

Actualités en médecine d'urgence

News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret · G. Valdenaire · A. Gloaguen · M. Martinez · B. Douay · A. Allonneau · H. Lefort

© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Risque d'accident vasculaire à un an après accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral mineur



Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, et al (2016) One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *N Engl J Med* 374:1533–42

Problématique : Les recommandations françaises à l'origine de la création d'unités neurovasculaires datent de 2001 [1]. La prise en

charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ne se conçoit désormais que dans le cadre d'une filière de soins : prise en charge urgente préhospitalière, traitement dans les unités de soins intensifs neurovasculaires, transfert après trois à cinq jours vers les unités neurovasculaires, puis en fonction de la récupération, retour à domicile ou transfert en soins de suite vers des services de rééducation et de soins de moyenne ou de longue durée. Cette modification majeure de la prise en charge précoce des AVC, ainsi que les avancées thérapeutiques survenues depuis, méritait une évaluation.

Objectifs : Les études conduites entre 1997 et 2003 estiment le risque de survenue d'un AVC ou d'un syndrome coronarien aigu (SCA) de 12 à 20 % dans les trois mois après un accident ischémique transitoire (AIT) ou un AVC mineur. Le projet TIAregistry.org a été conçu pour décrire le profil, les facteurs étiologiques et le devenir des patients avec un AIT ou un AVC ischémique mineur qui sont pris en charge dans des établissements offrant une évaluation immédiate par des spécialistes neurovasculaires.

Type d'étude : Cette étude inclut les patients ayant eu un AIT ou un infarctus cérébral (IC) minime dans les sept jours

précédant leur admission. Les centres ont été sélectionnés s'ils avaient des systèmes dédiés à l'évaluation en urgence des patients présentant un AIT. Ont été estimés le risque de survenue à un an d'un IC et un critère composite associant IC, SCA et décès de toute cause cardiovasculaire. Ont été observés l'association du score ABCD2 avec le risque d'AVC (classé de 0 [risque le plus bas] à 7 [risque le plus élevé]), les résultats de l'imagerie cérébrale et la cause de l'AIT ou IC minime avec le risque de récurrence d'AVC sur une période d'un an.

Résultats principaux : Entre 2009 et 2011 ont été inclus 4 789 patients dans 61 centres répartis dans 21 pays. Un total de 78 % de ces patients a été évalué par un spécialiste neurovasculaire dans les 24 heures suivant le début des symptômes. Trente-trois pour cent de ces patients avaient un IC, 23 % avaient au moins une sténose intra- ou extracrânienne à 50 % ou plus et 10 % avaient une fibrillation auriculaire. L'estimateur de Kaplan-Meier du risque à un an du critère composite d'événement cardiovasculaire était de 6,2 % (IC 95 % : [5,5–7,0]). Les estimateurs de Kaplan-Meier du risque d'AVC à 2, 7, 30, 90 et 365 jours étaient respectivement de 1,5, 2,1, 2,8, 3,7 et 5,1 %. En analyse multivariée, des IC sur l'imagerie cérébrale, une athérosclérose des gros vaisseaux et un score ABCD2 de 6 ou 7 étaient chacun associés avec un risque d'AVC plus de deux fois supérieur.

Commentaires : Cette étude a le mérite d'évaluer pour la première fois l'efficacité d'une filière de soins en partant des structures d'urgences jusqu'au retour du patient à domicile. Elle s'appuie sur une large cohorte multicentrique suivie pendant cinq ans. Elle a cependant quelques limites à souligner. D'abord, les centres incluant des patients n'ont pu être choisis au hasard, mais plutôt sur l'existence d'un centre d'urgences neurovasculaires ou au moins la présence d'une expertise liée à une équipe dédiée à leur prise

