

Mr B. 74 ans

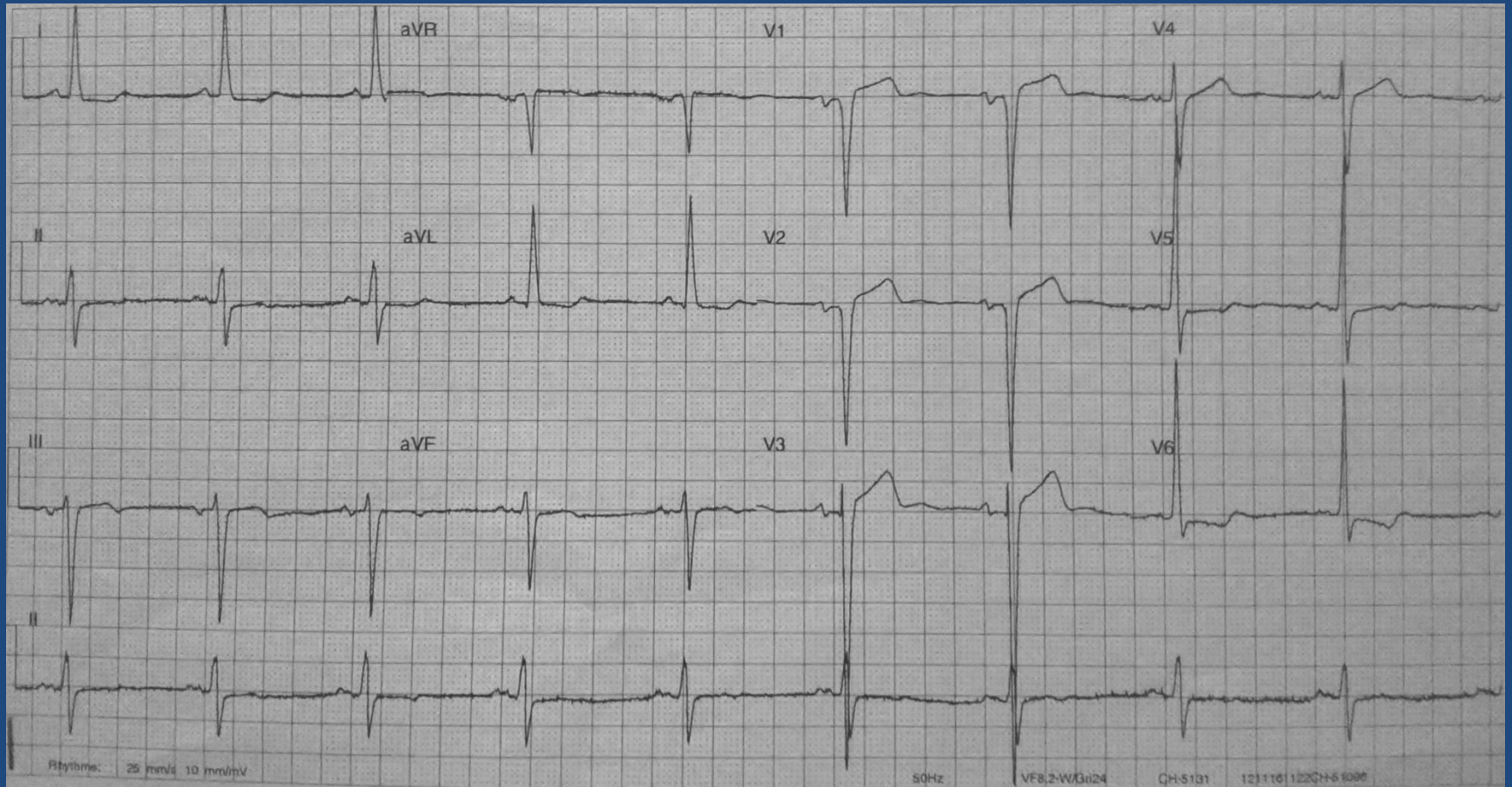
- FDRCV : HTA, tabagisme non sevré, âge
- AOMI pauci symptomatique
- CMD asymptomatique avec FEVG à 30 %
- Traitement : bisoprolol 2,5 mg/j ; perindopril 2,5 mg/j, kardegic

- dyspnée évoluant depuis 2 heures associée à une gêne thoracique.
- Appel du SAMU qui nous l'adresse dans le service.

