

Embolie pulmonaire :moyen diagnostic

S. Moumni , W.Elkhattabi, H.Arfaoui, H.Jabri, H .Afif

Service des Maladies Respiratoires – Hôpital 20 aout CHU Ibn Rochd, Casablanca - Maroc

RESUME

L'embolie pulmonaire constitue la 3ème cause de mortalité cardiovasculaire après les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence, le profil clinique et les moyens diagnostiques et thérapeutiques de ses patients. Pour cela nous avons réalisé une étude rétrospective s'étalant de janvier 2015 au janvier 2023, nous avons colligé 85 cas d'embolie pulmonaire, concernant 44 hommes et 41 femmes, la moyenne d'âge est de 53.63 ans. Les principaux facteurs de risques thromboemboliques retrouvés sont l'immobilisation chez 20 patients (soit 23.5%),une chirurgie récente chez 5 patients (soit 5.8 %) et un antécédent de maladie thromboembolique a été retrouvé chez 4 patients (soit 4.7%) .Dans notre étude, les signes cliniques étaient dominés par la dyspnée chez 80 patients (94.1%) , la douleur thoracique chez 57 patients (67%) et la toux chez 51 patients (60%)..Le score de WELLS a retrouvé une probabilité faible chez 22 patients (26%), intermédiaire chez 55 patients (65%) et forte chez 8 patients (9%).Le dosage des d-dimères était Positif dans 73 cas (soit 86%). La radiographie thoracique montrait des signes indirects d'EP chez 65 patients (76.4%) à type épanchement pleural ou atélectasies linéaires. L'angioscanner thoracique a objectivé une EP chez 46 patients (57%).L'écho-doppler des MI a été réalisée chez 46 patients (57%).La scintigraphie pulmonaire a été demandée chez 25 patients (29%) et revenue positive chez 12 patients (48%).Le traitement a base d'HBPM dose curatif a été instauré en urgence chez tout les malade des que le diagnostic a été évoqué. Le diagnostic est basé sur un faisceau d'argument suffisant pour instaurer une prise en charge adéquate.

INTRODUCTION

L'embolie pulmonaire constitue la 3ème cause de mortalité cardiovasculaire après les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.

But du travail

Evaluer la prévalence, le profil clinique et les moyens diagnostiques et thérapeutiques de nos patients atteint de l'EP.

Matériel & Méthodes

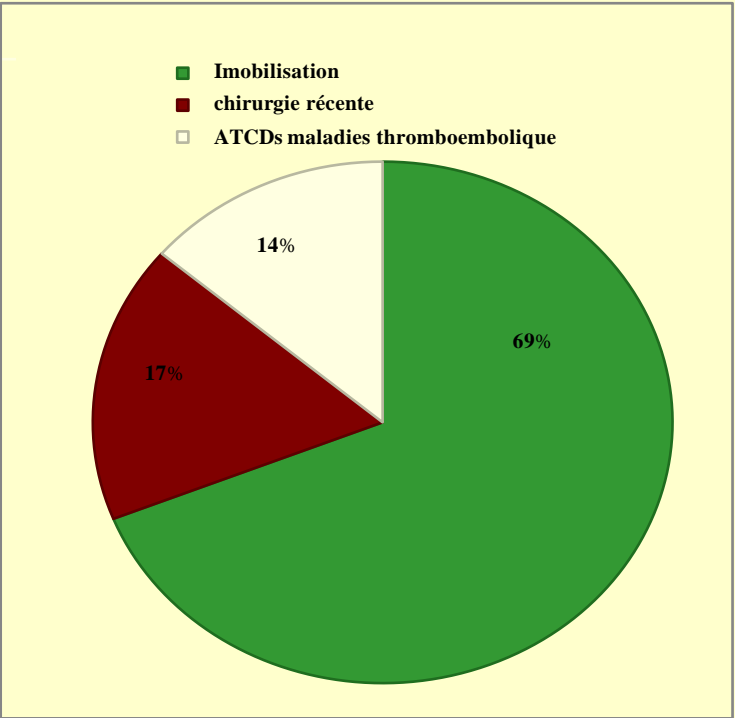
➤ Une étude rétrospective portant sur 85 cas d'embolie pulmonaire colligés au service des Maladies Respiratoires,hopital 20 aout ,CHU Ibn Rochd de Casablanca entre Janvier 2015 et juillet 2022