en charge. Ensuite, le nombre médian de patients inclus par site est de 54 avec une amplitude de 1 à 640 (certains centres ayant rejoint l'étude tardivement), ce qui suggère que chaque investigateur a surestimé son recrutement annuel ou que des patients éligibles n'ont pas été inclus. Par ailleurs, cette étude est biaisée par le mode de recrutement des patients effectué essentiellement par des médecins neurovasculaires. Ces patients diffèrent sans doute de ceux qui seraient issus d'une étude de population. Il est par ailleurs possible que le critère de jugement principal ait été sous-rapporté par les investigateurs. Cependant, pour éviter ce biais, le critère composite était composé d'événements plus facilement identifiables. Enfin, 380 patients ont été perdus de vue, et il aurait été intéressant de les comparer à la population effectivement incluse pour vérifier l'absence de biais d'attrition.

Référence

1. Woimant F, Hommel M, Adnet Bonte C, et al (2001) Recommendations for the creation of neuro-vascular units. *Rev Neurol* 157:1447–56

G. Valdenaire

guillaume.valdenaire@chu-bordeaux.fr

Unité des urgences adultes, groupe hospitalier Pellegrin,
CHU de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France

Impact de la position de la tête sur la réussite d'une intubation à l'aveugle utilisant un dispositif d'intubation supraglottique



Yamada R, Maruyama K, Hirabayashi G, et al (2016) Effect of head position on the success rate of blind intubation using intubating supraglottic airway devices. *Am J Emerg Med* 34:1193–7. Numéro University Hospital Medical Information Network : UMIN000011226

Problématique : Les dispositifs d'intubation supraglottiques ont été incorporés dans les algorithmes des intubations difficiles. Le Fastrach™ (Teleflex Medical Europe Limited, Dublin, Ireland) représente le dispositif standard utilisé dans les intubations supraglottiques grâce à son important taux de succès associé à une diminution du temps d'hypoxie pendant l'intubation orotrachéale (IOT) [1]. Le Air-Q® (Mercury Medical, Clearwater, États-Unis) est un dispositif relativement récent bénéficiant d'une taille compacte avec un large conduit permettant l'insertion de sondes trachéales de taille importante. De précédentes études montrent un taux de succès d'IOT

significativement inférieur avec le Air-Q® comparé au Fastrach™. La tête en position neutre (sans coussin) est recommandée pendant les IOT à l'aveugle pour les deux dispositifs. Cependant, la vision par fibroscope est améliorée par une position de tête surélevée par un coussin lors de l'utilisation du Air-Q®.

Objectifs : Comparaison du taux de réussite de l'IOT à l'aveugle des deux dispositifs et dans les deux positions de tête (neutre ou surélevée par un coussin). Évaluation de la modification de la visualisation glottique à travers le Air-Q™ avant l'IOT à l'aveugle.

Type d'étude : Étude prospective randomisée incluant 161 patients âgés de 20 à 84 ans, classés avec un score ASA de I ou II. Ces patients étaient éligibles à une chirurgie sous anesthésie générale. Les patients présentant une pathologie respiratoire, un reflux gastro-œsophagien, une obésité morbide, une grossesse en cours ou des critères d'intubation difficile ont été exclus. Les patients ont été répartis en quatre groupes (Fastrach™/tête neutre, Fastrach™/tête surélevée, Air-Q®/tête neutre, Air-Q®/tête surélevée). L'IOT à l'aveugle par l'un des deux dispositifs était tentée au maximum deux fois après induction. Avant la tentative d'IOT à l'aveugle par le Air-Q®, le pourcentage d'ouverture glottique (POGO) était évalué par fibroscopie, pour les deux positions.

Résultats principaux : Le Fastrach™ a un taux de réussite d'IOT à l'aveugle significativement plus important que le Air-Q®, quelle que soit la position de la tête (87 vs 66 % ; $p = 0,48$), et de 90 % pour le Fastrach™/tête surélevée vs 54 % pour le Air-Q®/tête surélevée ($p < 0,01$). La surélévation de la tête n'améliore pas le taux de réussite pour les deux dispositifs ($p = 0,97$ pour la Fastrach™ et $p = 0,37$ pour le Air-Q®). Bien que la surélévation de la tête améliore significativement le score POGO de 60 à 80 % ($p = 0,008$), il ne contribue pas à l'augmentation du taux de réussite de l'intubation avec le Air-Q®.

