

# Prise en charge ambulatoire les recommandations 2019

H Desmurs Clavel

Medecine interne et medecine vasculaire



Hospices Civils de Lyon





# Evolution des recommandations et des pratiques

- 2009 ANSM
- 2012 CHEST
- 2014 ESC
- 2016 CHEST
- 2019 RECOS pluridisciplinaires françaises

PESI 2005  
sPESI 2010  
HESTIA 2011

Parcours de soins 2015

Programme EINSTEIN 2010 – 2017  
Amplify – amplify ext 2013

## Synthèse et recommandations

### Traitement initial ambulatoire des TVP proximales et des EP

ANSM 2009

Il est recommandé d'hospitaliser (Accord professionnel) :

- les patients insuffisants rénaux sévères (clairance de la créatinine < 30 ml/mn) ;
- les patients nécessitant un traitement anticoagulant et présentant une pathologie à risque hémorragique ;
- les TVP proximales avec syndrome obstructif sévère ou de localisation ilio-cave ;
- les patients avec embolie pulmonaire en état de choc et hémodynamiquement instables ;
- les patients dont le contexte psycho-social et l'environnement géographique et médical ne permettent pas une prise en charge optimale à domicile.

TVP/ EP

Hospitalisation  
obligatoire

RISQUE DE SAIGNEMENT  
GRAVITE DE LA MTEV  
DOMICILE INADAPTE

Dans les autres cas, les patients avec TVP proximales peuvent être traités par HBPM en ambulatoire ou après une courte hospitalisation après avoir évalué les risques de récurrences thrombo-emboliques et hémorragiques (Grade A). Un traitement ambulatoire des patients avec embolie pulmonaire stable peut être envisagé avec les mêmes précautions (Grade C).

Les patients ayant une TVP proximale ou une embolie pulmonaire stable peuvent être traités par le fondaparinux en ambulatoire dans les mêmes conditions que les HBPM (Grade B).

Si un traitement ambulatoire de la MTEV est envisagé, il est recommandé (Grade A) :

- d'obtenir un diagnostic de certitude de la pathologie thrombo-embolique ;
- de rappeler l'absolue nécessité de prévoir un temps d'éducation des patients à leur traitement médicamenteux et non médicamenteux, comme cela a été réalisé dans toutes les études ayant évalué le traitement ambulatoire des TVP proximales ;
- de prescrire et d'organiser la surveillance des traitements anticoagulants en concertation avec le médecin traitant et l'infirmière ;
- d'évaluer les facteurs de risque de récives thrombo-emboliques et hémorragiques et d'évaluer les facteurs psycho-sociaux limitant cette prise en charge.

DIAGNOSTIC DE CERTITUDE  
EDUCATION DU PATIENT  
ORGANISER LA SURVEILLANCE DU TRAITEMENT  
FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVES ET HEMORRAGIQUES  
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

**Tableau 48.** Essais comparatifs randomisés des traitements ambulatoires et hospitaliers des TVP.

Auteurs	Traitement ambulatoire versus hôpital puis AVK 3 mois	Traitement ambulatoire pur	Récidive thromboembolique		Hémorragie majeure		Mortalité	
			HBPM domicile	HNF hôpital	HBPM domicile	HNF hôpital	HBPM domicile	HNF hôpital
Koopman, 1996 [174]	Nadroparine en ambulatoire : 8 200 UI < 50 kg, 12 300 UI < 50-70 kg, 18 400 UI > 70 kg <i>versus</i> HNF à l'hôpital : 5 000 UI puis perf 1 250 /h → TCA 1.5-2.0 N = 400	49%	14/202 6.9%	17/198 8.6%	1/202 0.5%	4/198 2.0%	14/202 6.9%	16/198 8.1%
Levine, 1996 [175]	Enoxaparine en ambulatoire : 100 UI/kg x 2 / jour <i>versus</i> HNF à l'hôpital : 5 000 UI puis perf 20 000 → TCA 2.0-3.0 N = 500	36%	13/247 5.3%	17/253 6.7%	5/247 2.0%	3/253 1.2%	11/247 4.4%	17/253 6.7%
Belcaro, 1999 [176]	Nadroparine en ambulatoire : 100 UI/kg x 2 / jour <i>versus</i> HNF à l'hôpital :  5 000 UI puis perf 1 300 /h N = 195		6/98 6.1%	6/97 6.2%	0/98 0%	0/97 0%	-	-

**Tableau 48.** Essais comparatifs randomisés des traitements ambulatoires et hospitaliers des TVP.

Auteurs	Traitement ambulatoire versus hôpital puis AVK 3 mois	Traitement ambulatoire pur	Récidive thromboembolique		Hémorragie majeure		Mortalité	
			HBPM domicile	HNF hôpital	HBPM domicile	HNF hôpital	HBPM domicile	HNF hôpital
ASTH (Chong) 2005 [177]	Enoxaparine en ambulatoire : 150 UI/kg x 1 / jour versus HNF 5 000 UI puis perf 1250 /h → TCA 1.5-2.5 N = 298		4/150 2.7%	13/148 8.8%	0/150 0%	3/148 2.0%	2/150 1.3%	2/148 1.3%
Boccalon, 2000 [178]	Daltéparine ou Enoxaparine ou Nadroparine en ambulatoire versus à l'hôpital N = 201	73%	1/102 1.0%	2/99 2.0%	2/102 2.0%	2/99 2.0%	0/102 0%	2/99 2.0%
<i>Méta-analyse actualisée</i>	<i>5 études N = 1 594</i>		<i>RR = 0.71 [0.47 ; 1.06] P = 0.09 P Het = 0.56</i>	<i>RR = 0.83 [0.33 ; 2.10] P = 0.70 P Het = 0.49</i>	<i>RR = 0.76 [0.47 ; 1.22] P = 0.25 P Het = 0.76</i>			

