

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 6 février 2019

Hôpital cantonal de Genève

Diagnosis of pulmonary embolism during pregnancy (The Pregnancy-PE study)

Prof. M. Righini

Le papier c'est "Diagnosis of Pulmonary Embolism During Pregnancy: A Multicenter Prospective Management Outcome Study, Marc Righini Ann Intern Med. 2018;169(11):766-773."

L'embolie pulmonaire (EP) est une cause de mortalité majeure durant la grossesse et dans le monde développé.

50% des femmes signalent une dyspnée durant leur grossesse...celle-ci peut être due à une anémie physiologique, à un problème mécanique au niveau du diaphragme qui est gêné dans son excursion, à une consommation accrue d'O₂, ou à une sensibilité accrue à la PaCO₂ (par le biais de la progestérone).

Les outils de diagnostic habituels n'ont pas été vraiment évalués chez la femme enceinte, et l'exposition aux rayons X est plus nocive...

L'importance d'un diagnostic certain est essentielle car l'EP peut-être mortelle, les risques liés au traitement anticoagulant sont significatifs, et les conséquences pour le futur du patient aussi (contraception orale, substitution hormonale p. ex).

Parmi les femmes présentant une dyspnée pendant la grossesse, on estime la présence d'EP à +2% (contrairement à +20% dans un service d'urgence « tout venant »).

Si le risque est faible ou intermédiaire, on procède au dosage des D-dimères qui, s'ils sont négatifs permettent d'écarter le diagnostic, et s'ils sont positifs vont entraîner un angio CT pulmonaire (CTPA : computed tomography pulmonary angiography).

Les scores de Wells ou de Genève n'ont jamais été validés chez la femme enceinte, et aucune étude randomisée contrôlée n'a été faite à ce jour chez la femme enceinte.

Pour ce qui est des D-dimères, on sait qu'ils tendent à augmenter progressivement au cours des 2^e et 3^e trimestres de la grossesse.

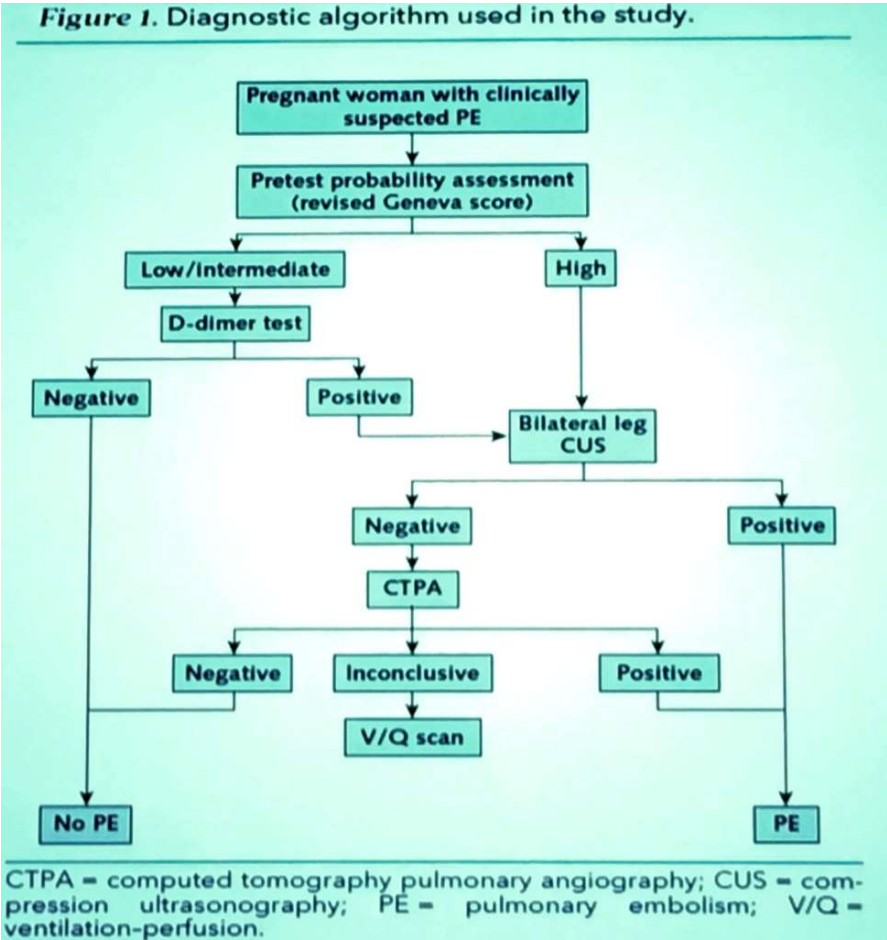
Une thrombose veineuse profonde (TVP) est trouvée chez 50% des patients avec une EP confirmée.

En présence de TVP il est inutile de poursuivre les investigations...On anticoagule...c'est tout...

