

Cas cliniques

Journées d'échange entre les 2 rives
Tiaret, Algérie, 25/05/2013



Dr Sihem OUAR
CCA. SAU Henri Mondor. Créteil.

Cas Clinique 1

- Mme N. 45ans
- Dyspnée depuis 3 jours
- ATCD : Fracture du plateau tibial opéré il y a 1 semaine
- Aux urgences : TA 120/60, Sat O2 96%, FR 28, FC 110/min, T° 37, dextro 5 mmol/L, Glasgow 15

Cas Clinique 1

■ Examen clinique :

Polypnée superficielle

Auscultation pulmonaire normale

Auscultation cardiaque : tachycardie régulière, pas ICD,
pas ICG

Cas Clinique 1

- Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?
Argumentez

Cas Clinique 1

- Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?
 - Embolie Pulmonaire+++++++
 - Pneumothorax
 - Acidose Métabolique
 - Asthme : sibilants, terrain...
 - Causes infectieuses: fièvre, toux...
 - Causes cardiaques (SCA, OAP) : terrain, signes cliniques ...

FDR d'embolie pulmonaire

- Le terrain = argument majeur pour le diagnostic EP
- Recherche d'une phlébite patente ou latente est systématique
- Mettre en évidence un processus emboligène, des antécédents d'embolie pulmonaire et de thrombophlébites.

EP: signes cliniques

- Aucun n'est spécifique dans l'EP;
- Ne permettent pas d'affirmer le diagnostic+++.

- l'association de dyspnée, tachypnée et de signes cliniques de TVP constatée chez 91 % des patients ayant une EP sans antécédents cardiopulmonaires;
- On peut aussi trouver :
 - douleur basithoracique en coup de poignard et majorée par l'inspiration; à début brutal+++;
 - Hémoptysie; toux sèche.

- Tachycardie régulière;
- Recherche de signes d'insuffisance cardiaque droite aigüe;
- Recherche de signes d'infarctus pulmonaire;
- Recherche de signes de thrombose veineuse profonde.

Les éléments diagnostiques

- Probabilité clinique
- Evaluation clinique intégrée aux examens paracliniques de dépistage
- Signes cliniques de l'EP : peu sensibles et peu spécifiques.
- Associés à la présence de facteurs de risque et aux antécédents du patient, ils permettent l'évaluation empirique ou standardisée de la probabilité clinique d'EP.
- Scores de Wells et de Genève définissent trois niveaux de risque: faible, intermédiaire ou élevé, probabilité respectivement de 10, 30 et 65 %

Score de prédiction clinique de Wells

Variables	Score
Antécédents TVP/EP	+ 1,5
Chirurgie ou immobilisation récente	+ 1,5
Tachycardie > 100/min	+ 1,5
Signes cliniques de TVP	+ 3
Autre diagnostic moins probable que l'EP	+ 3
Hémoptysie	+ 1
Cancer	+ 1
Probabilité d'EP (3 niveaux)	
Faible	0 - 1
Intermédiaire	2 - 6
Elevée	> 7
Probabilité d'EP (2 niveaux)	
EP improbable	0 - 4
EP probable	> 4

Cas Clinique 1

Quels examens complémentaires demandez vous pour confirmer votre diagnostic?

Cas Clinique 1

Quels examens complémentaires demandez vous pour confirmer votre diagnostic?

- GDS
- D dimères Si faible probabilité (cas 1 :intermédiaire)
- Troponine, BNP (critère de gravité)
- ECG
- RT
- Angioscanner spiralé
- Iono creat BHCG TP TCA NFS plaquettes

Cas Clinique 1

Que peut vous apporter le GDS?

