

Actualités en médecine d'urgence

News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : F. Carpentier, O. Ganansia, C. Rothmann, H. Lefort, M. Martinez, N. Segal

© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Bas de contention dans l'entorse de cheville : une étude randomisée multicentrique



Bendahou M, Khiami F, Saidi K, et al (2014) Compression stockings in ankle sprain: a multicenter randomized study. *Am J Emerg Med* 32:1005–10. ClinicalTrials.gov: NCT01259752

Problématique : L'entorse du ligament latéral externe de la cheville est un traumatisme très fréquent, elle peut entraîner jusqu'à 30 % de séquelles chroniques si elle est mal prise en charge. Le traitement idéal reste sujet à débat, car peu d'études randomisées ont été effectuées sur ce sujet. Une étude a montré de bons résultats sur l'immobilisation de courte durée associée à des bas de contention [1], mais il n'existe pas d'évaluation isolée des bas de contention dans ce cadre.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de tester l'efficacité des bas de contention dans l'entorse de cheville.

Type d'étude et pertinence : Étude randomisée multicentrique entre janvier 2010 et juillet 2012 chez des patients entre 18 et 55 ans se présentant dans un service d'urgence pour une entorse de cheville récente (< 48 heures). Étude de supériorité avec groupes parallèles, inclusion initiale de 126 patients dont 54 dans chaque bras à la fin de l'étude. L'hypothèse testée est que les bas de contention sont associés à une reprise de la marche sans douleur plus rapide. Le critère d'évaluation principal est le délai à la reprise de la marche sans douleur et sans antalgiques. Les critères secondaires sont : la douleur évaluée au repos et à la marche, le diamètre bimalléolaire et mi-pied, le délai de reprise d'une activité normale (avec un sous-groupe pour les patients sportifs). L'ensemble des autres traitements est identique. Les patients remplissent des grilles d'autoévaluation et sont revus entre le sixième et le neuvième jour puis sont suivis

par téléphone de manière hebdomadaire avec une visite à j15 ou j30 puis une visite finale à j90. L'évaluation de la puissance, des risques et l'exploitation des données sont réalisées dans l'étude. L'étude paraît pertinente dans l'objectif.

Résultats principaux : Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur le critère d'évaluation principal (13 vs 21 jours) sauf dans le sous-groupe des sportifs où la reprise du sport est plus précoce avec bas de contention (38 vs 60 jours). Sur les autres critères d'efficacité, il n'y a pas de différence significative quels que soient les éléments évalués : nombre de séances de rééducation, utilisation de cannes anglaises, délai du retour au travail, nombre de jours de traitement antalgique et types d'antalgiques, nombre de jours de port d'orthèse, complications. Les périmètres de la cheville et du pied sont identiques et les critères cliniques de gravité initiaux aussi.

Commentaires : Cette étude comporte un nombre suffisant de patients pour être valable. Elle a l'intérêt d'avoir une méthodologie randomisée et multicentrique avec des critères d'évaluation multiples. Cette étude permet d'évaluer des pratiques courantes des services d'urgence français. L'évaluation de la douleur s'est faite de manière multiple afin d'avoir des résultats les plus objectifs et les plus comparables. La discussion porte aussi sur l'évaluation d'autres études de petites cohortes ou à leurs multiples critères d'évaluation qui donnent des résultats discutables et renforcent le fait que le traitement idéal n'est pas prouvé à ce jour.

L'efficacité des bas sur la douleur semble relative, mais l'étude ne rapporte aucun effet secondaire, ce qui encourage à les utiliser, d'autant plus chez les sportifs. L'ensemble des patients ont eu une radiographie à la prise en charge initiale, mais des patients ont été exclus secondairement pour fracture. Une échographie initiale aurait pu être proposée pour évaluer la gravité en plus des critères cliniques afin de renforcer les résultats. D'autres études seraient souhaitables sur le sujet afin d'évaluer les autres bénéfices possibles des bas de contention dans ce contexte.

