

1. Affirmer l'EP à bas risque :

- Clinique : **score PESI**<85 pts (classe I ou II) ou **sPESI=0**
<http://medicalcul.free.fr/pesi.html>
- Bio : troponine et Nt-proBNP négatifs
- Angioscanner : rapport VD/VG<0,9 ou ETT : absence de dysfonction ou dilatation VD, ni HTAP
- Echo doppler des MI ne montre pas de TVP (optionnel : la présence d'une TVP ne contre indiquerait pas la prise en charge ambulatoire)

2. Faisabilité de la prise en charge ambulatoire des patients avec EP à bas risque de décès :

- application des **critères Hestia** = 0
<http://medicalcul.free.fr/hestia.html>
- acceptation/compréhension du patient pour ce type de prise en charge
- recherche de facteurs psycho-sociaux limitant cette prise en charge
- éducation du patient au traitement médicamenteux et non médicamenteux
- en concertation avec le médecin traitant pour la surveillance en ville
- éligible à un traitement par AOD
- écho-doppler veineux/écho cœur en externe dans les 48h (si pas fait lors du passage aux urgences)
- RDV sous 1 semaine avec cardiologue en consultation

3. Quel traitement

- Soit Rivaroxaban (Xarelto°) : 15mg x 2 pdt 21j puis 20mg par jour
- Soit Apixaban (Eliquis°) : 10mg x 2 pdt 7 jours puis 5mg x 2

4. Quelle durée du traitement (rôle du cardiologue)

- Si EP avec facteur déclenchant réversible (chirurgie, contraception, alitement,...) : 3 mois
- Si EP idiopathique : 6 à 12 mois de traitement
- Si récurrence d'EP idiopathique : anticoagulation à vie (en l'absence de risque hémorragique élevé)
- Si néoplasie évolutive sous jacente : anticoagulation prolongée par HBPM ou Fondaparinux (si néoplasie le patient n'aura pas un score sPESI à 0 donc pas de prise en charge ambulatoire)