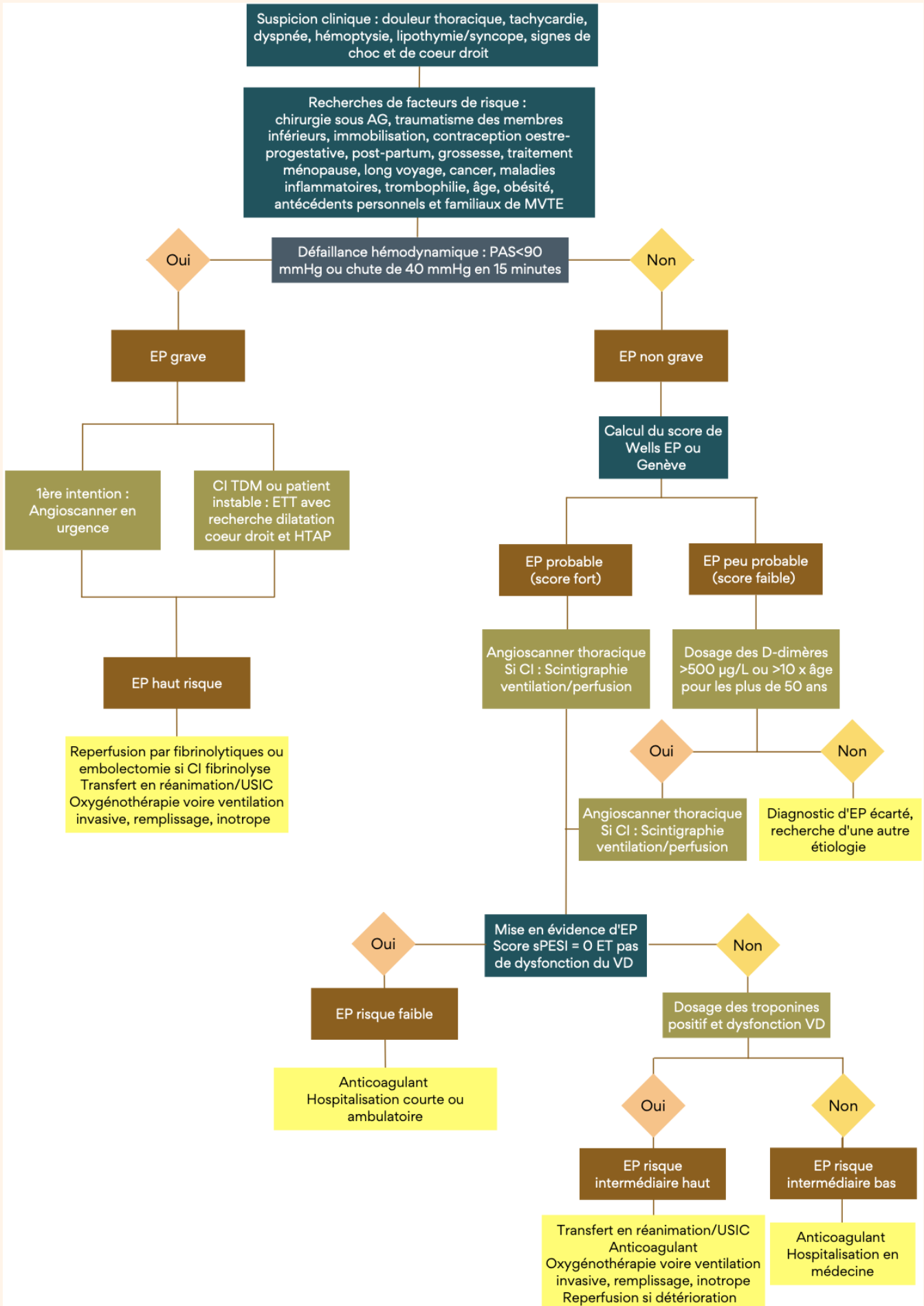
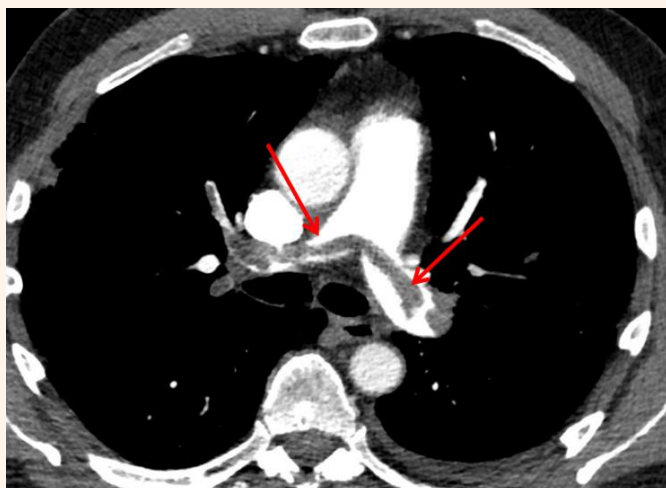