Référence

1. Lamb SE, Marsh JL, Hutton JL, et al (2009) Mechanical supports for acute, severe ankle sprain: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 373:575–81

O. Ganansia

Service des urgences, groupe hospitalier Paris
Saint-Joseph, Paris, France
Correspondance : oganansia@hpsj.fr

La kétamine à faible dose améliore le soulagement de la douleur chez les patients recevant des opioïdes par voie intraveineuse pour douleur aiguë aux urgences : résultats d'une étude randomisée en double insu



Beaudoin FL, Lin C, Guan W, Merchant RC (2014) Low-dose ketamine improves pain relief in patients receiving intravenous opioids for acute pain in the emergency department: Results of a randomized, double-blind, clinical trial. *Acad Emerg Med* 21:1194–202. ClinicalTrials.gov: NCT01740492

Objectifs : La kétamine à faible dose a été utilisée en post-opératoire pour le contrôle de la douleur. Le but de cette étude est de déterminer l'efficacité de la kétamine à faibles doses en complément de la morphine intraveineuse pour le traitement d'une douleur aiguë modérée à sévère aux urgences.

Méthode : Essai en double insu, randomisé et contrôlé avec trois groupes, mené dans un service d'urgence urbain universitaire sur une période de dix mois. Les patients éligibles étaient âgés de 18 à 65 ans avec une douleur aiguë modérée à sévère (EN \geq 5/10 et durée de la douleur < 7 jours). Les patients sont répartis en trois groupes : 1) morphine + placebo en solution saline normale (groupe de traitement standard) ; 2) morphine + kétamine 0,15 mg/kg (groupe 1) ; 3) morphine + kétamine 0,3 mg/kg (groupe 2). Les sujets ont été évalués à 30, 60 et 120 minutes après l'administration du traitement et ont reçu une analgésie complémentaire au besoin pour obtenir une réduction de 50 % de la douleur. Le critère d'évaluation principal est le soulagement ou la réduction de l'intensité de la douleur, grâce à l'échelle numérique et calculé par la différence entre les intensités douloureuses après deux heures. La dose et l'horaire de délivrance de l'antalgie complémentaire par opioïdes sont évalués comme critères secondaires. La survenue d'événements indésirables a également été mesurée.

Résultats : Soixante patients ont été inclus (20 dans chaque groupe), sans différence entre les groupes en ce qui concerne

l'âge, le sexe, la race, l'ethnie, l'analgésie ou l'évaluation numérique de la douleur préinclusion. Au cours des deux heures après l'administration du traitement, la différence calculée d'intensité de la douleur était plus importante pour les groupes kétamine que pour le groupe standard (standard : 4,0, IQ : [1,8–6,5] ; groupe 1 : 7,0, IQ : [4,3–10,8] et groupe 2 : 7,8, IQ : [4,8–12,8] ; $p < 0,02$). Les différences calculées d'intensité de la douleur pour les groupes kétamine étaient semblables ($p < 0,46$). Par comparaison avec le groupe standard, le groupe 2 a obtenu une réduction de l'intensité de la douleur après deux heures, alors que le groupe 1 avait une douleur identique à deux heures. Un nombre identique de patients de chaque groupe a reçu une analgésie complémentaire ($p = 0,48$). Parmi les patients qui ont reçu une analgésie complémentaire, ceux du groupe standard l'ont reçue en moyenne plus tôt que les deux groupes kétamine à faibles doses. Plus de sujets des groupes kétamine ont signalé une dysphorie et des vertiges, effets résolutifs spontanément dans les 30 minutes.

Conclusion : Une faible dose de kétamine est un complément analgésique de la morphine pour le traitement de la douleur aiguë modérée à sévère. Le dosage de 0,3 mg/kg est peut-être plus efficace que 0,15 mg/kg, mais peut être associé à des effets indésirables mineurs (vomissements, tachycardie).

Commentaires : Aux urgences, les opiacés intraveineux constituent le principal traitement des douleurs sévères, avec des risques d'effets secondaires (sédation, dépression respiratoire), lorsqu'ils sont utilisés à fortes doses, les doses recommandées de morphine (0,1 mg/kg) n'étant pas toujours efficaces dans ces situations. Une explication possible est que certains patients éprouvent des effets antinociceptifs de la morphine par l'activation des récepteurs NMDA, qui jouent un rôle important dans la perception de la douleur et peuvent être la cible d'une analgésie complémentaire, leur inhibition augmentant l'efficacité de la morphine. Aux urgences, différents travaux ont utilisé la kétamine, antagoniste des récepteurs NMDA, dans cette indication, à différents dosages (0,05 à 1 mg/kg) et selon différentes voies d'administration. La dose de 0,3 mg/kg semble plus efficace que 0,15 mg/kg pour les patients résistants à la morphine. Dans ce travail, la majorité des patients avaient reçu une analgésie par opiacés avant d'être inclus, considérant ainsi qu'ils avaient une douleur résistante à la morphine. Cette étude a cependant certaines limites. Les effectifs sont faibles et les groupes sont hétérogènes en termes de diagnostics. L'intensité de la douleur n'est mesurée qu'à trois instants (30 minutes, 1 heure, 2 heures) et il n'y a pas d'évaluation de la douleur au-delà de 2 heures, en particulier à la sortie des urgences. Il n'y a pas de prise en compte des traitements antalgiques associés (AINS, paracétamol), car seuls

