



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge de l'embolie pulmonaire en 2015

Management of pulmonary embolism: A 2015 update

J.-P. Galanaud^{a,*}, A. Blanchet-Deverly^b, G. Pernod^c,
I. Quéré^a, Pour le Collège des enseignants de médecine
vasculaire (CEMV)

^a Centre d'investigations cliniques, service de médecine vasculaire, département de médecine interne, hôpital Saint-Eloi, CHU de Montpellier, université Montpellier I, Inserm CIC-1001, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

^b Service d'explorations cardiovasculaires, CHU de Pointe-à-Pitre, 97159 Pointe-à-Pitre cedex, Guadeloupe

^c Service de médecine vasculaire, CHU de Grenoble, université Grenoble Alpes, CNRS/TIMC-IMAG UMR 5525/Themas, 38043 Grenoble cedex 09, France

Reçu le 5 mars 2015 ; accepté le 12 juin 2015

MOTS CLÉS

Embolie pulmonaire ;
Épidémiologie ;
Diagnostic ;
Traitement ;
Anticoagulant ;
Nouveaux
anticoagulants oraux

Résumé L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie fréquente, grave, multifactorielle, dont l'incidence augmente avec l'âge. En l'absence de signe clinique pathognomonique, la démarche diagnostique repose sur l'évaluation de la probabilité clinique associée à la réalisation d'examen complémentaires. L'examen de confirmation diagnostique de référence actuelle est l'angioscanner thoracique. Les traitements anticoagulants à dose curative, pour une durée d'au moins trois mois, constituent la pierre angulaire de la prise en charge thérapeutique. La durée du traitement anticoagulant est influencée par la connaissance des facteurs de risque transitoires (alitement, chirurgie, immobilisation plâtrée...) ou permanents/persistants (âge, cancer, thrombophilie clinique ou biologique...) qui ont favorisé la survenue de l'EP. Les traitements fibrinolytiques ne sont habituellement proposés qu'en cas d'EP grave avec hypotension. L'arrivée des anticoagulants oraux directs qui ont démontré une efficacité et une sécurité d'utilisation au moins équivalentes à celles des traitements antivitamines K pourrait permettre de faciliter la prise en charge ambulatoire de cette pathologie et des traitements plus prolongés en cas de facteur de risque persistant.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jp-galanaud@chu-montpellier.fr (J.-P. Galanaud).

KEYWORDS

Pulmonary embolism;
Epidemiology;
Diagnosis;
Treatment;
Anticoagulants;
New oral
anticoagulants

Summary Pulmonary embolism (PE) is a frequent, serious and multifactorial disease, the incidence of which increases with advanced age. In the absence of pathognomonic clinical signs or symptoms, diagnostic management lies in the evaluation of clinical pre-test probability followed by a laboratory or an imaging test. So far, multidetector computed tomography angiography is the diagnostic test of choice to make a positive diagnosis of PE. Anticoagulants at therapeutic dose for at least 3 months constitute the cornerstones of PE therapeutic management. Duration of anticoagulant treatment is modulated according to the presence of transient (surgery, plaster immobilization, bed rest/hospitalization) and chronic/persistent (age, cancer, clinical or biological thrombophilia...) risk factors of PE. Thrombolysis is usually prescribed only for cases of severe PE with arterial hypotension. Arrival of new oral anticoagulants, which have recently been shown to be as effective and as safe as vitamin K antagonist, should simplify and ease ambulatory management of PE and favor more prolonged treatments with anticoagulant for cases of unprovoked PE or PE provoked by a chronic/persistent risk factor.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'embolie pulmonaire (EP) se définit comme l'oblitération brutale du tronc ou d'une branche de l'artère pulmonaire par un embole. Avec la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (TVP), elle constitue la principale expression clinique de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) [1]. L'EP est fréquente et grave même si sa mortalité actuelle est bien inférieure à celle de son histoire naturelle sans anticoagulant (> 25 % de mortalité spontanée) [2–4].

Sa présentation clinique est polymorphe, sans signe pathognomonique et son diagnostic difficile. C'est pourquoi plusieurs stratégies diagnostiques ont été développées qui associent l'estimation a priori de la probabilité clinique à des examens biologiques et radiologiques [5].

Le traitement de l'EP repose sur le traitement anticoagulant dont les modalités d'administration et de suivi ont fait l'objet de plusieurs recommandations [3,6,7]. La place des filtres caves et de la fibrinolyse ainsi que celle de la prise en charge à domicile ont fait l'objet d'études récentes qui en précisent le bénéfice thérapeutique [8–10]. L'objectif de cet article est de présenter les différentes modalités de prise en charge, notamment diagnostique et thérapeutique, de l'EP en 2015 à la lumière des résultats des études récemment publiées.

Épidémiologie

Incidence

L'EP est une pathologie fréquente dont l'incidence augmente avec l'âge. Dans l'étude française en population générale Epi-Getbo, l'incidence des EP diagnostiquées par imagerie était de 0,6‰ habitants par an et atteignait près de 0,5‰ habitants par an chez les sujets de plus de 75 ans [2]. Le nombre d'EP diagnostiquées est en augmentation, probablement en rapport avec le vieillissement de la population, mais aussi certainement grâce aux outils diagnostiques utilisés et à l'avènement du scanner multi-barrettes comme

gold standard diagnostique. Ainsi, entre 1998 et 2005, le nombre d'hospitalisations pour EP aux États-Unis a doublé. À titre de comparaison, en 2010, d'après les données du PMSI, 55 628 patients ont été hospitalisés en France avec des diagnostics principal ou secondaire d'EP soit un taux d'hospitalisations standardisé sur la population française de 75,7/100 000 habitants par an [11].

L'EP, qui partage les mêmes facteurs de risque que la TVP, est une maladie multifactorielle. Parmi la multitude de facteurs de risques identifiés, il convient de différencier les facteurs de risque dits transitoires (alitement, chirurgie, voyage, hormones...) des facteurs de risque permanents/persistants (âge, cancer actif, antécédents personnels ou familiaux de MTEV, thrombophilie biologique...) [7] (Tableau 1).

Pronostic

Deux facteurs principaux influencent le risque de mortalité : la gravité initiale de l'EP évaluée par le Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) ou sa forme simplifiée (sPESI, Tableau 2) [3,12] permettant de stratifier le risque de décès à 30 jours et le terrain de survenue, notamment la présence d'un cancer [7]. Ce score présente l'avantage de définir un groupe de patients à faible risque, dont la mortalité à 30 jours est inférieure à 2,5% (vs 24% chez les patients à haut risque) [7]. En l'absence de choc, et en cas de sPESI > 0, le dosage des bio-marqueurs (troponine, peptide natriurétique B) et les signes de dysfonction ventriculaire droite permettent de catégoriser la gravité des EP en gravité intermédiaire haute ou basse [3]. En France, la mortalité globale à 3 mois est de 12,9% pour les EP avec TVP et 4,6% pour les EP sans TVP, [13] et la mortalité hospitalière estimée à partir du PMSI était de 9,6% [11]. La détermination de la nature du facteur déclenchant est importante puisqu'elle permet de déterminer le risque de récurrence, par conséquent la durée du traitement anticoagulant, ce dernier étant plus prolongé en cas d'EP associée à des facteurs de risque permanents. De même, il est important de garder à l'esprit que si le risque de récurrence en cas de TVP et d'EP est équivalent, la récurrence des patients ayant initialement présenté une EP

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2974197>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2974197>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)