Commentaires : Cette étude a été réalisée avec des médecins anesthésistes ayant plus de 15 ans d'expérience dans l'utilisation de ces types de dispositifs, permettant d'être plus généralisable à notre pratique que les études réalisées avec des *paramedics* américains. Bien que l'ergonomie du Air-Q® soit séduisante, cette étude confirme la supériorité du Fastrach™ qui est largement utilisé par nos équipes préhospitalières. La population étudiée n'est malheureusement pas la population habituelle sur laquelle nous avons besoin d'utiliser ces dispositifs. Le taux de réussite chez les patients sans critère d'intubation difficile s'élève à 90 % alors qu'il n'est que de 69 à 80 % en cas de présence d'un de ces critères [2,3]. Il serait donc intéressant de réaliser ce type d'étude sur une population présentant des critères d'intubation difficile.

Références

1. Langeron O, Semjen F, Bourgain JL, et al (2001) Comparison of the intubating laryngeal mask airway with the fiberoptic intubation in anticipated difficult airway management. *Anesthesiology* 94:968–72
2. Theiler L, Kleine-Brueggeny M, Urwyler N, et al (2011) Randomized clinical trial of the i-gel™ and Magill tracheal tube or single-use ILMA™ and ILMA™ tracheal tube for blind intubation in anaesthetized patients with a predicted difficult airway. *Br J Anaesth* 107:243–50
3. Ferson DZ, Rosenblatt WH, Johansen MJ, et al (2001) Use of the intubating LMA-Fastrach in 254 patients with difficult-to-manage airways. *Anesthesiology* 95:1175–81

A. Gloaguen

aurelie.gloaguen@chu-dijon.fr

Pôle anesthésie, réanimations chirurgicales, urgences
et médecine légale,
CHU de Dijon, F-21079 Dijon, France

Scanner corps entier immédiat versus imagerie conventionnelle et scanner ciblé chez les patients souffrant d'un traumatisme sévère (REACT-2) : une étude contrôlée et randomisée



Sierink JC, Treskes K, Edwards MJ, et al (2016) Immediate total-body CT scanning versus conventional imaging and selective CT scanning in patients with severe trauma (REACT-2): a randomised controlled trial. *Lancet* 388:673–83. Numéro clinicaltrials.gov : NCT01523626

Problématique : La réalisation de scanners corps entier (body-TDM) en cas de traumatisme sévère est devenue la référence pour de nombreuses équipes prenant en charge des patients polytraumatisés. Si de nombreux travaux ont montré un bénéfice en termes de diminution du délai de prise en charge et de réduction de la morbidité par rapport à une prise en charge conventionnelle, il n'existe pas de preuve de niveau 1 par absence d'études prospectives randomisées [1].

Objectifs : Comparer sur une population adulte de patients traumatisés sévères une prise en charge diagnostique par body-TDM (groupe interventionnel) versus une prise en charge conventionnelle (groupe témoin) fondée sur les recommandations de l'Advanced Trauma Life Support (ATLS) avec radiographie, FAST échographie et scanner ciblé.

Type d'étude : Étude prospective, randomisée, multicentrique, internationale (Pays-Bas et Suisse) faite en intention de traiter, incluant des patients traumatisés sévères âgés de plus de 18 ans. L'inclusion a été faite à la prise en

charge initiale dans des déchocages de centres de traumatologie de niveau 1, sur des critères cliniques de gravité, de mécanismes lésionnels ou circonstanciels. Les patients en arrêt cardiorespiratoire ou nécessitant une prise en charge immédiate au bloc opératoire ont été exclus. Le critère principal de jugement était la mortalité intrahospitalière des patients inclus et dans les sous-groupes polytraumatisés et traumatisés crâniens. Les critères secondaires de jugement étaient la durée de prise en charge en salle de déchocage, la dose totale d'irradiation, la durée de séjour en réanimation et totale, le coût hospitalier et le taux de réadmission à six mois [2].

