

Mise au point

Prise en charge ambulatoire de l'embolie pulmonaire diagnostiquée aux urgences

Outpatient management of pulmonary embolism diagnosed in emergency services

E. Dubie^{a,*}, G. Pouzet^a, E. Bohyn^b, C. Meunier^c, A. Wuyts^d, S. Chateigner Coelsch^e, P. Lesage^a,
C. Morvan^f, L. Belle^f, G. Vanzetto^g

^a Centre hospitalier métropole Savoie, Medical Emergency Service, BP 31125, 7, square Massalaz, 73011 Chambéry cedex, France

^b Centre hospitalier Annecy-Genevois, 1, avenue de l'Hôpital, 74370 Metz-Tessy, France

^c Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Maurienne, rue du Dr-Grange, 73300 Saint-Jean-de-Maurienne, France

^d Centre hospitalier d'Albertville-Moutiers, 253, rue Pierre-de-Coubertin, 73200 Albertville, France

^e Centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice, 139, rue du Nantet, 73700 Bourg-Saint-Maurice, France

^f Réseau Nord-Alpin des urgences, centre hospitalier Annecy-Genevois, 1, avenue de l'Hôpital, 74370 Metz-Tessy, France

^g Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes, boulevard de la Chantourne, 38700 la Tronche, France

Reçu le 27 mai 2016 ; accepté le 2 septembre 2016

Disponible sur Internet le 29 septembre 2016

Résumé

La prise en charge des patients porteurs d'une embolie pulmonaire diagnostiquée aux urgences dépend du risque de mortalité précoce. Une prise en charge ambulatoire est envisageable chez les patients à faible risque. Nous présentons ici les différents scores de risque existants, et la stratégie proposée par le réseau Nord-Alpin des urgences, qui utilise le score PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) dans sa version simplifiée pour sélectionner les patients à bas risque, candidats à une prise en charge ambulatoire.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Embolie pulmonaire ; Urgences ; Ambulatoire ; Bas risque ; Score PESI

Abstract

In the emergency department, the management of patients with pulmonary embolism depends on the early mortality risk. Outpatient care is possible in low-risk patients. We present the existing scores and the strategy proposed by the North Alps Emergency Network, which uses the simplified PESI score (Pulmonary Embolism Severity Index) to select those low-risk patients, candidates for early discharge.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Pulmonary embolism; Emergency services; Outpatient; Low risk; Score PESI

1. Introduction

La stratification du risque de mortalité précoce, chez les patients porteurs d'une embolie pulmonaire, a d'importantes implications sur la stratégie thérapeutique, notamment la

possibilité d'une prise en charge ambulatoire. La Société européenne de cardiologie (ESC) a publié en 2014 une actualisation des recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de l'embolie pulmonaire (EP) [1]. Dans ces recommandations, le pronostic des patients porteurs d'une EP aiguë est basé sur le risque de mortalité intrahospitalière et à 30 jours. La présence de signes de choc ou d'hypotension artérielle définit l'EP « à haut risque ». En l'absence de signe de choc ou d'hypotension artérielle, il s'agit d'une EP « non à haut risque », qui peut

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elophe.dubie@ch-metropole-savoie.fr (E. Dubie).

Tableau 1
Score PESI dans sa version originale.

Paramètres	Points
Âge	Âge en années
Sexe masculin	+ 10 points
Cancer	+ 30 points
Insuffisance cardiaque chronique	+ 10 points
Maladie respiratoire chronique	+ 10 points
Fréquence cardiaque \geq 110/min	+ 20 points
Pression artérielle systolique < 100 mmHg	+ 30 points
Fréquence respiratoire > 30/min	+ 20 points
Température < 36 °C	+ 20 points
Confusion	+ 60 points
Saturation < 90 %	+ 20 points

Classe 1 : \leq 65 points ; risque de mortalité à 30 j très bas (0–1,6 %) ; classe 2 : 66–85 points ; risque de mortalité base (1,7–3,5 %) ; classe 3 : 86–105 points ; risque de mortalité modérée (3,2–7,1 %) ; classe 4 : 106–125 points ; risque de mortalité élevée (4,0–11,4 %) ; classe 5 : > 125 points ; risque de mortalité très élevée (10,0–24,5 %).

être intermédiaire ou bas. Il est recommandé chez ces patients d'utiliser un score afin de stratifier le risque de façon plus précise. L'hospitalisation est la règle chez les patients à risque de mortalité précoce non négligeable, c'est-à-dire s'ils sont à haut risque ou à risque intermédiaire. Par contre, une prise en charge ambulatoire est envisageable chez les patients à bas risque de mortalité précoce. La question cruciale est de savoir comment identifier ces patients à bas risque, candidats à une prise en charge ambulatoire, et c'est ce que nous souhaitons développer ici.