Confirmation sur des études observationnelles prospectives ou rétrospectives

Les TVP proximales massives associées à un syndrome obstructif sévère (douleur importante, œdème de tout le membre, acrocyanose +/- ischémie d'un membre) ou de localisation sus-inguinale (iliaque ou ilio-cave) ont été peu étudiées dans les études citées ci-dessus. Dans ce contexte, il est légitime d'hospitaliser ces patients.

Les embolies pulmonaires ont été exclues des essais randomisés évaluant le traitement ambulatoire et n'ont été évaluées que dans le cadre de cohortes [180,181,185,190] ou de l'étude MATISSE PE [140], ayant comparé le fondaparinux à l'HNF. Dans cette étude, 14.5% des 1 092 malades traités par fondaparinux ont été traités en ambulatoire. Ces données semblent montrer que cette attitude pourrait être relativement sûre et efficace (niveau de preuve 3). Cependant les embolies pulmonaires graves ont été exclues de ces études. Il est donc nécessaire de définir les embolies pulmonaires pour lesquelles le risque de récives et de mortalité est suffisamment faible pour envisager leur traitement en ambulatoire.

#### Gravité de l'embolie pulmonaire

Le score de gravité PESI [148] pourrait permettre de sélectionner les patients avec une embolie

---

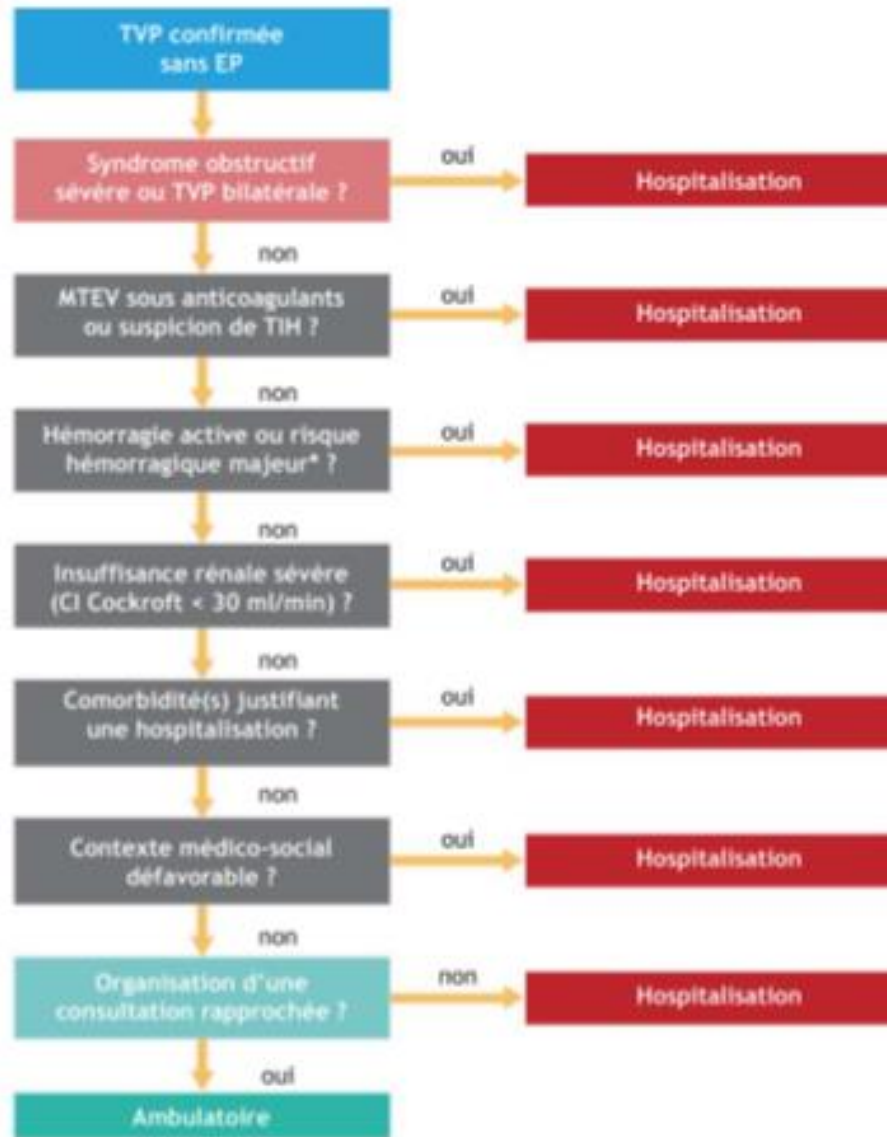
pulmonaire pouvant être traités en ambulatoire. Le traitement ambulatoire des patients avec une embolie pulmonaire ne présentant aucun critère de gravité est possible (niveau de preuve 3).

