

## Suspicion d'embolie pulmonaire (non massive): prise en charge aux urgences

### Les objectifs de la prise en charge aux urgences

1. Déterminer la probabilité clinique
2. Appliquer l'algorithme approprié
3. Débuter un traitement anticoagulant
4. Orienter le patient (hospitalisation versus RAD)

### 1. Déterminer la probabilité clinique (PpréTest)

La détermination de la probabilité clinique n'a de sens qu'en cas de suspicion clinique d'EP. Elle peut se faire de manière empirique ou sur la base du score suivant :

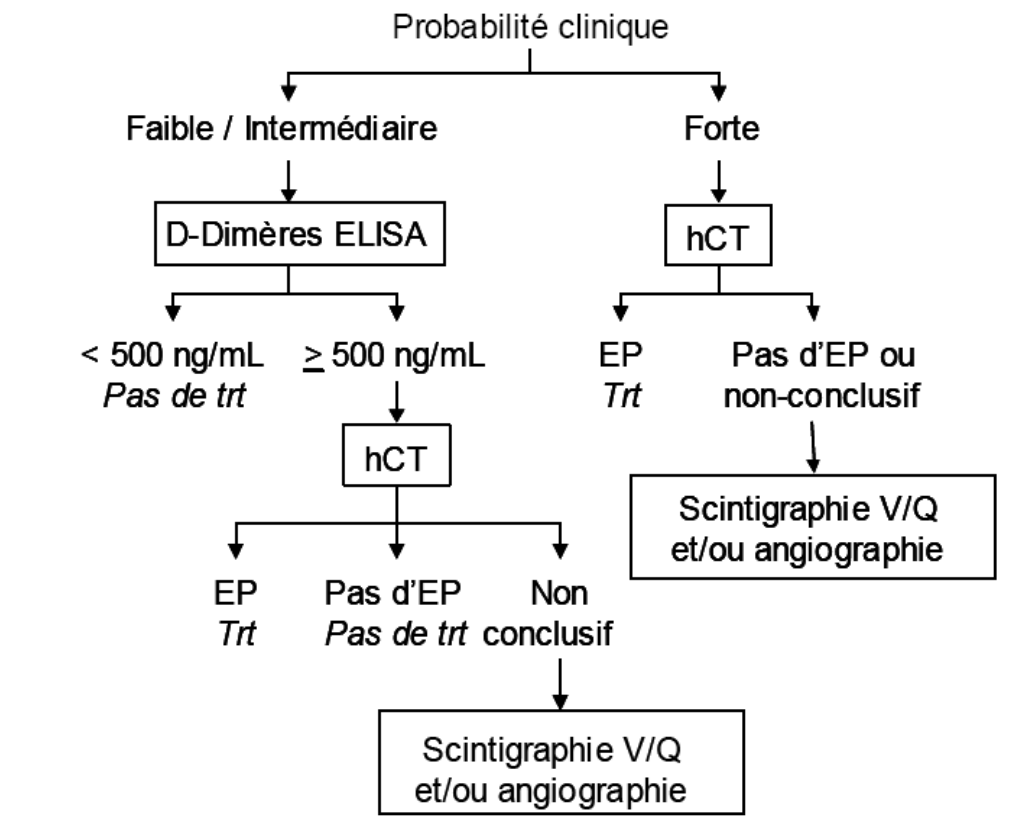
#### Score révisé de Genève<sup>1</sup>

Eléments	Points	
<b>Facteurs de risque</b>		
Age > 65 ans	+ 1	
Cancer actif	+ 2	
Chirurgie ou fracture récente	+ 2	
Antécédent de TVP ou EP	+ 3	
<b>Symptômes</b>		
Douleur spontanée du mollet	+ 3	
Hémoptysie	+ 2	
<b>Signes cliniques</b>		
Signes cliniques de TVP	+ 4	
Fréquence cardiaque		
75-94	+ 3	
≥ 95	+ 5	
TVP : thrombose veineuse profonde. EP: embolie pulmonaire		
Points	Probabilité clinique	Prévalence de l'EP (%)
0-3	Faible	7-12%
4-10	Intermédiaire	24-31%
≥ 11	Forte	58-82%

- Le dosage des D-dimères est inutile chez les patients ayant une forte probabilité clinique d'EP

<sup>1</sup>Le Gal et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med 2006 ;144:165-71.

## 2. Appliquer l'algorithme approprié



## 3. Débuter un traitement anticoagulant

### ▪ HBPM à doses thérapeutiques selon le poids du patient

Pour le traitement de la maladie thromboembolique veineuse, le premier choix est l'Arixtra® (fondaparinux).

#### Posologies :

- fondaparinux 7.5 mg 1x/j sc (5 mg si poids <50 kg, 10 mg si poids >100 kg)
- enoxaparine : 1mg/kg 2xj sc

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance créatinine <30 ml/min) :  
enoxaparine 1 mg/kg 1x/j sc et monitoring anti-Xa après deux injections

### ▪ Anticoagulation orale (Sintrom) à débiter au J1

#### **4. Orienter le patient**

Pour l'instant, en dehors de protocole d'études cliniques, les patients avec une embolie pulmonaire sont hospitalisés.

Le score pronostic, ci-dessous, permet d'identifier des patients définis comme étant à faible risque d'une issue défavorable : pour les classes I et II la mortalité à 30 jours est de 1 à 3%.

Pour les patients en classe I et II, envisager de les inclure dans l'étude OTPE.

#### **EMBOLIE PULMONAIRE : Score pronostique<sup>1</sup>**

<b>Variables pronostiques</b>	<b>Points attribués</b>
Age	Age, en années
Sexe masculin	+10
<b>Comorbidités</b>	
Histoire ou présence d'un cancer actif	+30
Insuffisance cardiaque	+10
Maladie pulmonaire chronique	+10
<b>Signes cliniques</b>	
Pulsations $\geq 110$ par minute	+20
TAS $< 100$ mm Hg	+30
Fréquence respiratoire $\geq 30$ par minute	+20
Température $< 36^{\circ}\text{C}$	+20
Etat confusionnel (désorientation, léthargie, stupor, ou coma)	+60
Saturation artérielle $< 90\%$ (avec ou sans oxygène)	+20

Le nombre de points est obtenu par la somme des points due à l'âge du patient et les points obtenus pour chaque variable.

Les 5 classes pronostiques sont ainsi définies:

- classe I:  $< 65$  points
- classe II: 66-85 points
- classe III: 86-105 points
- classe IV: 106-125 points
- classe V:  $> 125$  points.

<sup>1</sup>Aujesky et al. A prediction rule to identify low-risk patients with pulmonary embolism. Arch Int Med. 2006; 166:169-75.