les opiacés et la kétamine sont évalués et l'analgésie complémentaire n'est pas standardisée. D'autres travaux sont nécessaires pour déterminer la dose optimale de kétamine, son utilisation intraveineuse en bolus répété ou en continu, voire par d'autres voies d'administration.

C. Rothmann

Structure des urgences, centre hospitalier régional
de Metz-Thionville, Metz, France
Correspondance : christophe.rothmann@orange.fr

L'eau du robinet est une alternative possible et sûre à une solution de chlorure de sodium stérile pour le nettoyage des plaies aiguës avant suture : étude prospective, en double insu, randomisée et contrôlée



Weiss EA, Oldham G, Lin M, et al (2013) Water is a safe and effective alternative to sterile normal saline for wound irrigation prior to suturing: a prospective, double-blind, randomised, controlled clinical trial. *BMJ Open*; 3:e001504. Clinicaltrials.gov : NCT01564342

Problématique : Les plaies représentent le deuxième motif d'ad-

mission aux urgences (13 % des motifs de recours). Les recommandations sur la prise en charge initiale des plaies aiguës sont principalement fondées sur des avis d'experts, les niveaux de preuves scientifiques étant limités [1,2]. L'utilité — ou l'inutilité — de l'utilisation initiale des antiseptiques n'a pas été prouvée, l'attitude actuelle est d'insister sur le nettoyage généreux à l'aide d'une solution neutre et la détersion initiale.

Objectif primaire : Évaluer s'il existait une différence significative du taux d'infection des plaies suturées aux urgences, préalablement nettoyée avec une solution stérile de chlorure de sodium (SS) versus de l'eau du robinet (TW). **Secondaire :** Valider l'hypothèse que l'usage d'une solution aqueuse exclusive (SS ou TW) était sûr et efficace dans ce contexte.

Type d'études et pertinence : Étude prospective monocentrique, randomisée, contrôlée en double insu (Stanford, Angleterre) rapportant et comparant le taux d'infections après usage strict de SS ou TW pour le nettoyage des plaies aiguës.

Critère de jugement principal : Signe d'infection à h48 et j30 dans les deux groupes. Seule étude avec sur le sujet avec une telle méthodologie.

Résultats principaux : Inclusion consécutive de 663 patients en 18 mois (âge > 1 an), se présentant avec une plaie suturable non compliquée inférieure à neuf heures. **Critères de non-inclusion :** Patient immunodéprimé (maladie ou traitement), traitement antibiotique en cours, piqûres ou morsures, atteinte tendineuse ou fracture. **Protocole systématique, en aveugle par deux opérateurs :** 1) Irrigation par 500 cc de SS ou TW par cathéter (18 G) sur seringue de 35 ml (pression de 8 psi) ; 2) Suture. Contrôle bactériologique de TW une fois par mois. Au final ont été inclus 625 patients, 308 dans le groupe SS, 317 dans le groupe TW, six perdus de vue, sans différence entre les deux populations. Le taux d'infection SS était de 6,4 % ($n = 20$) IC 95 % : [9,1–3,7] vs TW 3,5 % ($n = 11$) IC 95 % : [5,5–1,5], dont 55 % ($n = 17$) sur des petites plaies inférieures à 3 cm. Le type et la répartition des infections sont rapportés dans le Tableau 1. La différence non significative de 2,9 % (IC 95 % : [–0,4–5,7]) était en faveur de l'usage TW.

