

COMPTE-RENDU : SUSPICION D'EMBOLIE PULMONAIRE

MARIE-PIERRE REVEL
Hôpital Cochin, Paris

Renseignements cliniques :

Suspicion d'embolie pulmonaire de probabilité forte / intermédiaire / faible
D-dimères : (taux)

Chez les patients ambulatoires, l'examen n'est justifié que si la probabilité clinique est forte (calculer le score) ou les d-dimères supérieurs à 500 µg/L.

Si la probabilité clinique est forte, doser les d-dimères est inutile car même normaux, ils n'excluent pas le diagnostic

SCORE RÉVISÉ DE GENÈVE

Age > 65 ans	1
Antécédent de TVP ou d'EP	3
Chirurgie (sous anesthésie générale) ou fracture (d'un membre inférieur) < 1 mois	2
Cancer actif ou en rémission depuis moins d'un an	2
Douleur unilatérale d'un membre inférieur	3
Hémoptysie	2
Fréquence cardiaque : 75-94	3
Fréquence cardiaque ≥ 95	5
Œdème et douleur à la palpation unilatérale d'un membre inférieur	4

Score
0-3 : probabilité faible ;
4-10 : probabilité intermédiaire ;
≥ 11 probabilité forte

TECHNIQUE :

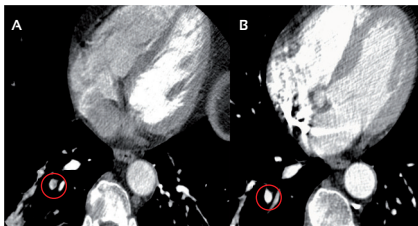
- ✓ Acquisition réalisée après injection de : Indiquer volume, concentration, nom du produit de contraste et débit d'injection
Si une technique de détection du bolus est utilisée, indiquer le seuil de déclenchement de l'acquisition.
Si utilisation d'un délai fixe, le préciser.

RÉSULTAT :

- ✓ Rehaussement artériel pulmonaire de bonne qualité / sous optimal

Critères de qualité:

- Mesure de l'atténuation dans le tronc pulmonaire : au moins 250UH
- Rehaussement de la cavité ventriculaire droite au moins égal à celui de la cavité ventriculaire gauche (Fig. B), sinon risque de faux positif (Fig. A) ou de faux négatif



Fausse image d'embolie en postéro basal droit, due à un phénomène de flux (A), cette image disparaît sur la nouvelle acquisition avec opacification optimisée (B)

- ✓ Présence / absence de lacunes artérielles pulmonaires

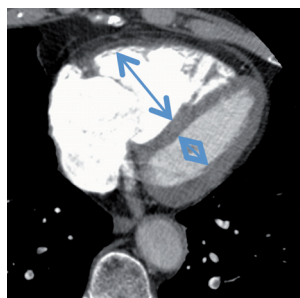
En cas d'embolie, préciser :

1. Le caractère uni ou bilatéral
2. Le niveau le plus proximal :

Tronculaire / lobaire / segmentaire ou sous segmentaire

Si niveau sous segmentaire exclusif : préciser si un seul ou plusieurs territoires sous segmentaires sont atteints (en cas d'embolie sous segmentaire unique, le traitement par anti coagulants reste discuté).

3. Le retentissement sur le ventricule droit :
Mesure du rapport VD/VG (surmortalité si > 0,9)



En l'absence d'embolie, rechercher :

- Si dyspnée : Épaississement septal (régulier : Insuffisance Ventriculaire Gauche / irrégulier : Lymphangite)
- Si douleur thoracique : Anomalie aortique / péricardique / pleurale / pariétale

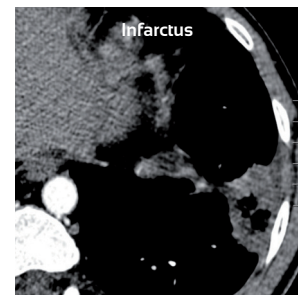
- ✓ L'examen est non conclusif dans 3 situations *

1. Rehaussement artériel insuffisant ou artéfacts gênant l'analyse au niveau segmentaire
2. Image douteuse, quel que soit le niveau
3. Anomalie parenchymateuse suggérant un infarctus, sans signe direct d'embolie

Indication dans ce cas à une évaluation veineuse extensive : Doppler veineux des membres inférieurs et supérieurs, phléboscaner.

Trois critères suggèrent l'infarctus :

Condensation périphérique juxta pleurale ou juxta scissurale, clartés aériques centrales, pas de bronchogramme aérien.



SYNTHÈSE ET CONCLUSION :

Elle doit être claire, limitée à 3 éventualités

1. Présence d'une embolie pulmonaire unilatérale/bilatérale, de niveau tronculaire/lobaire/segmentaire/ sous segmentaire avec rapport VD/VG égal à :
2. Absence d'embolie pulmonaire : Préciser s'il existe un diagnostic alternatif
3. Examen non conclusif dans l'une des 3 situations en *