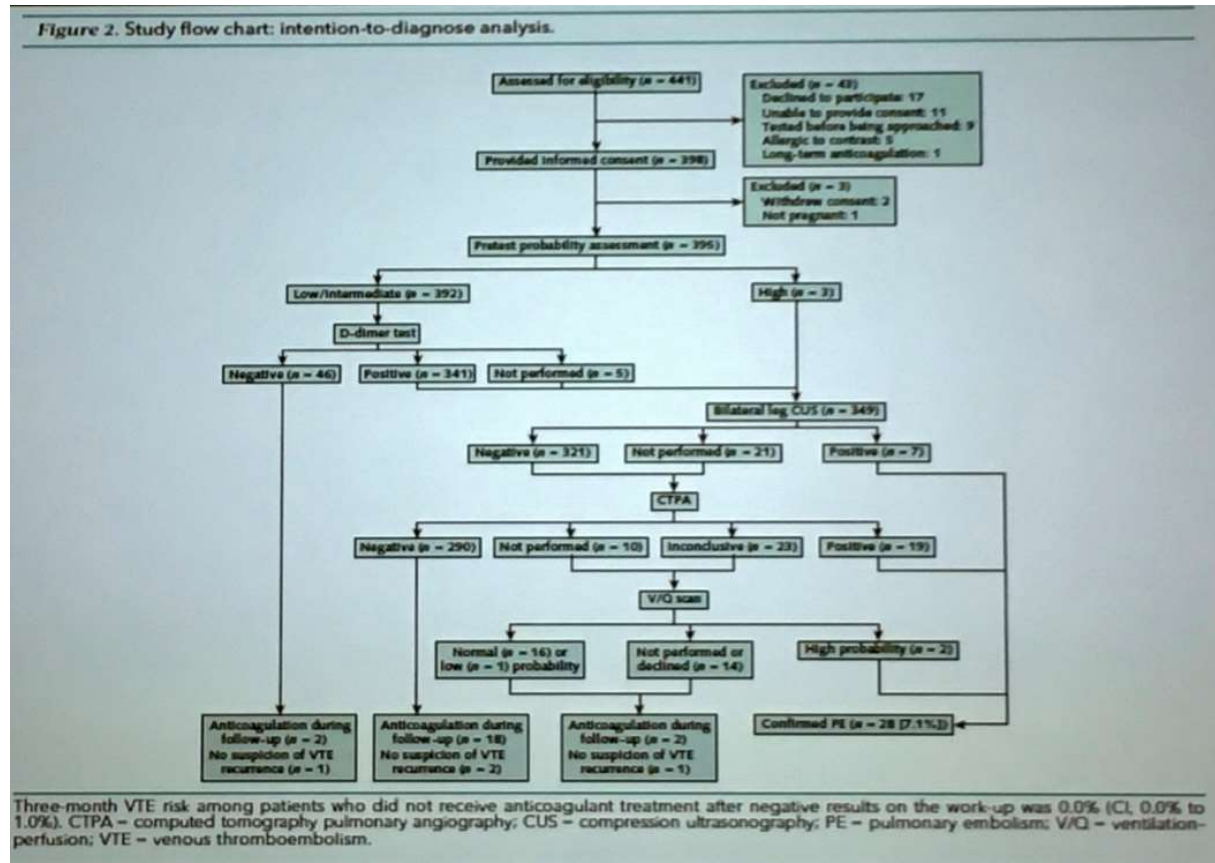
Quelle imagerie ?

Le CTPA aussi bien que la scintigraphie pulmonaire peut être proposé...

Finalement l'algorithme adopté dans l'étude du jour est le suivant :



Les résultats de l'étude sont les suivants...



Après 3 mois, =0.0% d'EP chez les patientes chez lesquelles aucune EP n'avait été décelée...

La proportion d'EP était de 7.1%, (légèrement plus élevée que ce à quoi l'on s'attendait, soit 2%...).

Le score de Genève permettait de stratifier les patientes à bas risque (7/192=3.6%), risque intermédiaire (18/200=9.0%) et haut risque (3/3=100%).

Chez les 392 femmes avec un risque pré-test non élevé, 11.7% ont eu des D-dimères négatifs.

Chez toutes ces patientes non anti-coagulées, il n'y a eu aucune EP à 3 mois.

Les D-dimères étaient négatifs chez 25.3% des patientes au 1^{er} trimestre, 11.1% au 2^e trimestre, et 4.2% au 3^e trimestre.

L'échographie avec compression des membres inférieurs était positive chez 2% des patientes.

Le CTPA était négatif chez 84.8%, positif chez 5.6% et non conclusif chez 6.7%.

Cette stratégie diagnostique semble donc robuste...il faudra sans doute adapter le cut-off des taux des D-dimères durant la grossesse en l'élevant peut-être à 1000 pendant les 2^e et le 3^e trimestre de la grossesse.



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch