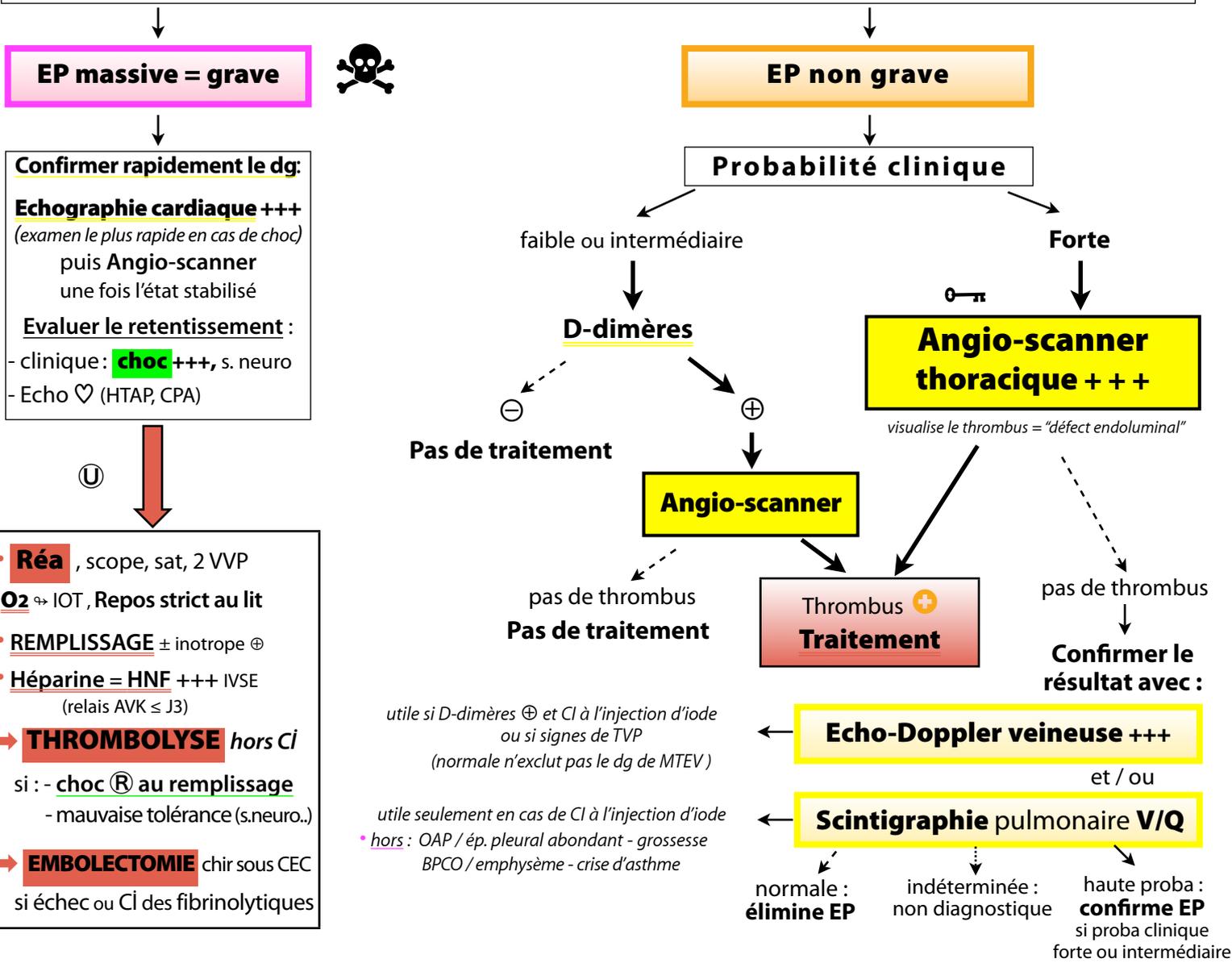


Suspicion clinique d'EP : **score de probabilité clinique** + **RT - ECG - GDS**



⊕ **Bilan pré-ttt** (bio std pré-op) : **GR-Rh-RAI**, NFS plaq., TP-TCA, **β HCG** ⇨ recherche **CI** aux HBPM / thrombolytiques

Ⓢ **thérapeutique** : **Débuter l'héparinothérapie dès la suspicion dg sans attendre la confirmation Rx** (hors CI)



- **Réa**, scope, sat, 2 VVP
- **O2** ⇨ IOT, **Repos strict au lit**
- **REPLISSAGE** ± inotrope ⊕
- **Héparine = HNF +++ IVSE** (relais AVK ≤ J3)
- **THROMBOLYSE** hors CI
- si : - **choc** ® au remplissage
- mauvaise tolérance (s.neuro.)
- **EMBOLECTOMIE** chir sous CEC
- si échec ou CI des fibrinolytiques

<b>1. Curatif</b>	① <b>H°</b> : ↑ plâtre si post-op., antalgiques <b>Repos au lit, lever PRÉCOCE</b> recommandé dès que le ttt est efficace (12 premières heures) <b>BAS DE CONTENTION VEINEUSE ÉLASTIQUE +++</b> (avant le 1 <sup>er</sup> lever) puis au long cours
	② <b>HBPM curatif</b> ou HNF IVSE si IR ou fondaparinux curatif • ex. HBPM → Tinzaparine / Innohep® 175 u/kg en 1 injection SC /j → contrôle <b>plaquettes x 2 / semaine</b> si HNF seulement (AFSSAPS 2009)
	③ <b>Relais précoce par AVK dès J1</b> (ex: Previscan® 1 cp /j PO) → <b>INR / 48 H<sup>q</sup> → 2 &lt; INR &lt; 3</b> à 2 reprises (puis INR / sem, puis / mois) ⇨ HBPM, HNF ou fondaparinux pendant au moins 5 j ++ → <b>Education</b> aux AVK +++ - <b>Carnet de surveillance</b> durée du ttt AVK : <b>3 mois</b> si épisode provoqué, <b>≥ 6 à 12 mois</b> si 1 <sup>er</sup> épisode non provoqué, <b>à vie</b> si récidive
	④ <b>Surveillance</b> clinique : <b>constantes</b> , signes de surdosage = hémorragies para-clinique : <b>TCA /j (2-3 ⊗ témoin)</b> (seulement si HNF), <b>INR / mois</b> (AVK)
	⑤ <b>Interruption de la VCI</b> par <b>filtre cave inférieur</b> après cavographie ⇨ <b>INDICATIONS</b> : - <b>CI absolue</b> ou <b>temporaire aux anticoagulants</b> (hémorragie / ex: HD sur UGD = CI absolue) - <b>récidive embolique prouvée sous ttt bien conduit</b>