

## Actualités en médecine d'urgence

### News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret · O. Ganansia · J. Treille · P. Le Conte · J. Vaux · C. Zanker

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

#### Facteurs retardant la prise en charge chez les patients ayant une infection aiguë aux urgences, étude observationnelle prospective internationale



Kutz A, Florin J, Hausfater P, et al (2016) Predictors for delayed emergency department care in medical

patients with acute infections — an international prospective observational study. PLoS One 11:e0155363

**Problématique :** Dans des structures d'urgence (SU) surchargées et dont l'activité ne fait qu'augmenter ces 20 dernières années, les temps d'attente et les durées de passage ont également augmenté. Le temps de prise en charge aboutissant à la mise en place d'un traitement antibiotique pour une infection pulmonaire, urinaire ou digestive est un facteur de qualité connu, puisque l'antibiothérapie précoce améliore le pronostic.

**Objectifs :** L'objectif de cette étude était d'étudier et de comparer les facteurs associés à un retard d'antibiothérapie pour des infections aiguës à traitement médical.

**Type d'étude :** Étude observationnelle, prospective, multicentrique et internationale réalisée entre mars et octobre 2013 dans des SU de France, de Suisse et des États-Unis. Tous les patients de plus de 18 ans se présentant pour une infection aiguë non chirurgicale ont été inclus. Les informations cliniques, paramètres vitaux, résultats biologiques et diagnostics ont été repris ainsi que les différents temps de prise en charge (durée totale, premier contact médical, diagnostic, antibiothérapie). Des modèles de régressions univariées ont été appliqués pour identifier les facteurs prédictifs qui ont été analysés ensuite. En cas de facteurs multiples, l'infection pulmonaire a été prise comme référence, car plus fréquente.

**Résultats principaux :** Ont été inclus 544 patients, dont 49 % d'hommes pour un âge médian de 66 ans. Les

diagnostics étaient principalement une infection pulmonaire (40 %), une infection urinaire (26 %) ou une infection gastro-intestinale (11 %). De plus, 47 % des patients avaient deux critères ou plus de syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) et des marqueurs biologiques de l'inflammation élevés. Les principales comorbidités étaient l'hypertension (35 %), le diabète (17 %) et l'insuffisance rénale (16 %). Le temps moyen d'accès aux antibiotiques était de 214 minutes en France, de 230 minutes en Suisse et de 161 minutes aux États-Unis. La médiane pour les infections digestives était de 326 minutes, bien supérieure aux autres étiologies (205 minutes). Il existe des différences significatives de délai entre les pays européens et les États-Unis. La durée totale de passage était plus longue en Suisse, et il y avait peu de différence concernant le délai moyen de premier contact médical (55 minutes). Les infections digestives étaient un facteur de retard à l'antibiothérapie. Les patients suisses avec des critères de SIRS ou une bronchopneumopathie chronique obstructive ont vu leur temps d'accès aux antibiotiques réduit, alors que les patients français diabétiques ont attendu plus longtemps que les autres. La prise en charge entre 18 h et minuit était aussi un facteur de retard, dû à la surcharge d'activité durant cette période horaire.

**Commentaires :** Il existe de fortes différences de performances entre les hôpitaux des divers pays et de fortes différences en fonction des pathologies diagnostiquées. Il existe entre ces hôpitaux des cultures, des modes de management et des organisations différents. Des aspects socio-démographiques peuvent également impacter les résultats. La médiane des temps de passage est supérieure à celle retrouvée dans d'autres études [1,2]. La rapidité du modèle américain comparé aux européens est également sujette à des biais d'analyse (organisation privée et existence de parcours patients différents). La prise en charge plus longue des infections digestives est souvent due à la difficulté du

diagnostic et au besoin d'examen complémentaires plus importants. Cette étude est observationnelle et soumise à quelques limites, puisque le nombre de patients inclus est relativement faible. Par ailleurs, certains facteurs organisationnels et potentiellement confondants ne sont pas explorés (nombre de médecins et de paramédicaux, expérience, ratio par patients, taille de la SU, nombre de lits d'aval disponibles). Des études complémentaires sur les tests rapides au lit du patient, les chemins cliniques, les différents types de triage aux urgences restent à réaliser pour optimiser les temps de prise en charge, bénéfiques pour les patients et pour les équipes hospitalières.