Cas Clinique 1

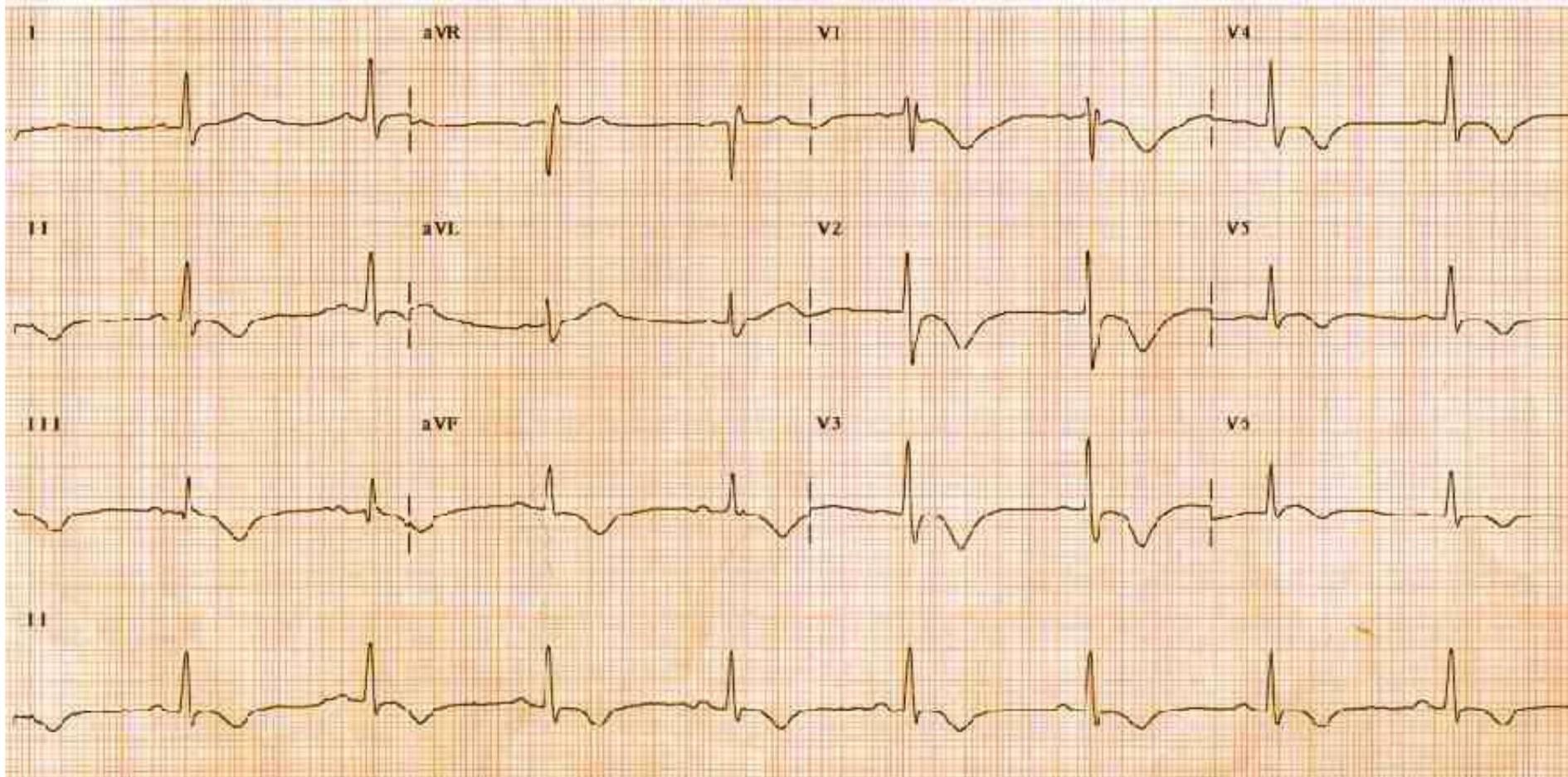
- Hypoxie
- Hypocapnie
- Effet shunt

Attention à l'effet shunt

- ASPECIFIQUE
- Lié à une redistribution du débit vasculaire avec zones débit > ventilation
- Présent lors de toute détresse respiratoire débutante chez le sujet non insuffisant respiratoire
- Se traduit sur la gazométrie par $pO_2 + pCO_2 < 120 \text{ mmHg}$

Cas Clinique 1

- Quels sont les signes électriques que l'on peut retrouver?



Cas Clinique 1

- Quels sont les signes électriques que l'on peut retrouver?
 - une tachycardie sinusale,
 - un aspect S1 Q3
 - un bloc de branche incomplet droit,
 - une ischémie sous épigardique en V1, V2, V3.

Cas Clinique 1

- Que peuvent vous apporter les D dimères?

Cas Clinique 1

■ Que peuvent vous apporter les D dimères?

- Si les D Dimères sont < 500 ng/l (Méthode Elisa) permet d'éliminer avec une EP.
- Leur positivité n'a pas de valeur diagnostique. Il convient de rester prudent.