# Embolie pulmonaire



## Arbre diagnostic et thérapeutique d'embolie pulmonaire (= migration d'un thrombus veineux au niveau des artères pulmonaires)

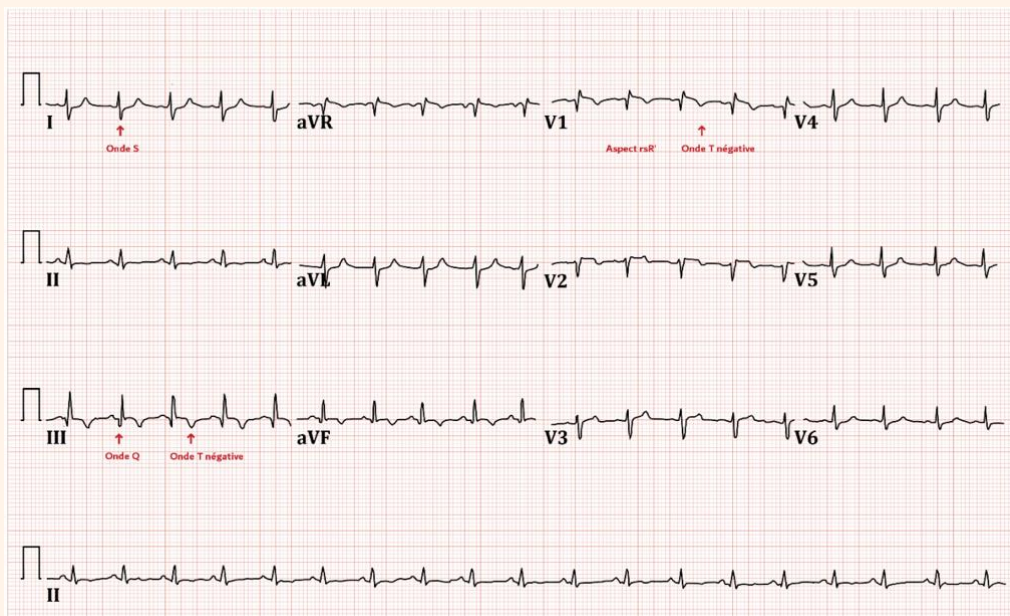




**Angioscanner thoracique**  
Embolie pulmonaire bilatérale

**ECG Typique d'embolie pulmonaire**

**Tachycardie sinusale,**  
**Bloc de branche droit incomplet (aspect rsR' mais QRS<120 ms),**  
**Aspect S1Q3, ondes T négatives de V1 à V3**



### Choix du traitement anticoagulant dans l'embolie pulmonaire

EP grave (choc ou hypotension artérielle) : Fibrinolytique + **HNF** avec un bolus initial de 5000 UI puis 500 UI/Kg/j.

EP de gravité faible ou intermédiaire :

- **1<sup>ère</sup> intention** : **AOD** si possible
  - Sinon **HBPM** avec relais **AVK**. Bien penser à débiter le traitement AVK en même temps que les HBPM (en raison du chevauchement de 5j) et attendre 2 INR > 2 à 24h d'intervalle avant d'arrêter les HBPM.
- Si insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min), utiliser les HNF.