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques :

- 44 hommes et 41 femmes
- Moyen d'âge: 53ans

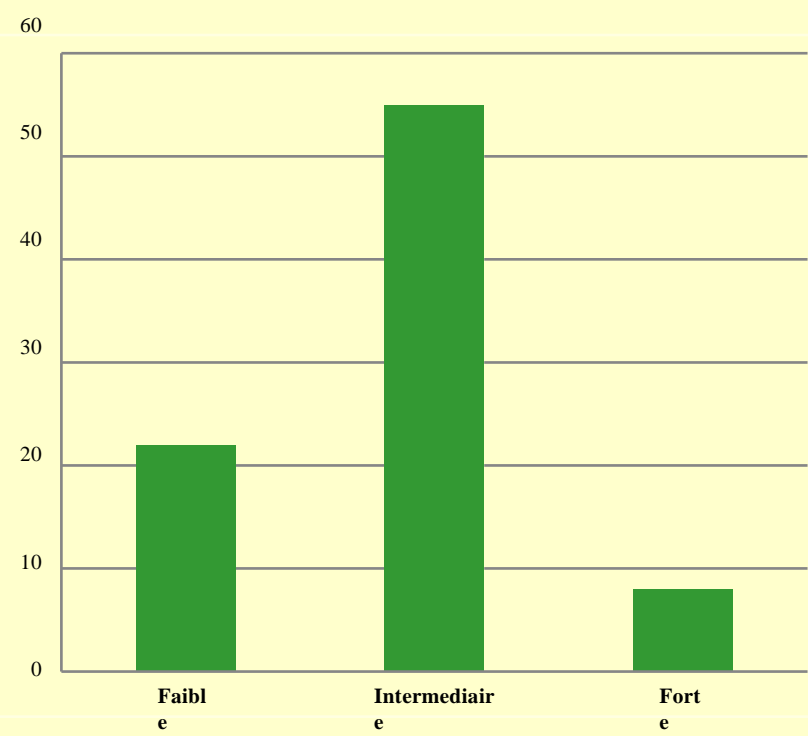
Facteurs de risque thromboembolique:



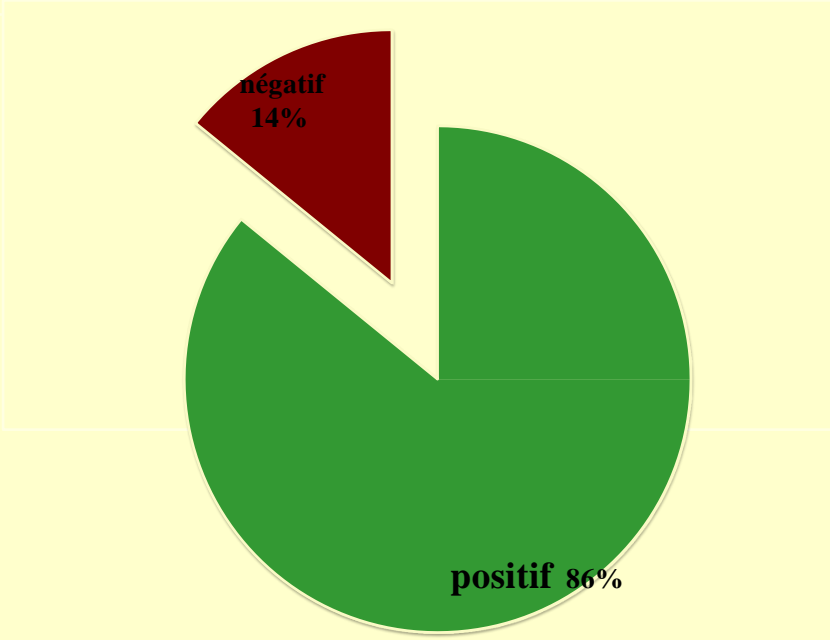
Signes cliniques:

Dans notre étude, les signes cliniques étaient dominés par la dyspnée chez 80 patients (94.1%) , la douleur thoracique chez 57 patients (67%) et la toux chez 51 patients (60%)

Score de Wells :



Dosage des D-dimères:



Radiographie thoracique:

La radiographie thoracique montrait des signes indirects d'EP chez 65 patients (76.4%) à type épanchement pleural ou atélectasies linéaires.