## Références

1. Capuano F, Lot AS, Sagnes-Raffy C, et al (2015) Factors associated with the length of stay of patients discharged from emergency department in France. *Eur J Emerg Med* 22:92–8
2. Le ST, Hsia RY (2014) Timeliness of care in US emergency departments: an analysis of newly released metrics from the centers for Medicare & Medicaid services. *JAMA Intern Med* 174:1847–9

O. Ganansia

Service des urgences, groupe hospitalier  
Paris-Saint-Joseph,  
F-75014 Paris, France  
E-mail : oganansia@hpsj.fr

## Concordance entre les dosages de lactates artériels et de lactates veineux chez les patients admis dans les structures d'urgences, étude prospective de 157 patients consécutifs



Paquet AL, Valli V, Philippon AL, et al (2016) Agreement between arterial and venous lactate in emergency department patients: a prospective study of 157 consecutive patients. *Eur J Emerg Med* [Epub ahead of print]

**Problématique :** Afin de détecter précocement les patients à risque d'évolution défavorable, le dosage du lactate sanguin est une pratique courante. Ce biomarqueur possède un intérêt pronostique important dans de nombreuses pathologies aiguës. Par ailleurs, le dosage du lactate apparaît dans la définition du choc septique [1,2]. Cependant, il n'existe pas de recommandation quant au type de lactate mesuré, à savoir artériel ou veineux. De plus, le prélèvement veineux présente de nombreux avantages (facilité du geste, moins de complications, moins douloureux) par rapport au prélèvement artériel plus invasif.

**Objectifs :** L'objectif principal était d'évaluer la concordance entre le dosage des lactates artériels et le dosage des lactates veineux. La différence entre les deux types de dosages ainsi que les limites d'agrément ont été évaluées à l'aide d'un graphique de Bland et Altman. Le taux d'erreur de classement a également été calculé.

**Type d'étude :** Étude prospective de cohorte, monocentrique, réalisée dans une structure d'urgences (SU) française. Durant une période de trois mois, tous les patients aigus nécessitant un dosage des lactates ont été inclus.

**Résultats principaux :** Les données de 132 patients ont pu être analysées. Le dosage des lactates artériels était anormal ( $\geq 2$  mmol/l) chez 24 % des patients, alors que 47 % des patients présentaient un lactate veineux au-dessus de ce seuil. La différence entre le dosage des lactates artériels et veineux était de  $-0,6$  mmol/l en moyenne. Les limites d'agrément étaient très larges (de  $-1,7$  ; intervalle de confiance à 95 % :  $[-1,9 - -1,5]$  ; à  $0,6$  :  $[0,4 - 0,7]$ ). Par ailleurs, le taux de discordance des mesures, et par conséquent le risque d'erreur de classification, était de 8 % [3–12]. Enfin, un résultat normal pour le lactate veineux était presque toujours associé à un dosage artériel également normal. Les deux méthodes étaient performantes en tant que facteurs prédictifs de mortalité ou d'hospitalisation en soins intensifs.

**Commentaires :** Cette étude traite d'un sujet très fréquent lors de notre pratique quotidienne en SU. S'il apparaît que les deux méthodes ne sont pas interchangeables, elles sont cependant toutes deux performantes, autant pour la détection des patients à risque de complications que des patients non graves. Le dosage du lactate veineux semble quant à lui augmenter le taux de faux-positifs. Dans la mesure où il n'existe aucun consensus quant à l'utilisation de l'une ou l'autre des deux méthodes, cette étude ne permet pas de modifier nos pratiques. La valeur prédictive négative des lactates veineux étant excellente, il est possible de faire un dosage veineux dans le bilan sanguin qui peut être ensuite complété d'un dosage artériel si ce dernier est anormalement élevé. Comme le montrent Aluisio et al. [3] chez les patients septiques, un dosage initial normal du lactate veineux est un marqueur de bon pronostic. Cependant, il est également important de suivre l'évolution du lactate. Ainsi, d'autres études prospectives semblent nécessaires avec de plus grandes populations et avec une analyse du devenir des patients ayant eu initialement une discordance entre les dosages de lactates artériels et veineux.

