

Compte-rendu

Embolie pulmonaire aiguë à faible risque : retour à domicile ou rester à l'hôpital ?

Mots-clés

Embolie Pulmonaire , Faible Risque , Ambulatoire , Hestia , sPESI , HOME-PE

Triaging acute pulmonary embolism for home treatment by Hestia or simplified PESI criteria: the HOME-PE randomized trial.

P.-M. Roy et al., European Heart Journal, 07.08.2021

DOI: [10.1093/eurheartj/ehab373](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab373)

Introduction

Les recommandations internationales suggèrent la possibilité de traiter à domicile des patient.e.s avec embolie pulmonaire (EP) aiguë à faible risque, lorsque le contexte est adéquat. Cependant, les données actuelles sont basées sur des cohortes utilisant différents critères d'éligibilité. Ainsi, la controverse persiste quant à la stratégie de triage optimale et aux critères d'éligibilité pour un traitement à domicile. La Société européenne de cardiologie propose une évaluation du risque de mortalité à 30 jours utilisant le *Pulmonary Embolism Severity Index* (PESI) ou le PESI simplifié (sPESI). Le score d'Hestia, liste de 11 critères médicaux et sociaux excluant le traitement à domicile, est proposé comme alternative. Bien que Hestia n'ait pas été conçu à l'origine comme modèle d'évaluation du risque, le taux de complications chez les patient.e.s traité.e.s à domicile sur base d'un Hestia négatif était faible dans les études prospectives, avec une mortalité à 3 mois comprise entre 0.5% et 1%. De plus, la stratégie basée sur Hestia peut conduire à une proportion plus forte de patient.e.s traité.e.s à domicile que celle basée sur sPESI. A l'inverse, dans les études utilisant PESI ou sPESI, des critères d'exclusion médicaux ou sociaux sont venus compléter l'index, conduisant à une proportion de patient.e.s traité.e.s à domicile <30%. Cela étant, les deux stratégies n'avaient jamais été comparées prospectivement.

Méthode

Étude randomisée (1:1), ouverte, de non-infériorité, visant à comparer une stratégie de triage basée sur **Hestia** vs. **sPESI** pour le traitement à domicile des patient.e.s souffrant d'une EP aiguë. Essai mené entre 2017 et 2019 dans 18 hôpitaux universitaires et 8 hôpitaux généraux de France, Belgique, Pays-Bas et Suisse. **Issue primaire** : composite à 30 jours (décès, récurrence thromboembolique, hémorragie majeure). **Inclusion**: >18 ans avec EP aiguë confirmée par (i) scintigraphie pulmonaire ventilation/perfusion de haute probabilité, (ii) nouveau défaut de remplissage de contraste segmentaire ou plus proximal sur angio-CT ou angiographie pulmonaire, ou (iii) nouvelle (TVP) proximale. **Exclusions** : EP diagnostiquée >24h avant inclusion, admission >48h, état de choc ou autres problèmes de santé.

Résultats

1974 patient.e.s randomisés (femmes 48%), 984 dans bras Hestia et 986 dans bras sPESI. Au total, **72.6%** des patient.e.s dans bras Hestia et **74.1 %** dans le bras sPESI ont été traités par **DOAC** (anticoagulant oral direct). Dans une analyse *per protocol*, issue primaire survenue chez **3.82%** (34/891) dans groupe Hestia et **3.57%** (32/896) dans groupe sPESI (**p=0,004 pour la non-infériorité**). Ce résultat ne se retrouve pas dans une analyse en *intention-de-traiter*, **38.4%** (378/984) des patient.e.s Hestia et **36.6%** (361/986) des patient.e.s sPESI ont été traité.e.s à domicile (**p=0,41 pour la supériorité**), avec taux de résultat composite à 30 jours de 1.33% (5/375) et 1.11% (4/359), respectivement. **Aucune EP récurrente ou fatale** n'est survenue dans les deux groupes.

Discussion

HOME-PE est le plus grand essai portant sur le traitement à domicile de l'EP. Plusieurs points forts renforcent le caractère généralisable des résultats : 1) étude réalisée dans 4 pays européens avec organisations de soins de santé différentes et dans 26 hôpitaux ayant, pour la plupart d'entre eux, un niveau d'expérience très faible ou faible dans le traitement à domicile des patient.e.s atteints d'EP avant le début de l'étude. 2) Quelque strict que fut le processus de randomisation, l'essai a été conçu et mené dans le cadre d'une pratique clinique réelle (possibilité pour le médecin de passer outre la résultat émis par l'outil de triage et de faire intervenir la préférence du patient dans la prise de décision, comme en pratique quotidienne). Limitations : 1) choix d'un design d'étude pragmatique plutôt qu'explicatif, puisque l'objectif de HOME-PE était de fournir aux cliniciens des preuves solides pour trier en toute sécurité les patient.e.s atteints d'EP pour un traitement à domicile directement transférable dans leur pratique quotidienne. 2) HOME-PE n'a pas la puissance nécessaire pour comparer le taux d'événements indésirables dans les sous-groupes de patient.e.s traité.e.s à domicile, mais le très faible taux de complications renforce la validité de l'utilisation des deux outils de triage. 3) Les hôpitaux participants ont dû mettre en place une procédure spécifique pour le traitement à domicile, ce qui peut être difficile à organiser en l'absence de disponibilité de ressources locales, notamment dans les hôpitaux généraux.

Conclusion

Pour le triage des patient.e.s normotendu.e.s atteint.e.s d'EP, la stratégie basée sur **Hestia** et celle basée sur le **sPESI** présentent une **sécurité et une efficacité similaires**. Avec l'un ou l'autre de ces outils, complété par la décision du médecin responsable, **plus d'un tiers des patient.e.s ont été traité.e.s à domicile avec faible incidence de complications**. La mise en œuvre généralisée de la stratégie de triage Hestia ou sPESI pourrait donc entraîner des **économies considérables**, car >90% des patient.e.s souffrant d'EP sont actuellement hospitalisé.e.s en Europe ou aux USA.

Date de publication	Auteurs
28.02.2022	Pierre Alexandre Bart