Décrire la RP



Décrire la RP

- Surélévation de la coupole gauche
- Atélectasie en bandes du lobe inférieur gauche
- Epanchement pleural gauche
- Silhouette cardiaque/médiastin normaux
- Pas de lésion osseuse



Cas clinique 2

- Mr. R. 50ans, vient aux urgences pour douleur brutale basithoracique droite
- ATCD: EP en 2008 sans causes retrouvées
HTA
Tabagisme actif

Aux urgences : T° 38, FC 110, Sat 90%, TA 150/60

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

Orientation diagnostique

Les causes à évoquer systématiquement du fait de leur gravité:

1. Péricardite aiguë
2. Insuffisance coronaire (SCA)
3. Embolie pulmonaire
4. Dissection aortique

Les autres causes de douleurs thoracique

1. Pleuro-pulmonaire
2. Oesophagienne
3. Pariétales d'origine rhumatologique
4. Neurologique
5. Abdominale
6. Psychogène

Cas clinique 2

- Auscultation pulmonaire retrouve des sous crépitant discrets base droite, pas de sibilants
- Auscultation cardiaque retrouve une tachycardie régulières, pas OMI, une TJ, RHJ, mollet gauche douloureux oedematié

Cas clinique 2

- Quels sont vos examens complémentaires de première intention?

Cas clinique 2

- **Quels sont vos examens complémentaires de première intention?**
- NFS plaquette, iono sang, créatinine, TP, TCA
- Troponine, BNP
- GDS
- ECG
- Radiographie thoracique au lit du malade
- D-Dimères????

Score de prédiction clinique de Wells

Variables	Score
Antécédents TVP/EP	+ 1,5
Chirurgie ou immobilisation récente	+ 1,5
Tachycardie > 100/min	+ 1,5
Signes cliniques de TVP	+ 3
Autre diagnostic moins probable que l'EP	+ 3
Hémoptysie	+ 1
Cancer	+ 1
Probabilité d'EP (3 niveaux)	
Faible	0 - 1
Intermédiaire	2 - 6
Elevée	> 7
Probabilité d'EP (2 niveaux)	
EP improbable	0 - 4
EP probable	> 4

D-dimères

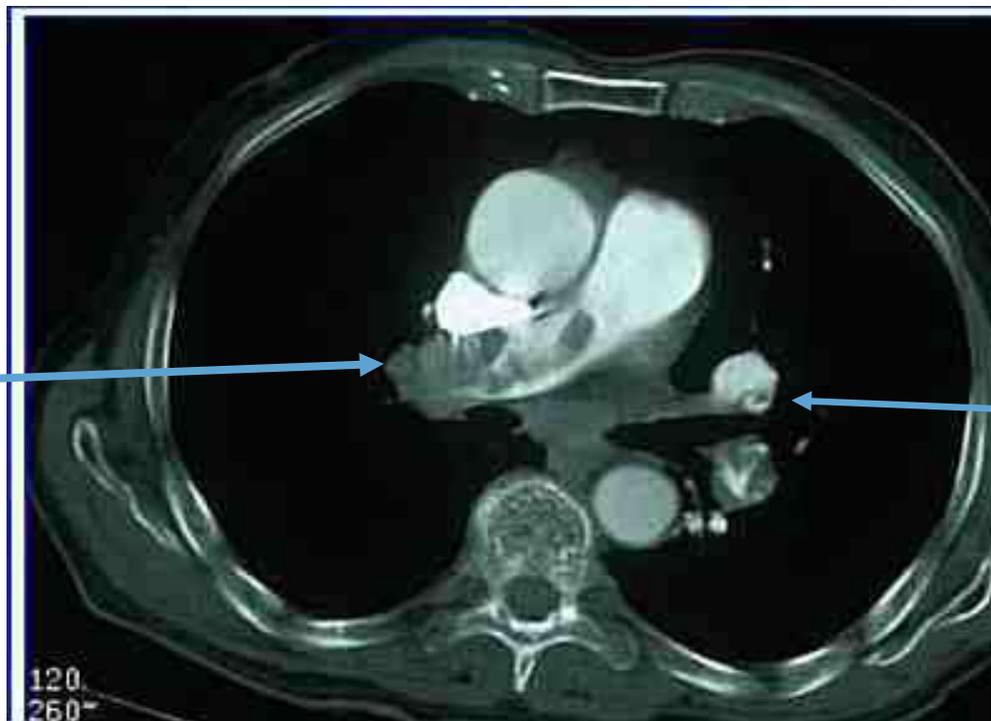
- La valeur prédictive négative (VPN) d'un dosage de D-dimères $< 500 \mu\text{g/l}$, réalisé avec un test ELISA, est supérieure à 95 % et permet d'exclure le diagnostic d'EP chez 1/3 des patients ambulatoires ayant une probabilité clinique faible ou intermédiaire.