## Références

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al (2016) The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA* 315:801–10

- Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al (2003) International sepsis definitions conference. *Crit Care Med* 31:1250–6
- Aluisio AR, Jain A, Baron BJ, et al (2015) The prognostic role of non-critical lactate levels for in-hospital survival time among ED patients with sepsis. *Am J Emerg Med* 34:170–3

J. Treille

Pôle anesthésie-réanimation douleur urgences,  
CHU de Nîmes, F-30000 Nîmes, France  
E-mail : jo.treille@gmail.com

### Antibiothérapie vs chirurgie dans les appendicites aiguës non compliquées, revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés



Harnoss J, Zelienska I, Probst P, et al (2016) Antibiotics vs surgical therapy for uncomplicated appendicitis: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Ann Surg* [Epub ahead of print]

**Problématique :** Bien que l'appendicectomie soit le traitement de référence des appendicites aiguës non

compliquées, le débat reste ouvert entre antibiothérapie et chirurgie première. Le risque d'appendicite aiguë est de 7 % pour l'ensemble de la vie dans les pays occidentaux, et elle est la plus fréquente des affections chirurgicales digestives. Malgré les techniques d'imagerie moderne, il existe encore des appendicectomies blanches, et dans le but de diminuer leur incidence, un traitement antibiotique a été proposé à la place de la chirurgie première.

**Objectifs :** L'objectif principal était de comparer l'efficacité et la sécurité de ces deux méthodes thérapeutiques. Les objectifs secondaires étaient de comparer les durées moyennes d'hospitalisation et les coûts globaux de prise en charge.

**Types d'étude :** Revue systématique et méta-analyse selon les recommandations PRISMA. Les études randomisées contrôlées et les études de cohorte non contrôlées ont été incluses pour sélection dans un second temps par deux relecteurs. Les biais ont été évalués selon la technique de la collaboration Cochrane.

**Résultats principaux :** Sept cent soixante-dix-huit études ont été analysées, huit ont été incluses, dont quatre contrôlées concernant 2 551 patients (1 312 dans le bras antibiothérapie et 1 239 dans celui de chirurgie). Il n'y avait pas de différence significative pour les caractéristiques entre les deux bras. La chirurgie était ouverte dans 67 %

des cas et par cœlioscopie dans les autres cas. L'efficacité à un an était de 100 % pour la chirurgie et de 73 % pour les antibiotiques. Les 27 % autres patients en échec ont été opérés pour persistance, aggravation ou récurrence des douleurs. Un mois après le début du traitement, 13 % de ces patients ont été opérés. En prenant en compte l'ensemble des complications, le taux de succès était de 68 % pour le groupe antibiothérapie vs 90 % pour le groupe chirurgie (risque relatif = 0,78 ; intervalle de confiance à 95 % : [0,72–0,83] ;  $p < 0,001$ ). La durée de la première hospitalisation était inférieure dans le groupe chirurgie. Les coûts de prise en charge étaient supérieurs dans le groupe chirurgie ( $1\,140 \pm 226 \$$  vs  $2\,207 \pm 357 \$$  ;  $p < 0,001$ ).

**Commentaires :** Cette méta-analyse, exempte de biais majeurs, indique que l'appendicectomie possède une efficacité et une sûreté supérieures à celles du traitement médical. Plus d'un patient sur quatre du groupe antibiothérapie a dû être secondairement opéré dans l'année. De plus, l'intervention chirurgicale permet une diminution de la prescription d'antibiotique, facteur d'augmentation des résistances bactériennes, et de réaliser une étude histologique pouvant mettre en évidence une pathologie maligne dans 1 % des cas. A contrario, en cas de diagnostic incertain, de terrain fragile ou de condition locale défavorable, un traitement antibiotique apparaît comme une alternative valide. Une des limites importantes de cette étude est l'absence d'homogénéité de l'antibiothérapie (molécules, durée et voie d'administration). La World Society of Emergency Surgery recommande une intervention en première intention [1]. Une étude pilote randomisée a évalué ces deux modalités thérapeutiques [2]. À un an, 13 % des patients du groupe antibiotique avaient eu une rechute. La durée de séjour, la douleur et l'incapacité étaient inférieures dans le groupe antibiotique.