Examen clinique

- TA : 110/60 Pouls : 80 bpm
- Sat : 95% sous 3L T° : 37,9 °c
- BDC réguliers sans souffle
- Sous crépitants des 2 bases
- Reflux hépatojugulaire
- Polypnée sans autre signe de détresse respiratoire

ECG



Examens paracliniques

- Radio du thorax



Examens paracliniques

- Radio du thorax
- Biologie :

GDS : pH = 7,34 ; pCO₂ = 32 mmHg ; pO₂ = 60 mmHg

Hb = 11,8 g/dl

Pq = 233000

TP = 89 %

TCA = 33 s

Creat = 89 μmol/l

Kaliémie = 3,7 mmol/l

Bicar = 21 mmol/l

BNP = 593 pg/ml

Pic tropo = 1,05 ng/ml

D-dimères = 3697

CRP = 28 mg/l

Examens paracliniques

- Echographie transthoracique :
 - VG dilaté FEVG 30 %
 - PRVG intermédiaires
 - Pas de dilatation droite
 - HTAP 45 mm Hg
 - Veine cave inférieure non compliante
- Echodoppler veineux des membres :
 - Thrombose suro-poplitée droite

Quel diagnostic évoquer?

- A. Pneumopathie bactérienne ou virale
- B. Syndrome coronarien aigu
- C. Insuffisance cardiaque aiguë
- D. Embolie pulmonaire
- E. plusieurs (pathologies intriquées)

Quel diagnostic évoquer?

- A. Pneumopathie bactérienne ou virale
- B. Syndrome coronarien aigu
- C. Insuffisance cardiaque aiguë
- D. Embolie pulmonaire
- E. plusieurs (pathologies intriquées)

