

Occlusion à de l'artère pulmonaire ou de ses branches par un caillot fibrino-cruorique migré d'une veine thrombosée, en général des membres inférieurs. Fréquence: 100 000/an Mortalité: 20 000/an TVP: 600 000/an

PHYSIOPATHOLOGIE

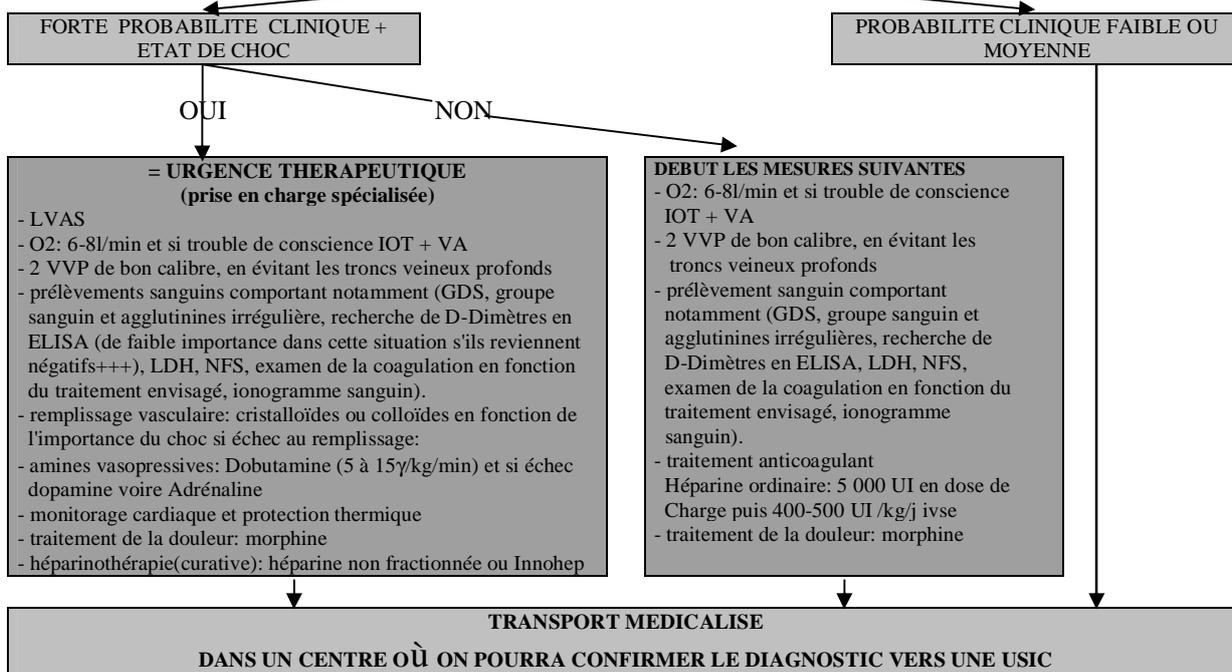
L'EP n'étant que la complication de la TVP, elle en partage la physiopathologie et les facteurs de risque:

- Stase veineuse: alitement prolongé, immobilisation, grossesse, IC, I veineuse chr, voyage prolongé
- Lésions endothéliales veineuses: fracture, traumatisme ou chirurgie, catheter
- Etat hypercoagulable:
 - . Congénital:
 - * Déficit en inhibiteur de la coagulation protéine C, protéine S, antithrombine III (rares)
 - * résistance à la protéine C activée (plus fréquent)
 - . Acquis: traumatisme, chirurgie, cancer, grossesse, oestrogènes, etc....

DIAGNOSTIC EN EXTRAHOSPITALIER

TERRAIN	SIGNES CLINIQUES	ECG
<ul style="list-style-type: none"> - Obésité - Immobilité ou alitement, - voyage prolongé, - grossesse, - cancer, - IC, - arythmie complète, - IDM, - varices, - valvulopathies, , - syndrome néphrotique, - thrombophébite profonde, - Suites opératoires, d'accidents, des fractures - Pilules (associées à la nicotine) - hémopathies - ATCD de thromboses veineuses profondes ou d'EP - matériels intravasculaires - anomalies de l'hémostase d'hypercoagulabilité 	<p><u>Douleur thoracique</u> (violente, d'apparition brutale, latérale et gênant l'inspiration, angoisse (+++),</p> <p><u>Dyspnée</u> à type de tachypnée superficielle,</p> <p><u>Toux</u> sèche aggravant la douleur et la dyspnée, hémoptysie (l'association douleur pleurale + dyspnée + hémoptysie fait souvent le Δic),</p> <p><u>Examen pleuropulmonaire</u> \perp au début, contrastant avec l'importance de la dyspnée et constitue un argument indirect très imp ; à un stade tardif signes parenchymateux ou pleuraux</p> <p><u>Examen cardiovasculaire</u> : la présence de signes de cœur pulmonaire aigu est très en faveur du diagnostic = \uparrowFC régulière, > 100/min ++, accentuation du 2^{ème} bruit de galop droit, TJ et, parfois, des signes d'IC droite.</p> <p>- rechercher une phlébothrombose NB : L'élément essentiel de la suspicion d'EP est l'absence de diagnostic de rechange.</p>	<p><u>Altération de QRS</u> = Lésions les plus précoces, les plus fugaces et les plus évocatrices mais possibles dans d'autres situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> . déviation axiale droite de QRS au delà de $+90^\circ$. aspect S1Q3 (sans onde Q en VF) . BDB droite complet ou incomplet <p><u>Troubles de la repolarisation</u> = Plus tardifs, plus durables, mais non spécifiques Ischémie sous épicaudique anteroseptale ou postéro <.</p> <p><u>Troubles du rythme auriculaire:</u> FA et Flutter si formes majeures</p> <p>Ne pas oublier de toujours comparer les résultats ECG avec un ECG antérieur</p>

SUSPICION D'EP



CONDUITE A TENIR INTRAHOSPITALIERE

