

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 14 janvier 2014

Hôpital cantonal de Genève

Place de la thrombolyse dans l'embolie pulmonaire

Dr Ch. Marti

Un homme de 71 ans présente une dyspnée et une douleur thoracique respirodépendante 3 semaines après la mise en place d'une prothèse du genou.

Le CT spiralé confirme une oblitération plus ou moins complète des artères pulmonaires par des embolies.

Une modeste élévation des troponines tout comme une élévation du BNP ainsi que l'augmentation du rapport VD/VG (grand axe du ventricule droit /ventricule gauche mesuré sur le CT) atteste d'une surcharge et d'une souffrance myocardique en particulier du cœur droit...

L'embolie pulmonaire (EP) est fréquente avec une incidence de 60-100/ 100'00 personnes / an et présente un large spectre de gravité.

On estime sa mortalité à 2,5-3% à 3 mois .

Le facteur pronostic aggravant est essentiellement la présence d'une dysfonction ventriculaire droite que l'on peut estimer aussi bien en dosant les troponines, que le BNP, ou avec une échographie ou un CT (on signale en passant un nouveau biomarqueur de la souffrance myocardique, le H-FABP pour Heart-type fatty acid binding protein ...).

La thrombolyse n'est pas discutée lors d'embolie pulmonaire massive et état de choc (5% des EP), tout le monde est d'accord pour lyser dans ce cas là, elle est donc «indiscutable».

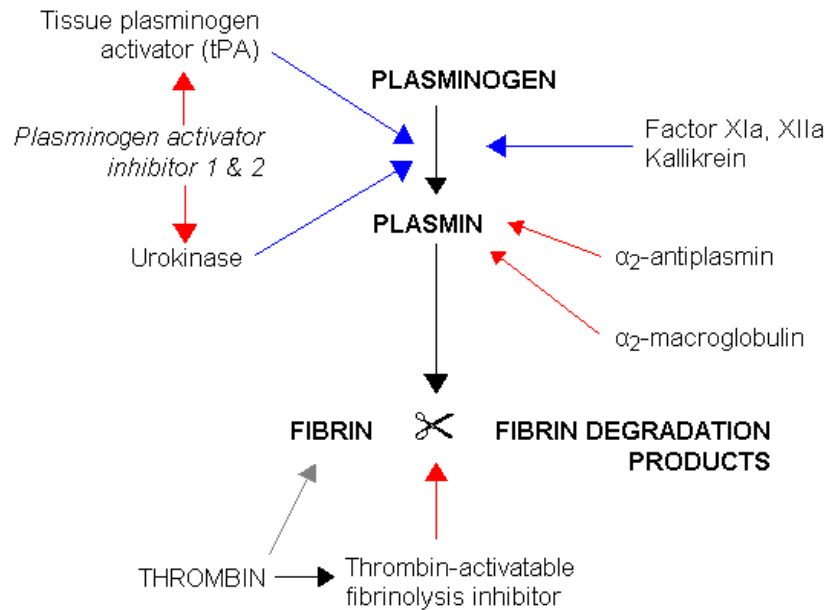
Elle n'est pas discutée non plus dans l'EP sans souffrance myocardique ne menaçant pas le pronostic vital (70% des EP), elle est «hors de question...».

On la discute justement lorsqu'il y a un risque intermédiaire, c'est à dire sans instabilité hémodynamique, mais avec souffrance myocardique et c'est là que les avis sont encore partagés...

La thrombolyse consiste à lyser (désagréger) par un médicament (habituellement par un activateur du plasminogène) les caillots obstruant les vaisseaux sanguins.

Les substances utilisées sont:

- la streptokinase: en 12-24 hres
- l'urokinase: en 12-24 hres
- l'alteplase: 10mg bolus puis 90mg en 2hres
- la tenecteplase (pas encore disponible...)...intéressante car administrable en 1 bolus seul...



(merci

wikipedia)

En ce qui concerne la dissolution des caillots, et son efficacité, on ne discute pas, mais ce sont les effets secondaires (collateral effects comme disent les pilotes de drones...en Afghanistan) en particulier les hémorragies intracérébrales... qui semblent être plus fréquentes ... et qui posent problèmes...

On estime qu'avec la thrombolyse on diminue de 50% la mortalité mais que l'on augmente de 2% les hémorragies intracérébrales ou fatales.

IL faut donc mieux sélectionner les patients, pour identifier ceux plus à risque que les autres sans pour autant présenter une instabilité hémodynamique...

Pour cela il existe le score PESI pour Pulmonary Embolism Severity Index, qui calcule la mortalité à 30 jours en tenant compte de :

- Age (yrs)
- Male?
- History of Cancer?
- History of Heart Failure?
- History of Chronic Lung Disease?
- Pulse \geq 110/min
- Systolic BP $<$ 100 mmHg
- Respiratory Rate \geq 30/min
- Temperature $<$ 36° C / 96.8° F
- Altered Mental Status
- Defined as disorientation, lethargy, stupor or coma
- Arterial oxygen saturation $<$ 90%

(Cf <http://www.mdcalc.com/pulmonary-embolism-severity-index-pesi/>)

Certains préconisent de baisser la dose du traitement thrombolytique de moitié, ou encore de l'administrer «in situ» via un catheter intrapulmonaire...

Conclusions:

La lyse est bénéfique pour les EP à haut risque

L'anticoagulation est suffisante pour les EP à bas risque.

Pour les EP à risque intermédiaire, la lyse est probablement bénéfique mais au prix de quelques hémorragies intracrâniennes.

Dans ces cas là on décidera donc de cas en cas, en s'aidant du score PESI, et en évaluant au mieux les risques/bénéfices.

Pour ce qui est du patient présenté en début de colloque, qui présentait clairement une dysfonction du ventricule droit (VD) et une souffrance myocardique, la mortalité a été estimée entre 3 et 15%...(2,6% dans les études randomisées)...Le score PESI établissait son risque entre 3 et 7%.

Le bénéfice attendu d'une lyse (50%) faisait baisser cette probabilité entre 1,5 et 3%.

Le risque d'hémorragie fatale est de 2% au cours d'une lyse.

En conséquence il a été décidé de ne pas effectuer de lyse et d'anticoaguler le patient.

On nous rappelle que 3-9% des EP sont des embolies en selle (à cheval sur plusieurs vaisseaux), et que souvent elle va de pair avec une dysfonction du VD...

En selle Jolly Jumper ...on rentre