Tableau 1 Plaie considérée comme infectée si au moins un critère d'infection

Critère d'infection	SS ($n = 20$)	TW ($n = 11$)
Abcès de cicatrice	1 (5 %)	0
Érythème (< 1 cm)	10 (50 %)	6 (55 %)
Érythème (> 1 cm)	7 (35 %)	3 (27 %)
Exsudat important	2 (10 %)	2 (18 %)
Fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$	0	0

Commentaires : Première étude sur ce sujet avec un tel niveau de preuve scientifique, elle vient confirmer l'intérêt de nettoyer largement les plaies aux urgences par une solution aqueuse. Le taux d'infection à un mois était faible sur une cohorte importante sans jamais avoir utilisé d'antiseptique ni aux urgences ni dans les suites de la prise en charge. L'usage de l'eau du robinet comme solution de nettoyage fiable et économique était valide, du moment où ses qualités bactériologiques étaient contrôlées. Si la puissance de l'étude est bonne, il existe des perdus de vue. Certains critères d'infection étaient subjectifs (érythème ou exsudat important). Écouvillonnages, cultures ou biopsies étaient difficiles à réaliser avec un tel design d'étude. Si le volume et la méthode de nettoyage étaient contrôlés, la température (T°) de la solution ne l'était pas : SS à T° ambiante et TW à $T^\circ = 38^\circ\text{C}$ environ. Le caractère hypotonique de TW vs isotonique de SS pourrait favoriser la lyse bactérienne par action osmotique. Considérant ces résultats, les recommandations de bonnes pratiques doivent être actualisées, à même de réduire considérablement les coûts économique et environnemental de la prise en charge des plaies en urgence.

Références

1. Société néerlandaise de chirurgie (NVvH) (2013) Richtlijn 'Wondzorg'. Evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg. 226 p. Accès en ligne : <https://www.bronh.nhg.org/themas/publicaties/wondzorg>
2. SFMU (2005) 12^e Conférence de consensus. Prise en charge des plaies aux urgences. 47 p. http://www.sfm.u.org/documents/consensus/cc_plaies_longue.pdf

H. Lefort

Service médical d'urgence, brigade de sapeurs-pompiers
de Paris, Paris, France
Correspondance : hdlfort@gmail.com

Les patients âgés avec une douleur modérée à sévère attendent plus longtemps le traitement antalgique dans les services d'urgence



Daoust R, Paquet J, Lavigne G, et al (2014) Senior patients with moderate to severe pain wait longer for analgesic medication in EDs. *Am J Emerg Med* 32:315-9

Problématique : L'oligoanalgésie est un problème récurrent des services d'urgence malgré l'existence de recommandations claires fondées

entre autres sur une prise en charge précoce et l'utilisation de morphiniques pour les douleurs sévères [1,2]. Plusieurs paramètres sont reconnus comme aggravant ce problème : nombre de passages important, niveau de triage de faible gravité, douleurs non traumatiques, sexe féminin, expérience du médecin, patient hospitalisé... L'âge reste cependant un facteur discuté.

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer si l'âge des patients ayant une douleur modérée à sévère influençait le délai d'administration des antalgiques.

Type d'étude et pertinence : Étude multicentrique rétrospective observationnelle canadienne incluant tous les patients médicochirurgicaux de plus de 18 ans présentant une douleur cotée par échelle numérique (EN) supérieure ou égale à 4 à l'arrivée aux urgences (exclusions : grossesse, mutation ou décès pendant le passage). L'hypothèse principale était que les séniors (patients ≥ 65 ans) attendaient plus longtemps la première dose d'antalgique (avec recherche des causes de ce retard). Les analyses secondaires se sont intéressées aux patients ayant une EN = 10 et ceux recevant des morphiniques. L'effet de l'âge (après contrôle des facteurs confondants) sur le délai de prise en charge a été étudié par régression logistique et de Cox.

