

Quels patients atteints d'embolie pulmonaire peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire ?

Y. BENCHABI, M. R. BOUSSA, A BOUDAOUDI ;
Service de Cardiologie, CHU Ben Badis, Constantine.



Résumé

Dans la pratique clinique de routine, dans la plupart des pays, les patients atteints d'embolie pulmonaire (EP) sont hospitalisés pour une surveillance clinique et pour commencer l'administration des anticoagulants bien que les essais cliniques et les lignes directrices des sociétés savantes recommandent le traitement en toute sécurité en ambulatoire des patients atteints d'une EP stable, c'est à dire à faible risque de mortalité précoce. L'identification de ces patients est rendue possible grâce à l'utilisation de scores, qui sont souvent très utiles, cependant, le jugement clinique est toujours nécessaire. Les traitements ambulatoires présentent de nombreux avantages : amélioration de la qualité de vie, augmentation de l'activité physique et sociale et réduction des coûts d'hospitalisation et des soins de santé. L'objectif de cet article est de passer en revue les preuves de la faisabilité et la sécurité de la prise en charge ambulatoire de l'embolie pulmonaire stable.

>>> Mots-clés :

Embolie pulmonaire, stratification du risque de mortalité, PESI, sPESI, critères HESTIA, traitement ambulatoire.

Introduction

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⁾.

La mortalité de l'embolie pulmonaire non traitée est de l'ordre de 30 à 40 % alors qu'elle est inférieure à 15 % voire 8 % lorsqu'une prise en charge thérapeutique adéquate est entreprise ; elle ne semble pas diminuer malgré les progrès réalisés en matière de diagnostic et de prophylaxie ⁽¹⁾.

Les essais cliniques et les lignes directrices des sociétés savantes recommandent le traitement en toute sécurité en ambulatoire des patients atteints d'une EP stable c'est à dire à faible risque de mortalité précoce.

Il faut rappeler que la prise en charge ambulatoire de ces patients implique d'abord leur identification grâce à l'utilisation de scores et une surveillance clinique accrue, qui devrait être organisée avant que le patient ne

Abstract

In routine clinical practice, in most countries, patients with pulmonary embolism (PE) are hospitalized for clinical monitoring and to begin anticoagulant administration although clinical trials and scientific society guidelines recommend treatment in safely in outpatient settings for patients with stable PE, at low risk of early mortality. The identification of these patients is made possible through the use of scores, which are often very useful, however, clinical judgment is still necessary. Outpatient treatments have many benefits: improved quality of life, increased physical and social activity and reduced hospitalization and health care costs. The objective of this article is to review the evidence for the feasibility and safety of outpatient management of stable pulmonary embolism.

>>> Keywords :

Pulmonary embolism, mortality risk stratification, PESI, sPESI, HESTIA criteria, outpatient treatment.

quitte le service d'urgence.

En effet, ces traitements ambulatoires présentent de nombreux avantages : amélioration de la qualité de vie, augmentation de l'activité physique et sociale et réduction des coûts d'hospitalisation et des soins de santé.

Les preuves de la sécurité de prise en charge ambulatoire, que disent les études cliniques ?

Toutes les études ont pris soin d'exclure les patients présentant une instabilité hémodynamique, les patients présentant des comorbidités graves nécessitant une hospitalisation ou à risque avéré d'aggraver le pronostic et les patients qui n'avaient pas l'observance nécessaire et dont l'environnement familial et social ne permettait pas de suivre le traitement à domicile. Dans l'ensemble, l'évolution à 90 jours a été favorable et les résultats semblent prometteurs.

La dernière en date est l'étude HOME-PE, une étude

prospective randomisée, en ouvert, comparant deux stratégies de tri pour le traitement ambulatoire des patients atteints d'embolie pulmonaire avec 1974 patients enrôlés, de 2017 à 2019, dans 26 centres de 4 pays européens (France, Belgique, Pays-Bas et Suisse) (2).