Résultats principaux : Mille quatre-vingt-trois patients ont été inclus. Les deux groupes étaient comparables en termes de caractéristiques des populations et de gravité (Trauma and Injury Severity Score [TRISS] : 0,93 vs 0,94). Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes pour la mortalité intrahospitalière (16 vs 16 % ; OR = 1,02 ; IC 95 % : [0,73–1,41] ; $p = 0,92$), de même dans les sous-groupes polytraumatisés (22 vs 25 % ; OR = 0,88 [0,62–1,24] ; $p = 0,46$) et traumatisés crâniens (38 vs 44 % ; OR = 0,80 [0,51–1,24] ; $p = 0,31$). Bien que le temps passé à obtenir toute l'imagerie était plus court dans le groupe body-TDM (30 vs 37 minutes ; $p < 0,001$), le temps total passé lors de la prise en charge au déchocage ne différait pas de manière significative (63 vs 72 minutes ; $p = 0,067$). La dose d'exposition aux radiations était supérieure dans le groupe body-TDM (20,9 vs 20,6 mSv ; $p < 0,001$). La durée de séjour en réanimation ainsi que le coût hospitalier ne différaient pas entre les deux groupes. La durée totale de séjour était plus courte dans le groupe body-TDM (21 vs 20,6 jours ; $p < 0,001$), mais le taux de réadmission dans les six mois y était supérieur (17 vs 11 % ; $p = 0,01$).

Commentaires : Il s'agit de la première étude prospective et randomisée comparant les stratégies d'imagerie chez les patients traumatisés sévères. La gravité des patients semble être moins importante que dans d'autres séries rétrospectives, mais il n'existe pas de biais de sélection du fait d'une inclusion prospective dès l'admission en déchocage, rendant cette étude plus proche de la pratique quotidienne. Cependant, l'analyse du sous-groupe polytraumatisé avec un TRISS plus élevé ne retrouve pas non plus de différence sur la mortalité entre les deux stratégies. Une limite de cette étude est que 46 % des patients du groupe témoin ont bénéficié de plusieurs scanners ciblés revenant à terme à une réalisation de body-TDM. Cela est confirmé par une dose totale d'exposition aux radiations proche entre les deux groupes. De plus, un certain nombre de violations au protocole sont décrites entraînant une exclusion après randomisation provenant que le critère cinétique du traumatisme reste subjectif et dépend de l'appréciation des

équipes préhospitalières. Cet élément est transposable dans notre pratique où sont utilisés les critères de Vittel. Il sera nécessaire de réaliser d'autres études prospectives afin de mieux définir les critères objectifs pour poser l'indication de body-TDM.

Références

1. Healy DA, Hegarty A, Feeley I, et al (2014) Systematic review and meta-analysis of routine total body CT compared with selective CT in trauma patients. *Emerg Med J* 31:101-8
2. Sierink JC, Saltzherr TP, Beenen LF, et al (2012) A multicenter, randomized controlled trial of immediate total-body CT scanning in trauma patients (REACT-2). *BMC Emerg Med* 12:4

M. Martinez

mikael.martinez@ch-forez.fr

Pôle urgences, centre hospitalier du Forez,
F-42605 Montbrison, France

Les réponses cardiovasculaires aux boissons énergisantes dans une population en bonne santé. L'étude C-énergie



Kozik TM, Shah S, Bhattacharyya M, et al (2016) Cardiovascular responses to energy drinks in a healthy population: the C-energy study. *Am J Emerg Med* 34:1205-9

Problématique : La consommation de boissons énergisantes a augmenté de façon significative au cours de la dernière décennie. S'y associe une

augmentation des recours aux structures des urgences (SU) dont les principaux motifs sont cardiovasculaires allant de la simple palpitation à l'arrêt cardiaque.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de déterminer si la consommation de ces boissons influe sur la pression artérielle, l'activité électrique cardiaque, les teneurs en électrolytes et le temps de céphaline activé (TCA).

Type d'étude : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, réalisée dans un laboratoire de recherche à l'hôpital de Stockton (Californie, États-Unis). Ont été inclus des sujets âgés de 18 à 40 ans sans antécédents et dont la consommation de boissons énergisantes n'était pas habituelle. Les femmes enceintes ont été exclues. Une fois le consentement écrit obtenu, avant toute ingestion, des électrocardiographies (ECG) de repos, assis puis à la marche étaient enregistrées. Un bilan biologique mesurant le potassium, le magnésium, le calcium et le TCA a été prélevé. La boisson utilisée était de la marque Monster®. Les sujets sains ont bu sur une heure

environ 1 l de Monster®. Une fois la consommation terminée, un Holter ECG a été enregistré durant quatre heures, et la pression artérielle était mesurée toutes les 30 minutes. Les taux sanguins de potassium, de magnésium, de calcium et le TCA étaient dosés à la première, deuxième et quatrième heure. Les sujets marchaient pendant 30 secondes avant et après les prélèvements biologiques.

Résultats principaux : Quatorze sujets ont été inclus. L'âge moyen (\pm ET) est de 29 ± 15 ans avec 86 % d'hommes. Aucun événement indésirable n'a été notifié à la fin du protocole. Après la fin de l'ingestion, la pression artérielle systolique a augmenté de manière significative (132 vs 151 mmHg ; $p = 0,001$) et l'espace QT corrigé (QTc) s'est également allongé de manière significative (423 vs 503 millisecondes ; $p < 0,001$). Cinquante-sept pour cent des sujets ont présenté un QTc supérieur à 500 millisecondes durant les périodes de marche, il se normalisait une fois la fréquence cardiaque ralentie. Une élévation des taux sanguins de magnésium ($p = 0,05$) et de calcium ($p = 0,018$) a été observée. Il n'a pas été observé de modification de la kaliémie et du TCA. L'amplitude de l'onde T s'est modifiée chez 64 % des individus.

Commentaires : Il s'agit d'une étude observationnelle de faible effectif avec une prédominance masculine. Les boissons énergisantes, mélanges en quantité variable de substances excitantes comme la caféine, la taurine et autres extraits de plantes, vitamines ou minéraux sont vendues pour améliorer la concentration et la performance. Leurs effets physiologiques peuvent entraîner des arythmies et d'autres effets cardiovasculaires par augmentation de la pression artérielle. Cette étude insiste sur l'importance d'évaluer dans les SU la consommation de ces sodas. Dans ce travail, il s'agit de sujets sains, ce qui pourrait faire penser que ces effets indésirables pourraient avoir de graves conséquences chez les patients à QTc long congénital ou lorsqu'il y a une prise associée de traitement allongeant cet intervalle.

B. Douay

douay.benedicte@chu-amiens.fr

Département de médecine d'urgence, CHU d'Amiens,
F-80080 Amiens, France

Prise en charge hospitalière et ambulatoire du paludisme d'importation : évolution et impact sur la mortalité. Une étude prospective multicentrique sur 14 ans



Casalino E, Etienne A, Mentré F, Houzé S (2016) Hospitalization and ambulatory care in imported-malaria: evaluation of trends and impact on mortality.

A prospective multicentric 14-year observational study. *Malar J* 15:312

Problématique : Avec 3,2 milliards de personnes exposées, le paludisme est un problème majeur de santé publique. Présent dans 95 pays et territoires, 88 % des cas sont contractés en Afrique subsaharienne [1]. La France, hors collectivités d'outre-mer, est concernée par 4 000 cas annuels de paludisme d'importation. Deux recommandations ont défini sa prise en charge médicale. Celle de 1999 préconise une courte hospitalisation en cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* tandis que celle de 2007 [2] allège la prise en charge en indiquant un traitement ambulatoire des formes non graves.

