

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 8 mai 2018

Hôpital cantonal de Genève

Exclure l'embolie pulmonaire sur la seule base de la clinique : trop beau pour être vrai ?

Prof. A. Perrier

Avant de se lancer dans des examens compliqués, il faut établir une probabilité clinique pour une embolie pulmonaire (EP)... celle-ci se calcule grâce au score de Genève...

Tableau 2. Score de Genève révisé	
	Point
Facteurs de risque	
– Age > 65 ans	1
– Antécédents de thrombose ou embolie	3
– Chirurgie sous anesthésie générale ou fracture des membres inférieurs dans le mois précédent	2
– Cancer solide ou hématologique actif ou en rémission depuis moins d'un an	2
Symptômes	
– Douleur unilatérale d'un membre inférieur	3
– Hémoptysie	2
Signes cliniques	
– Douleur à la palpation d'un trajet veineux et œdème unilatéral d'un membre inférieur	4
– Fréquence cardiaque 75-94 batt/min	3
> 94 batt/min	5
→ Probabilité clinique d'EP : Bas Intermédiaire Elevé	0-3 4-10 > 10

Si la probabilité est fiable ou intermédiaire on dose les D-dimères qui, s'ils sont < à 500 excluent l'EP, sinon entraînent la prescription d'un angioCT.

Si la probabilité est élevée on passe directement à l'angioCT.

En ce qui concerne les D-dimères, on peut faire mieux, en adaptant le « cut-off » à l'âge soit de multiplier par 10 l'âge du patient pour obtenir la valeur de D-dimères considérée comme « normale » c'est-à-dire pour un patient de 65 ans...650...(au lieu de 500).

(ADJUST-PE, Righini, JAMA 2014(11)311 : 1117-1124).

L'étude du jour c'est la Proper study « Effect of the Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria on Subsequent Thromboembolic Events Among Low-Risk Emergency

Department PatientsThe PROPER Randomized Clinical Trial, Yonathan Freund, JAMA,February 13, 2018”.

Il s’agit de voir si la clinique seule (utilisation de la PERC-Rule ci-dessous) permet d’exclure l’EP pour les patients avec une probabilité clinique faible.

La PERC-Rule c’est un nombre de questions auxquelles il faut avoir répondu négativement pour classer le patient dans un risque bas...

- Age > 49 ans ?
- FC > 99/min ?
- SaO₂ < 95% en AA ?
- Hémoptysie ?
- Prise d'oestrogènes ?
- Antécédent de TVP/EP ?
- Trauma ou chirurgie dans les 4 semaines précédentes ?
- Oedème unilatéral de la jambe?

PERCEPIC study Lancet Haematol 2017;4: e615–21

Les patients concernés dans l’étude présentaient une dyspnée nouvelle ou en aggravation ou une douleur thoracique, et pas d’autres diagnostic évident pour expliquer le tableau clinique.

L’étude était un essai randomisé par cluster et crossover, dans 14 services d’urgence en France, ce qui veut dire (si j’ai bien compris), que pendant 6 mois, 7 services d’urgence utilisaient le PERC-Rule et les 7 autres ne l’utilisaient pas (groupe contrôle) et que les rôles étaient inversés après 6 mois...

Les résultats de l’étude étaient les suivants...

Outcome	Groupe PERC	Groupe contrôle	Différence
EP initiale	1.5%	2.7%	1.3% (-0.1% à 2.7%)
Risque TE à 3 mois	0.1%	0%	0.1% (- infini à 0.8%)
D-dimères dosés	55%	99%	
AngioCT nécessaire	13%	23%	-10% (-13% à -6%)
Durée médiane de séjour aux urgences	4h36	5h14	-36 min (-4 à - 68)

Donc apparemment le PERC-Rule permettait d'éviter des dosages de D-dimères, d'éviter des angio-CT, de gagner 36 min. aux Urgences et que la procédure était « safe » car il n'y avait pas plus d'EP à 3 mois.

Jusque-là...j'ai à peu près suivi...ensuite...l'argumentation brillante (comme d'habitude) du Prof. Perrier pour dire que le bât blessait à plusieurs endroits...était trop intelligente pour moi...

Une faible probabilité d'EP se retrouve dans +ou- 10% des cas à Genève et beaucoup de méta-analyses le confirment ; la prévalence de 1.5% -2.7% dans l'étude PROPER étonne...

La performance de la PERC-rule dépend fortement de la prévalence de l'EP...si la sensibilité de la PERC-Rule pour l'EP reste la même avec une prévalence variable, la spécificité diminue nettement lorsque la prévalence augmente (% d'EP avec une PERC-Rule négative)...ne me demandez pas pourquoi...

Je vous livre sa conclusion telle quelle... en espérant que vous pourrez en faire quelque chose...

Etude PROPER: conclusions

- La sécurité de la PERC-rule pour exclure l'EP sur la seule base de la clinique reste incertaine dans notre population où la prévalence de l'EP est plus élevée que dans cette étude
- La définition de chez qui il faut évoquer l'EP reste subjective
- Plus le seuil de suspicion baisse, plus le nombre d'exams inutiles augmente, ainsi que le risque de surdiagnostic
- Le respect de la démarche diagnostique validée est la manière la plus sûre de diagnostiquer (et donc exclure...) l'EP avec sécurité sans surconsommation d'angioCT

c'est bientôt le moment de rendre mon tablier....



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch