

## Actualités en médecine d'urgence

### News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret, H. Lefort, C. Zanker, J. Duchenne, B. Dahan

© SFMU et Lavoisier SAS 2016

#### Amiodarone, lidocaïne ou placebo dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque extrahospitalier



Kudenchuk PJ, Brown SP, Daya M, et al (2016) Amiodarone, lidocaine, or placebo in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 374: 1711–22 (numéro [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) : NCT01401647)

**Problématique :** L'usage des antiarythmiques est recommandé dans la prise en charge de patients en

arrêt cardiaque préhospitalier (ACPH) réfractaire à la défibrillation externe (fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls — FV/TVSP) [1]. Cependant, les preuves scientifiques d'un bénéfice en termes de survie sont incertaines.

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude était de comparer la survie des patients recevant de l'amiodarone vs placebo, de la lidocaïne vs placebo et de l'amiodarone vs lidocaïne. L'objectif secondaire était de comparer le score neurologique des patients sortant de l'hôpital.

**Type d'études :** Étude prospective, multicentrique réalisée aux États-Unis et au Canada, randomisée et contrôlée en double insu. Étaient inclus les patients ayant reçu un choc électrique externe (CEE) et ayant un accès veineux. Après randomisation, les patients recevaient alors de l'amiodarone, de la lidocaïne ou un placebo (trois doses maximum). Le critère de jugement principal était la survie des patients à la sortie de l'hôpital.

**Résultats principaux :** De mai 2012 à octobre 2015, 37 889 ACPH non traumatiques, avec ou sans témoin initiant la réanimation cardiopulmonaire (RCP), ont été pris

en charge par les secouristes (*paramedics*), et 7 051 présentaient une FV/TVSP. Parmi ces patients, 3 011 seront inclus dans l'analyse primaire : 970 dans le groupe amiodarone (24 % de survie à la sortie de l'hôpital) ; 985 dans le groupe lidocaïne (24 % de survie) ; 1 056 dans le groupe placebo (21 % de survie). Il n'y avait pas de différence de survie entre les trois groupes. Le devenir neurologique était le même dans les trois groupes. Les profils de prise en charge pour les trois groupes étaient globalement similaires tant au niveau des délais que des modalités de mise en œuvre pratique de la RCP. Cependant, le groupe placebo recevait plus souvent une troisième dose ( $p = 0,01$ ), des CEE ( $p < 0,001$ ) ainsi que du magnésium ( $p = 0,001$ ), alors que les groupes antiarythmiques recevaient plus d'atropine ( $p = 0,04$ ). Les patients recevant de l'amiodarone nécessitaient plus fréquemment un électroentraînement durant les premières 24 heures ( $p = 0,02$ ).

**Commentaires :** Les patients de cette étude ambitieuse étaient inclus en préhospitalier par les *paramedics* selon les protocoles de l'American Heart Association [2]. Il s'agit de la première étude de cette ampleur comparant l'effet des antiarythmiques vs placebo sur les ACPH par FV/TVSP. Les résultats n'étaient pas significativement différents entre les groupes. Les auteurs évoquaient le temps médian trop long (19 minutes), de l'appel à l'injection, à même d'atténuer les effets bénéfiques des antiarythmiques sur la réduction d'une FV/TVSP. Néanmoins, l'hypothèse d'une inefficacité complète des antiarythmiques n'était pas retenue, car contrairement au groupe placebo, ces patients retrouvaient plus souvent un rythme non choquable, faisaient moins de récurrences de FV/TVSP et recevaient moins de chocs. Les effets adverses des antiarythmiques ne pouvaient être incriminés, puisque leurs fréquences étaient similaires. Les auteurs ont réalisé une

analyse en sous-groupes selon l'initiation d'une RCP par les témoins. L'injection d'un antiarythmique était associée à une augmentation de la survie, dans cette étude évaluée à 5 %, si une RCP précoce était initiée par les témoins. Étonnamment, mais de façon homogène dans les groupes, 50 % des patients ont été inclus dans un autre essai comparant la RCP sans et avec interruption du massage pour ventiler le patient. Cette étude renforce l'argumentaire qu'il faut reconnaître précocement les ACPH lors des appels en préhospitalier. Il est sans doute nécessaire d'établir des procédures pour guider les témoins dans les manœuvres de RCP et de défibrillation précoce.

## Références

1. Perkins GD, Jacobs IG, Nadkarni VM, et al (2015) Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update of the utstein resuscitation registry templates for out-of-hospital cardiac arrest: a statement for healthcare professionals from a task force of the international liaison committee on resuscitation. *Resuscitation* 96:328–40
2. Neumar RW, Otto CW, Link MS, et al (2010) Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 122:s729–s67

H. Lefort

Service médical d'urgence, brigade de sapeurs-pompiers de Paris, F-75017 Paris, France  
Correspondance : hdlefort@gmail.com

## Essai multicentrique randomisé évaluant l'administration continue vs discontinue des $\beta$ -lactamines chez les patients en sepsis sévère



Dulhunty JM, Roberts JA, Davis JS, et al (2015) A multicenter randomized trial of continuous vs intermittent  $\beta$ -lactam infusion in severe sepsis. *Am J Respir Crit Care Med* 192:1298–305 (numéro Australian New Zealand clinical trials registry : ACT RN12612000138886)

**Problématique :** Les antibiotiques de type  $\beta$ -lactamine sont utilisés pour le traitement des infections sévères. Ils ont une activité bactéricide temps-dépendante, optimisée lorsque leur concentration plasmatique est supérieure à quatre fois la concentration minimale inhibitrice (CMI) du germe. Plusieurs études de pharmacocinétique ont montré la supériorité de la perfusion continue (PC) vs discontinue (PD), particulièrement pour des germes à CMI élevée. Cependant, chez l'homme, les études

randomisées et méta-analyses sont contradictoires en termes de survie et de taux de guérison clinique.

**Objectif :** Évaluer l'efficacité des  $\beta$ -lactamines en PC vs PD chez les patients en sepsis sévère.

**Type d'étude :** Étude internationale, multicentrique, randomisée en double insu/double placebo, en intention de traiter, dans 25 unités de soins intensifs en Australie, en Nouvelle-Zélande et à Hong Kong. Les patients inclus devaient être traités par pipéracilline-tazobactam, méropénème ou ticarcilline-clavulanate et randomisés pour recevoir, en PC de 24 heures ou PD de 30 minutes, une même dose d'antibiotiques par jour jusqu'à la fin du traitement ou la sortie de réanimation. Le critère de jugement principal était le nombre de jours de survie hors réanimation à 28 jours. Les principaux critères de jugement secondaires étaient la survie à 90 jours et la guérison clinique à 14 jours de l'arrêt de l'antibiothérapie.

**Résultats principaux :** Entre juillet 2012 et avril 2014, 432 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 64 ans avec 61 % d'hommes. L'infection pulmonaire (54 %) ou intra-abdominale (25 %) était traitée dans 70 % des cas par pipéracilline-tazobactam, 28 % par méropénème et 1 % par ticarcilline-clavulanate. Les deux groupes PC/PD étaient comparables en termes de caractéristiques. La durée médiane du traitement à l'aveugle était de 3,2 jours (EIQ : 1,9–6) dans le groupe PC et de 3,7 (1,9–5,9) pour le groupe PD. Les doses quotidiennes d'antibiotiques étaient les mêmes dans les deux groupes. Les hémocultures ont permis d'identifier un germe dans 19 % des cas. Le nombre médian de jours de survie hors réanimation à 28 jours n'était pas différent entre les groupes : 18 jours (2–24) en cas de PC et 20 jours (3–24) si PD ( $p = 0,38$ ). De même concernant la survie à 90 jours, la guérison clinique à 14 jours de l'arrêt de l'antibiothérapie, les défaillances d'organes et la durée de bactériémie.

**Commentaires :** La méthodologie est solide (double insu/double placebo, intention de traiter), et l'effectif est élevé. La population est hétérogène, sur 25 réanimations dans trois pays, renforçant la validité externe de l'étude. Cependant, 30 % de patients éligibles ont été exclus (787/2 630), et la randomisation pouvait se faire jusqu'à 24 heures de prise en charge. Seulement 19 % des germes ont été identifiés sur hémocultures, sans connaissance d'autres prélèvements bactériologiques. Les doses d'antibiotiques semblent peu élevées, sans dosage sérique, sans notion de CMI des germes identifiés et sans précision sur la fonction rénale. D'autres antibiotiques ont été prescrits de façon concomitante sans différenciation de sous-groupes. La durée moyenne de traitement en double insu est courte, ainsi que la durée totale de traitement (5,3 jours en PC/5 jours

en PD). Compte tenu de la non-infériorité, cette étude ne permet pas de conclure pour l'une ou l'autre approche. Les cliniciens peuvent donc continuer à prescrire selon leurs pratiques locales.

C. Zanker

Service des urgences, Institut hospitalier franco-britannique, F-92300 Levallois, France  
Correspondance : caroline.zanker@ihfb.org

### Évaluation de l'incidence de la souffrance myocardique au cours de l'anaphylaxie par la troponine I et l'échocardiographie



Cha YS, Kim H, Bang MH, et al (2016) Evaluation of myocardial injury through serum troponin I and echocardiography in anaphylaxis. *Am J Emerg Med* 34:140–4

**Problématique :** L'anaphylaxie est une atteinte multisystème secondaire à la dégranulation des mastocytes libérant des médiateurs tels que l'histamine. L'atteinte des systèmes digestif, respiratoire et circulatoire est bien décrite.

L'anaphylaxie peut également provoquer des atteintes cardiaques comme une ischémie (syndrome de Kounis) [1]. Plusieurs publications décrivent ces atteintes cardiaques au cours de réactions allergiques, mais il n'existe pas d'étude évaluant l'incidence, ni l'intensité, des conséquences myocardiques de l'anaphylaxie.

**Objectifs :** Décrire l'incidence et le type des atteintes myocardiques induites par l'anaphylaxie.

**Type d'étude :** Étude rétrospective, monocentrique, réalisée de 2011 à 2015 dans une structure d'urgence d'un hôpital de la République de Corée effectuant 43 000 admissions annuelles. Les critères diagnostiques d'anaphylaxie utilisés étaient ceux de Sampson et al. [2]. Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies, ainsi que l'administration d'adrénaline. Un dosage hypersensible de troponine I (hs-TnI) a été réalisé dans les 24 heures suivant l'admission des patients. Une échocardiographie a été réalisée pour les patients qui avaient un dosage de hs-TnI supérieur au 99<sup>e</sup> percentile, dans les cinq heures suivant leur admission.

**Résultats principaux :** Le diagnostic d'anaphylaxie a été établi pour 322 patients (1,7 %). Vingt-deux patients ont été exclus de l'analyse, dont neuf pour arrêt cardiaque à l'admission. Une atteinte myocardique a été identifiée chez 22 (7,3 %) des patients inclus. Parmi les 22 patients identifiés

avec une atteinte myocardique, 12 avaient une modification électrocardiographique (deux sus-décalages du segment ST, sept sous-décalages du segment ST, trois inversions des ondes T), et 15 patients ont eu une échocardiographie. Cet examen, qui était pathologique pour quatre patients, a mis en évidence une altération de la fraction d'éjection pour trois patients, des troubles de la cinétique segmentaire pour quatre patients et un syndrome de Takotsubo pour un patient. Les caractéristiques des patients qui ont eu une atteinte cardiaque lors de l'anaphylaxie étaient significativement différentes de ceux qui n'ont pas eu de cardiopathie sur les deux points suivants : la proportion de patients diabétiques était plus importante dans le groupe de patients qui ont eu une cardiopathie (36 vs 15 %), et la proportion de patients qui ont présenté une urticaire à la prise en charge était moins importante dans le groupe cardiopathie (29 vs 56 %). L'âge, le sexe, le type d'allergène, la présence d'un antécédent de pathologie cardiaque, d'un état de choc à la prise en charge ou la proportion de patients ayant reçu de l'adrénaline n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