Objectifs : Évaluer les stratégies de prise en charge, leurs évolutions et mesurer l'impact sur la mortalité.

Type d'étude : Étude prospective observationnelle sur 14 années divisées en trois périodes, P1 : [2000–2003], P2 : [2004–2008] et P3 : [2009–2013]. Les données ont été recueillies par le Centre national de référence sur le paludisme auprès des hôpitaux du réseau situés en Île-de-France. Pour chaque cas de paludisme confirmé par frottis sanguin, les médecins du réseau remplissaient un formulaire standardisé avec données démographiques, épidémiologies, cliniques et biologiques. La gravité du paludisme, les stratégies de prise en charge et la mortalité ont été étudiées. Deux groupes ont été créés : le groupe adulte de plus de 15 ans et le groupe pédiatrique pour un âge inférieur à 15 ans.

Résultats principaux : Cohorte de 21 386 patients, dont 4 269 en pédiatrie (20 %), qui montrait une hausse significative des formes sévères à l'instar du taux d'hospitalisation en unité de soins intensifs. Il existait également une augmentation de la proportion des cas de *P. falciparum* pour les adultes entre P1 et P3 (87 vs 90 % ; $p < 0,001$), inchangé en pédiatrie (89 %). La classification clinique et la classification française sont classiquement utilisées pour définir les formes sévères. La classification clinique rapportait 5 % de formes sévères, significativement augmentée entre P1 et P3 (3 vs 9 % ; $p < 0,001$). En détaillant, ces augmentations étaient significatives chez l'adulte (3 vs 9 % ; $p < 0,001$) et en pédiatrie (2 vs 7 % ; $p < 0,001$). La classification française classait 10 % de ces patients comme présentant des formes graves, ici aussi en augmentation significative entre

P1 et P3. Entre P1 et P3, le taux d'hospitalisation diminuait de 57 à 50 % ($p < 0,001$), tout comme l'hospitalisation en service de médecine de 55 à 39 % ($p < 0,001$), alors que l'admission en unité de soins intensifs augmentait de 4 à 8 % ($p < 0,001$). En pédiatrie, il n'y avait pas de baisse significative du taux d'hospitalisation. La proportion d'hospitalisation en unité de soins intensifs augmentait de 1,2 à 5,9 % ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de modification significative du taux de soins ambulatoires ni de la mortalité globale, chez l'adulte comme chez l'enfant.

Commentaires : Cette étude de grande ampleur montre une évolution des stratégies de prise en charge du paludisme d'importation ainsi qu'une augmentation du taux de formes graves. On hospitalise plus les formes graves en soins intensifs alors que les formes non graves sont plus souvent traitées en ambulatoires. Les enfants sont toujours hospitalisés de la même façon sur la période. L'étude met également en avant une augmentation de la proportion de cas de paludisme à *P. falciparum*. L'absence de changement de la mortalité chez les adultes indique que les soins ambulatoires peuvent être proposés pour ces patients présentant des formes non graves de paludismes d'importation. Les prochaines recommandations sur la prise en charge du paludisme d'importation devront mieux définir les critères d'hospitalisation face à un paludisme à *P. falciparum*.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (2016) Paludisme aide-mémoire n° 94. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/> (Dernier accès le 30 décembre 2016)
2. Société de pathologie infectieuse de langue française (1999) Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum* http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2007-paludisme-long.pdf (Dernier accès le 30 décembre 2016)

A. Allonneau, H. Lefort
hdlefort@gmail.com
Service médical d'urgence,
brigade de sapeurs pompiers de Paris,
F-75017 Paris, France

Les auteurs français ont publié

Y. Freund

Long-term prognosis after out-of-hospital resuscitation of cardiac arrest in trauma patients: prehospital trauma-associated cardiac arrest

Duchateau FX, Hamada S, Raux M, et al (2017) Emerg Med J 34:34-8

Cette étude rétrospective du groupe « Traumabase » analyse 88 patients victimes d'arrêt cardiaque traumatique (non pénétrant). La survie à la sortie de l'hôpital est de 11 % — neuf survivants sur dix ayant un bon pronostic neurologique. Ces résultats plaident en faveur de la réanimation des arrêts cardiaques traumatiques, qui ne serait donc pas forcément futile.

