

Suspicion d'embolie pulmonaire à risque non élevé
(PAS > 90mmHg, chute PAS < 40mmHg ou de moins de 15 min)
 Mesures faites après éventuelle épreuve de remplissage (250cc SSI en 15 mn)

Score de Genève modifié

- | | | | |
|-------------------------------------|----|--|----|
| • FC > 95 bpm | +5 | • Chirurgie ou fracture < 1 mois | +2 |
| • Douleur provoquée et OMI | +4 | • Cancer actif ou rémission < 1 an | +2 |
| • ATCD perso d'EP ou TVP | +3 | • Hémoptysie | +2 |
| • Douleur spontanée du mollet | +3 | • Age > 65 ans | +1 |
| • FC = 75 – 94 bpm | +3 | | |

Probabilité faible ou moyenne
≤10

D-Dimères

-

Autre diagnostic

+

Débuter traitement
HNF : Bolus 80U/Kg puis PSE 18U/Kg/H

Probabilité forte
≥11

Scanner

+

HBPM (Enoxaparine 1mg/kg /12h ou Tinzaparine 175U/kg / 24h) ou Fondaparinux 7,5 mg (5 mg si <50 kg, 10 mg si >100kg) ou HNF au PSE 18U/kg/h si insuf.rénale ou risque hémorragique
ou Rivaroxaban (XARELTO®) 15 mg/12h pdt 3 semaines, puis 20 mg / 24h ou 15 mg si clairance de 15 à 49 ml/min ou Apixaban (ELIQUIS®) 10 mg/12h pdt 1 semaine, puis 5 mg / 12h

-

Autre diagnostic

Score = 0

SCORE PESI simplifié

- | | |
|--|------|
| • Age > 80 ans | 1 pt |
| • Cancer | 1 pt |
| • Insuffisance cardiaque ou respiratoire ... | 1 pt |
| • PAS < 110 mmHg | 1 pt |
| • FC > 110 | 1 pt |
| • SpO2 < 90% | 1 pt |

Score > 0

Ambulatoire

Médecine

VD dilaté

NON

NON

Médecine

OUI

BNP et/ou
Troponines élevées

OUI

USIC

- Intérêt de l'HNF de façon précoce en raison de la rapidité d'action et de sa réversibilité.
- Le bilan étiologique aux urgences doit rester minimal. Pas d'imagerie non orientée.
- Privilégier lever précoce.
- Si CI au scanner, discuter une scintigraphie, un doppler..... en fonction du plateau technique
- Si scanner monobarrette, le diagnostic d'EP ne peut être infirmé sur le seul TDM, contrôler l'absence de phlébite proximale.