

# Le diagnostic et la prise en charge de l'embolie pulmonaire, les recommandations ESC 2019

## Quoi de neuf ?

Préparé par Pr Ag Rania HAMMAMI, Service de Cardiologie de SFAX

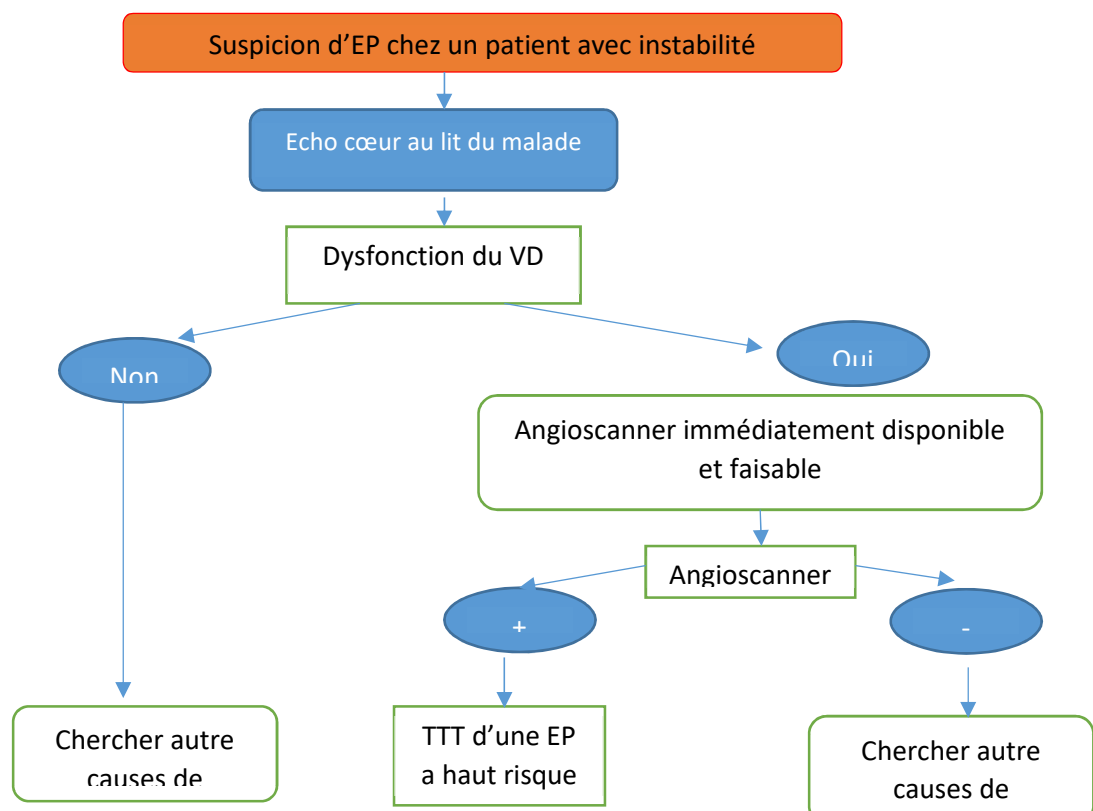
### • Définition explicite de l'Instabilité hémodynamique et embolie pulmonaire à haut risque