Probabilité clinique d'une embolie pulmonaire

Scores cliniques

Genève

- Wells

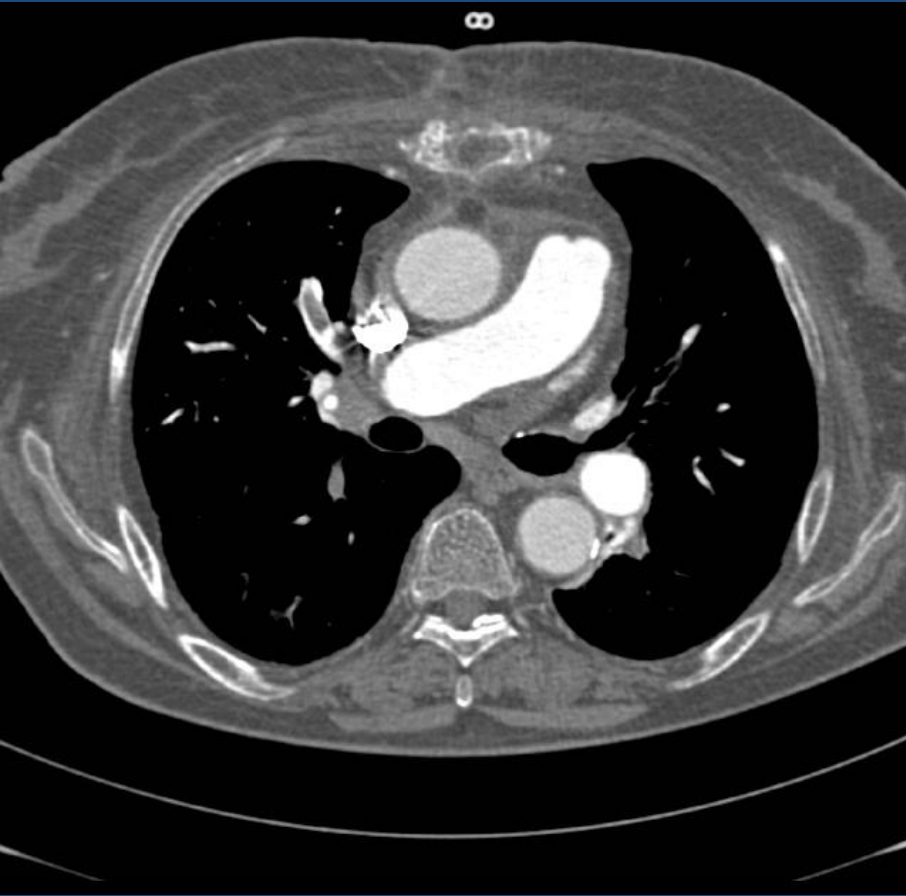
Variables prédictives	Points
Antécédents	
Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire	+1,5
Chirurgie ou immobilisation pour fracture dans le mois	+1,5
Cancer évolutif ou en rémission depuis moins de 6 mois	+1
Symptômes et signes cliniques	
Signe de thrombose veineuse profonde	+3
Hémoptysie	+1
Fréquence cardiaque > 100 battements par minute	1,5
Diagnostic alternatif	
Absence ou moins probable qu'une embolie pulmonaire	+3
<p>Pour un patient donné, le score permettant l'estimation de la probabilité clinique est obtenu en additionnant les points correspondants à chaque variable.</p> <p>La probabilité clinique est faible si le score est inférieur à 2.</p> <p>Elle est intermédiaire si le score est compris entre 2 et 6 inclus.</p> <p>Elle est forte si le score est supérieur ou égal à 7.</p>	

Variables prédictives	Points
Données démographiques	
Âge > 65 ans	+1
Antécédents	
Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire	+3
Chirurgie ou immobilisation pour fracture dans le mois	+2
Cancer évolutif ou en rémission depuis moins d'un an	+2
Symptômes	
Douleur unilatérale d'un membre inférieur	+3
Hémoptysie	+2
Signes cliniques	
Fréquence cardiaque entre 75 et 94 battements par minute	+3
Fréquence cardiaque > 94 battements par minute	+5
Douleur à la palpation profonde et œdème d'un mollet	+4
<p>Pour un patient donné, le score permettant l'estimation de la probabilité clinique est obtenu en additionnant les points correspondants à chaque variable.</p> <p>La probabilité clinique est faible si le score est inférieur ou égal à 3.</p> <p>Elle est intermédiaire si le score est compris entre 4 et 10 inclus.</p> <p>Elle est forte si le score est supérieur ou égal à 11.</p>	