### Références

- Sartelli M, Viale P, Catena F, et al (2013) WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg* 8:3
- Talan DA, Saltzman DJ, Mower WR, et al (2016) Antibiotics-first vs surgery for appendicitis: a US pilot randomized controlled trial allowing outpatient antibiotic management. *Ann Emerg Med* [Epub ahead of print]

P. Le Conte

Service des urgences, CHU de Nantes,  
F-44035 Nantes, France  
Faculté de médecine, université de Nantes,  
F-44000 Nantes, France  
E-mail : phileconte@gmail.com

## Les décisions prises en régulation médicale sont influencées par les signaux de dominance physique, contrôlés par ordinateur, dans la voix de l'appelant



Boidron L, Boudenia K, Avena C, et al (2016) Emergency medical triage decisions are swayed by computer-manipulated cues of physical dominance in caller's voice. *Sci Rep* 6:30219

**Problématique :** Dans le champ des sciences humaines et sociales, plusieurs études ont montré que le pouvoir de persuasion reposait moins sur les arguments avancés que sur certaines caractéristiques de l'individu telles que la position sociale, le charme ou la dominance physique. Or, une voix grave est habituellement perçue comme étant celle d'un homme physiquement dominant. Il est par conséquent possible que le ton de la voix d'un patient ou de son proche ait une influence sur la décision médicale, en particulier dans le cadre de la régulation médicale où la décision est prise en urgence et dans un contexte souvent défavorable.

**Objectifs :** Évaluer l'association entre le ton de la voix de l'appelant et la réponse médicale apportée par le médecin régulateur ou l'assistant de régulation médicale.

**Type d'étude :** Étude prospective, monocentrique, menée auprès de 35 médecins régulateurs et 50 assistants de régulation médicale du service d'aide médicale urgente de Côte-d'Or. Tous les participants étaient confrontés au même scénario de simulation, l'appel d'un père anxieux et agacé demandant des secours pour son fils de deux ans ayant présenté un épisode régressif de convulsions hyperthermiques sans signe de gravité. Les réponses du père étaient contrôlées en temps réel par un expérimentateur disposant de 78 phrases préenregistrées. Il existait deux versions de celles-ci selon que le ton de la voix, modifié par ordinateur, devait être évocateur d'une dominance physique élevée ou faible. Chacune des deux versions était allouée aux participants et expérimentateurs de façon aléatoire et en aveugle. Au terme de la simulation, les participants remplissaient un questionnaire fondé sur des échelles allant de 0 à 10 et destiné à évaluer leur perception de l'appelant (dominance physique, position sociale, âge) et de cette situation de régulation (degré d'urgence médicale et de risque médico-légal). La perception de la dominance physique était mesurée par le degré d'accord des participants à l'affirmation suivante : « si cet homme se battait avec un membre du personnel hospitalier, il gagnerait probablement ». L'événement principal étudié était le type de ressource envoyé à l'appelant par les participants : ressource prioritaire (unité mobile hospitalière ou véhicule de secours aux asphyxiés

et aux victimes) ou non prioritaire (ambulance agréée ou visite d'un médecin généraliste).

**Résultats principaux :** Les modifications acoustiques apportées à la voix de l'appelant ont permis d'influencer la perception de sa dominance physique par les participants (7,5 vs 5,6 ;  $p = 0,03$ ). En revanche, ces modifications n'avaient pas d'influence significative sur la perception de la position sociale, de l'âge ou du risque médico-légal. Le taux d'envoi de ressources prioritaires par les médecins régulateurs (88 vs 41 % ;  $p = 0,004$ ), le degré d'urgence médicale qu'ils accordaient à la situation clinique (8,4 vs 6,7 ;  $p = 0,04$ ) et le temps qu'ils consacraient à l'entretien avec l'appelant (104 vs 73 s ;  $p = 0,01$ ) étaient plus importants lorsque le ton de la voix était évocateur d'une dominance physique élevée plutôt que faible. Ces associations n'étaient pas mises en évidence chez les assistants de régulation médicale.

**Commentaires :** Cette étude originale met en évidence une association entre les propriétés acoustiques de la voix et la prise de décision en régulation médicale. À situation clinique identique, les appelants possédant une voix grave bénéficient plus souvent de ressources médicales prioritaires. L'hypothèse retenue est que les médecins régulateurs se sentent menacés et sont contraints par l'appelant à prendre une décision que les éléments cliniques disponibles ne justifient pas. Une stratégie consciente de limitation du risque médico-légal ne semble pas pouvoir être incriminée, puisque ce risque, tel qu'il était perçu par les médecins régulateurs, n'était pas associé au ton de la voix. Par ailleurs, alors qu'il semble légitime de penser qu'un plus grand niveau d'expertise médicale conduise à une décision plus rationnelle, il est intéressant de noter que le ton de la voix n'avait pas d'influence significative sur les décisions prises par les assistants de régulation médicale. Cela pourrait résulter de décisions mieux encadrées par des procédures de régulation. Les résultats présentés ici demandent à être confirmés dans d'autres centres et dans les conditions d'une régulation médicale non simulée. Ils mettent en lumière l'influence surprenante de facteurs extramédicaux sur les décisions prises en régulation et, par conséquent, sur l'accès aux soins. La prise en compte de tels facteurs apparaît nécessaire afin d'en contrôler les effets.

