

Item 135 : Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

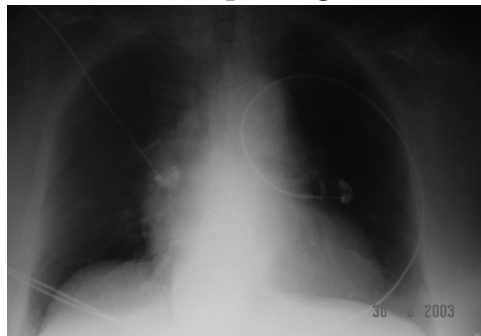
Scénario :

Mme V. 68 ans est hospitalisée en urgence pour « étouffement », ses antécédents comportent une HTA, une dyslipidémie, une arthrose des genoux bilatérale invalidante, une obésité à 170 cm et 100 kg, une cataracte gauche opérée et une hystérectomie totale il y a deux ans pour fibrome. Il n'y a pas d'antécédents familiaux particuliers. Depuis quelques jours, elle se plaint d'une fatigue extrême avec difficultés à respirer même pour descendre ses escaliers. Cette nuit elle a même eu du mal à respirer dans son lit.

Le traitement comprend : Imovane® 1 cp/j, Lipanthyl® 1 cp/j, Propofan® 3 cp/j, Burinex® 1 cp/j, Kaleorid® 600 mg/j.

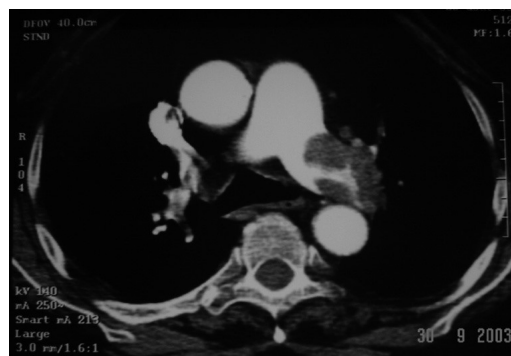
À l'examen clinique, la patiente est très dyspnéique assise dans son lit, la pression artérielle est à 80/40 mmHg, le pouls à 108 bpm, la saturation à 88 % sous 9 litres d'oxygène par sonde nasale, les bruits du cœur sont réguliers, rapides avec des marbrures sur les genoux, l'auscultation pulmonaire est claire sans râles crépitants ni sibilants, le mollet gauche est sensible sans autres signes locaux, on retrouve une turgescence jugulaire, une radiographie thoracique est effectuée.

Cas clinique : Figure 1



Le radiologue qui a effectué le cliché vous téléphone et vous propose de faire un scanner dont le résultat est ci-joint.

Cas clinique : Figure 2



QUESTION 1/7 :

Calculez le score de Wells.

Réponse attendue :

Les score est ici au moins de 7,5, en raison de :

- signes de TVP au mollet (3 points) ;
- absence de diagnostic alternatif (3 points) ;
- tachycardie (1,5 point).

La mobilité réduite (arthrose de genoux chez une obèse) peut induire une immobilisation qu'il faut rechercher (1,5 point). On retient une probabilité forte car > 6 .

QUESTION 2/7 :

De quel(s) examen(S) supplémentaire(s) avez-vous besoin pour confirmer le diagnostic ?

Réponse attendue :

Aucun, l'angioscanner a confirmé le diagnostic avec des caillots visibles dans les deux artères pulmonaires.

QUESTION 3/7 :

Compte tenu de votre diagnostic, stratifiez maintenant le risque.

Réponse attendue :

Haut risque en raison de l'hypotension < 90 mmHg et des signes de choc (marbrures).

QUESTION 4/7 :

De quel(s) examen(s) complémentaire(s) avez-vous besoin avant de traiter ?

Réponse attendue :

Un bilan d'hémostase pour adapter l'héparinothérapie et surtout de groupe, rhésus et RAI, en cas d'hémorragie sous traitement pour pouvoir transfuser. Il est également souhaitable de prescrire un dosage d'urée et créatinine chez cette patiente qui a reçu du contraste iodé pour adapter l'héparinothérapie en cas d'insuffisance rénale.

QUESTION 5/7 :

Détaillez vos prescriptions des premières heures.

Réponse attendue :

L'EP à haut risque nécessite une thrombolyse par rTPA associée à une perfusion d'héparine non fractionnée en IV. Il n'y a ici aucune contre-indication à la thrombolyse.

On prescrit :

- HNF 6000 UI en bolus, puis 1800 UI/heure à adapter au TCA ;

- rTPA 10 mg en bolus, puis 90 mg en 2 heures.

En cas d'échec, il faut discuter l'embolctomie sous CEC.

QUESTION 6/7 :

Mme V. quitte l'hôpital avec un traitement de fond supplémentaire, de quelle nature ?
Détaillez.

Réponse attendue :

Le traitement AVK prévient la récurrence thrombo-embolique. L'INR doit être maintenu entre 2 et 3. Si aucun facteur déclenchant n'est retrouvé et notamment pas d'immobilisation (ce qui semble être le cas ici), on retient le diagnostic de TVP ambulatoire et le traitement doit être prolongé plus de 3 mois (6 mois).

On prescrit le port de chaussettes ou bas de compression veineuse élastique délivrant 30 à 40 mmHg à la cheville (classe 3 française) pour une durée minimale de 2 ans.

QUESTION 7/7 :

Quel bilan complémentaire envisagez-vous ultérieurement ?

Réponse attendue :

Recherche de néoplasie compte tenu de l'âge.

Un examen gynécologique avec mammographie et échographie pelvienne. Une recherche de sang dans les selles. Le bilan de thrombophilie n'est pas souhaitable après 60 ans, il n'y a pas d'argument familial suggérant de thrombophilie même s'il s'agit d'une première manifestation de MTEV avec TVP ambulatoire.