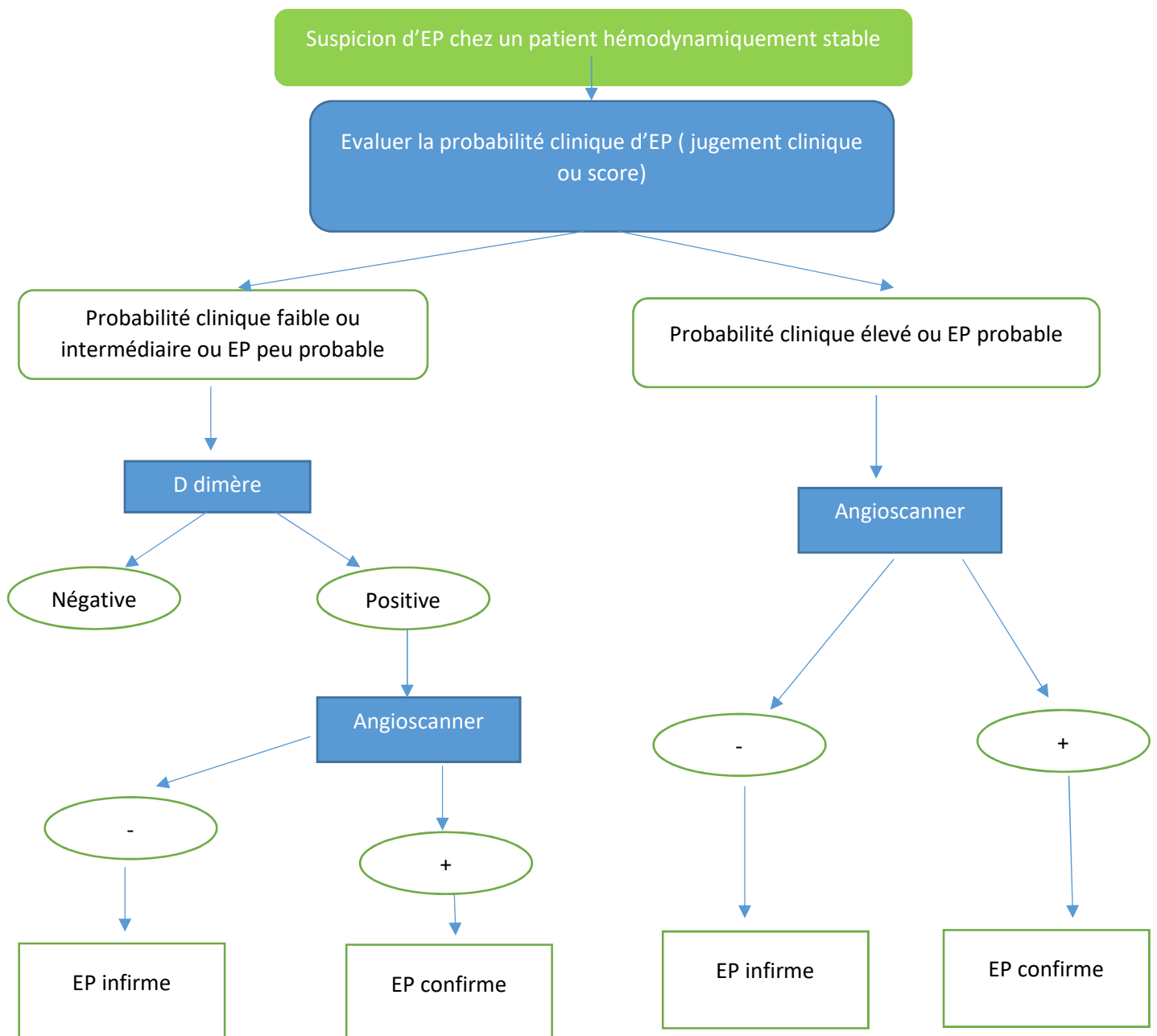
La nouvelle définition regroupe trois situations cliniques

- Arrêt cardiaque, avec nécessité de réanimation cardiorespiratoire
- Choc obstructif :
  - PAS < 90 mmHg ou nécessité de vasopresseurs pour atteindre une PA  $\geq$  90 mmHg malgré le remplissage
  - **et**
  - Avec atteinte d'organes secondaires à l'hypoperfusion (atteinte cérébrale, froid, oligurie, anurie, peau moite, augmentation du taux de lactates dans le sérum)
- Hypotension persistante : PA systolique < 90 mmHg, ou chute systolique de la PA  $\geq$  40 mmHg, soit d'une durée supérieure à 15 minutes et non causées par une installation récente d'une arythmie, hypovolémie ou septicémie

### • Algorithmes de diagnostic adaptés au risque

Le diagnostic de l'EP chez les patients à haut risque est basé sur l'ETT





## Nouvelles recommandations pour le diagnostic

3 nouvelles recommandations pour le diagnostic d'EP :

- Le test D-dimères utilisant un seuil ajusté en fonction de l'âge ou adapté à la probabilité clinique doit être considéré comme une alternative au seuil fixe. (IIa ), ceci pour éviter de demander des angioscanners abusivement

Pour le seuil de Ddimères, ça n' a pas changé c'est la règle de  $10 \times \text{Age}$  au delà de 50 ans

En effet, un essai prospective « YEARS » s'est basé sur le taux de D dimères et des éléments cliniques du score de Wells pour décider de compléter ou non par Angioscanner. Trois