Angioscanner thoracique:

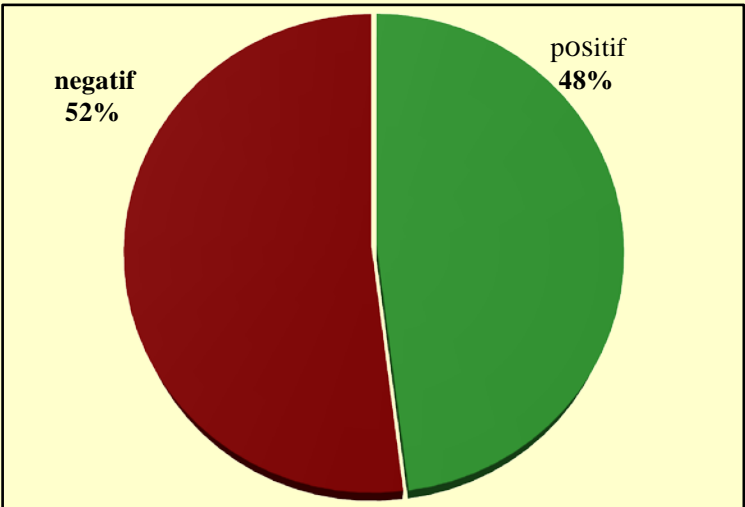
L'angioscanner thoracique a objectivé une EP chez 46 patients (57%).

Echo-dopler des membres inferieurs:

L'écho-doppler des MI a été réalisée chez 46patients (57%) et revenue anormale chez 8 patients .

Scintigraphie pulmonaire:

A été réalisée chez 25 patients



Traitement:

Le traitement a base d'HBPM dose curatif a été instauré en urgence chez tout les malade des que le diagnostic a été évoqué.

DICUSSION

❖ Dans la grande majorité des cas, les symptômes faisant suspecter une EP sont la dyspnée ou la douleur thoracique de type pleurétique d'apparition plus ou moins aiguë(1).

❖ Le score de Wells original, publié en 2000, comprend des paramètres cliniques : antécédent d'EP ou TVP, fréquence cardiaque supérieure à 100/min, chirurgie ou immobilisation récente, signes cliniques de TVP, hémoptysie et présence d'un cancer(2).

❖ L'intégration des D-dimères dans la stratégie diagnostique de l'EP chez les patients avec probabilité non-forte (la très grande majorité des patients suspects d'EP) est non seulement utile pour un patient donné, mais également importante en termes de santé

publique. En effet, il permet d'exclure le diagnostic chez un pourcentage non négligeable de patients (environ 30 %) sans recourir à une imagerie complémentaire irradiante(3).

❖ Bien que l'angioscanner multibarrettes soit actuellement l'examen de référence, l'échographie de compression veineuse des membres inférieurs et la scintigraphie pulmonaire de ventilation/perfusion gardent toute leur place chez les patients ayant une contre-indication absolue ou relative au scanner, par exemple en cas d'insuffisance rénale(4).

❖ chez les patients avec probabilité clinique faible ou intermédiaire et D-dimères positifs ou chez les patients avec probabilité clinique forte, l'angioscanner multibarrettes est actuellement l'examen de choix.

L'échographie de compression veineuse des membres inférieurs et la scintigraphie pulmonaire de ventilation/perfusion gardent toute leur place chez les patients ayant une contre-indication au scanner(5).

CONCLUSION

Le diagnostic d'EP reste un défi pour le clinicien et nécessite un faisceau d'argument suffisant pour instaurer une prise en charge adéquate.

REFERENCES

1Stein PD, Beemath A, Matta F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. Am J Med 2007;120:871—9
2Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED Ddimer. Thromb Haemost 2000;83:416—20
3Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography: an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med 2007;357: 2277—84.
4Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. N Engl J Med 2006;354:2317—27
5-Diagnosis of pulmonary embolism Service d'angiologie et d'hémostase, hôpitaux universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Suisse 2010