Cas clinique 2

- GDS Ph 7.40 Po2 65 PCO2 30 lactates 0.8
- Pas d'insuffisance rénale
- Troponine et radiographie toujours en cours
- Quels examens complémentaires sont nécessaires à visée diagnostique?

AngioTDM

Thrombus
AP dte



Thrombus
branche pulm
G

Angioscanner thoracique

- Il permet de visualiser le réseau pulmonaire avec la présence de caillot.
- Sa sensibilité est de 95%, avec une spécificité de 80%.
- Il permet une exploration de la VCI, du pelvis et de l'abdomen.
- Il est utile pour faire le diagnostic différentiel avec une pneumopathie et une tumeur.

Angioscanner multicoupe

- La sensibilité et la spécificité sont respectivement de 70 et 90 % pour un angioscanner monocoupe, et de 83 et 96 % pour un angioscanner multicoupe.
- Un angioscanner multicoupe négatif permet d'exclure le diagnostic d'EP.
- Un angioscanner monocoupe négatif justifie, quant à lui, le recours à un écho-Doppler veineux, en raison d'une sensibilité et d'une valeur prédictive négative médiocres.

ETT

■ L'échocardiographie apprécie :

- . le retentissement sur la fonction du coeur droit :
dilatation des cavités droites, et hémodynamique du V
Dt et la présence d'une HTAP
- . la présence d'un caillot dans les cavités droites, dans le
tronc de l'artère pulmonaire ou dans la veine cave
inférieure.

Echographie de compression veineuse

- La recherche d'une thrombose veineuse profonde (TVP) proximale par la réalisation d'une échographie de compression veineuse est positive chez 20 % des patients avec EP documentée.
- Cet examen est justifié pour réduire le taux de faux négatifs après angioscanner monocoupe, et en cas de contre-indication relative à la réalisation d'un angioscanner (insuffisance rénale, allergie au produit de contraste).

Scintigraphie de ventilation-perfusion

- Une scintigraphie de ventilation-perfusion normale permet d'exclure le diagnostic d'EP.
- À l'inverse, une scintigraphie pulmonaire de forte probabilité confirme le diagnostic d'EP dans la majorité des cas.

Cas clinique 2

- Quel est votre traitement?

TRAITEMENT

Oxygénothérapie,
Anticoagulant par héparine non fractionnée ou HBPM,
Traitement thrombolytique
Embolectomie sous (ou parfois sans) CEC
Interruption partielle définitive ou temporaire de la veine cave inférieure.

REPOS AU LIT STRICT?

Bas de contention

TRAITEMENT INITIAL DE L'EMBOLIE PULMONAIRE NON GRAVE

Un traitement par HNF, HBPM ou fondaparinux est recommandé pour réduire le risque de récurrence des événements thrombo-emboliques veineux (Grade A).

L'HNF intraveineuse

- doit être prescrite selon une posologie adaptée au poids corporel puis adaptée à un test d'hémostase comme le TCA ou par la mesure de l'activité anti-facteur X activé (Grade B) ;
- représente à ce jour le traitement recommandé chez les patients insuffisants rénaux sévères (clairance de la créatinine < 30 ml/mn) et pour les patients instables ou susceptibles de subir des interventions nécessitant un arrêt temporaire du traitement (Accord professionnel) ;

L'utilité de la surveillance régulière de la numération plaquettaire sous HNF n'a pas été démontrée. Compte tenu de l'incidence et de la gravité potentielle des TIH, cette surveillance reste recommandée (Accord professionnel).

Les HBPM et le fondaparinux sont préférés à l'HNF (Grade A) compte tenu :

- d'une plus grande commodité d'emploi,
- de l'absence d'adaptation des doses à des tests d'hémostase
- d'une réduction du risque de thrombocytopénie induite (sous HBPM et surtout sous fondaparinux).

L'utilité de la surveillance régulière de la numération plaquettaire sous HBPM n'a pas été démontrée. Compte tenu de la rareté de l'incidence des TIH, une surveillance systématique ne paraît pas indispensable (Accord professionnel). Sous fondaparinux, il est recommandé de ne pas réaliser cette surveillance (Grade B).

