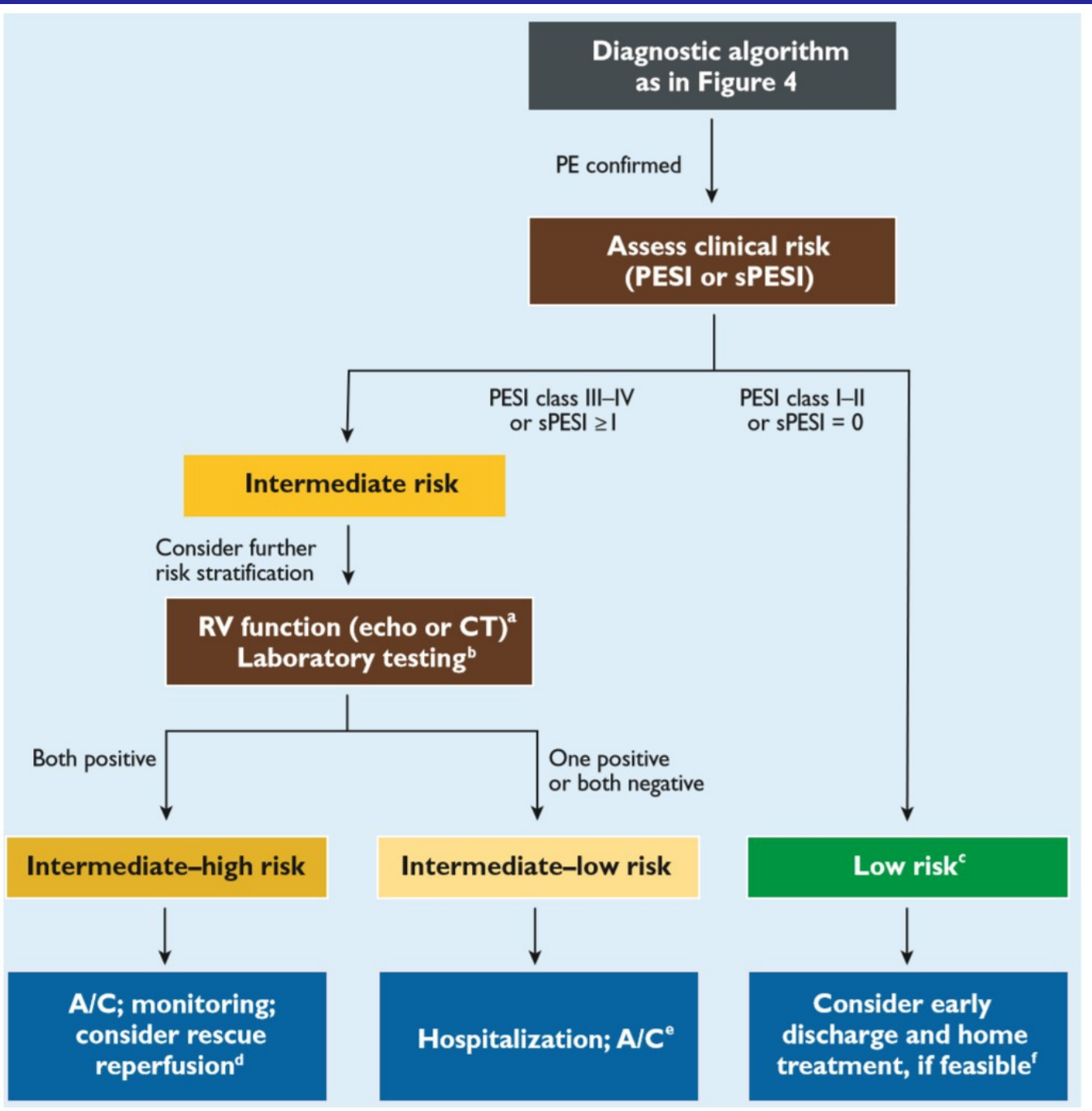
- Evaluation clinique par le score PESI (Pulmonary Embolism Severity Index)
- Signes de retentissement VD : écho ou angioTDM, biomarqueurs

**Table 7** Original and simplified PESI

Parameter	Original version <sup>214</sup>	Simplified version <sup>218</sup>
Age	Age in years	1 point (if age >80 years)
Male sex	+10 points	–
Cancer	+30 points	1 point
Chronic heart failure	+10 points	1 point
Chronic pulmonary disease	+10 points	
Pulse rate $\geq 110$ b.p.m.	+20 points	1 point
Systolic blood pressure <100 mm Hg	+30 points	1 point
Respiratory rate >30 breaths per minute	+20 points	–
Temperature <36 °C	+20 points	–
Altered mental status	+60 points	–
Arterial oxyhaemoglobin saturation <90%	+20 points	1 point
	<b>Risk strata<sup>a</sup></b>	
	<p><b>Class I: <math>\leq 65</math> points</b> very low 30-day mortality risk (0–1.6%)</p> <p><b>Class II: 66–85 points</b> low mortality risk (1.7–3.5%)</p> <p><b>Class III: 86–105 points</b> moderate mortality risk (3.2–7.1%)</p> <p><b>Class IV: 106–125 points</b> high mortality risk (4.0–11.4%)</p> <p><b>Class V: &gt;125 points</b> very high mortality risk (10.0–24.5%)</p>	<p><b>0 points</b> = 30-day mortality risk 1.0% (95% CI 0.0%–2.1%)</p> <p><b><math>\geq 1</math> point(s)</b> = 30-day mortality risk 10.9% (95% CI 8.5%–13.2%)</p>

b.p.m. = beats per minute; PESI = Pulmonary embolism severity index.

<sup>a</sup>based on the sum of points.



# Durée de l'anticoagulation

EP secondaire à un facteur de risque transitoire : Anticoagulation orale recommandée de 3 mois	I	B
EP non provoquée : Anticoagulation orale recommandée d'au moins 3 mois	I	A
1er épisode d'EP non provoquée avec faible risque hémorragique : anticoagulation prolongée devrait être considérée	IIa	B
2 <sup>ème</sup> épisode d'EP non provoquée : anticoagulation de durée indéfinie recommandée	I	B
Rivaroxaban, Dabigatran ou Apixaban devrait être envisagé (sauf IR sévère) comme alternative aux AVK si un traitement prolongé est nécessaire	IIa	B
En cas d'anticoagulation prolongée le rapport bénéfice-risque doit être réévalué à des intervalles réguliers	I	C
Chez les patients qui refusent ou ne tolèrent aucune forme d'anticoagulant oral, l'aspirine pourrait être envisagée en prévention secondaire prolongée	IIb	B