Résultats : Trente-quatre mille deux cent treize inclusions avec une EN = $7,6 \pm 1,8$ dont 33 % avec un âge supérieur ou égal à 65 ans (EN = $7,2 \pm 1,8$). Quarante pour cent des inclus n'avaient pas reçu d'antalgiques, 43 % avaient reçu des morphiniques. Les séniors avaient reçu moins souvent d'antalgiques : 51,9 vs 63,8 % (OR = 0,55 ; IC 95 % : [0,52-0,58]) et de morphiniques : 39,6 vs 44 % (OR : 0,56 ; IC 95 % : [0,48-0,65]) que les patients plus jeunes ; de plus, le délai médian de délivrance était plus long de 1,1 heure : 2,1 vs 3,2 heures (HR : 1,37 ; IC 95 % : [1,32-1,42]). Cette augmentation de délai a été aussi retrouvée chez les séniors ayant une EN = 10 (HR : 1,32 ; IC 95 % : [1,23-1,42]) et ceux recevant des morphiniques (HR : 1,32 ; IC 95 % : [1,27-1,37]). Les causes de cette augmentation de durée étaient médicales (+12 minutes pour l'évaluation et +20 minutes pour la prescription) et paramédicales (+35 minutes pour la délivrance des antalgiques). Le triage et l'installation n'étaient pas impactés par l'âge du patient (+2 minutes).

Commentaires : *Point fort :* Étude incluant un grand nombre de patients médicochirurgicaux et confirmant le déficit en analgésie chez le sujet âgé, ce que plusieurs travaux avaient montré sur de la traumatologie et sur l'utilisation de morphiniques. *Point faible :* Il existe de nombreuses données manquantes, celles-ci étant collectées en rétrospectif. De même, il persiste un doute quant à l'horodatage des données : un acte pouvant être fait, mais validé sur le dossier à une autre heure. Pour finir, ces résultats sont aussi à rapporter au délai total de prise en charge médian des patients inclus s'approchant de 13 heures !

Conclusion : La prise en charge de la douleur en SU reste imparfaite, la population âgée de plus de 65 ans est encore plus à risque que la population plus jeune. Les causes sont probablement multiples et restent à définir.

Références

1. Vivien B, Adnet F, Bounes V, et al (2011) Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Ann Fr Med Urg* 1:57-71
2. Trinh-Duc A, Santin A, Sureau C, et al (2008) Actualisation 2007 de la III^e Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence. *Douleur* 9:248-78

M. Martinez

Pôle urgences, centre hospitalier du Forez,
Montbrison, France
Correspondance : mikael.martinez@ch-forez.fr

Massage cardiaque externe mécanique versus massage cardiaque manuel pour réanimer les arrêts cardiaques extrahospitaliers : une étude contrôlée randomisée : l'étude PARAMEDICS

THE LANCET

"Liver disease constitutes the third commonest cause of premature death in the UK and the rate of increase of liver disease is substantially higher in the UK than other countries in western Europe."

1311-1318

1311-1318

Perkins GD, Lall R, Quinn T, et al (2014) Mechanical versus manual chest compression for out-of-hospital cardiac arrest (PARAMEDIC): a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *Lancet* Published Online November 16. Current Controlled Trials : ISRCTN08233942

Problématique : Les dispositifs de compression thoracique mécaniques ont le potentiel d'aider à maintenir une réanimation cardiopulmonaire (RCP) de haute qualité. Cependant en dépit de leur utilisation croissante, peu de preuves existent de leur efficacité.

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer si la RCP mécanique avec LUCAS™ 2 vs une RCP manuelle (groupe témoin), réalisée par les personnels des véhicules d'intervention de prompt secours, permet d'améliorer la survie d'un arrêt cardiaque extrahospitalier.

Type d'étude et pertinence : Étude randomisée, ouverte en cluster incluant tous les patients ayant un arrêt cardiaque non traumatique. Le critère principal était la survie à j30 après un arrêt cardiaque et a été analysé en intention de traiter.

Résultats : Quatre mille quatre cent soixante et onze patients étaient éligibles (1 652 assignés au groupe LUCAS™ 2 et 2 819 attribués au groupe témoin). Dans le groupe LUCAS™ 2, 985 (60 %) ont reçu un massage cardiaque mécanique et 11 (< 1 %) patients dans le groupe témoin. Dans l'analyse en intention de traiter, la survie à j30 était similaire dans le groupe LUCAS™ 2 (104/1 652 patients, 6 %) et dans le groupe témoin (193/2 819 patients, 7 %), soit un odd ratio ajusté de 0,86, IC 95 % : [0,64–1,15]. Aucun événement indésirable grave n'a été constaté. Sept événements indésirables ont été rapportés dans le groupe LUCAS™ 2 (trois ecchymoses thoraciques, deux lacérations thoraciques et deux patients présentant du sang dans

la bouche). Quinze incidents de l'appareil se sont produits. Aucun événement indésirable n'a été rapporté dans le groupe témoin.

