



Chapitre 71

Traitement ambulatoire : pour qui ?

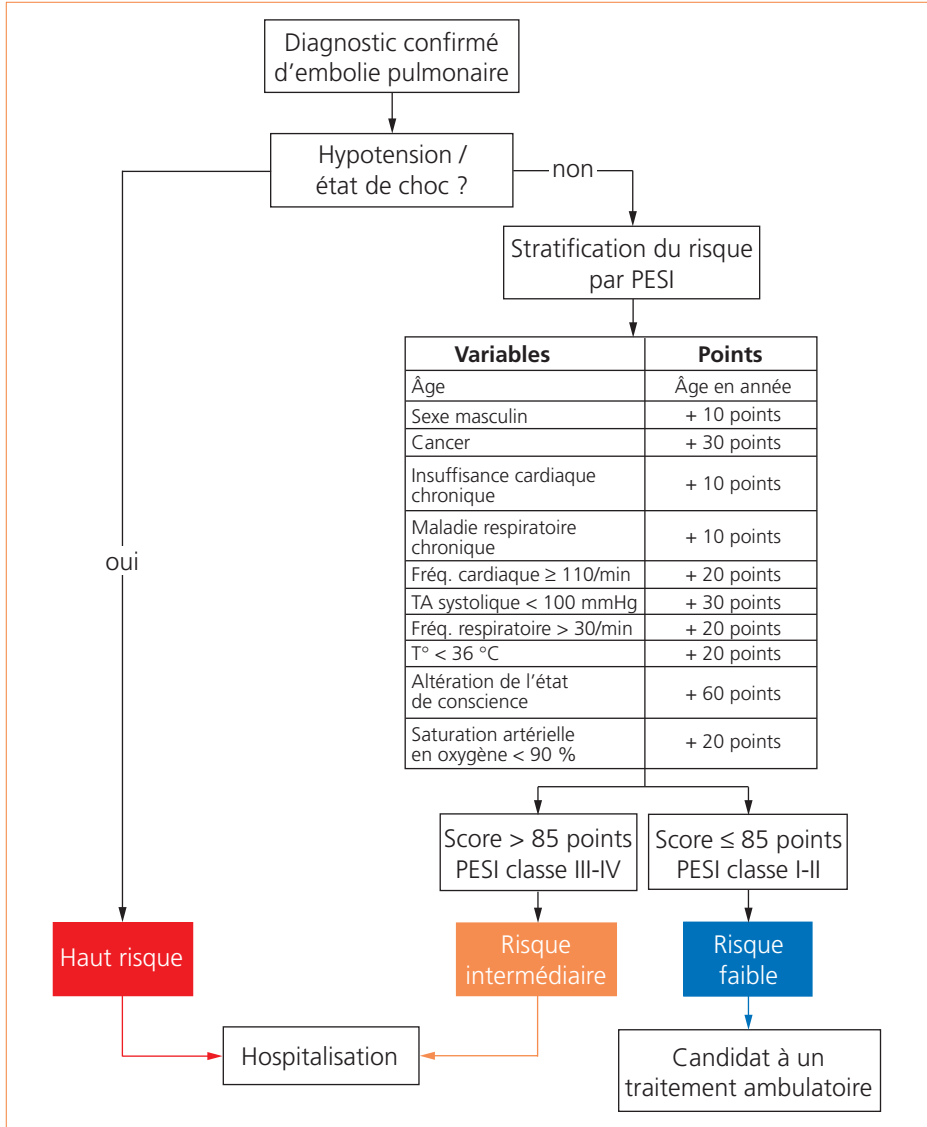
O. HUGLI

Points essentiels

- L'incidence de l'embolie pulmonaire (EP) a été estimée en Europe à 296 000 cas/an en 2004, soit 98 cas/10 000 personnes-année (1, 2).
- Bien que la mortalité moyenne de l'EP pour les patients admis à l'hôpital soit de 1 %, elle varie entre 1 % et > 50 % dans la phase aiguë ; à 3 mois, elle est d'environ 10 % (2). Ces chiffres reflètent la variabilité du pronostic associé à une EP et soulignent l'intérêt d'un score permettant une stratification précoce du risque, et donc une identification rapide des patients à bas risque et ceux à haut risque d'évolution défavorable. Cette stratification permet d'adapter le niveau de surveillance et le lieu de prise en charge.
- Selon les études et la méthode de stratification utilisée, 13-51 % des patients sont à faible risque d'évolution défavorable et donc susceptibles de bénéficier d'un traitement ambulatoire (2).
- Sur la base d'une seule étude randomisée et de plusieurs études de cohorte prospective, les sociétés scientifiques européennes et américaines apportent un soutien prudent au traitement ambulatoire des patients à faible risque d'évolution défavorable (3, 4).
- L'outil de stratification du risque le mieux validé à ce jour, le Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) (Figure 1), est le score endossé par la majorité des recommandations de pratique. Un score de PESI \leq 85 points (Classes de risque I & II) identifie les patients à faible risque de mortalité à 30 jours (95 % IC : 1,7-3,5 %) qui sont donc susceptibles d'être traités en ambulatoire (Figure) (5).

Correspondance : Olivier Hugli, CHUV, Lausanne, Suisse.
E-mail : Olivier.Hugli@chuv.ch

Figure – adaptée de (4).



- En plus du score du PESI, la décision d'un traitement ambulatoire doit considérer également les contre-indications suivantes : 1) douleur thoracique nécessitant des opiacés IV ; 2) saignement actif ; 3) risque élevé de saignement défini comme AVC dans les 10 jours précédents ou un saignement gastro-intestinal dans les 14 jours précédents ou encore des thrombocytes < 75 G/L ; 4) clairance de la créatinine < 30 ml/min selon Cockcroft 5) poids > 150 kg ; 6) antécédents de thrombocytopénie induite par l'héparine ou d'allergie à

l'héparine ; 7) anticoagulation thérapeutique orale (INR $\geq 2,0$) au moment du diagnostic d'EP ; 8) obstacles à l'observance thérapeutique ou au suivi médical comme : dépendance à l'alcool, utilisation de drogues récréatives, psychose, démence, ou absence de domicile fixe (5).

- Dans toutes les études à ce jour, l'anticoagulation ambulatoire a consisté en une héparine de bas poids moléculaire, relayée par un anti-vitamine K débuté précocement. La sécurité d'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux n'a pas été encore démontrée dans le traitement ambulatoire précoce de l'EP.

Références

1. Cohen A.T., Agnelli G., Anderson F.A., Arcelus J.I., Bergqvist D., Brecht J.G., *et al.* Venous thromboembolism in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007 ; 98 : 756-64.
2. Lankeit M., Konstantinides S. Is it time for home treatment of pulmonary embolism? *Eur Respir J.* 2012 ; 40 : 742-9.
3. Kearon C., Akl E.A., Comerota A.J., Prandoni P., Bounameaux H., Goldhaber S.Z., *et al.* Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012 ; 141 : e419S-94S.
4. Konstantinides S.V., Torbicki A., Agnelli G., Danchin N., Fitzmaurice D., Galie N., *et al.* 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2014 ; 35 : 3033-69, 69a-69k.
5. Aujesky D., Roy P.-M., Verschuren F., Righini M., Osterwalder J., Egloff M., *et al.* Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: an international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet.* 2011 ; 378 : 41-8.