éléments cliniques du score de Wells , à savoir les signes de TVP, d'hémoptysie et d'EP plus susceptibles qu'un autre diagnostic, plus D-dimères. Ont été considérées comme exclues les patients sans éléments cliniques et présentant des taux de D-dimères <1000 ng / mL, ou les patients présentant un ou plusieurs éléments cliniques et des taux de D-dimères <500 ng / mL. Tous les autres patients ont subi une CTPA. Parmi les 2946 patients (85%) chez qui une EP avait été exclue à la base et qui n'avaient pas été traités, 18 ont présenté une TVP symptomatique au cours des 3 mois suivants. CTPA a été évité chez 48% des patients inclus utilisant cet algorithme, contre 34% si la règle de Wells et un seuil de D-dimères fixe de 500 ng / mL avaient été appliqués.

- Si une échodoppler proximal positive est utilisé pour confirmer l'EP, la stratification du risque doit être considérée pour guider le guide de gestion. (IIa )
- V / Q SPECT peut être considéré pour le diagnostic PE. (IIb ) (manque d'études randomisées utilisant le SPECT)

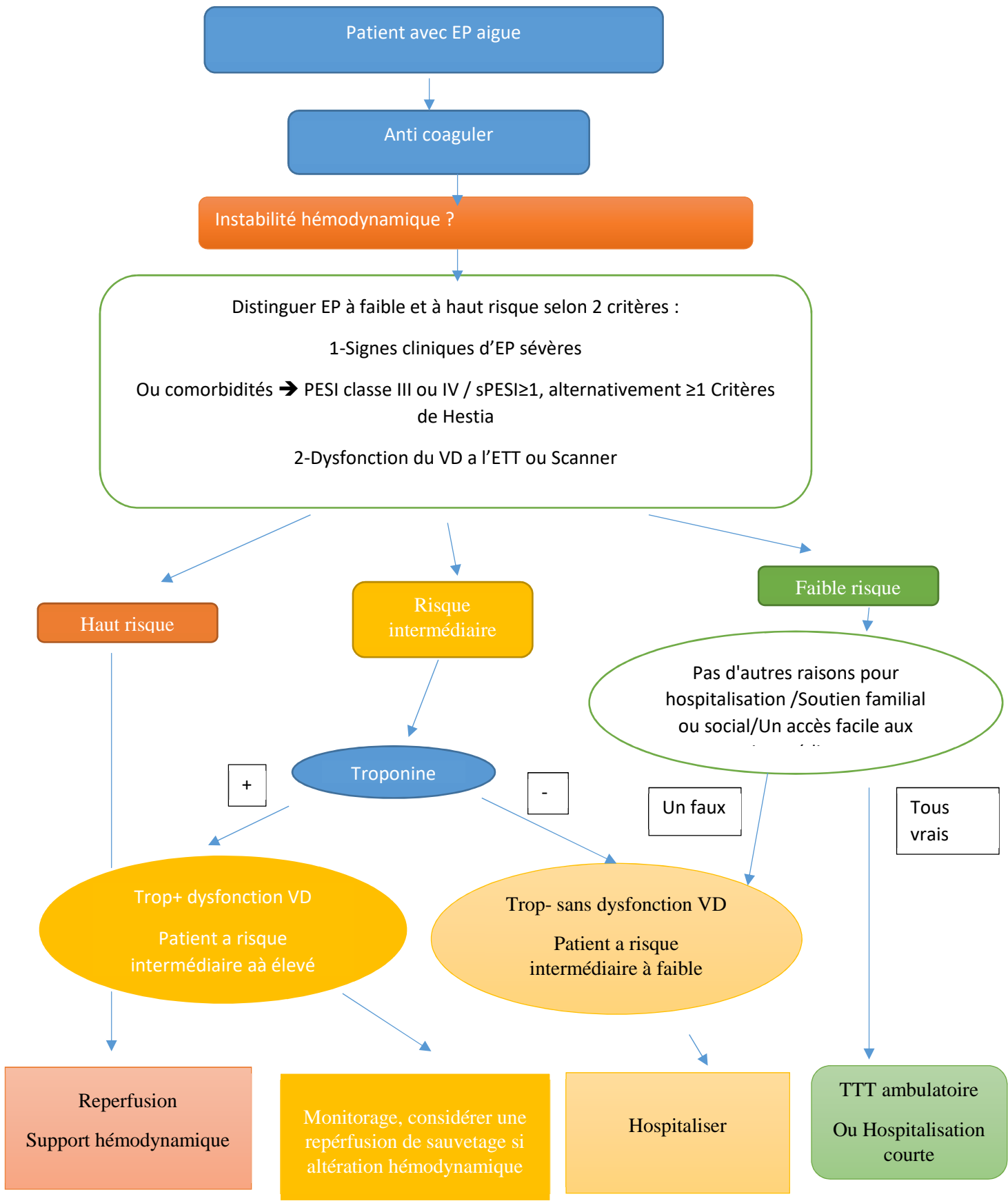
## La stratification du risque

Les nouveautés concernant la stratification du risque concernent en particulier l'évaluation plus courante de la fonction du VD