**Commentaires :** Il s'agit de la première étude évaluant l'incidence des atteintes myocardiques au cours de l'anaphylaxie. Du fait que les neuf patients en arrêt cardiaque à l'admission ont été exclus de l'analyse, le chiffre de 7,3 % est probablement sous-évalué. Les limites de cette étude sont le caractère rétrospectif et monocentrique, l'absence d'échocardiographie à tous les patients inclus, limitant le diagnostic d'atteinte myocardique à l'élévation de la troponine au-delà du 99<sup>e</sup> percentile, et l'absence de suivi de tous les patients. L'électrocardiogramme n'a pas permis d'identifier tous les patients qui ont eu une souffrance myocardique, mais uniquement trois des quatre patients ayant une cardiomyopathie identifiée à l'échographie. Les auteurs proposent quatre hypothèses physiopathologiques pour expliquer l'atteinte cardiaque au cours de l'anaphylaxie. Premièrement, un vasospasme coronaire secondaire à la libération des médiateurs lors de la dégranulation des mastocytes. Ce vasospasme est responsable d'une ischémie myocardique de manière directe ou par ses conséquences (érosion ou rupture de plaque athéromateuse). Deuxièmement, la charge de catécholamines endogène ou exogène peut être responsable de cardiomyopathie de type Takotsubo. Troisièmement, une hypersensibilité myocardique aux médiateurs de l'inflammation. Quatrièmement, une atteinte myocardique secondaire au choc initial. Les données de cette étude posent la question de rechercher systématiquement lors d'une anaphylaxie une atteinte myocardique en réalisant un dosage de troponine à l'admission des patients, ainsi qu'une échocardiographie, notamment en cas de choc ne répondant pas aux thérapeutiques habituelles.

## Références

1. Kounis NG (2013) Coronary hypersensitivity disorder: the Kounis syndrome. *Clin Ther* 35:563–71
2. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al (2006) Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report — second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Ann Emerg Med* 47:373–80

J. Duchenne

Pôle d'addictologie et de médecine d'urgence,  
centre hospitalier Henri-Mondor, F-15000 Aurillac, France  
Correspondance : j.duchenne@ch-aurillac.fr

## Association entre le travail de nuit et le risque de maladie coronaire chez les femmes



Vetter C, Devore EE, Wegrzyn LR, et al (2016) Association between rotating night shift work and risk of coronary heart disease among women. *JAMA* 315:1726–34

**Problématique :** Le travail de nuit qui se développe de plus en plus tant dans le domaine médical que dans celui de l'industrie, des services et

de la sécurité, affecte le rythme biologique ainsi que les interactions sociales des individus. Ce rythme irrégulier alternant gardes et journées de travail pourrait être associé à une augmentation du risque de survenue de maladie chronique (métabolique, cancer, cardiovasculaire).

**Objectif :** L'objectif de cette étude est de déterminer si le travail de nuit est associé au risque de survenue d'un événement coronaire.

**Type d'étude :** Étude prospective fusionnant deux cohortes et portant sur une population de 189 158 infirmières américaines suivies entre 1988 et 2013. Le nombre d'années avec plus de trois nuits par mois travaillées, en plus du travail de jour, était comptabilisé et catégorisé (moins de cinq ans, cinq à neuf ans, plus de dix ans). Les événements coronaires étaient recueillis tous les deux ans. Un modèle multivarié prenant en compte l'âge, les antécédents familiaux, l'alimentation, l'activité physique, l'indice de masse corporelle, le tabac, la parité, la ménopause, le diplôme du conjoint, les prises médicamenteuses, l'hypertension, les dyslipidémies, ainsi que le travail de nuit était utilisé pour mettre en évidence les facteurs de risque d'événement coronaire.

**Résultats principaux :** Durant les 24 années de suivi, 10 822 événements coronaires ont été observés. Le risque d'événement coronaire n'était pas augmenté dans le groupe d'infirmières ayant travaillé moins de cinq ans de nuit par rapport à celles n'ayant pas travaillé de nuit. Dans les deux cohortes, le nombre d'années travaillées de nuit était associé à une augmentation du risque, pour le groupe cinq à neuf ans (OR = 1,21 ; IC 95 % : [1,11–1,33]) et pour le groupe plus de dix ans (OR = 1,36 ; [1,27–1,46]). Ces résultats étaient confirmés dans l'analyse multivariée. Dans une analyse du sous-groupe d'infirmières sans hypertension artérielle ni diabète ni dyslipidémie, l'augmentation du risque coronaire lié au travail de nuit était aussi retrouvée ( $p = 0,004$ ). Le risque coronaire diminuait cependant avec le temps après l'arrêt du travail de nuit ( $p < 0,001$ ).