Commentaires : Cette étude n'a pas permis de démontrer d'amélioration de la survie à j30 en utilisant une RCP avec une LUCAS™ 2 par rapport à la RCP manuelle. Les résultats de cette étude sont similaires à ceux des deux autres études du même type : l'étude LINC [1] qui retrouvait une survie à h4 de 307/1 300 (23,6 %) patients dans le groupe RCP avec LUCAS et 305/1 289 (23,7 %) patients dans le groupe RCP manuel, et l'étude de Smekal et al. [2] qui retrouvait un retour à la circulation spontanée chez 30/75 (41 %) patients dans le groupe RCP avec LUCAS et 23/73 (32 %) patients dans le groupe RCP manuel. Deux erreurs retrouvées dans cette étude méritent d'être signalées : une durée sans massage importante lors du déploiement de la LUCAS et un délai à la réalisation du premier choc électrique externe également lié à la pose de la LUCAS. Plusieurs limites existent dans cette étude, la principale est son caractère ouvert qui introduit un biais de sélection, les secouristes peuvent avoir poursuivi une réanimation de manière plus importante dans le groupe LUCAS. La seconde est une difficulté à mettre en œuvre la LUCAS dans 15 % des cas. Bien que la RCP mécanique semblait être supérieure à la RCP manuelle dans les études animales ; sur la base de ces trois essais randomisés récents chez l'homme, l'adoption généralisée de dispositifs de RCP mécaniques pour une utilisation de routine ne semble pas être à l'ordre du jour.

Références

1. Rubertsson S (2014) Cardiopulmonary resuscitation with mechanical chest compressions and simultaneous defibrillation-reply. *JAMA* 311:53–61
2. Smekal D, Johansson J, Huzevka T, Rubertsson S (2011) A pilot study of mechanical chest compressions with the LUCAS™ device in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 82:702–6

N. Segal

Services des urgences, université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris-Cité, UMRS 942 ; AP-HP, hôpital Lariboisière, F-75018 Paris, France
Correspondance : nicolas.segal@lrb.aphp.fr

Les auteurs francophones ont publié

Rédacteurs associés : Gérard Cheron, Jacques Levraut, Yonathan Freund

Effect of prasugrel pre-treatment strategy in patients undergoing percutaneous coronary intervention for NSTEMI: the ACCOAST-PCI study

Montalescot G, Collet JP, Ecollan P, et al (2014) *J Am Coll Cardiol* 64:2563–71

Étude randomisée en double insu sur plus de 2 600 patients avec un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du ST (NSTEMI). Pas de bénéfice retrouvé pour l'instauration d'un traitement par prasugrel avant la coronarographie — et risque accru d'hémorragie.

Is epinephrine during cardiac arrest associated with worse outcomes in resuscitated patients?

Dumas F, Bougouin W, Geri G, et al (2014) *J Am Coll Cardiol* 64:2360–7

Étude rétrospective d'une cohorte de 1 556 patients avec arrêt cardiaque préhospitalier. L'utilisation d'adrénaline est associée à une moins bonne survie (avec un effet dose), et ce quels que soient les modèles utilisés et les critères d'ajustements.

Impact of intra-arrest therapeutic hypothermia in outcomes of prehospital cardiac arrest: a randomized controlled trial

Debaty G, Maignan M, Savary D, et al (2014) *Intensive Care Med* [Epub ahead of print]

Étude randomisée sur la mise en place d'une hypothermie thérapeutique en préhospitalier vs en réanimation. Pas de différence retrouvée sur la survie, les performances cérébrales, ou les valeurs de neuron-specific enolase.

Tilting for perfusion: head-up position during cardiopulmonary resuscitation improves brain flow in a porcine model of cardiac arrest

Debaty G, Shin SD, Metzger A, et al (2015) *Resuscitation* [Epub ahead of print]

Étude expérimentale sur 22 cochons en fibrillation ventriculaire. Pendant la réanimation, la position avec tête abaissée diminue le flux sanguin cérébral, tandis que la surélévation de la tête diminue la pression intracérébrale et améliore la perfusion cérébrale.

Early invasive strategy in high-risk acute coronary syndrome without ST-segment elevation. The Sisca randomized trial

Reuter PG, Rouchy C, Cattan S, et al (2014) *Int J Cardiol* [Epub ahead of print]

Essai randomisé incluant 170 patients avec un NSTEMI à haut risque ischémique. La stratégie de reperfusion invasive (angioplastie et anti-GPIIb/IIIa) et précoce diminue la survenue d'événements cardiovasculaires majeurs.