En France, l'AMM est accordée pour la tinzaparine dans le traitement initial des EP symptomatiques hémodynamiquement stables avec ou sans TVP et pour l'énoxaparine dans le traitement des TVP avec ou sans EP.

Fibrinolyse

TRAITEMENT FIBRINOLYTIQUE A LA PHASE AIGUE DE L'EMBOLIE PULMONAIRE

Un traitement fibrinolytique est recommandé chez les malades atteints d'embolie pulmonaire avec état de choc (Grade B).

Chez les patients sans état de choc, en cas d'embolie pulmonaire de gravité intermédiaire, définie par une dysfonction ventriculaire droite objectivée par une élévation de la troponine ou du BNP (peptide natriurétique de type B) ou une dilatation ventriculaire droite objectivée à l'échocardiographie ou au scanner spiralé, il n'est pas recommandé d'administrer systématiquement de traitement fibrinolytique (Grade B). Des essais sont en cours pour répondre à cette question.

Durée du traitement (TVP et EP)

Facteurs		Risque annuel de récurrence après arrêt d'un traitement de 3 mois	Durée de traitement recommandée	Grade de recommandation
MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire	<ul style="list-style-type: none"> - chirurgie, - immobilisation prolongée > 3 jours - fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois 	Faible (3%)	3 mois	Grade A
MTEV avec facteur de risque persistant majeur	<ul style="list-style-type: none"> - cancer en cours de traitement, - syndrome des anti-phospholipides 	Elevé (9%)	> 6 mois, prolongé tant que le facteur persiste	Accord professionnel
MTEV idiopathique	<ul style="list-style-type: none"> - absence de facteur déclenchant majeur - absence de facteur de risque persistant majeur 	Elevé (9%)	≥ 6 mois	Grade B

- **Facteurs de modulation pour un allongement de la durée de traitement**

Il est suggéré d'allonger la durée de traitement en cas de :

- thrombophilie majeure connue (déficit en antithrombine, facteur V Leiden homozygote, mutation homozygote sur le gène de la prothrombine, thrombophilie multiple) (Grade C) ;
- récurrence de TVP proximale ou embolie pulmonaire (Grade C) ;
- mise en place d'un filtre cave permanent (Grade C) ;
- persistance d'un syndrome obstructif post-thrombotique symptomatique sévère (Accord professionnel) ;
- HTAP (Grade C) ;
- embolie pulmonaire associée à un état de choc (Accord professionnel) ;
- préférence du patient (en fonction de la perception que le patient a du risque et en l'absence de consensus sur la durée optimale de traitement).

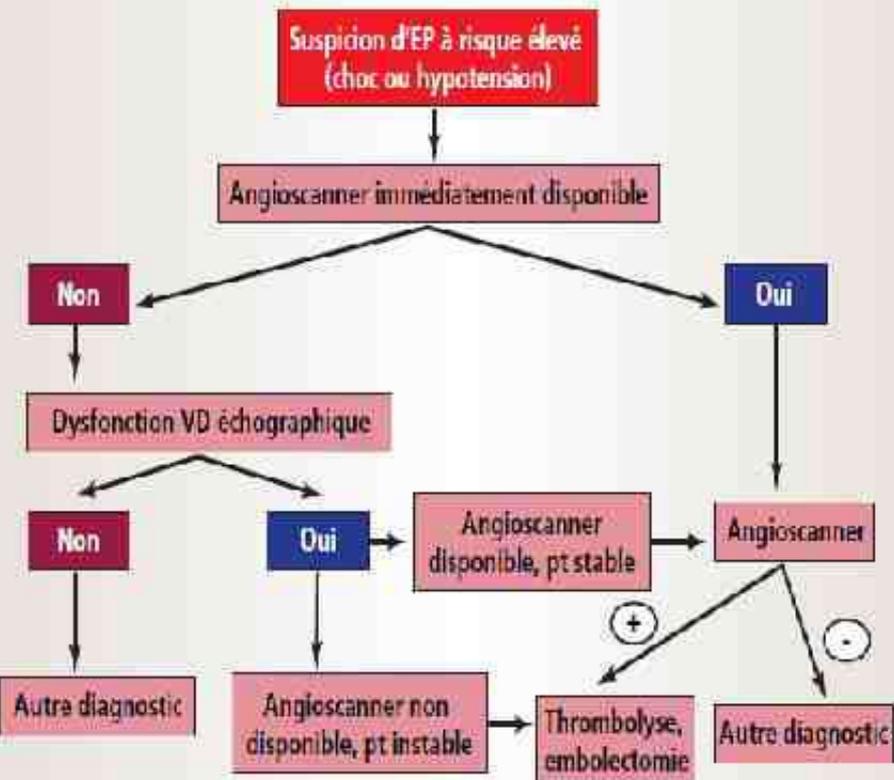
En présence d'un des facteurs ci-dessus, la durée totale du traitement recommandée est :

