



Profil étiologique de l'embolie pulmonaire : étude rétrospective

M.O.EIAiachi,,H.Benataya, R.azzedine, A.Rhanim,A.Jniene,L.Herrak,L.Achachi,M.EL Ftouh

Service de Pneumologie, Hôpital Ibn Sina, CHU Ibn Sina
Université Mohammed V, Rabat, Maroc.



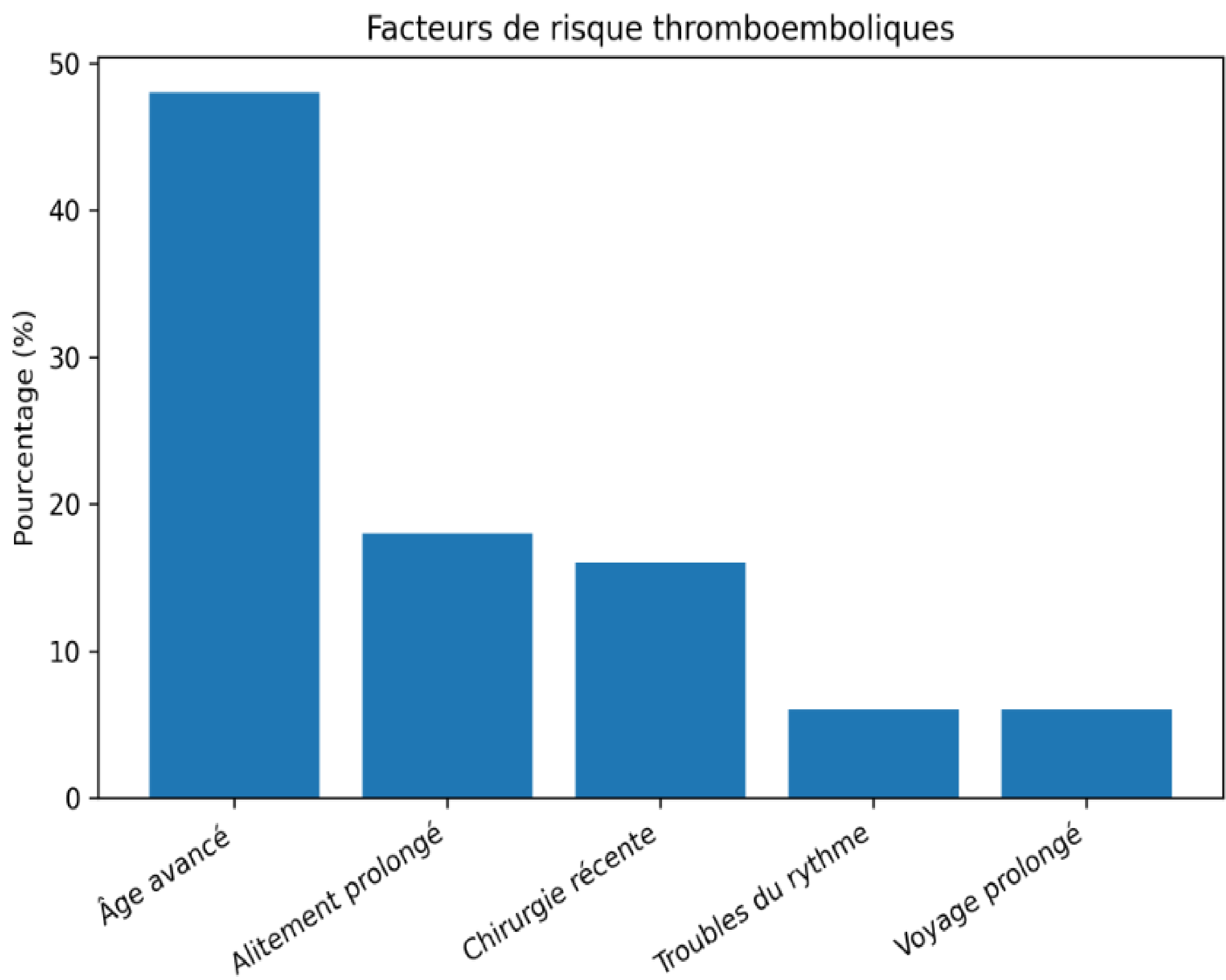
INTRODUCTION

L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie fréquente et potentiellement grave dont le pronostic dépend d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces. L'identification des facteurs étiologiques et des caractéristiques cliniques permet d'optimiser la stratégie diagnostique et la prévention secondaire.

METHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de pneumologie de l'Hôpital Avicenne de Rabat, incluant 50 patients hospitalisés pour embolie pulmonaire confirmée entre septembre 2024 et septembre 2025. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques ont été recueillies. La probabilité clinique était évaluée par le score de Genève révisé. Un bilan étiologique systématique a été réalisé chez tous les patients.