Le critère de jugement principal était un composite incluant les récurrences thrombo-emboliques (embolie pulmonaire et/ou thrombose veineuse profonde), les saignements majeurs et les décès toutes causes confondues dans les 30 jours.

Au cours des trente jours de suivi, il a été observé un faible taux d'événements indésirables similaire chez les patients pris en charge à domicile : 1 décès est survenu dans chaque bras (patients atteints d'un cancer métastatique et en soins palliatifs). Cette étude a conclu que le traitement ambulatoire de l'embolie pulmonaire à bas risque est possible et sécurisé dans une structure de soins organisée et spécialisée dans la prise en charge de l'embolie pulmonaire.

Quels sont Les outils de stratification du risque de mortalité précoce à 30 jours d'une EP ?

Le Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) est un score clinique élaboré pour quantifier le risque de mortalité à 30

jours, toutes causes confondues, à la suite d'une EP symptomatique (voir tableau 1). La fiabilité de l'utilisation du score PESI pour la sélection de patients à très faible risque de décès et potentiellement éligibles à un traitement ambulatoire, a été évaluée dans l'étude Out patient Treatment of Pulmonary Embolism (OTPE).

Le score PESI prend en considération 11 critères pondérés de façon variables (tableau 1) rendant son utilisation assez complexe en pratique clinique dans un service d'urgences. Ce score a été simplifié (sPESI), incluant seulement 6 variables (tableau 1). En effet, ce score conservait l'aptitude à identifier les patients à faible risque lorsqu'il a été évalué chez 7106 patients du registre RIETE (Registro informatizado de la Enfermedad Thromboembólica) (3).

Le patient à faible risque est défini comme un patient avec un PESI à 0 et une échocardiographie qui exclut un dysfonctionnement ventriculaire droit. Il faut rappeler que la prise en charge des patients externes implique une surveillance clinique accrue, qui devrait être organisée avant que le patient ne quitte le service d'urgence. En plus de l'utilisation de scores, qui sont souvent très utiles, le jugement clinique est toujours nécessaire.

Tableau 1 : Scores cliniques PESI original et simplifié

Paramètre	Version originale	Version simplifiée
Âge	Âge en années	1 point si âge > 80 ans
Sexe masculin	+10 points	-
Cancer	+30 points	1 point
Insuffisance cardiaque	+10 points	1 point
Insuffisance respiratoire	+10 points	-
Pouls 110/min	+20 points	1 point
Pression artérielle systolique < 100 mmHg	+30 points	1 point
Fréquence respiratoire > 30/min	+20 points	-
Température < 36 °C	+20 points	-
Confusion	+60 points	-
SpO2 < 90 % en air ambiant	+20 points	1 point
Classe de risque; mortalité globale à j30		
Classe I : ≤ 65 points		Faible risque : 0 point
(0-1,6 %)		1,0 %
Classe II : 66-85 points		
(1,7-3,5 %)		
Classe III : 86-105 points		Autres 1 point
(3,2-7,1 %)		10,9 %
Classe IV 106-125 points		
(4,0-11,4 %)		
Classe V: > 125 points		
(10-24,5 %)		

Le score sPESI est largement utilisé dans la communauté médicale grâce à sa simplicité, mais il a des limites puisqu'il n'intègre pas certains items médicosociaux (tel que l'isolement et la compréhension générale de la maladie) ou liés aux modalités du traitement anticoagulant (par exemple, l'insuffisance rénale sévère nécessitant le recours à l'héparine non fractionnée et une situation à risque hémorragique), pourtant décisifs lorsque le traitement ambulatoire est envisagé.

Ainsi, les critères HESTIA ont été proposés (tableau 2)

pour identifier les patients présentant une EP pouvant être traitée à domicile. Il s'agit d'une checklist de 11 items pouvant être utilisée au lit du patient et soigneusement renseignée. Un patient était considéré éligible à un traitement ambulatoire par la règle HESTIA s'il ne présentait aucun de ses 11 critères. Ces critères permettent de sélectionner une population à faible risque de récurrence d'événement thromboembolique veineux (2,0 %), d'hémorragie majeure (0,7 %) et de mortalité (1,0 %) dans une étude prospective multicentrique réalisée aux Pays-Bas chez 297 patients ^(4,5).