- en cas de MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire : 6 mois (Accord professionnel) ; il n'y a pas de données dans la littérature avec un traitement supérieur à 6 mois.
- en cas de premier épisode de MTEV idiopathique : 1 à 2 ans (Accord professionnel) ; le rapport bénéfice risque est inconnu au delà de 2 ans, il est en cours d'évaluation.
- en cas de MTEV idiopathique récidivante, le rapport bénéfice risque d'un traitement d'une durée non limitée est favorable (Grade B).

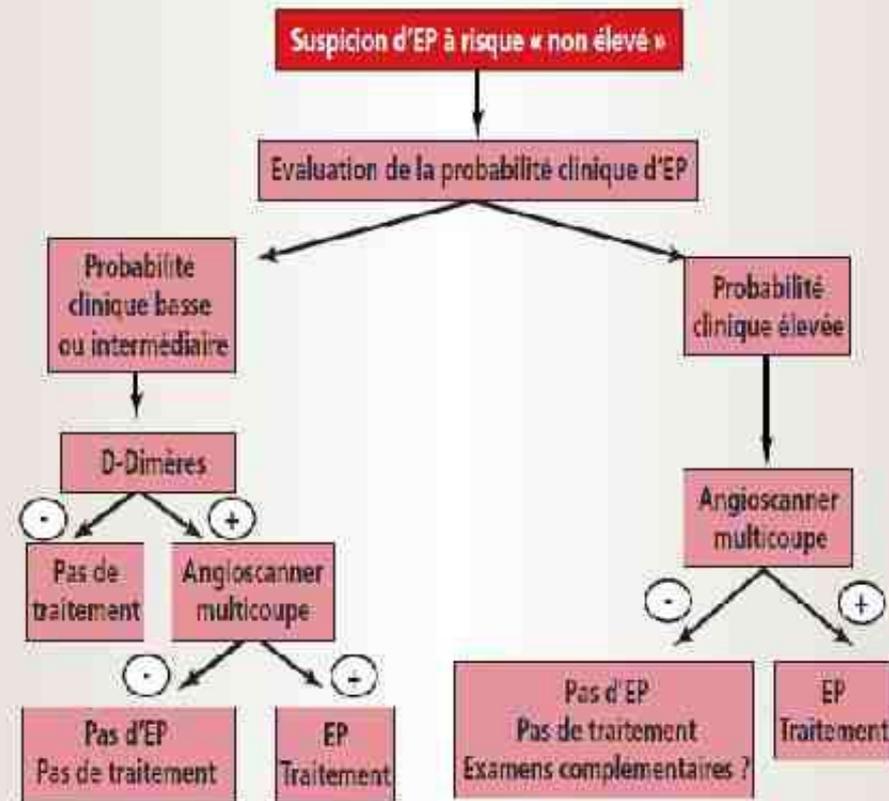
Cas particulier

En cas de cancer, la durée du traitement par HBPM doit idéalement être de 3 à 6 mois en fonction de la tolérance et de l'évolution du cancer ainsi que des modifications de son traitement. Au delà de 6 mois, le traitement anticoagulant doit être poursuivi tant que le cancer est présent ou traité (chimiothérapie, hormonothérapie) (Accord professionnel).

Démarche diagnostique dans les suspicions d'EP à risque élevé



Démarche diagnostique dans les suspicions d'EP à risque « non élevé »



L'embolie pulmonaire

En France (série autopsique): 100 000 cas par an avec 10 000 décès liés uniquement à l'EP, soit 3 % de la mortalité générale.

- La mortalité est de **30 %** lorsque l'EP n'est pas traitée;
- Le risque de récurrence est de **50%** en cas de diagnostic non fait;
- La mortalité à moyen terme, de **10-15 % pour les EP traitées.**

- Si on ne la cherche pas, on ne la trouve pas;
- Dès lors que le diagnostic est suspecté, il faut l'éliminer.

- Il s'agit d'un diagnostic de certitude;
- Accidents hémorragiques aux AVK = 1 milliard d'euros et 2000 morts par an