



Embolie pulmonaire et Covid-19

Existe-t-il des aspects permettant le diagnostic différentiel en première ligne de soin ?

Remarque

Il faut différencier d'emblée deux situations :

- Présentation initiale d'un patient symptomatique non diagnostiqué Covid-19
- Cause d'aggravation des symptômes chez un patient Covid-19 confirmé (situation sur laquelle se centre la littérature)

Présentation initiale d'un patient symptomatique non diagnostiqué Covid-19

Nous n'avons trouvé aucun article se posant la question du diagnostic différentiel initial. Tout au plus pouvons-nous nous rappeler que trois des critères diagnostics majeurs de la Covid-19 recouvrent les symptômes d'une embolie pulmonaire → Apparition aiguë, sans autre cause évidente de :

- toux
- dyspnée
- douleur thoracique

Nous n'avons pas trouvé d'information sur la valeur prédictive négative pour l'embolie pulmonaire de l'absence d'anosmie/agueusie ou de symptômes mineurs de Covid-19.

Nous n'avons pas trouvé d'information sur les performances du [score de Wells](#)¹ en période de pandémie d'infection respiratoire pour la première ligne de soin même s'il a été étudié à l'hôpital chez des patients Covid-19 confirmés (voir ci-dessous). Même s'il est intéressant de noter que les items de ce score recouvrent peu les critères diagnostics du Covid-19, il faut se rappeler que ce score sert seulement à exclure la probabilité d'une embolie pulmonaire. Une étude rétrospective en France sur des patients Covid-19 hospitalisés hors soins intensifs montrait une prévalence d'embolie pulmonaire concomitante de 8,3%². En analyse univariée, les facteurs de risque traditionnels d'embolie pulmonaire n'étaient pas associés au fait de présenter une embolie pulmonaire.

Une autre étude en France a évalué rétrospectivement 72 patients ambulatoires Covid-19 admis aux urgences et recevant un scanner thoracique mais non hospitalisés³. La prévalence d'une embolie pulmonaire concomitante était de 18%. Les patients avec embolie pulmonaire étaient plus âgés et avaient un taux de D-dimères plus élevé. [Il n'y avait pas de différence de présentation clinique entre les patients présentant une embolie pulmonaire ou pas.](#)

Il s'agirait probablement d'éviter les « tunnels diagnostics » et d'appliquer les raisonnements diagnostiques (en première ligne de soins principalement chercher à exclure la probabilité) de Covid-19 et d'embolie pulmonaire en parallèle.

¹ Voir les calculateurs [ici](#) ou [encore ici](#)

² Fauvel C, Weizman O, Trimaille A, Mika D, Pommier T, Pace N, et al. Pulmonary embolism in COVID-19 patients: a French multicentre cohort study. Eur Heart J. 01 2020;41(32):3058-68.

³ Gervaise A, Bouzad C, Peroux E, Helissey C. Acute pulmonary embolism in non-hospitalized COVID-19 patients referred to CTPA by emergency department. Eur Radiol. nov 2020;30(11):6170-7.

Cause d'aggravation des symptômes chez un patient Covid 19 confirmé

Il faut envisager [d'autres causes d'aggravation de la dyspnée](#).

« Même si certains patients dont les symptômes s'aggravent peuvent être pris en charge à distance, nous effectuons une évaluation en personne s'ils présentent des plaintes suggérant des conditions ou des complications graves qui [ne se prêtent pas à la téléconsultation](#), comme :

- la pneumonie communautaire sévère (PAC) (p.ex. nouvelle toux productive, gêne thoracique pleurétique)
- l'exacerbation de l'asthme ou de la BPCO (p.ex. toux, respiration sifflante croissante)
- l'embolie pulmonaire (p.ex. aggravation de la dyspnée, douleur thoracique pleurétique, hémoptysie)
- l'insuffisance cardiaque (p.ex. dyspnée croissante, œdème, orthopnée)
- péricardite aiguë (p.ex. douleur thoracique).

Cette évaluation peut avoir lieu dans une clinique respiratoire (Covid-19) ou dans le cadre de soins cliniques approprié. »

Pour rappel, les recommandations d'anticoagulation pour les patients Covid-19 en première ligne [sont consultables ici](#).

Dans une étude rétrospective suisse de dérivation (demandant donc validation) chez des patients Covid-19 hospitalisés, un score de Wells supérieur ou égal à 2 **et** des D-dimères supérieurs à 3000ng/l à l'admission étaient de bons prédicteurs de la présence d'une embolie pulmonaire⁴.

⁴ Kampouri E, Filippidis P, Viala B, Méan M, Pantet O, Desgranges F, et al. Predicting Venous Thromboembolic Events in Patients with Coronavirus Disease 2019 Requiring Hospitalization: an Observational Retrospective Study by the COVIDIC Initiative in a Swiss University Hospital [Internet]. Vol. 2020, BioMed Research International. Hindawi; 2020 [cité 25 nov 2020]. p. e9126148. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/9126148/>