**Commentaires :** Cette importante étude de cohorte met en évidence une relation entre le risque coronaire et le travail de nuit. Cette relation semble durée-dépendante et n'était mise en évidence que chez des femmes ayant travaillé plus de cinq ans de nuit. Les mécanismes à l'origine de cette association restent à élucider afin de prendre des mesures d'aménagement du travail appropriées. Néanmoins, les troubles du sommeil ont été identifiés récemment comme associés au risque coronaire [1]. Cette variable, non prise en compte dans cette étude, peut présenter un facteur de confusion si son incidence est plus importante chez les travailleurs de nuit. Les résultats de cette étude concernent directement la communauté de l'urgence, médecins et paramédicaux étant très exposés au travail de nuit. Ces résultats ne peuvent cependant pas être généralisés aux hommes, l'étude n'ayant porté que sur des femmes. En l'absence de précisions sur les conditions de travail de nuit (plages de repos, horaires, régularité), ils ne concernent sans doute pas tous les professionnels. D'autres travaux seront nécessaires à l'avenir pour évaluer l'impact du travail de nuit sur la santé des professionnels de l'urgence en prenant en compte l'atteinte psychosociale, le risque coronaire et l'incidence des maladies chroniques.

## Référence

1. Laugsand LE, Vatten LJ, Platou C, et al (2011) Insomnia and the risk of acute myocardial infarction a population study. *Circulation* 124:2073–81

B. Dahan

Service mobile d'urgence et de réanimation, AP-HP,  
hôpital Lariboisière, F-75018 Paris, France  
Correspondance : bdahan@hotmail.com

**Effet du jus de pomme dilué ou des boissons préférées vs solutions de réhydratation orale sur l'échec thérapeutique chez les enfants présentant une gastroentérite aiguë modérée : essai clinique randomisé**



Freedman SB, Willan AR, Boutis K, Schuh S (2016) Effect of dilute apple juice and preferred fluids vs electrolyte maintenance solution on treatment failure among children with mild gastroenteritis: a randomized clinical trial. JAMA [Epub ahead of print] (numéro clinical-trials.gov : NCT01185054)

**Problématique :** La gastroentérite aiguë (GEA) chez l'enfant est un motif très fréquent de consultation. Les solutions de réhydratation orale (SRO) sont recommandées pour traiter et prévenir la déshydratation de l'enfant en cas de diarrhées ou de vomissements [1]. Cependant, au regard du coût de ces solutions et de leurs goûts parfois peu appréciés par les enfants, leurs avantages dans les déshydratations minimales restent à démontrer.

**Objectif :** Déterminer si une hydratation per os avec du jus de pomme dilué ou les boissons préférées des enfants est non inférieure aux SRO pour la prise en charge des GEA modérées. Le critère de jugement principal est un critère composite évaluant l'échec du traitement dans les sept jours suivant l'inclusion : nécessité d'une réhydratation intraveineuse (IV), hospitalisation, changement de bras de l'étude, consultation en urgence, score élevé de déshydratation ou perte de poids de 3 % ou plus.

**Type d'étude :** Étude canadienne monocentrique randomisée, en simple insu, de non-infériorité. L'étude s'est déroulée durant les mois d'octobre à avril, de 2010 à 2015. Les enfants étaient inclus s'ils avaient entre 6 et 60 mois et présentaient une GEA modérée (trois épisodes ou plus de diarrhées ou de vomissements dans les 24 dernières heures, mais moins de quatre jours de symptômes), plus ou moins une légère déshydratation selon un score prédéfini. Les enfants inclus recevaient dans le premier groupe du jus de pomme dilué ou des boissons préférées per os, dans le second bras du SRO. Le conditionnement des boissons dans les deux groupes était fait pour garder la même couleur et un même arôme à la pomme. Si la non-infériorité était statistiquement établie, un test de supériorité était secondairement réalisé.