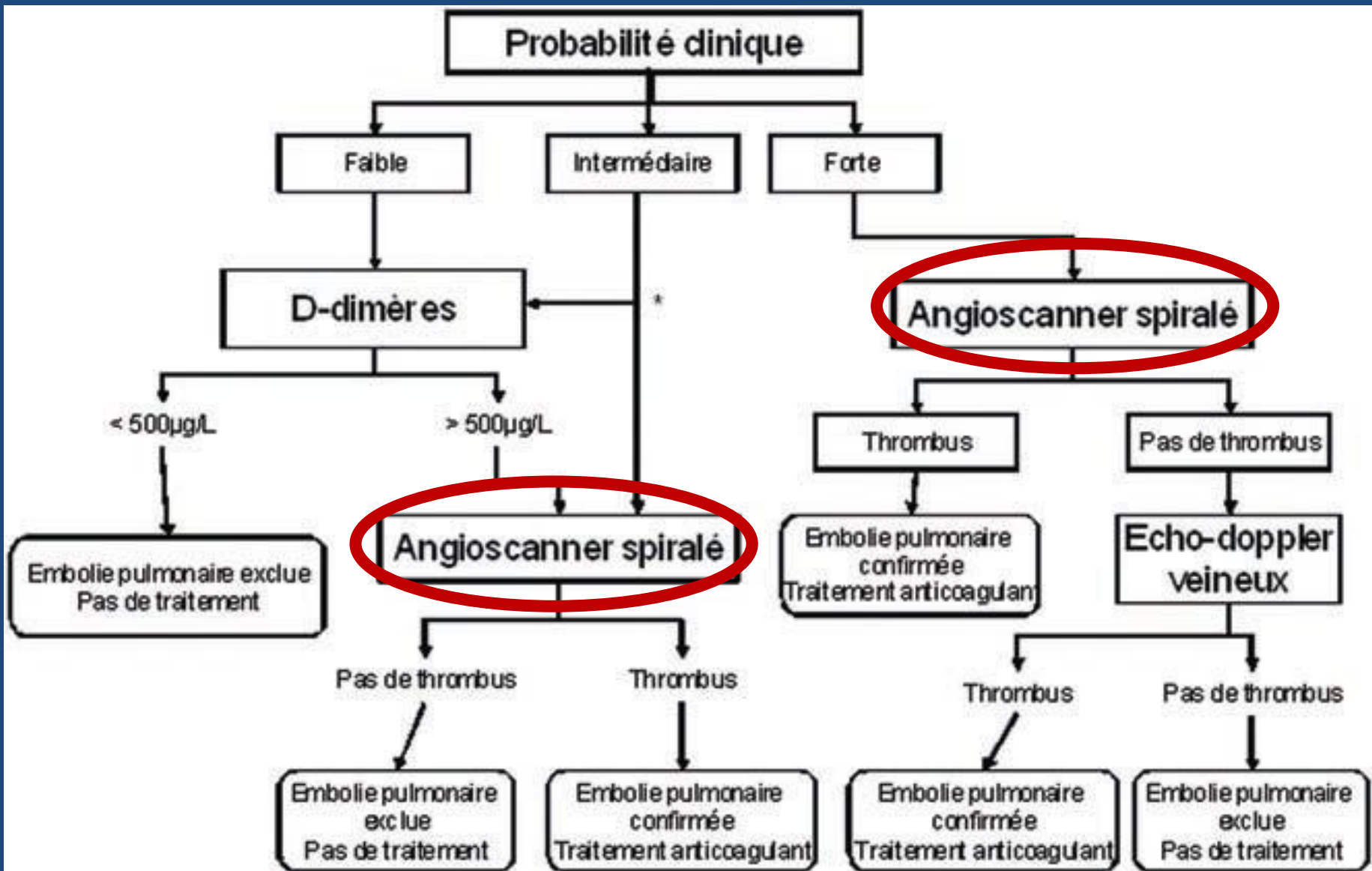
Quel examen vous semble nécessaire ?

- A - Angioscanner thoracique
- B- Scintigraphie ventilation/perfusion
- C – Phlébographie
- D - aucun

AngioTDM thoracique



Algorithme décisionnel simplifiée



Prise en charge anticoagulante ?

- A. HBPM curative type Lovenox[®] ou Innohep[®]
- B. Arixtra[®] à dose curative
- C. Calciparine[®] curative en SC
- D. Pradaxa[®]
- E. Xarelto[®]

Prise en charge anticoagulante ?

