



1.

EMBOLIE PULMONAIRE

Suspicion d'Embolie Pulmonaire

Etat de choc?
PAS < 90 mmHg

NON

OUI

Score de Genève révisé simplifié

Interprétation:

de 0 à 4 : probabilité faible ou moyenne
≥ 5 : probabilité forte

Probabilité **non forte**
(prévalence 10-30%)

Forte probabilité
(prévalence =75%)

TDM dispo immédiatement ?

OUI

NON

TDM : EP confirmée ?

ETT :
dysfonction VD
(dilatation VD,
septum paradoxal)

OUI

NON

OUI

Traitement EP instable

- Monitoring
- Oxygène QSP SpO₂ ≥ 95 %
- Remplissage vasculaire prudent 500 ml cristalloïdes Max
- Noradrénaline : PSE à débiter 1 mg/h
- Anticoagulation : HNF
 - Héparine bolus puis relais SAP (Cf. Tableau ci-dessous)
- CI à Reperfusion ?
 - NON=>Thrombolyse **ALTEPLASE** (Actilyse®) 10 mg sur 1 min puis 90 mg sur 2 heures
 - OUI=>discuter Thrombectomie (à discuter aussi si échec de la thrombolyse)

Dosage D-dimères

D-dimères négatifs
EP exclue

- >500 µg/l
- Ou >à âge x10 (après 50 ans si ambulatoire et test sensible)

D-Dimères supérieurs au seuil

Réalisation TDM

Pas de thrombus visualisé

EP confirmée

Si forte probabilité clinique : relecture TDM + Doppler veineux MI + scinti V/Q

Scinti négative / pas TVP prox: EP exclue

Anticoagulation (peut être débutée avant les examens si proba non faible)

sPESI =0

sPESI ≥ 1

VD/VG ≤ 0.9 (ETT/Scan)

VD/VG ≥ 1 (ETT/Scan)

BNP / Troponine nx

BNP **OU** ↑ Troponine

Risque faible

Risque intermédiaire faible

Risque intermédiaire fort

Risque élevé

UHCD
Eligibilité à l'Ambulatoire ?
(rein, social, cs à H72,...)

Hospitalisation médecine

USC /USIC pour monitoring

REA (ECMO ?)

Si CI

SCORE DE GENEVE REVISE :

- Antécédent d'EP ou de TVP +1
- Fréquence cardiaque entre 75 et 94 / min +1
- Fréquence cardiaque ≥ 95 / min +2
- Chirurgie ou fracture dans le dernier mois +1
- Hémoptysie +1
- Néoplasie active +1
- Douleur de jambe unilatérale +1
- Douleur à la palpation du mollet et œdème unilatéral +1
- Age > 65 ans +1

Interprétation:

de 0 à 4 : probabilité faible ou moyenne

≥ 5 : probabilité forte

SCORE sPESI (Simplified Pulmonary Embolism Severity Index) :

- Age > 80 ans +1
- Sat $< 90\%$ +1
- PAS < 100 mmHg +1
- Fréquence cardiaque ≥ 110 +1
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique +1
- Néoplasie active +1

Interprétation :

0 point

≥ 1 point(s)

Risque de mortalité à 30 j :

bas

intermédiaire

ANTICOAGULATION par HNF :

Poids (kg)	Bolus IV		IV au PSE	
	UI	ml	UI/h	mL/h
40	3200	6,4	720	1,4
45	3600	7,2	810	1,6
50	4000	8	900	1,8
55	4400	8,8	990	2
60	4800	9,6	1080	2,2
65	5200	10,4	1170	2,4
70	5600	11,2	1260	2,6
75	6000	12	1350	2,8
80	6400	12,8	1440	3
85	6800	13,6	1530	3,2
90	7200	14,4	1620	3,4
95	7600	15,2	1710	3,6
100	8000	16	1800	3,8

ANTICOAGULATION :

- Soit par un « AOD » d'emblée (CI si clairance créat < 30 ml/min) :
 - **RIVAROXABAN** (Xarelto®) : 15 mg matin et soir pendant 3 semaines, puis 20 mg par jour
 - **APIXABAN** (Eliquis®) : 10 mg matin et soir pendant 7 jours, puis 5 mg matin et soir
- Soit par HBPM ou Fondaparinux : (CI si clairance créat < 30 ml/min)
 - **ENOXAPARINE** (Lovenox®) : 100 UI/kg SC toutes les 12 h
 - Ou **TINZAPARINE** (Innohep®) : 175 UI/kg SC toutes les 24 h
 - Ou **FONDAPARINUX** (Arixtra®) : 7.5 mg SC toutes les 24 h (5 mg si poids < 50 kg ; 10 mg si poids > 100 kg)

A débiter sans délai dès le stade de suspicion d'EP, si la probabilité est élevée ou intermédiaire.

ET, une fois le diagnostic confirmé :

- Relai **AVK** (maintien de l'anticoag parentérale jusqu'à INR > 2) si possible dès J+1
- Ou passage (arrêt de l'anticoag parentérale) ou **RIVAROXABAN** (Xarelto®) : 15 mg matin et soir pendant 3 semaines, puis 20 mg par jour ou **APIXABAN** (Eliquis®) : 10 mg matin et soir pendant 7 jours, puis 5 mg matin et soir (si traitement prolongée par HBPM, retrancher les jours de la dose d'attaque d'AOD).