Tableau 2 : Critères HESTIA.

Critères d'exclusion d'un traitement ambulatoire		
Le patient présente-t-il une instabilité hémodynamique ? ¹	Oui	Non
Une thrombolyse ou embolectomie est-elle nécessaire? Hémorragie active ou haut risque hémorragique ??	Oui	Non
Plus de 24 h d'oxygénothérapie pour maintenir une saturation en oxygène > 90 % ?	Oui	Non
L'embolie pulmonaire a-t-elle été diagnostiquée sous traitement anticoagulant?	Oui	Non
Douleur intense nécessitant un traitement antalgique intraveineux pendant plus de 24 h ?	Oui	Non
Raison médicale ou sociale pour une hospitalisation supérieure à 24 h (infection, cancer, pas d'entourage) ?	Oui	Non
Le patient a-t-il une clairance de la créatinine < 30 ml/mn? (calculée avec Cockcroft)	Oui	Non
Le patient a-t-il une insuffisance hépatique sévère ?	Oui	Non
La patiente est-elle enceinte ?	Oui	Non
Le patient a-t-il des antécédents documentés de thrombopénie induite par héparine ?	Oui	Non

Si la réponse est «oui» à une question, le patient ne peut pas être traité à domicile.

Laissés à discrétion de l'investigateur:

¹ Pression artérielle systolique < 100 mmHg avec fréquence cardiaque > 100 bpm; critères d'admission en soins intensifs.

² Saignement gastro-intestinal dans les 14 jours précédents, accident vasculaire cérébral (<4 semaines), chirurgie récente (<2 semaines), trouble de la coagulation, thrombopénie (<75 G/l), hypertension non contrôlée (pression artérielle systolique > 180 mmHg ou pression artérielle diastolique > 110 mmHg).

Ce que suggèrent les recommandations européennes

Selon les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) sur l'embolie pulmonaire 2019, une fois le diagnostic de l'EP est confirmé, il est recommandé de stratifier le risque de mortalité précoce (à l'hôpital ou dans les 30 jours) (classe I,B), une sortie précoce et une poursuite du traitement à domicile doivent être envisagées chez les patients qui ont une EP à bas risque et soigneusement sélectionnés si une prise en charge à domicile et un traitement anticoagulant peuvent être assurés correctement (classe IIa, A) ⁽⁶⁾.

Ce qu'il faut retenir

La faisabilité de la prise en charge en ambulatoire et en toute sécurité d'une EP est rendue possible grâce au développement des algorithmes de stratification du risque qui ont été affinés et simplifiés (sPESI ou HESTIA) pour identifier les patients à faible risque de mortalité précoce. Cette attitude est soutenue par de grands essais randomisés et les études de cohortes prospectives, cependant, elle doit

être associée au jugement implicite du praticien.

Avec l'avènement des anticoagulants oraux directs, qui ont permis de simplifier la prise en charge thérapeutique initiale, une proportion significative de ces patients peuvent bénéficier de cette prise en charge.

Date de soumission

07 mai 2023.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

- Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost* 2007; 98: 756-764Is
- Pulmonary embolism home treatment: What GP want? <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.01.015>
- Jimenez D, Aujesky D, Moores L. Simplification of the pulmonary embolism severity index for prognostication in patients with acute symptomatic pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2010;170:1383-9
- Zondag W, Hiddinga BI, Crobach MJ. Hestia criteria can discriminate high from low-risk patients with pulmonary embolism. *Eur Respir J* 2013;41:588-92
- Zondag W, Mos IC, Creemers-Schild D, et al. Outpatient treatment in patients with acute pulmonary embolism: the Hestia Study. *J Thromb Haemost*. 2011;9:1500-1507
- Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur l'embolie pulmonaire ESC 2019