- A. HBPM curative type Lovenox[®] ou Innohep[®] : grade A
- B. Arixtra[®] à dose curative : grade A
- C. Calciparine[®] curative en SC : grade B (préférer a et b)
- D. Pradaxa[®]
- E. Xarelto[®] : 15 mg 2/j pdt 3 semaines puis 20 mg/j

Place des NACO dans TVP/EP :

afssaps avril 2012

- Seul le Xarelto® bénéficie, pour l'heure, de l'AMM dans le traitement des TVP/EP (*Einstein*)
- 15 mg 2/j pendant 3 semaines puis 20 mg /j
- CI : atteinte hépatique associée à une coagulopathie et à un risque de saignement ; saignement évolutif ; IRC sévère
- Interactions médicamenteuses :

- Agents antiplaquettaires :	clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, ...
- Antifongiques azolés :	kétoconazole, itraconazole, posaconazole, voriconazole
- Anticonvulsivants inducteurs :	carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital
- Antibactériens :	rifampicine, clarithromycine
- Plante :	millepertuis (<i>Hypericum perforatum</i> ou St John's Wort)
- Inhibiteurs de protéases :	ritonavir, ...
- AINS :	tous (ibuprofène, naproxène, diclofénac,...) y compris les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (célécoxib, étoricoxib, parécoxib...)
- Aspirine :	quelle que soit l'indication et la dose

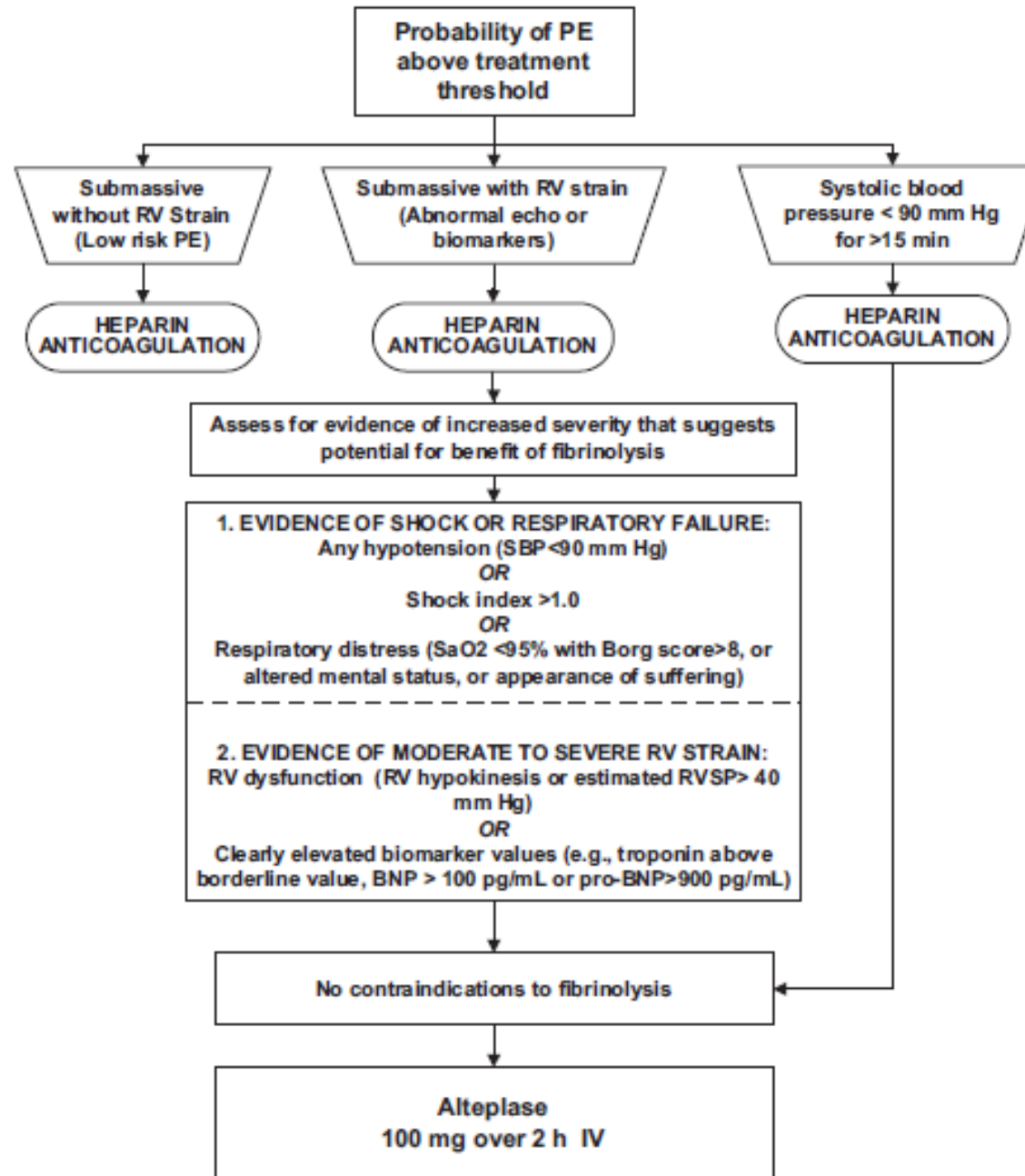
Et la thrombolyse ?