RESULTATS



La population étudiée présentait une prédominance féminine (58 %) avec un âge moyen de 68 ans. Les principaux facteurs de risque thromboemboliques étaient l'âge avancé (48 %), l'alitement prolongé (18 %), une intervention chirurgicale récente (16 %), les troubles du rythme cardiaque (6 %) et le voyage prolongé (6 %). La dyspnée constituait le symptôme révélateur le plus fréquent (90 %), suivie de la douleur thoracique (60 %) et de l'hémoptysie (14 %). Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic était de 15 jours. La probabilité clinique selon le score de Genève était faible dans 46 % des cas, intermédiaire dans 42 % et élevée dans 12 %. Les D-dimères étaient positifs chez tous les patients, avec une valeur moyenne de 3 188 ng/mL. Le diagnostic positif de l'embolie pulmonaire était confirmé par l'angioscanner thoracique chez l'ensemble des patients, mettant en évidence des embolies proximales dans 54 % des cas et distales dans 16 %. Le bilan étiologique retrouvait principalement l'immobilisation (28 %), les pneumopathies infectieuses (22 %) et les causes tumorales bronchopulmonaires (10 %). Ainsi qu'un cas de prise d'oestroprogestatif, un cas de syndrome néphrotique, un cas d'exacerbation de fibrose pulmonaire et un cas d'embolie pulmonaire idiopathique ont été retrouvés dans notre série.

DISCUSSION

Dans notre série, la population étudiée montrait une **prédominance féminine** et un âge moyen de 68 ans, ce qui suggère une vulnérabilité accrue des patientes plus âgées à l'embolie pulmonaire (EP). Bien que certaines études retrouvent une prédominance masculine ou équilibrée selon le contexte clinique et l'échantillon, la variabilité de la répartition selon le sexe est bien documentée dans la littérature clinique sur l'EP.

Les **facteurs de risque thromboembolique** les plus fréquents observés — âge avancé, alitement prolongé, chirurgie récente, troubles du rythme cardiaque et voyages prolongés — sont conformes aux principaux facteurs de risque classiques de maladie thromboembolique veineuse, notamment l'immobilisation et les interventions chirurgicales récentes, reconnus comme des déclencheurs majeurs de thrombose veineuse profonde (TVP) et d'EP.

Sur le plan clinique, la **dyspnée** était le symptôme révélateur le plus fréquent, suivi de la douleur thoracique et de l'hémoptysie. Ces manifestations sont bien établies comme signes dominants de l'EP, même si elles restent non spécifiques et partagées avec d'autres pathologies thoraciques.

La stratification de la probabilité clinique à l'aide du **score de Genève révisé** a mis en évidence une distribution majoritairement faible à intermédiaire dans notre population, ce qui reflète l'hétérogénéité de la présentation clinique dans les EP. Les scores cliniques comme celui de Genève ou de Wells sont largement utilisés pour guider la probabilité pré-test et orienter la stratégie diagnostique vers le dosage des D-dimères ou l'imagerie.

Le **taux de D-dimères** était positif chez tous les patients, avec une valeur moyenne élevée, ce qui est attendu dans le contexte d'EP aiguë étant donné la haute sensibilité de ce marqueur biologique pour l'exclusion diagnostique dans les cas à faible probabilité clinique. L'**angioscanner thoracique (CTA)** a confirmé le diagnostic chez l'ensemble des patients dans notre étude. Cela s'aligne sur les recommandations actuelles qui positionnent le CTA comme l'**examen d'imagerie de référence** pour confirmer une EP, en particulier lorsque la probabilité clinique est intermédiaire ou élevée. De plus, la fréquence des embolies **proximales** observées dans notre population renforce l'importance de l'imagerie ciblée, car les sites proximaux sont associés à un impact hémodynamique plus significatif.

Enfin, le **bilan étiologique** mettant en évidence une part importante d'immobilisation et de pneumopathies infectieuses rappelle que de multiples comorbidités et états pro-thrombotiques peuvent contribuer au développement de l'EP. Bien que moins fréquentes, les causes tumorales bronchopulmonaires, l'usage d'oestroprogestatifs, le syndrome néphrotique et les affections pulmonaires chroniques doivent également être considérées dans l'évaluation étiologique.

CONCLUSION

: L'embolie pulmonaire demeure une pathologie multifactorielle fréquente. Une évaluation clinique structurée associée à l'angioscanner thoracique et à un bilan étiologique exhaustif est essentielle pour optimiser le diagnostic, le traitement et la prévention secondaire.

References

- Les scores de probabilité clinique tels que le score de Genève, combinés à la mesure des D-dimères, améliorent la stratégie diagnostique chez les patients suspects d'embolie pulmonaire. Par exemple, des niveaux élevés de D-dimères associées à un score de Genève élevé augmentent fortement la probabilité d'EP et orientent vers la réalisation d'une angioscanner thoracique (Righini et al., 2008; Fu et al., 2020).
- Les facteurs de risque classiques de maladie thromboembolique veineuse incluent l'âge avancé, l'immobilisation, une chirurgie récente, l'usage d'oestroprogestatifs et la présence de comorbidités telles que le cancer ou la BPCO, qui ont été documentés dans des sources de référence clinique générales sur l'EP (MSD Manuals).
- La variabilité des signes cliniques et la nécessité d'outils standardisés ont motivé l'usage de scores comme Wells et Genève pour stratifier la probabilité clinique et guider l'utilisation des D-dimères et de l'imagerie dans la prise en charge de l'EP (Comparative analysis respiratory score).