J. Vaux

Samu 94–Smur Henri-Mondor, hôpitaux universitaires  
Henri-Mondor,  
AP–HP, F-94000 Créteil, France  
E-mail : julien.vaux@aphp.fr

## Anti-inflammatoires non stéroïdiens et risque d'insuffisance cardiaque dans quatre pays européens, étude cas-témoin nichée dans une étude de cohorte



Arfè A, Scotti L, Varas-Lorenzo C, et al (2016) Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ* 28:i4857

**Problématique :** L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est largement répandue

dans le monde. Leurs effets secondaires sont connus, et de nombreuses méta-analyses ont montré une relation entre leur prise et l'augmentation du risque d'insuffisance cardiaque (IC).

**Objectif :** Évaluer le risque d'hospitalisation pour IC et quantifier ce risque selon la molécule et la dose d'AINS utilisée.

**Type d'études :** Étude de cohorte cas-témoin utilisant les bases de données des programmes de santé de quatre pays européens (Pays-Bas, Italie, Allemagne et Royaume-Uni), soit 37 millions de personnes de 1999 à 2010. Les données de 92 000 personnes majeures hospitalisées pour IC ont été appariées à celles de huit millions de personnes prenant ou ayant pris des AINS. L'indication, la durée du traitement, l'ancienneté de la prise, la dose journalière de 27 AINS (dont quatre inhibiteurs cyclo-oxygénase-2 sélectifs [COX2]) ont été relevées ainsi que les antécédents, les comorbidités et les autres traitements pris par les patients.

**Résultats principaux :** Parmi les 92 000 patients, 17 % avaient pris des AINS. Dans le groupe hospitalisation pour IC, l'âge moyen était de 77 ans avec davantage de comorbidités et de traitements que dans le groupe témoin. Les AINS

les plus utilisés étaient le diclofénac, le nimésulide, l'ibuprofène et le célécoxib pour les COX2. La prise actuelle d'AINS augmentait le risque d'IC de 19 % par rapport à une prise ancienne (intervalle de confiance à 95 % : [17–22]). Par contre, il n'y avait pas de différence significative entre prise récente et prise ancienne (odds ratio = 1,00 [0,99–1,02]). Parmi les AINS, neuf avaient un risque d'IC significatif de 16 à 83 %. Bien que significative, cette hausse est faible puisque augmentant de 37 à 41 le nombre d'événements pour 10 000 personnes. Pour cinq AINS, à très haute dose (plus de deux fois la dose recommandée et hors autorisation de mise sur le marché), il y avait un doublement du risque à 75 événements pour 10 000 personnes.

**Commentaires :** L'utilisation de plusieurs bases de données européennes est une des forces de cette étude. Cependant, la population hétérogène et la complexité des données ont pu biaiser les données malgré un bon appariement des groupes. Tous les AINS n'ont peut-être pas été recensés, notamment ceux en vente libre comme l'ibuprofène. L'absence de surrisque pour certains pourrait être liée au plus faible nombre de patients observés. Par ailleurs, l'hospitalisation pour IC est souvent associée à un autre diagnostic codé sous cet item, sous-évaluant le diagnostic d'IC. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de causalité démontrée. Il serait intéressant d'étudier une prise quotidienne prolongée vs une prise courte. Compte tenu du grand nombre de patients prenant ce type de médicament, notamment en automédication, il est intéressant de prendre en compte ce surrisque de 20 % d'IC et de stratifier ce risque selon la dose, l'AINS et le terrain du patient.