- A. Oui, peut-être
- B. Oui , surement
- C. Non

ESC 2008

EP à haut risque

Discutée dans l'EP
à risque
intermédiaire



Etude PEITHO : AHA 2013

- 1006 patients avec dysfonction VD et troponine I ou T majorée randomisés en aveugle ténecteplase + héparine VS héparine
- Critère primaire (décès + collapsus) : 2,6 % VS 5 % (p=0,015)
- Hémorragie majeure : 6,3 % VS 1,5 % (p<0,001)
- Décès toute cause : 1,2% VS 1,8% (p=NS)
- Balance semble plus favorable chez les patients < 75 ans.
- Résultats définitifs en 2014 (suivi en cours)

Coronarographie ?



Après angioplastie ...

- Stent nu IVA
- Traitement par kardegic – plavix
- Comment gérer le traitement anticoagulant?

A AVK + CLOPIDOGREL + ASPIRINE ?

B AVK + 1 CLOPIDOGREL ?

C AVK + NAAP + ASPIRINE ?

D NACO + NAAP + ASPIRINE ?

E NACO + CLOPIDOGREL + ASPIRINE ?

A AVK + CLOPIDOGREL + ASPIRINE ?

B AVK + 1 CLOPIDOGREL ?

C AVK + NAAP + ASPIRINE ?

D NACO + NAAP + ASPIRINE ?

E NACO + CLOPIDOGREL + ASPIRINE ?

NACO et SCA?

	RE-DEEM [6]	ATLAS [7]	APPRAISE [8]	RUBY-1 [9]
Taille de l'échantillon	1 861	3 491	1 715	1 279
Traitement	Dabigatran étéxilate	Rivaroxaban	Apixaban	Darexaban
SCA STEMI/NSTEMI (%)	60/40	52/48	61-67/33-39	71/29
Double antiagrégation plaquettaire (%)	99	Stratum 1 : 0 Stratum 2 : 100	76	97
Durée de traitement (mois)	6	6	6	6
Posologie journalière	50-150 mg x 2	5 - 20 mg	10 - 20 mg/ 2,5 -10 mg x 2	10 - 60 mg/ 5 - 30 mg x 2
Tolérance (IC 95%)	50 mg : 1,82 (0,77-4,29) 75 mg : 2,44 (1,05-5,65) 110 mg : 3,36 (1,60-7,91) 150 mg : 3,88 (1,73-8,74)	Stratum 1 : 5 mg : 0,81 (0,09-7,23) 10 mg : 3,40 (0,91-12,65) 20 mg : 6,43 (1,94-21,37) Stratum 2 : 5 mg : 2,17 (0,91-5,18) 10 mg : 3,34 (2,15-5,19) 15 mg : 3,41 (1,97-5,89) 20 mg : 4,56 (2,83-7,33)	2,5 mg x 2 : 1,78 (0,91-3,48) 10 mg x 2 : 2,45 (1,31- 4,61) 10 mg x 2 et 20 mg : bras arrêtés en raison d'un risque hémorragique élevé	10 mg : 1,78 (0,68-4,60) 30 mg : 1,83 (0,71-4,75) 60 mg : 2,43 (0,98-5,97) 5 mg x 2 : 2,05 (0,81-5,15) 15 mg x 2 : 2,27 (0,92-5,59) 30 mg x 2 : 3,80 (1,66-8,68)