Can we identify termination of resuscitation criteria in cardiac arrest due to drowning: results from the French national out-of-hospital cardiac arrest registry

Hubert H, Escutnaire J, Michelet P, et al (2016) J Eval Clin Pract 22:924-31

Analyse du registre RéAC focalisée sur les patients en arrêt cardiaque après noyade. Le taux de survie retrouvé à la sortie de l'hôpital est de 9 % (21 sur 234). La réalisation de ventilation était indépendamment associée à un meilleur pronostic, tout comme la rapidité des premiers secours, un âge jeune et une durée courte de no flow.

Intervention study with Algoplus®: a pain behavioral scale for older patients in the emergency department

Moustafa F, Macian N, Giron F, et al (2016) Pain Pract (Epub ahead of print)

Étude monocentrique interventionnelle ayant systématisé l'utilisation de l'échelle Algoplus® chez les patients de plus de 75 ans. La généralisation de cette évaluation de la douleur pourrait permettre une meilleure reconnaissance et prise en charge de la douleur chez les patients gériatriques aux urgences.

Identifying patients at risk for pre-hospital sudden cardiac arrest at the early phase of myocardial infarction: The e-MUST study

Karam N, Bataille S, Marijon E, et al (2016) Circulation 134:2074-83

Analyse du registre e-must recensant prospectivement les infarctus du myocarde (STEMI) en Île-de-France. Sur plus de 8 000 STEMI, 452 (6 %) étaient en arrêt cardiaque (AC). Les auteurs retrouvent des facteurs indépendants associés à un risque accru d'AC et ont développé un score pour le risque. Les performances globales de ce score sont médiocres (AUC : 0,70), mais il est simple à calculer à partir de cinq variables : âge, diabète, obésité, dyspnée et délai douleur-appel aux secours.

Cannabis hyperemesis syndrome in the emergency department: how can a specialized addiction team be useful? A pilot study

Pélessier F, Claudet I, Gandia-Mailly P, et al (2016) J Emerg Med 51:544-51

Une étude rétrospective sur la prise en charge de l'hyperémésis au cannabis. On y remarque que les examens complémentaires sont fréquents, et on y suggère que cette pathologie reste mal connue par les médecins urgentistes. Les équipes ambulatoires d'addictologie ont toute leur place dans la prise en charge de ce syndrome aux urgences.

Hemodynamic, management, and outcomes of patients admitted to emergency department with heart failure

Claret PG, Stiell IG, Yan JW, et al (2016) Scand J Trauma Resusc Emerg Med 24:132

Étude de cohorte sur six hôpitaux canadiens. Les auteurs analysent l'évolution clinique de 1 638 patients ayant consulté pour insuffisance cardiaque aiguë aux urgences. On retrouve un taux élevé de mortalité et de réadmission. Une pression artérielle systolique élevée et une fréquence cardiaque basse semblent être des facteurs de bon pronostic.

Plasmatic presepsin (sCD14-ST) concentrations in acute pyelonephritis in adult patients

Claessens YE, Trabattoni E, Grabar S, et al (2017) Clin Chim Acta 464:182-8

Y. Freund

Service d'accueil des urgences, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, UPMC Univ Paris-VI, Paris, France

Une étude diagnostique multicentrique évaluant la présepsine pour le diagnostic de pyélonéphrite aiguë. Ce biomarqueur semble très discriminant face à des patients témoins, mais ne serait pas plus utile que nos bonnes vieilles CRP et PCT.