En cas de cancer ou si femme enceinte : HBPM sans relais AVK

## Durée du traitement anticoagulant

- Si facteur majeur transitoire (chirurgie avec AG > 30min dans les 3 mois, Traumatisme avec immobilisation prolongé dans les 3 mois, Immobilisation médicale > 3j, contraception oestroprogestative, grossesse, post partum) : **3 mois**
- Si facteur persistant (cancer, thrombophilies, MICI) : **> 6 mois** et tant que le FdR persiste +/- à vie
- Si non provoqué : Au moins 6 mois

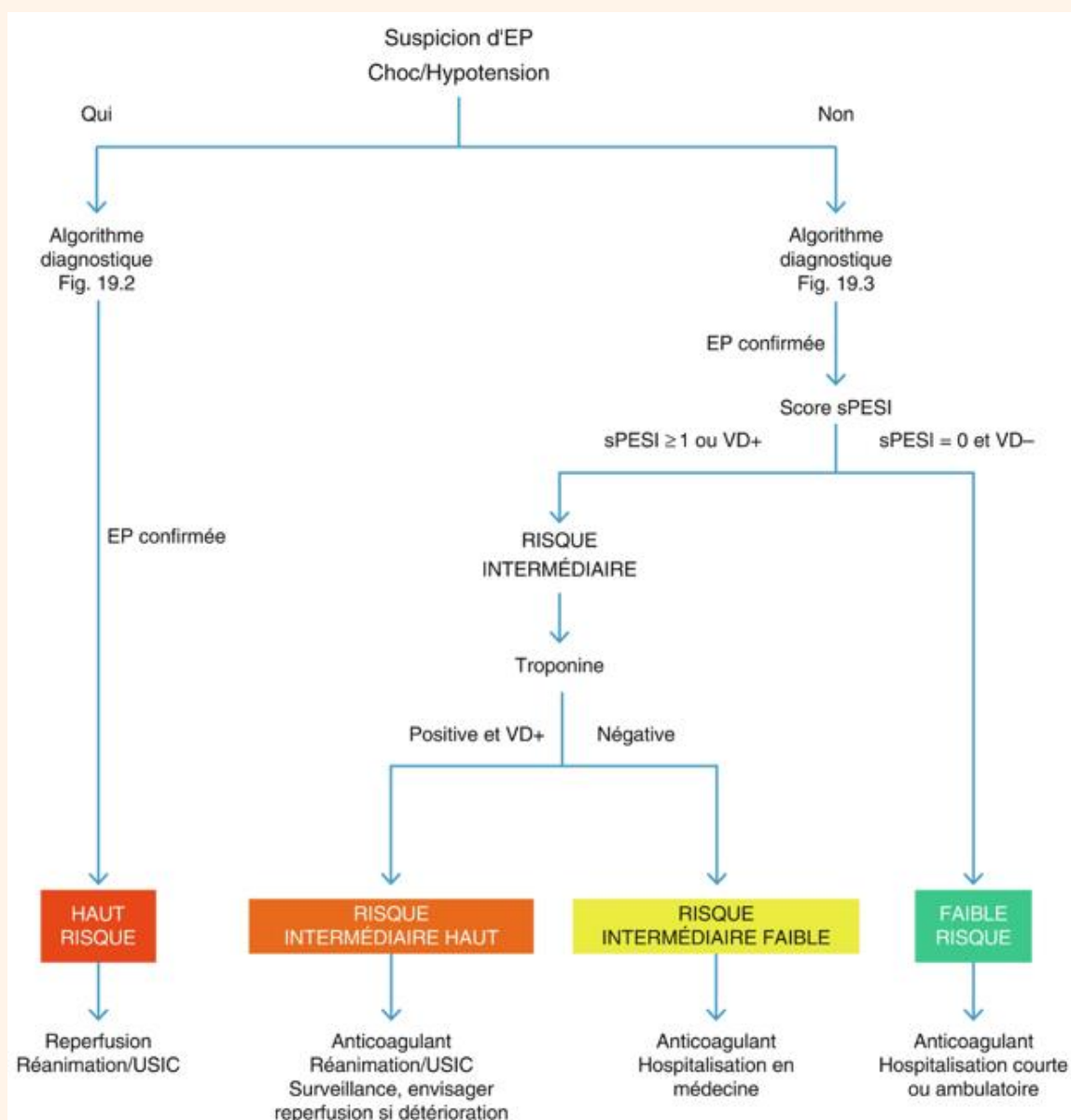


Fig. 19.4



Algorithme de prise en charge de l'embolie pulmonaire (EP).