2. Stratifier le risque de l'embolie pulmonaire

Différents scores ont été élaborés afin de sélectionner, parmi les patients souffrant d'EP aiguë, ceux étant à bas risque [2]. Le score de Genève et le score PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) [3,4] sont classés en niveau 2 sur l'échelle de McGinn, qui classe les scores de prédiction clinique en 4 niveaux de performance décroissante [5]. Les scores Aujesky, Davies, Uresandi et PESI simplifié sont classés en niveau 3 et les scores de Volschan, Murugappan et Yamaki en niveau 4. Parmi ces différents scores, le PESI (Tableau 1) est celui qui semble le mieux validé pour sélectionner les patients à bas risque de mortalité précoce [3,6,7]. Il a été utilisé pour sélectionner les patients porteurs d'une EP aiguë éligibles à une prise en charge ambulatoire dans l'étude randomisée de non-infériorité « *outpatient treatment of pulmonary embolism* » (OPTE) [8]. Cette étude comparait la prise en charge ambulatoire (sortie de l'hôpital dans les 24 h suivant la randomisation) à la prise en charge hospitalière de 344 patients porteurs d'une EP diagnostiquée dans un service d'urgence et dont la classe PESI était de 1 ou 2. Tous les patients ont été traités par énoxaparine pendant au moins 5 jours, puis par un anticoagulant oral. Le critère de jugement principal était la récurrence d'évènement thromboembolique dans les 90 jours, et la perte d'efficacité consentie était de 4 %. Cet essai a été concluant car un seul patient (0,6 %) sur 171 gérés en ambulatoire a présenté une récurrence d'évènement thromboembolique et aucun dans le groupe de patients hospitalisés, remplissant ainsi le critère de

Tableau 2
Score PESI dans sa version simplifiée.

Paramètres	Points
Âge > 80 ans	+ 1
Cancer	+ 1
Insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique	+ 1
Fréquence cardiaque \geq 110/min	+ 1
Pression artérielle systolique < 100 mmHg	+ 1
Saturation < 90 %	+ 1

0 point : risque de mortalité à 30 j de 1,0 % ; \geq 1 point(s) : risque de mortalité à 30 j de 10,9 %.

non-infériorité. De même, la non-infériorité est suggérée pour le saignement majeur dans les 14 jours et la mortalité globale à 90 jours mais pas pour le saignement majeur dans les 90 jours.

La sensibilité du score PESI dans sa version simplifiée (Tableau 2) est aussi performante pour identifier les patients porteurs d'une EP à bas risque [9–12]. C'est ce score PESI simplifié qui a été choisi au sein du réseau Nord-Alpin des urgences (ReNAU) pour stratifier le risque des patients porteurs d'une EP diagnostiquée aux urgences (Fig. 1). L'étude observationnelle Hestia, dans laquelle les patients ont été sélectionnés sur des critères cliniques, met en évidence un taux de récurrence d'évènement thromboembolique de 2 % chez les patients porteurs d'une EP, sortis dans les 24 h suivant leur admission, mais l'absence de groupe témoin rend difficile l'interprétation de ces résultats [13]. Une étude randomisée récente semble confirmer l'intérêt de cette règle Hestia [14].

Dans une autre cohorte prospective, le taux de NT-proBNP était un des critères de sélection des candidats à une prise en charge ambulatoire [15]. Une validation par une étude randomisée et contrôlée reste nécessaire. La troponine a aussi été étudiée dans cette indication, mais ne suffit pas, seule, à identifier les patients à bas risque [11].

L'absence de dysfonction ventriculaire droite, recherchée en échographie cardiaque ou par tomographie, semble avoir une très bonne valeur prédictive négative pour le décès précoce en rapport avec une EP [16,17]. Mais ce critère n'a jamais été utilisé seul pour sélectionner les candidats à une prise en charge ambulatoire.

3. Utilisation du score PESI pour la prise en charge des EP à risque bas ou intermédiaire

Le score PESI permet de classer les patients en risque dit « intermédiaire » pour les classes PESI > 2, ou « bas risque » pour les classes PESI 1 et 2.

Chez les patients à risque intermédiaire, il faut rechercher une dysfonction ventriculaire droite en échographie ou tomographie [16–18] et doser les BNP et troponine. On parlera de risque « intermédiaire haut » s'il y a dysfonction ventriculaire droite et élévation d'un biomarqueur (troponine et/ou BNP), et d'un risque « intermédiaire bas » s'il y a dysfonction ventriculaire ou élévation d'un biomarqueur. Les recherches de dysfonction ventriculaire droite et d'élévation des biomarqueurs ne sont pas indispensables chez les patients à bas risque. Si elles sont effectuées, elles seront le plus souvent négatives chez ces

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596513>

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