Agreement between arterial and venous lactate in emergency department patients: a prospective study of 157 consecutive patients

Paquet AL, Valli V, Philippon AL, et al (2016) Eur J Emerg Med (Epub ahead of print)

Le lactate veineux peut-il se substituer au lactate artériel ? Étude de cohorte sur 157 patients consécutifs, où l'on note une concordance médiocre entre les deux mesures avec un biais à 0,6 mmol/l et des limites de concordances larges. De plus, les auteurs retrouvent 8 % de mesures aberrantes. La méthode de référence de dosage du lactate devrait être précisée et ses seuils adaptés.

Impact of a general practitioners' strike and of terrorist attacks on a call centre

Reuter PG, Orsini C, Grave M, et al (2016) Eur J Emerg Med (Epub ahead of print)

Analyse de l'activité d'un Centre 15 pendant la tristement célèbre journée du 13 novembre 2015. Durant la journée, pendant la grève des médecins généralistes, le nombre d'appels au 15 n'a pas augmenté alors que le nombre de dossiers de régulation médicale a augmenté. Pendant les attaques terroristes du soir, c'est l'inverse qui s'est produit.

Mass casualty events and health organisation: terrorist attack in Nice

Carles M, Levraut J, Gonzalez JF, et al (2016) Lancet 388:2349-50

Récit et description de la réponse médicale à l'attentat de Nice du 14 juillet 2016, qui a tué 86 piétons et blessé plus de 400.

Prognostic accuracy of sepsis-3 criteria for in-hospital mortality among patients with suspected infection presenting to the emergency department

Freund Y, Lemachatti N, Krastinova E, et al (2017) JAMA 317:301-8

Première étude estampillée SFMU : étude européenne de validation externe aux urgences des critères SEPSIS-3 et du qSOFA – un score comprenant « fréquence respiratoire >22 », « altération de la conscience » et « pression artérielle

systolique < 100 mmHg ». La présence d'au moins deux critères sur trois de qSOFA est un bon prédicteur de mortalité : 24 % vs 3 % quand moins de deux critères sont présents.

Cardiopulmonary resuscitation duration and survival in out-of-hospital cardiac arrest patients

Adnet F, Triba MN, Borron SW, et al (2017) Resuscitation 111:74-81

Modélisation mathématique de l'espérance de survie après arrêt cardiaque extrahospitalier, en fonction de la durée de no-flow et de celle de low-flow. On en retiendra, entre autres, qu'au-delà de 12 minutes de no-flow ou 33 minutes de low-flow, les chances de survie approchent celles de certains candidats des primaires à être élus : moins de 1 %.

Diabetes education of patients and their entourage: out-of-hospital national study (EDUCATED 2)

Lapostolle F, Hamdi N, Barghout M, et al (2016) Acta Diabetol (Epub ahead of print)

Étude prospective observationnelle ayant inclus plus de 500 patients diabétiques sous insuline et leurs proches. On constate que les patients et leur entourage sont insuffisamment informés et éduqués sur la détection et la prise en charge de l'hypoglycémie.

Procalcitonin for clinical decisions on influenza-like illness in emergency department during influenza a(H1N1)2009 pandemic

Canavaggio P, Boutolleau D, Goulet H, et al (2017) Biomarkers (Epub ahead of print)

Étude retrospective monocentrique qui suggère l'intérêt paradoxal de la procalcitonine pour le diagnostic de grippe en période épidémique. Une valeur négative de la procalcitonine semble assez prédictive d'un diagnostic positif de grippe.

Net clinical benefit of hospitalization versus outpatient management of patients with acute pulmonary embolism

Roy PM, Corsi DJ, Carrier M, et al (2017) J Thromb Haemost (Epub ahead of print)

Le titre est à lire comme une question, à laquelle les auteurs répondent non. Il semble en effet y avoir un net bénéfice à la prise en charge ambulatoire des patients stables avec un diagnostic d'embolie pulmonaire. Cette étude rétrospective avec appariement par score de propension retrouve un taux d'événements indésirables à 14 jours plus faible chez les patients qui n'ont pas été hospitalisés.