148 Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, Auble TE, Perrier A, Cornuz J. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care Med.2005 Oct 15;172(8):1041-6.

# ACCP 2012 (CHEST 2012)

**2.7. In patients with acute DVT of the leg and whose home circumstances are adequate, we recommend initial treatment at home over treatment in hospital (Grade 1B) .**

*Remarks: The recommendation is conditional on the adequacy of home circumstances: well-maintained living conditions, strong support from family or friends, phone access, and ability to quickly return to the hospital if there is deterioration. It is also conditional on the patient feeling well enough to be treated at home (eg, does not have severe leg symptoms or comorbidity).*



Paramètre	Version originale (12)	Version simplifiée (13)
Âge	+ 1 point par an	1 point si âge > 80 ans
Sexe masculin	+ 10 points	-
Cancer	+ 30 points	1 point
Insuffisance cardiaque	+ 10 points	1 point
Insuffisance respiratoire	+ 10 points	
Pouls $\geq$ 110/mn	+ 20 points	1 point
Pression artérielle systolique, < 100 mmHg	+ 30 points	1 point
Fréquence respiratoire $\geq$ 30/mn	+ 20 points	-
Température < 36°C	+ 20 points	-
Confusion	+ 60 points	-
SpO2 < 90 % en air ambiant	+ 20 points	1 point

**Figure 8.** Scores cliniques PESI original et simplifié.

Classe de risque ; (mortalité globale à J30)	
Classe I, très faible risque : $\leq$ 65 points (0-1,6 %)	Faible risque : 0 point (1,0 %)
Classe II, faible risque : 66-85 points (1,7-3,5 %)	
Classe III, risque intermédiaire : 86-105 points (3,2-7,1 %)	Risque fort : $\geq$ 1 point (10,9 %)
Classe IV, risque fort : 106-125 points (4,0-11,4 %)	
Classe V, risque très fort : > 125 points (10-24,5 %)	

# Score de PESI simplifié

Pulmonary Embolism Severity Index

Age > 80 ans	1
SaO2 < 90%	1
Pas < 100 mmHg	1
FC > ou = 110 / min	1
cancer	1
Insuffisance cardiaque chronique ou maladie respiratoire chronique	1

sPESI = 0 risque faible de décès à 30 jours :  
1% ( 0.0 % - 2.1 %)

sPESI > ou = 1 risque élevé de décès à 30 jours  
10.9% (8.5% - 13.2%)

**Tableau 7 Critères Hestia.**

Critère	Oui	Non
Le patient présente-t-il une instabilité hémodynamique <sup>a</sup> ?	■	■
Une thrombolyse ou embolectomie est-elle nécessaire ?	■	■
Le patient présente-t-il une hémorragie active ou un risque élevé d'hémorragie <sup>b</sup> ?	■	■
Le patient a-t-il besoin ou eu besoin de plus de 24 h d'oxygénothérapie pour maintenir une saturation en oxygène supérieure à 90 % ?	■	■
L'embolie pulmonaire a-t-elle été diagnostiquée sous traitement anticoagulant curatif ?	■	■
Le patient présente-t-il une douleur intense nécessitant un traitement antalgique intraveineux pendant une durée supérieure à 24 h ?	■	■
Le patient a-t-il une clairance de la créatinine (selon Cockcroft-Gault) inférieure à 30 mL/min ?	■	■
Le patient a-t-il une insuffisance hépatique sévère ?	■	■
Le patient est-il une femme enceinte ?	■	■
Le patient a-t-il des antécédents documentés de thrombopénie induite par héparine <sup>c</sup> ?	■	■
Existe-il une autre raison médicale ou sociale qui nécessite que le patient soit hospitalisé pour une durée supérieure à 24 h ?	■	■

Interprétation de la règle HESTIA : si la réponse est oui à au moins une des questions, le patient doit être hospitalisé (règle positive). Si la réponse est non à toutes les questions, une prise en charge ambulatoire est possible (règle négative).