**Résultats principaux :** Au total, 647 enfants ont été inclus et randomisés. L'âge moyen était de 28 mois, il y avait 331 garçons (51 %), et 441 (68 %) n'avaient pas de signe de déshydratation à l'inclusion. Le suivi a été réalisé pour 644 (99 %) enfants. L'échec du traitement était observé moins fréquemment chez les enfants dans le groupe du jus de pomme dilué ou des boissons préférées (17 vs 25 % ; différence = -8,3 % ; IC 97,5 % : [-∞—2,0 %] ;  $p < 0,001$  pour l'infériorité et  $< 0,006$  pour la supériorité). Moins d'enfants dans le groupe du jus de pomme dilué ou des boissons préférées ont nécessité une hydratation IV (2,5 vs 9,0 % ; différence = -6,5 % ; IC 99 % : [-11,6—1,8 %]). Le taux d'hospitalisations et la fréquence des symptômes (diarrhées, vomissements) n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

**Commentaires :** Les auteurs concluent que chez les enfants présentant une GEA modérée, une réhydratation par jus de pomme dilué ou boissons préférées est associée à moins d'échecs thérapeutiques. L'étude est pragmatique, sa conduite simple et les résultats sont facilement compréhensibles. L'étude ayant été réalisée au Canada, les conclusions sont applicables à nos pratiques médicales françaises. Cependant, ils ne sont pas généralisables aux pays en voie de développement où les complications des GEA sont plus importantes. Certaines limites peuvent également être soulignées. D'une part, le contrôle des boissons préférées était difficile, de même que la quantité de fluide prise à domicile. D'autre part, l'étude n'était pas faite en double insu. Les parents étaient informés du type de réhydratation, les enfants pouvaient noter une différence de goût entre les groupes et en informer l'équipe soignante. Malgré ces limites, il est probable que les résultats de cette étude fassent évoluer les recommandations futures.

## Référence

1. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C (2003) Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep 52:1-16

P.-G. Claret

Pôle anesthésie-réanimation douleur urgences,  
CHU de Nîmes, F-30000 Nîmes, France  
Correspondance : pierre.geraud.claret@gmail.com

## Les auteurs français ont publié

Y. Freund

### **Accidental blood exposures among emergency medicine residents and young physicians in France: a national survey**

Chauvin A, Hutin A, Leredu T, et al (2016) Intern Emerg Med [Epub ahead of print]

*Cinq auteurs pour 12 affiliations, c'est déjà un exploit ! Nos jeunes urgentistes ont enquêté sur les AES au sein de leur engeance, mais ne s'intéressent malheureusement qu'aux AES professionnels (pour le reste, demander directement à l'auteur correspondant). On y apprend ainsi que l'AES est fréquent, mais rarement déclaré. Une sensibilisation importante, suivie peut-être d'action de prévention ? On vous laisse imaginer des campagnes de distribution de Dakin® et de feuilles de déclarations d'AT sur les plages cet été — dur de rivaliser avec AIDES et leurs tongs et préservatifs gratuits !*

### **Impact of a computerized provider radiography order entry system without clinical decision support on emergency department medical imaging requests**

Claret PG, Bobbia X, Macri F, et al (2016) [Epub ahead of print] (Comput Methods Programs Biomed)

*L'équipe de Nîmes nous présente une étude avant-après la mise en place d'une prescription informatique des examens d'imagerie, plus contraignante et plus longue à faire que l'ancienne prescription papier. L'étude montre, avec plus de 11 000 patients inclus, que la nouvelle contrainte imposée est associée à une diminution du nombre d'examens prescrits et, on l'espère, une rationalisation. De l'utilité de réfléchir avant d'envoyer systématiquement les patients faire une radiographie.*

### **Predictors for delayed emergency department care in medical patients with acute infections — an international prospective observational study**

Kutz A, Florin J, Hausfater P, et al (2016) PLoS One 11:e0155363

*Étude ancillaire de TRIAGE publiée par nos amis (et néanmoins collègues) suisses. On s'intéresse plus spécifiquement au délai d'initiation de thérapeutique anti-infectieuse aux urgences, et l'on réalise avec stupeur que la France est plus lente que la Suisse. On se consolera en se rappelant*