C. Zanker

Service des urgences,  
institut hospitalier franco-britannique,  
F-92300 Levallois, France  
E-mail : caroline.zanker@ihfb.org

## Les auteurs français ont publié

Y. Freund

### Prevalence of advance directives and impact on advanced life support in out-of-hospital cardiac arrest victims

Reuter PG, Agostinucci JM, Bertrand P, Gonzalez G, De Stefano C, Hennequin B, Nadiras P, Biens D, Hubert H, Gueugniaud PY, Adnet F, Lapostolle F (2017) *Resuscitation* [Epub ahead of print]

*Analyse de la partie 9-3 du registre RéAC. Sur 1 985 cas d'arrêt cardiaque, 145 (7,5 %) présentaient des directives anticipées. La réanimation cardiopulmonaire était malgré tout entreprise dans près d'un quart des cas, aucun n'ayant survécu plus de 24 heures.*

### Buccal midazolam compared with rectal diazepam reduces seizure duration in children in the outpatient setting

Moretti R, Julliand S, Rinaldi VE, Titomanlio L (2017) *Pediatr Emerg Care* [Epub ahead of print]

*Étude rétrospective monocentrique retrouvant une association entre l'utilisation de la voie orale vs rectale pour l'administration du diazépam, chez les enfants consultant pour crise convulsive.*

### Remote damage control during the attacks on Paris: lessons learned by the Paris Fire Brigade and evolutions in the rescue system

Lesaffre X, Tourtier JP, Violin Y, Frattini B, Rivet C, Stibbe O, Faure F, Godefroy A, Gallet JC, Ausset S (2017) *J Trauma Acute Care Surg* [Epub ahead of print]

*Retour d'expérience de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris sur la nuit du 13 novembre 2015, avec une attention particulière sur les aspects techniques et logistiques du damage control resuscitation. Sans oublier de préciser ce qui a pu poser problème et les pistes potentielles d'amélioration.*

Y. Freund (✉)

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

### Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study

Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, Trombert-Paviot B, Massoubre C (2017) *BMC Psychiatr* 17:96

*Dans cette étude prospective monocentrique, les auteurs ont évalué l'impact de rappels téléphoniques après tentative de suicide : une infirmière rappelait le patient après 8, 30 et 60 jours. Le taux de récurrence à un an diminuait ainsi de 18 à 13 %, et ces rappels étaient les seules variables indépendamment associées à un risque moindre, avec un odds ratio ajusté à 0,45 (intervalle de confiance à 95 % : 0,26–0,78).*

### Maximal tachycardia and high cardiac strain during night shifts of emergency physicians

Dutheil F, Marhar F, Boudet G, Perrier C, Naughton G, Chamoux A, Huguet P, Mermillod M, Saâdaoui F, Moustafa F, Schmidt J (2017) *Int Arch Occup Environ Health* [Epub ahead of print]

*Les gardes de 24 heures sont difficiles. Ce n'est pas un scoop. Mais ce que les auteurs nous apprennent ici, c'est qu'elles entraînent de plus fréquentes et plus longues périodes de tachycardie chez le médecin urgentiste. Vous me direz, c'est toujours ça de gagné sur nos séances de cardio. Mais cela ne console qu'à moitié...*

### Uterine bleeding during anticoagulation in women with venous thromboembolism

Moustafa F, Fernández S, Fernández-Capitán C, Nieto JA, Pedrajas JM, Visoná A, Valero B, Marchena PJ, Braester A, Monreal M; RIETE Investigators (2017) *Thromb Res* [Epub ahead of print]

*Analyse secondaire du registre RIETE, s'intéressant aux complications hémorragiques des patients sous traitement anticoagulant. À peine plus de 0,5 % d'entre eux ont présenté des métrorragies, le plus souvent associées à la présence d'un cancer.*

**Do all children who present with a complex febrile seizure need a lumbar puncture?**

Guedj R, Chappuy H, Titomanlio L, De Pontual L, Biscardi S, Nissack-Obiketeki G, Pellegrino B, Charara O, Angoulvant F, Denis J, Levy C, Cohen R, Loschi S, Leger PL, Carbajal R (2017) Ann Emerg Med (Epub ahead of print)

*Dans cette étude multicentrique, la présentation de 839 enfants avec crise convulsive complexe a été rétrospectivement revue. Moins d'un tiers de ces petits lapins ont bénéficié (ou subi c'est selon) d'une ponction lombaire, pour un rendement de seulement cinq méningites bactériennes. Notons que parmi ceux qui ne présentaient aucun signe clinique de méningite ou d'encéphalite, on ne retrouvait aucun de ces vilains diagnostics.*