- L'évaluation du VD par des biomarqueurs d'imagerie ou de laboratoire doit être envisagée même en cas de score PESI bas ou de score sPESI = 0 (IIa ), puisque ces patients ont un pronostic plus péjoratif comparé à ceux avec une fonction VD normale
- Des scores validés associant des facteurs cliniques, d'imagerie et de pronostic de laboratoire peuvent être considéré comme stratifiant d'avantage la sévérité de l'EP (IIb )

## Traitement à la phase aiguë

- Lorsque l'anticoagulation orale est initiée chez un patient atteint d'EP , éligible à un traitement par NACO (apixaban, dabigatran, édoxaban ou rivaroxaban), un NACO est la forme recommandée de traitement anticoagulant. (I)
- Mise en place d'équipes multidisciplinaires pour la gestion des cas à haut risque et de certains cas d'EP à risque intermédiaire doit être envisagée, en fonction des ressources et de l'expertise disponible dans chaque hôpital. (IIa )
- L'ECMO peut être envisagée, en association avec une embolectomie chirurgicale, en cas d'insuffisance circulatoire réfractaire ou d'arrêt cardiaque. (IIb )



## Traitement chronique et prévention des récurrences chez les patients sans cancer

- Traitement indéfini avec un AVK chez des patients atteints du syndrome des anticorps antiphospholipides (I)
- Anticoagulation prolongée chez les patients ne présentant aucun facteur de risque identifiable pour l'événement indexé d'EP. (IIa )
- Anticoagulation prolongée chez les patients présentant un facteur de risque persistant autre que le syndrome des anticorps antiphospholipides. (IIa)
- Anticoagulation prolongée chez les patients présentant un facteur de risque transitoire / réversible mineur pour l'événement indexé. (IIa )
- Réduction de la dose d'apixaban ou de rivaroxaban après les 6 premiers mois. (II a)

## Embolie pulmonaire chez les patients atteints de cancer

Edoxaban ou rivaroxaban comme alternative aux HBPM, à l'exception des patients atteints de cancer gastro-intestinal (IIa ).