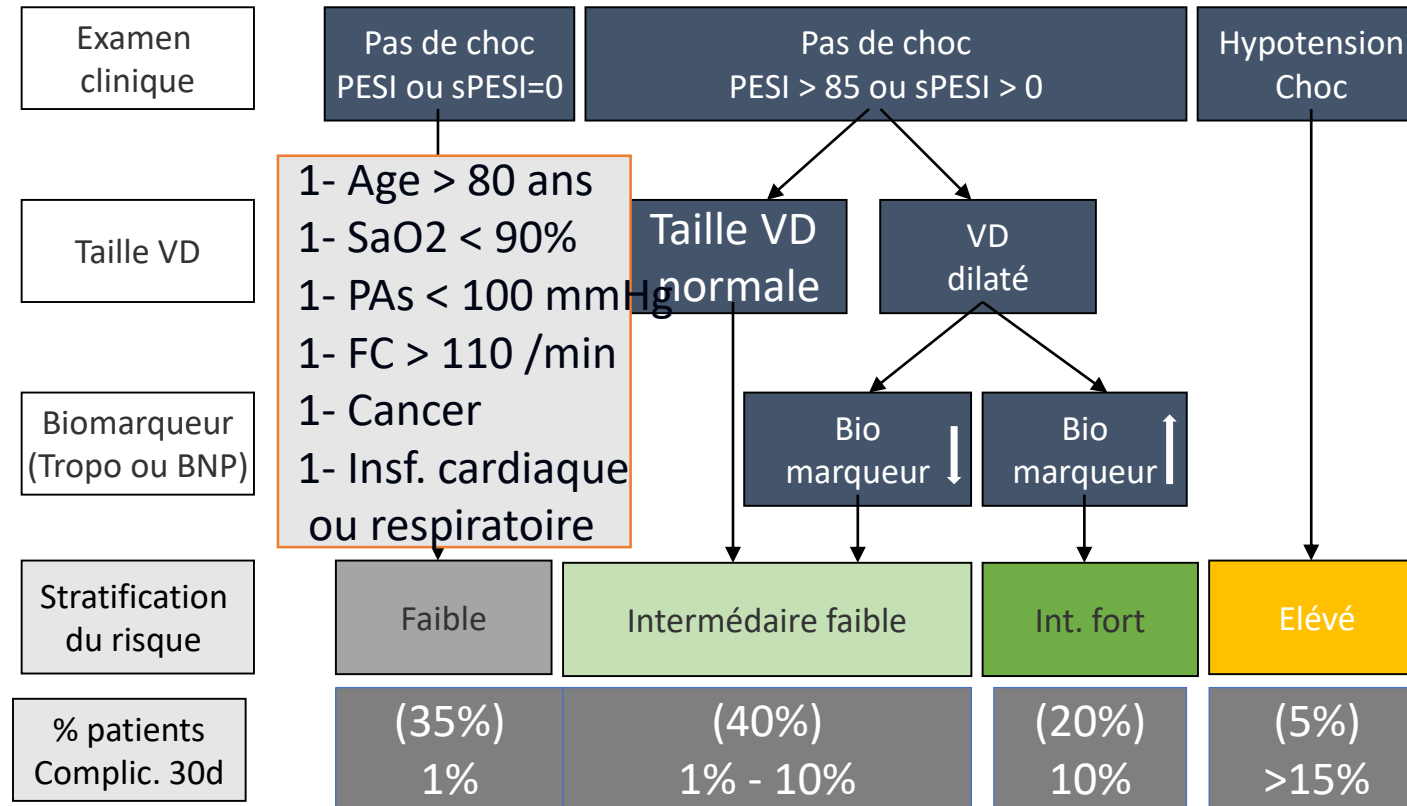
<sup>a</sup> Selon l'avis du clinicien mais incluant les éléments suivant : pression artérielle systolique < 100 mmHg et fréquence cardiaque > 100 battements min<sup>-1</sup> ; conditions nécessitant une admission dans une unité de soins intensifs ou équivalent.

<sup>b</sup> Hémorragie digestive dans les 14 jours précédents, accident vasculaire cérébral récent (< 4 semaines), chirurgie récente (< 2 semaines), pathologie de la coagulation hémorragique ou thrombopénie (< 75 × 10<sup>9</sup>/L), hypertension artérielle non contrôlée (pression artérielle systolique > 180 mmHg et/ou diastolique > 110 mmHg).

<sup>c</sup> Cet item est probablement non pertinent chez les patients traités par un anticoagulant oral direct uniquement sans héparine non-fractionnée ou HBPM.