Rapport Bénéfice / Risque dans le SCA

- Nouveaux anti-agrégants (prasugrel, ticagrelor)

DRR MACE 20% vs clopidogrel

Ne pas associer NACO et nouveaux anti-agrégants
Si indication d'anticoagulant (FA ou TVP): clopidogrel +
AVK (+ ASA)

- Nouveaux anticoagulants oraux (antilla et antiXa)
 - Risque hémorragique *3-4
 - Bénéfice anti-ischémique limité

NACO



NAAP



Et le bilan de thrombophilie chez ce patient ?

- A. Oui bien sûr
- B. Non
- C. Je ne sais pas

Réalisation du bilan de thrombophilie : recommandations

- Il est recommandé de ne pas effectuer de recherche de thrombophilie :
 - en cas de premier épisode de TVP proximale et/ou EP survenant *après 60 ans* (grade B) ;
 - en cas de TVS (grade C) ;
 - en cas de premier épisode de TVP distale [grade C] (sauf la détection d'antiphospholipides/anticoagulant circulants chez les patients lupiques [accord professionnel]).
 - en cas de premier épisode de TVP proximale et/ou EP survenant chez un homme *avant 60 ans* après circonstances déclenchantes (grade B), et en l'absence de famille informative (grade C).

Bilan à réaliser

- Inhibiteurs en AT3, PC, PS
- Mutations génétiques FVL et FIIG20210A pour mettre en évidence des formes homozygotes et doubles hétérozygotes
- Diagnostic du SAPL (grade C)

Et la recherche de néoplasie ?

- A. Oui avec un bilan exhaustif (scanner – biologie – bilan digestif)
- B. Oui mais guidé par la clinique
- C. bilan simplifié (échographie abdominale – marqueurs carcinologiques etc.)
- D. Non surement pas

Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: a prospective randomized clinical trial

J Thromb Haemost 2002

A. PICCIOLI,* A. W. A. LENSING,† M. H. PRINS,‡ A. FALANGA,§ G. L. SCANNAPIECO,¶ M. IERAN,** M. CIGOLINI,†† G. B. AMBROSIO,¶¶ M. MONREAL,‡‡ A. GIROLAMI* and P. PRANDONI* FOR THE SOMIT INVESTIGATORS GROUP*·1

- Étude randomisée
- 201 patients MTEV idiopathique
- Recherche exhaustive (n=99): marqueurs, hémocult, TDM, fibroscopies
- Surveillance clinique (n=102)
- Suivi 2 ans
- Cancer occulte diagnostiqué: pas de différence
 - 13 / 99 (13,1%) contre 10/102 (9,8%)
- Délai diagnostique + court: 1,0 mois contre 11,6 mois (p<0,001)
- Mais mortalité liée au cancer identique: 2,0% contre 3,9%

- La recherche de cancer doit donc être guidée par les bonnes pratiques cliniques :
 - Interrogatoire
 - examen clinique complet + touchers pelviens
 - NFS, BU, Rx Thorax
 - Femme : mammographie + FCV
 - Homme : PSA
 - Autres examens guidés par la clinique

- Embolie pulmonaire : toujours y penser
- Angioscanner : examen de référence
- La place des NOCA ?
- La thrombolyse : la faire ou pas ?