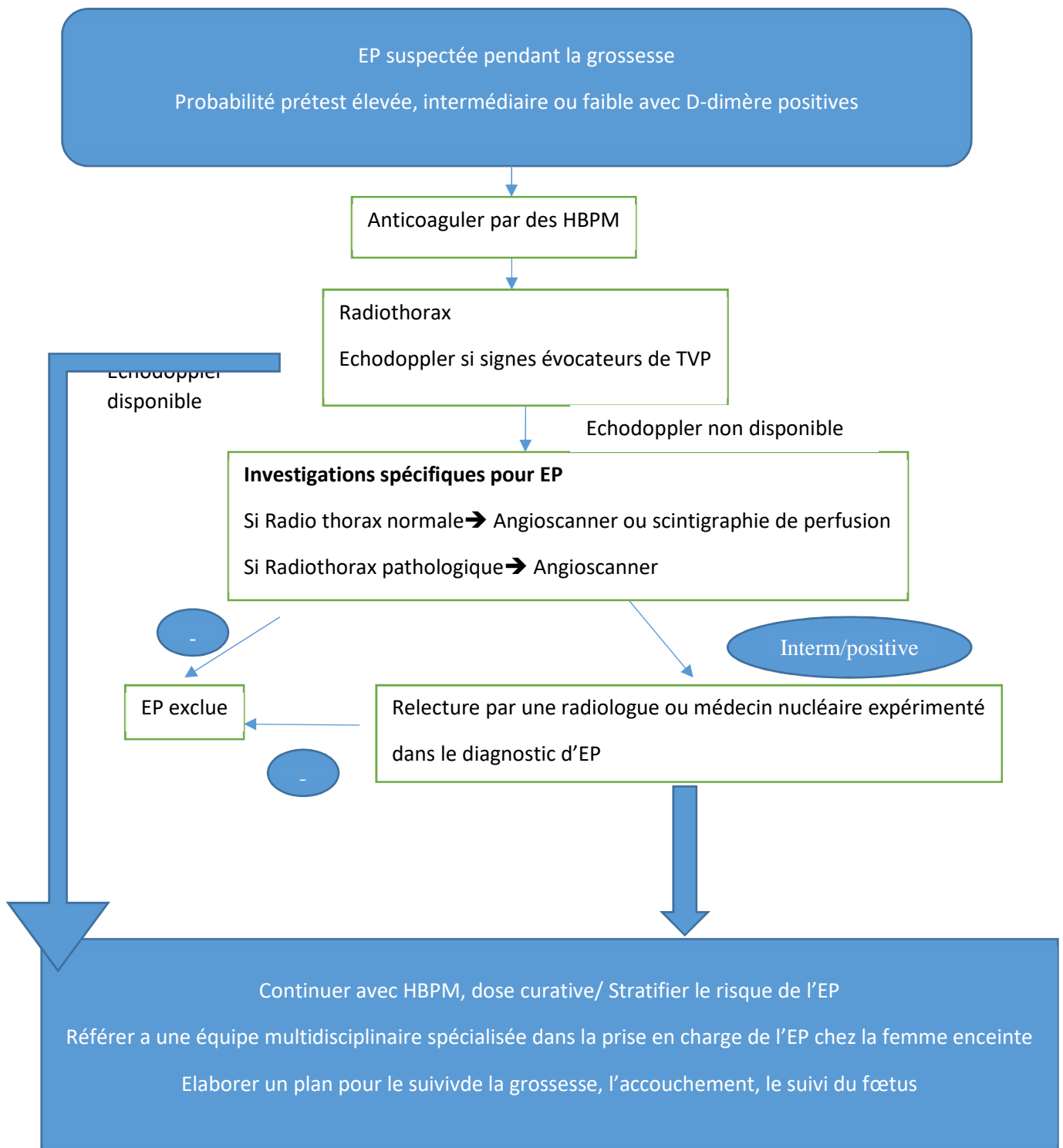
## Diagnostic de l'embolie pulmonaire durant la grossesse et pendant les 6 premières semaines du post-partum

Le diagnostic d'EP pendant la grossesse peut être difficile, car les symptômes chevauchent souvent avec ceux d'une grossesse normale. La prévalence globale de l'EP confirmée est faible chez les femmes ayant fait l'objet de la recherche; entre 2 et 7%.

Le taux de D-dimères augmentent continuellement pendant la grossesse, et les niveaux sont supérieurs au seuil d'exclusion de la MTEV. Les résultats d'une étude multicentrique prospective menée auprès de 441 femmes enceintes présentant une suspicion clinique d'EP aux urgences suggèrent qu'une stratégie de diagnostic reposant sur l'évaluation de la probabilité clinique, la mesure des D-dimères, le doppler et l'angioscanner peuvent exclure sans risque l'EP pendant la grossesse.

Dans cette étude, l'exclusion de l'EP sur la base d'un résultat négatif au dimère D (sans imagerie) était possible chez 11,7% des 392 femmes avec une probabilité non élevée selon le score de Genève, un taux qui a été réduit à 4,2% au troisième trimestre.

Une autre étude de gestion prospective a évalué la combinaison d'un algorithme YEARS adapté à la grossesse et du taux de D-dimères chez 498 femmes pendant la grossesse. La PE a été écartée sans angioscanner chez les femmes considérées à faible risque de PE, selon la combinaison de l'algorithme et des résultats D-dimères. À 3 mois, une seule femme avec une EP exclue sur la base de l'algorithme a développé une TVP poplitée et aucune femme n'a développé une EP.



### Soins post-EP et séquelles à long terme

- Une évaluation clinique de routine est recommandée 3 à 6 mois après une EP aiguë. (I)

- Un modèle de soins intégré est recommandé après une EP aiguë pour assurer une transition optimale entre hôpital aux soins ambulatoires. (I)
- Il est recommandé de référer les patients symptomatiques présentant des défauts de perfusion persistantes sur V / Q scinti , au-delà de 3 mois après une EP grave dans un centre expert de référence en hypertension pulmonaire / CTEPH, tenant compte des résultats de l'échocardiographie, du peptide natriurétique et / ou test d'effort.