*que nous, au moins, ne trempons pas nos meringues dans de la double crème de gruyère.*

### **Effectiveness of a multimodal intervention program for older individuals presenting to the emergency department after a fall in the Northern French Alps Emergency Network**

Ageron FX, Ricard C, Perrin-Besson S, et al (2016) Acad Emerg Med (doi: 10.1111/acem.12989. [Epub ahead of print])

*Le Réseau nord alpin des urgences a implémenté un programme d'amélioration de la qualité des soins à destination des patients âgés consultant aux urgences pour chute dans 13 établissements de santé. Sur l'évaluation de 5 109 patients, le programme a permis de diminuer de 50 % la récurrence de passage aux urgences pour chute à un mois chez les patients rentrés à domicile et de diminuer la durée de séjour de deux jours pour les patients hospitalisés.*

### **Dedicated call center (SOS-HAE) for hereditary angioedema attacks: study protocol for a randomised controlled trial**

Javaud N, Fain O, Durand-Zaleski I, et al (2016) Trials 17:225

*Protocole de l'étude SOS-HAE, nième PHRC-N de l'équipe Adnet. Un centre d'appel dédié national pour toutes les manifestations aiguës d'œdème angio-neurotique. On a hâte de voir les résultats de l'étude.*

### **Emergency PCI in post-cardiac arrest patients without ST-segment elevation pattern: insights from the PROCAT II registry**

Dumas F, Bougouin W, Geri G, et al (2016) JACC Cardiovasc Interv [Epub ahead of print]

*Analyse de la cohorte parisienne d'arrêt cardiaque extra-hospitalier PROCATII. Sur près de 1 000 cas d'arrêts récupérés, un petit tiers a bénéficié d'une coronarographie immédiate. On note une amélioration du pronostic pour ces patients, y compris après ajustement. L'intérêt de cette procédure en post-arrêt semble confirmé, surtout pour les patients avec un rythme choquable.*

**Impact of an emergency medical dispatch system on survival from out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study**

Ageron FX, Debaty G, Gayet-Ageron A, et al (2016) *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24:53

*Nouvelle étude du Réseau nord alpin des urgences, qui évalue parmi 6 871 patients sur huit ans, deux systèmes d'alerte différents : une plateforme commune regroupant le 15-18-112 et des centres séparés pour 15 et 18. La survie des arrêts cardiaques semble multipliée par 2 en faveur de la plateforme commune en considérant les appels arrivés au 15 et au 18. Toutefois, la plateforme commune ne fait pas mieux que les centres 15 pris séparément.*

**Use of intraosseous access in adults: a systematic review**

Petitpas F, Guenezan J, Vendevre T, et al (2016) *Crit Care* 20:102

*L'équipe de Poitiers vous dit tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'utilisation de l'intraosseuse. Ses risques, ses avantages, ses faiblesses, ses différences qui sont autant de chances. Une pensée pour Michel Scepi, cosignataire de l'article...*

**Deliberate drug poisonings admitted to an emergency department in Paris area — a descriptive study and assessment of risk factors for intensive care admission**

Beaune S, Juvin P, Beauchet A, et al (2016) *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 20:1174-9

*Revue rétrospective monocentrique de 882 patients avec intoxication volontaire, dont 20 % à l'alcool (on sent bien la patte du premier auteur). Un transfert en réanimation était nécessaire dans 6 % des cas, avec ventilation mécanique dans 25 % des cas. La prise d'antipsychotique ou d'antihypertenseurs était associée à un pronostic défavorable.*

**Routine biological tests in self-poisoning patients: results from an observational prospective multicenter study**

Reydel T, Callahan JC, Verley L, et al (2016) *Am J Emerg Med* [Epub ahead of print]

*Étude prospective multicentrique. Les auteurs ont inclus plus de 1 000 patients admis aux urgences ou en réanimation pour intoxication volontaire. Dans plus de deux tiers des cas, un bilan biologique était prescrit, lequel a changé la prise en charge uniquement pour trois patients — ce qui questionne le prélèvement de routine chez ces patients en dehors d'un contexte très évocateur.*