# Stratification du risque

ESC 2014



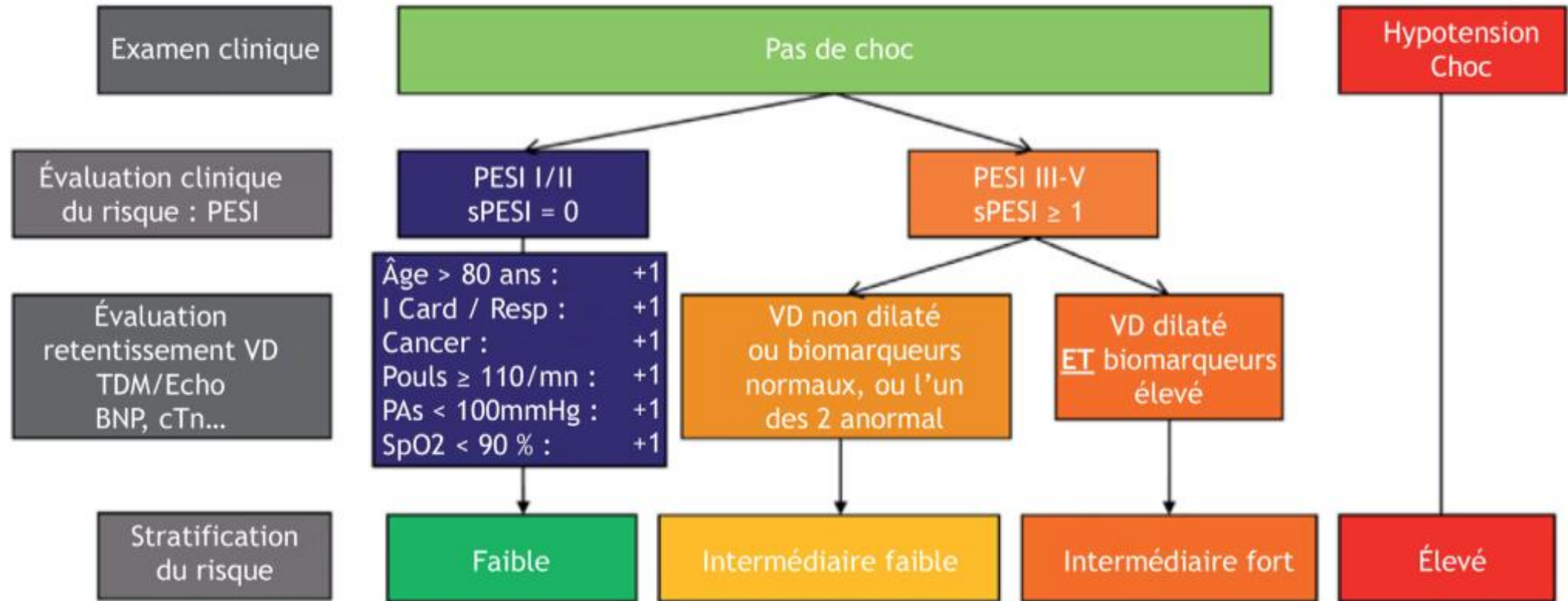


Figure 6. Algorithme pronostique de l'embolie pulmonaire de l'ESC 2014.

2010

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

### Oral Rivaroxaban for Symptomatic Venous Thromboembolism

The EINSTEIN Investigators\*

2012

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

### Oral Rivaroxaban for the Treatment of Symptomatic Pulmonary Embolism

The EINSTEIN-PE Investigators\*

N Engl J Med 2012;366:1287-97.

2017

# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MARCH 30, 2017

VOL. 376 NO. 13

## Rivaroxaban or Aspirin for Extended Treatment of Venous Thromboembolism

J.I. Weitz, A.W.A. Lensing, M.H. Prins, R. Bauersachs, J. Beyer-Westendorf, H. Bounameaux, T.A. Brighton, A.T. Cohen, B.L. Davidson, H. Decousus, M.C.S. Freitas, G. Holberg, A.K. Kakkar, L. Haskell, B. van Bellen, A.F. Pap, S.D. Berkowitz, P. Verhamme, P.S. Wells, and P. Prandoni, for the EINSTEIN CHOICE Investigators\*

2013

Prins et al. *Thrombosis Journal* 2013, 11:21  
<http://www.thrombosisjournal.com/content/11/1/21>



ORIGINAL CLINICAL INVESTIGATION

Open Access

### Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies

Martin H Prins<sup>1\*</sup>, Anthonie WA Lensing<sup>2</sup>, Rupert Bauersachs<sup>3</sup>, Bonno van Bellen<sup>4</sup>, Henri Bounameaux<sup>5</sup>, Timothy A Brighton<sup>6</sup>, Alexander T Cohen<sup>7</sup>, Bruce L Davidson<sup>8</sup>, Hervé Decousus<sup>9</sup>, Gary E Raskob<sup>10</sup>, Scott D Berkowitz<sup>11</sup>, Philip S Wells<sup>12</sup>, on behalf of the EINSTEIN Investigators

*The* NEW ENGLAND  
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

FEBRUARY 21, 2013

VOL. 368 NO. 8

2013

Apixaban for Extended Treatment of Venous  
Thromboembolism

Giancarlo Agnelli, M.D., Harry R. Buller, M.D., Ph.D., Alexander Cohen, M.D., Madelyn Curto, D.V.M.,  
Alexander S. Gallus, M.D., Margot Johnson, M.D., Anthony Porcari, Ph.D., Pharm.D., Gary E. Raskob, Ph.D.,  
and Jeffrey I. Weitz, M.D., for the AMPLIFY-EXT Investigators\*

*The* NEW ENGLAND  
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 29, 2013

VOL. 369 NO. 9

Oral Apixaban for the Treatment of Acute Venous  
Thromboembolism

Giancarlo Agnelli, M.D., Harry R. Buller, M.D., Ph.D., Alexander Cohen, M.D., Madelyn Curto, D.V.M.,  
Alexander S. Gallus, M.D., Margot Johnson, M.D., Urszula Masiukiewicz, M.D., Raphael Pak, Ph.D.,  
John Thompson, Ph.D., Gary E. Raskob, Ph.D., and Jeffrey I. Weitz, M.D., for the AMPLIFY Investigators\*

# Traitement anticoagulant dans la MTEV

AMM	molecule	adm	posologie	<i>ins renale</i>	surveillance
1939	HNF	IV / SC	Adaptation au TCA ou aXa HNF		plaquettes
1941	AVK	PO	Adaptation INR		
1985	HBPM	SC	Fn du poids	CI	plaquettes
2000	pentasacharide	SC	Fn du poids	CI	
2008	Dabigatran et rivaroxaban	PO	Schema fixe	CI	
2011	Apixaban et edoxaban	PO	Schema fixe	CI	

