

L'embolie pulmonaire

Définition : migration d'un caillot veineux dans l'artère pulmonaire

le caillot se détache et migre vers l'artère pulmonaire

veine cave inférieure, sinus veineux, oreillette droite, ventricule droit, artère pulmonaire

arrêt de la circulation

diminution de l'évacuation du CO²

évolution vers infarctus

clinique

dyspnée(respiration difficile)

douleur thoracique(crache sang)

tachypnée (accélération rythme cardiaque)

L'EMBOLIE PULMONAIRE

1 Introduction

Il s'agit de la migration de tout ou partie d'un caillot veineux dans l'artère pulmonaire ou l'une de ses branches de division. Le plus souvent la migration de ce caillot intervient dans le cadre d'une maladie thrombo-embolique (MTE) avec présence d'une TVP. Beaucoup plus rarement le caillot prend naissance dans le coeur droit. La TVP est dans la grande majorité des cas située aux membres inférieurs mais les TVP des membres supérieurs avec EP ne sont pas exceptionnelles.

Le risque embolique (pourcentage d'EP asymptomatique dépistée à la scintigraphie de ventilation-perfusion) d'une TVP est plus important si elle est de localisation proximale (35% à 55%), que distale (0% à 33%).

2 Physio-pathologie

Le caillot de taille plus ou moins importante va donc se détacher de la paroi veineuse où il se situait et migrer dans le réseau veineux cave inférieur puis le sinus veineux, l'oreillette droite, le ventricule droit et enfin l'artère pulmonaire jusqu'à rencontrer un vaisseau de calibre inférieur à sa taille pour se bloquer. Il se produit donc dans une zone du poumon un arrêt de la circulation de retour destinée à la ré-oxygénation et l'évacuation du CO₂ du sang veineux. Schématiquement une zone pulmonaire sera normalement ventilée mais non perfusée aboutissant à une diminution de la capacité totale d'oxygénation et à la diminution de l'évacuation de CO₂.

Bien souvent cette situation évolue également sur le plan ventilatoire avec constitution d'un infarctus pulmonaire (± surinfecté) et/ou atélectasie pulmonaire (condensation pulmonaire).

3 Signes cliniques

Symptômes cliniques

- Apparition ± brutale d'une dyspnée sans cause évidente.
- Douleur thoracique (pleurale) de type point de coté ± hémoptysie (classiquement jus de pruneaux).
- Tachypnée
- souvent petite élévation thermique (38°C)

Suspicion clinique

Le diagnostic d'EP doit donc être évoqué chez des patients aux ATCDS de TVP ou d'EP (dans les circonstances favorisant les TVP) devant:

- l'apparition d'une dyspnée brutale inexplicée
- un "point de coté" thoracique ± hémoptysie
- une pneumopathie traînante et récidivante (surinfection d'un infarctus pulmonaire)
- des signes d'IVD
- des troubles du rythme cardiaque paroxystiques ou une syncope (EP à forme syncopale)

4 Traitement

C'est la **décoagulation**.

On utilise classiquement l'Héparine non fractionnée (*HNF*).

Le traitement anticoagulant est habituellement *prolongé 6 mois*.

On peut avoir recours aux **thrombolytiques** :

- soit dans les formes d'embolies pulmonaires massives

- soit dans les EP avec instabilité hémodynamique

Ils ont pour but de diminuer les résistances périphériques en lysant une partie du caillot.

L'**embolectomie chirurgicale** peut être envisagée dans les formes graves quand les thrombolytiques sont contre-indiqués.

Le traitement de l'EP doit surtout être **préventif**:

Prévention des TVP.

Dépistage précoce des TVP et institution d'un traitement adéquat.