Heart failure diagnosis in acute conditions has high agreement with inpatient diagnosis

Seronde MF, Laribi S, Collins SP, et al (2015) *Eur J Emerg Med* [Epub ahead of print]

Étude prospective sur près de 400 patients dyspnéiques admis aux urgences et en soins intensifs. Les auteurs retrouvent une bonne concordance entre le diagnostic initial d'insuffisance cardiaque aiguë et le diagnostic de sortie après validation par groupe d'experts.

Reliability of electronic recording of waiting times in the emergency department: a prospective multicenter study

Gorlicki J, Raynal PA, Leleu A, et al (2015) *Eur J Emerg Med* [Epub ahead of print]

Les temps d'attente enregistrés par le logiciel informatique des urgences sont assez fiables par rapport aux temps d'attente réels des patients.

Bradykinin-mediated angioedema: factors associated with admission to an intensive care unit, a multicenter study

Javaud N, Floccard B, Gontier F, et al (2015) *Eur J Emerg Med* [Epub ahead of print]

Analyse rétrospective multicentrique de patients avec angio-œdème bradykinique. L'atteinte des voies aériennes respiratoires est un facteur indépendant d'admission en réanimation. L'utilisation de corticoïdes (non indiqués) ou d'inhibiteur de C1 sont aussi associées à une admission en réanimation.

Diagnostic performance of cardiopulmonary ultrasound performed by the emergency physician in the management of acute dyspnea

Gallard E, Redonnet JP, Bourcier JE, et al (2014) Am J Emerg Med [Epub ahead of print]

Cent trente patients admis aux urgences pour dyspnée aiguë ont bénéficié d'une échographie cardiopulmonaire par un médecin urgentiste. Les auteurs retrouvent de bonnes performances pour les diagnostics d'insuffisance cardiaque aiguë, de décompensation de PBCO ou d'asthme.

Air pollution and activation of mobile medical team for out-of-hospital cardiac arrest

Pradeau C, Rondeau V, Lévêque E, et al (2014) Am J Emerg Med [Epub ahead of print]

Étude rétrospective qui retrouve une association entre une pollution plus élevée à l'ozone et aux particules de moins de 2,5 µm, et le nombre d'arrêts cardiaques pris en charge en préhospitalier.

Prognostic markers of acute decompensated heart failure: the emerging roles of cardiac biomarkers and prognostic scores

Cohen-Solal A, Laribi S, Ishihara S, et al (2015) Arch Cardiovasc Dis [Epub ahead of print]

Revue des principaux biomarqueurs et scores pronostiques dans l'insuffisance cardiaque aiguë

Validation of the French version of the Child post-traumatic stress reaction index: psychometric properties in French speaking school-aged children

Olliac B, Birmes P, Bui E, et al (2014) PLOS One 9:e112603
Première étude validant le score de stress post-traumatique CPTS-RI (Child post-traumatic stress reaction index) en langue française

Viruses detected by systematic multiplex polymerase chain reaction in adults with suspected community-acquired pneumonia attending emergency departments in France

Das D, Le Floch H, Houhou N, et al (2015) Clin Microbiol Infect [Epub ahead of print]

Analyse ancillaire de l'étude PAC-SCAN : 254 patients avec suspicion de pneumopathie aux urgences ont bénéficié d'un multiplex PCR sur prélèvement nasopharyngé. Une infection virale est retrouvée dans 28 % des cas, et une infection par bactérie intracellulaire dans 3 % des cas.

High-sensitivity cardiac troponin assays: answers to frequently asked questions

Chenevier-Gobeaux C, Bonnefoy-Cudraz E, Charpentier S, et al. (2015) Arch Cardiovasc Dis 108:132–49

Document commun de la Société française de biochimie clinique, de la Société française de cardiologie et de la Société française de médecine d'urgences. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la troponine hypersensible.

Amitriptyline poisoning of a baby: how informative can hair analysis be?

Allibe N, Eysseric-Guerin H, Kintz P, et al (2015) Forensic Sci Int 249C:53–8

La recherche de toxiques et de leurs métabolites dans les cheveux permet de dater la durée de l'exposition.