# Schemas thérapeutiques en 2015

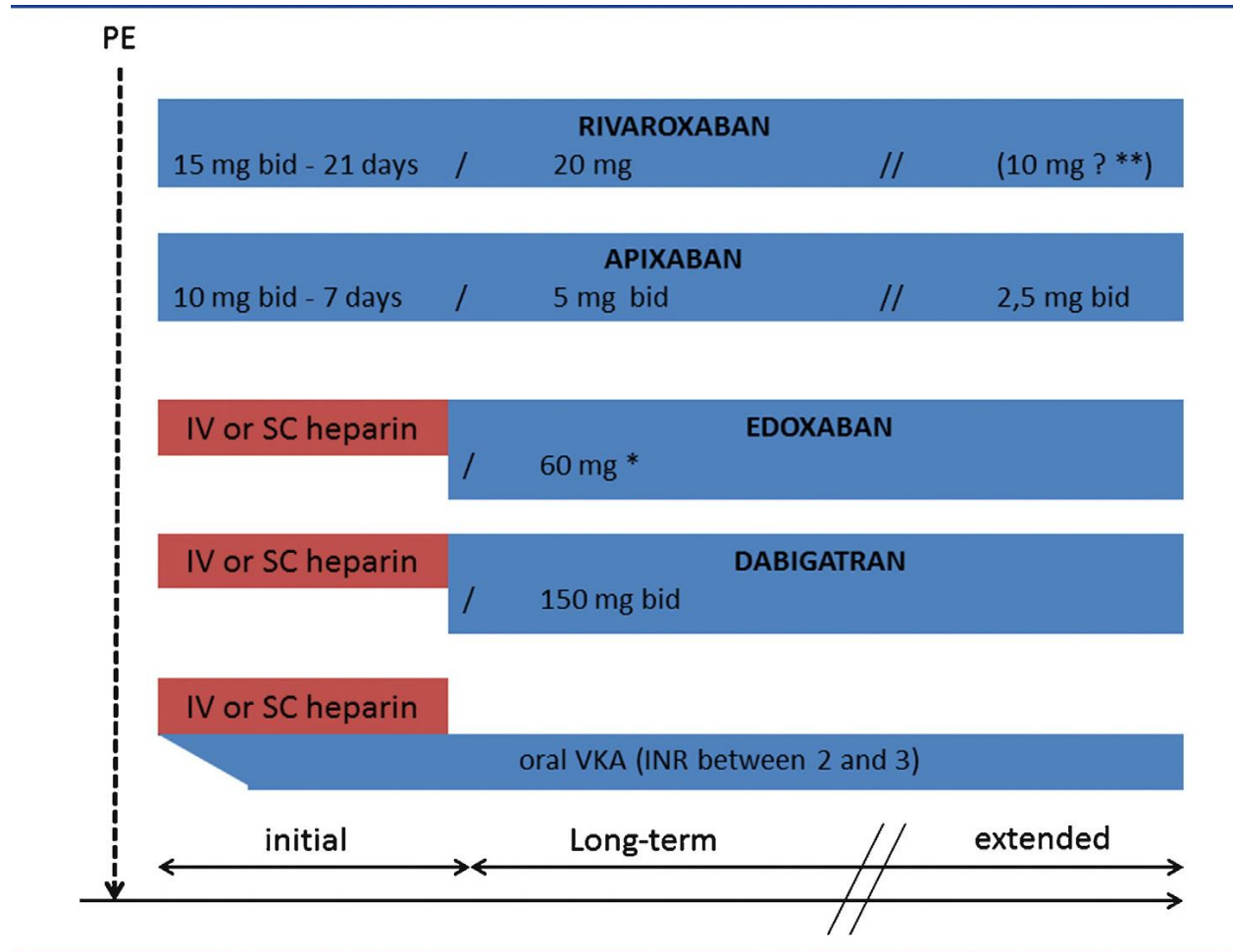


Figure 1 Timeline of the treatment of pulmonary embolism

\*30 mg od if creatinine clearance 30–50 mL/min or body weight < 60 kg or co-prescription of a strong P-gp inhibitor;

\*\*under evaluation.

# Antithrombotic Therapy for VTE Disease

## CHEST Guideline and Expert Panel Report



*Clive Kearon, MD, PhD; Elie A. Akl, MD, MPH, PhD; Joseph Ornelas, PhD; Allen Blaivas, DO, FCCP; David Jimenez, MD, PhD, FCCP; Henri Bounameaux, MD; Menno Huisman, MD, PhD; Christopher S. King, MD, FCCP; Timothy A. Morris, MD, FCCP; Namita Sood, MD, FCCP; Scott M. Stevens, MD; Janine R. E. Vintch, MD, FCCP; Philip Wells, MD; Scott C. Woller, MD; and COL Lisa Moores, MD, FCCP*



## Treatment of Acute PE Out of the Hospital

**\*20. In patients with low-risk PE and whose home circumstances are adequate, we suggest treatment at home or early discharge over standard discharge (eg, after the first 5 days of treatment) (Grade 2B).**

# Propositions pour une optimisation de la prise en charge de la MTEV, dans sa dimension hospitalière

Travail de réflexion sous l'égide du Groupe d'Investigateurs en  
Recherche Clinique sur la Thrombose      23 Mars 2015

## MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Coordonnateur Pr P. Mismetti - (St Etienne) Pharmacologie clinique

Pr MA. Sevestre (Amiens) Médecine Vasculaire

Pr P. Lacroix (Limoges) Médecine Vasculaire

Pr G. Pernod (Grenoble) Médecine Vasculaire

Pr F. Couturaud (Brest) Pneumologie

Pr O. Sanchez (Paris) Pneumologie

Pr L. Bertoletti (St Etienne) Pneumologie

Pr K. Lacut (Brest) Thérapeutique

Pr V. Aboyans (Limoges) Cardiologie

Pr JM. Davy (Montpellier) Cardiologie

Pr PM. Roy (Angers) Thérapeutique et Médecine d'Urgence

Pr J. Schmidt (Clermont-Ferrand) Médecine d'Urgence

Pr X. Bohand (Paris) Pharmacien Clinique

DOCUMENT DE TRAVAIL



# Prise en charge de la MTEV

- Parcours de soins
- Ambulatoire ou retour precoce ( < 48 h)
- Consultation precoce J3
- Consultation à 1 mois : debriefing
- Consultation 3/6 mois : stop ou encore

# Création de la filière ambulatoire HEH



Hospices Civils de Lyon

- Juin 2015 – Février 2016 :
  - formation d'un groupe MTEV Urgences /médecine vasculaire /médecine interne : adapter le socle du GIRC/INNOVTE à la situation locale



# Création de la filière ambulatoire sur Hopital E Herriot : partenariat

- Volonté de développer l'ambulatoire à partir des Urgences en assurant une prise en charge spécialisée dans la MTEV par les médecins vasculaires et les internistes
- Respect des critères de prise en charge ambulatoire ++++
  - sPESI, critères Hestia, ESC, Chest, bon sens !!!!!
- Possibilité en cas d'hémorragie ou de récurrence de revenir aux urgences 24h / 24 h
- Partage des informations : augmente l'efficacité et rassure le patient : dossier médical commun informatique



Hospices Civils de Lyon



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



## RECOMMANDATIONS

# Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte



*Recommendations of good practice for the management of thromboembolic venous disease in adults. Short version*

O. Sanchez<sup>a,b,\*</sup>, Y. Benhamou<sup>c</sup>, L. Bertoletti<sup>b,d</sup>,  
J. Constant<sup>e</sup>, F. Couturaud<sup>b,f</sup>, A. Delluc<sup>b,g</sup>, A. Elias<sup>b,h</sup>,  
A.-M. Fischer<sup>b,i</sup>, P. Frappé<sup>j</sup>, N. Gendron<sup>k</sup>, P. Girard<sup>l</sup>,  
A. Godier<sup>m</sup>, C. Gut-Gobert<sup>b,f</sup>, S. Laporte<sup>b,n</sup>,  
I. Mahé<sup>b,o,p</sup>, L. Mauge<sup>q</sup>, N. Meneveau<sup>b,r</sup>, G. Meyer<sup>b,s</sup>,  
P. Mismetti<sup>b,t</sup>, F. Parent<sup>u,v</sup>, G. Pernod<sup>b,w</sup>, I. Quéré<sup>b,x</sup>,  
M.-P. Revel<sup>y</sup>, P.-M. Roy<sup>b,z,aa</sup>, P.-Y. Salaün<sup>ab</sup>,  
D.M. Smadja<sup>b,ac</sup>, M.-A. Sevestre<sup>b,ad</sup>

## Identification des malades à faible risque de mortalité précoce

R69 – Chez les patients stables sur le plan hémodynamique, il est recommandé d'utiliser un score clinique pronostique (PESI, sPESI, critères HESTIA) ([Fig. 8](#) et [Tableau 7](#)) pour identifier les patients à faible risque des patients à risque intermédiaire de mortalité précoce (grade 1+).

R70 – Chez les patients stables sur le plan hémodynamique et à faible risque de mortalité, il est suggéré de ne pas évaluer le retentissement ventriculaire droit de l'embolie pulmonaire par imagerie (échocardiographie ou angioscanner) ou dosage des biomarqueurs (BNP, NT-proBNP, troponines) (grade 2–).

	ESC 2014	PREP	Bova	FAST
--	----------	------	------	------

Classe de risque							
Faible	X				≤ 6 points	0 - 2 points	< 3 points
Intermédiaire faible		X				3 - 4 points	
Intermédiaire élevé			X		7 - 17 points	> 4 points	≥ 3 points
Elevé				X	≥ 18 points	—	—

**Figure 7.** Scores pronostiques de l'embolie pulmonaire. VD : ventricule droit ; ETT : échocardiographie trans-thoracique ; TDM : angioscanner thoracique ; VD/VG : rapport des diamètres ventriculaires droit/gauche.

# Quel parcours de soins proposer aux patients atteints d'une embolie pulmonaire ? Quels malades traiter en ambulatoire ?

## Orientation lorsque le diagnostic n'est pas encore établi

R111 – Il est suggéré que la prise en charge d'une suspicion d'EP se fasse dans une structure adaptée ayant accès à un plateau d'imagerie, au minimum d'un angioscanner 24h/24 (grade 2+).

R112 – Il est suggéré de ne pas prendre en charge en ambulatoire un patient ayant une suspicion d'embolie pulmonaire (grade 2–).

Attention : différent de la suspicion de TVP

# Comparaison des spt chez des patients avec ou sans EP en service d'urgence (Pollack 2011)

	EP CONFIRMEE (n = 1880)	EP exclue ( n = 528)
DYSPNEE	50%	51%
DOULEUR PLEURALE	39%	28%
TOUX	23%	23%
DOULEUR RETROSTERNALE	15%	17%
HEMOPTYSIE	8%	4%
SYNCOPE	6%	6%
DOULEUR JAMBE	6%	5%
Symptomes de TVP	24 %	18%

R117 – Il est suggéré d'utiliser soit la règle HESTIA (= 0), soit le score PESI ( $\leq 85$ ), soit le score PESI simplifié (= 0), associé aux critères pragmatiques pour sélectionner les patients éligibles au traitement ambulatoire (grade 2+).

R118 – En cas d'EP non grave, si une prise en charge ambulatoire est envisagée, il est recommandé d'évaluer le risque hémorragique incluant la fonction rénale, le contexte médical et social, les souhaits et les possibilités de suivi du patient (grade 1+).

**Tableau 11** Score hémorragique RIETE.

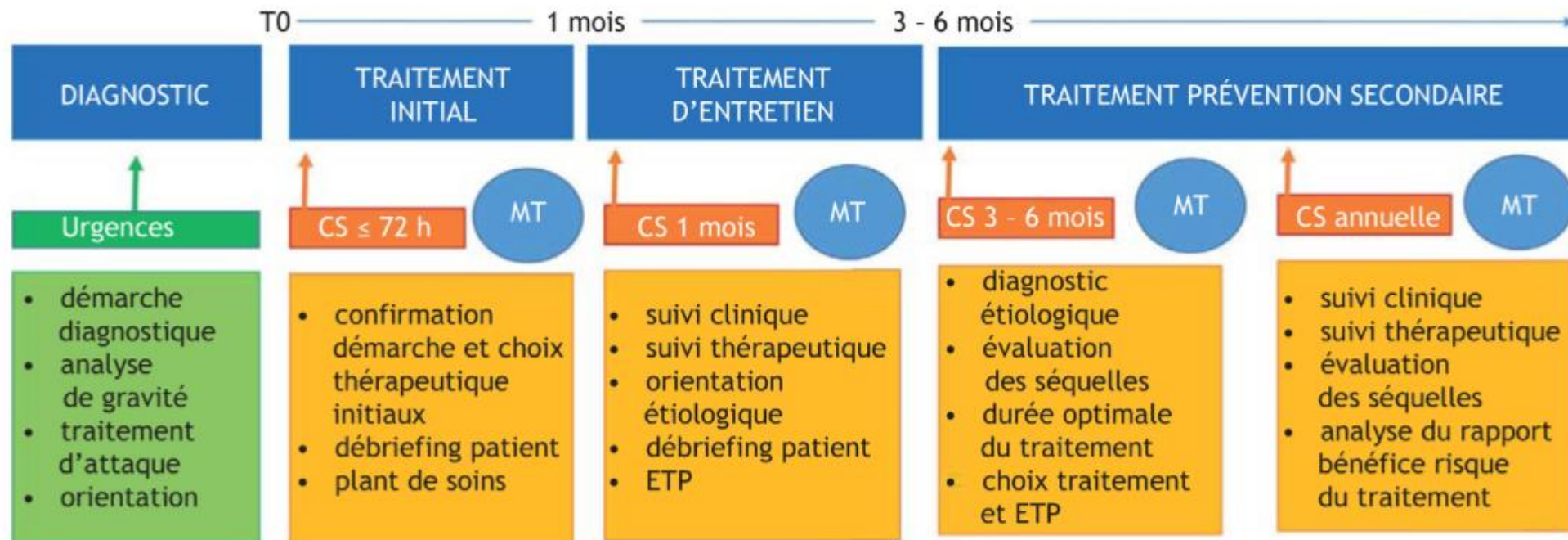
Caractéristiques du sujet	Points
Âge > 75 ans	1
Cancer métastatique	2
Immobilisation > 4 jours	1
Hémorragie majeure récente (< 30 j)	1,5
TP anormal	1
Clairance de créatinine < 30 mL/min	1
Plaquettes < 100 G/L	1
Anémie (H HB < 13 g/dL ; F Hb < 12 g/dL)	1
Thrombose veineuse profonde distale	-1

Score = 0 ; bas risque ; score entre 1 et 4 ; risque intermédiaire ; score > 4 ; risque élevé.

R119 – Il est recommandé, aux centres souhaitant traiter en ambulatoire des patients ayant une EP non grave, de mettre en place une filière spécifique à la prise en charge de ces patients (**Fig. 9**) (grade 1+).

R120 – Il est suggéré de réaliser une consultation spécialisée précoce, pendant le passage initial ou dans les tous premiers jours suivant la sortie, afin de valider le diagnostic et le traitement initial, d'informer les personnes impliquées et d'organiser le suivi ultérieur en lien avec le médecin référent (grade 2+).

# Les conditions d'une prise en charge ambulatoire de l'embolie pulmonaire : traitement ambulatoire versus hospitalisation classique



**Figure 9.** Filière de soins de l'embolie pulmonaire. MT : médecin traitant ; CS : consultation spécialisée ; ETP : éducation thérapeutique du patient Une articulation entre le médecin spécialiste de la MTEV, le médecin traitant et les éventuels autres médecins référents impliqués dans la prise en charge du patient est nécessaire à chaque étape de la prise en charge.

# CONCLUSION

TOUTES LES TVP ne relèvent pas de l'ambulatoire  
Et TOUTES LES EP ne relèvent pas de l'hospitalisation

- Prise en charge de la MTEV en ambulatoire en 2019 possible
- Respect des règles ( recos françaises 2019 +++ pour tutelle )
- Partenariat Urgences – filière dédiée
  - Organisation bien identifiée et nécessitant confiance et ajustements constants
- Ne pas se contenter du sPESI.. Et de l'ordonnance d' AOD....