Compte-rendu

Suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences, et si on simplifiait le score YEARS ?

Mots-clés

Embolie pulmonaire, YEARS, D-dimères

D-Dimer thresholds for diagnosis of pulmonary embolism based on a single question: is it the most likely diagnosis? A prospective, multicentre, open-label, single-arm interventional study

Roussel M et al., Lancet Respir Med., 21.10.2025

10.1016/S2213-2600(25)00292-9

Introduction

L'embolie pulmonaire (EP) est un diagnostic fréquemment évoqué aux urgences et potentiellement mortel. Afin de diminuer les risques associés aux scanners injectés et le nombre de scanner non-utiles effectués, le score YEARS a été développé pour augmenter le seuil de positivité des D-dimères sur la base d'éléments cliniques. Toutefois, son utilisation reste variable en raison de sa complexité. Cette étude vise à évaluer la sécurité d'un seuil augmenté des D-dimères (1000 ng/ml) chez les patients pour lesquels le clinicien ne considère pas l'EP comme le diagnostic le plus probable.

Méthode

Étude prospective multicentrique menée dans 13 services d'urgence hospitaliers français, **incluant** des adultes présentant une suspicion clinique d'EP. Étaient **exclus** les patient-es instables, sous anticoagulation thérapeutique, ayant présenté un événement thromboembolique dans les 6 mois, avec une espérance de vie estimée à moins de 3 mois ou ayant déjà eu un dosage des D-dimères avant le screening. L'intervention consistait à utiliser un seuil de D-dimères ajusté à l'âge lorsque le clinicien estimait l'EP comme le diagnostic le plus probable ou un seuil fixe de 1000 ng/ml dans le cas contraire. Cette classification reposait entièrement sur l'appréciation clinique du médecin et ne faisait appel à aucun score formel. Le critère de **jugement principal** était le taux d'erreurs diagnostiques, défini comme la survenue d'un événement thromboembolique dans les 3 mois suivant un diagnostic négatif. La marge de sécurité prédéfinie était de 1.85 %.

Résultats

L'étude a **inclus** 1221 patientes sur une période de 9 mois (âge moyen : 55 ans, 60 % de femmes). L'EP n'a pas été considérée comme le diagnostic le plus probable chez 997 patientes. À la fin du suivi, 7 % des patientes ont reçu un diagnostic d'EP. Le taux d'erreurs diagnostiques était de 0 % sans imputation et de 0.12 % après imputations multiples pour les patientes sans données de suivi disponibles. La stratégie proposée a permis de réduire le nombre de scanners de 19 % par rapport à une stratégie standard basée sur les D-dimères ajustés à l'âge.

Discussion

Ces résultats montrent qu'il est possible de simplifier davantage des règles d'aide à la décision utilisées depuis de nombreuses années. Il est également intéressant de noter que les D-dimères ont également permis d'éviter des scanners chez des patientes à haute probabilité pré-test. Les principales limites de l'étude résident dans le fait qu'elle a été réalisée dans un seul système de santé et que l'expérience des médecins — susceptible d'influencer la probabilité clinique perçue — n'a pas été rapportée.

Conclusion

Chez les patientes se présentant aux urgences avec une suspicion d'EP, un critère basé sur la probabilité clinique pourrait permettre d'augmenter le seuil de D-dimères avant la réalisation d'un scanner pulmonaire injecté et donc de réduire la fréquence de ces examens

Date de publication	Auteurs
28.11.2025	Jean Regina