

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

Mardi 28 juillet 2020

Hôpital cantonal de Genève

Stratification du risque et embolie pulmonaire

Dr Ch. Marti

Pourquoi stratifier le risque des patients avec embolie pulmonaire (EP) ?

L'idée c'est d'identifier les patients qui ont besoin d'une reperfusion immédiate ; de ceux à bas risque pouvant être traité en ambulatoire, et de ceux à risque intermédiaire nécessitant une surveillance rapprochée et une éventuelle intensification du traitement.

Les patients à haut risque ce sont ceux avec une défaillance ventriculaire droite avérée se manifestant par un arrêt cardio-respiratoire, une hypotension orthostatique avec dysfonction d'organe ou une hypotension persistante (Syst < 90 mm Hg ou baisse de 40 mm Hg).

Cela concerne 5% des patients.

Dans ce groupe, on estime la mortalité à 19% (OR 5.9), soit 18 fois plus élevée que celui de la thrombose veineuse profonde (TVP).

Donc chez ces patients, un diagnostic rapide et une reperfusion sont indiqués.

Les patients à bas risque, sont identifiable par le score PESI (Pulmonary Embolism Severity Score) <http://medicalcul.free.fr/pesi.html> ou le score PESI simplifié (PESIs) comportant les items suivants :

Age > 80 ans

Histoire de cancer

Histoire d'insuf. card. ou de mal. pulmonaire chronique

Pouls > 110/min

TA systolique < 100 mm Hg

SaO₂ < 90%

Somme =

Risque d'embolie pulmonaire sévère

<https://www.revmed.ch/Scores/SCORES-PRONOSTIQUES/PNEUMOLOGIE/EMBOLIE-PULMONAIRE/EMBOLIE-PULMONAIRE/Score-simplifie-du-risque-d-embolie-pulmonaire-severe-en-cas-d-EP-aigue-sPESI>

(il y a d'autres scores dont les critères HESTIA <http://medicalcul.free.fr/hestia.html>)

Pour les patients à bas risque, suite au calcul des scores PESI ou PESIs ainsi que les critères Hestia, la prise en charge ambulatoire est possible et sûre.

Pour les patients à risque intermédiaire, soit 50% des patients avec EP ça se complique...

On peut doser les Troponines, le BNP (ou le proBNP), mesurer le diamètre du ventricule droit (VD) à l'échographie, ou au CT scan.

L'étude PEITHO "Fibrinolysis for Patients with Intermediate-Risk Pulmonary Embolism" Guy Meyer, N Engl J Med 2014; 370:1402-1411" a montré que la présence d'une souffrance et/ou une dysfonction du VD est associée à un risque accru de complications et que la thrombolyse systémique a un rapport risque bénéfice défavorable et devrait être réservée aux patients avec une instabilité hémodynamique.

Alors, si j'ai bien compris, d'autres scores ont été établis pour essayer d'affiner le pronostic de l'EP et d'améliorer le rapport risque / bénéfice d'une thrombolyse : Bova score, Telos score, etc...

On compare aussi l'utilisation de la ténecteplase à celle de l'altéplase, tous les deux des formes recombinantes de l'activateur tissulaire du plasminogène.

Bref...on retiendra que :

- La stratification du risque est un élément essentiel de la prise en charge de l'EP.
- Les scores cliniques permettent d'identifier les patients pouvant être pris en charge de façon ambulatoire.
- La combinaison de paramètres cliniques et de marqueurs de dysfonction du VD permet d'identifier les patients à risque accru de complications.
- Le bénéfice d'un traitement de reperfusion dans ce sous-groupe est à démontrer (1/2 dose ?).

De plus en plus éloignés de notre pratique de médecine ambulatoire ces colloques...

QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR ?



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

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch