

Actualités en médecine d'urgence

News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret, M. Martínez, D. Rerbal, G. Valdenaire, J.-P. Desclefs, B. Douay

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Propofol ou kétofol dans l'analgésie-sédation procédurale en médecine d'urgence. L'étude POKER : un essai clinique randomisé en double insu



Ferguson I, Bell A, Treston G, et al (2016) Propofol or ketofol for procedural sedation and analgesia in emergency medicine. The POKER study: a randomized double-blind clinical trial. *Ann Emerg Med* 68:574–82. Numéro australianclinicaltrials.gov.au : ACTRN12610001056088.

Problématique : La sédation avant procédure douloureuse est une problématique quotidienne en médecine d'urgence. Si l'emploi du propofol est bien codifié [1], l'utilisation de kétofol, mélange de kétamine et de propofol, est régulièrement décrite et débattue [2].

Objectifs : Comparer sur une population adulte en structure des urgences (SU) nécessitant la réalisation d'un geste douloureux (réduction de fracture ou de luxation, incision d'abcès, cardioversion), d'une sédation en ventilation spontanée par propofol ou par kétofol.

Type d'étude : Étude australienne prospective, randomisée, multicentrique, en double insu, réalisée en intention de traiter et incluant tout patient majeur nécessitant une sédation brève avant une procédure douloureuse en SU. La randomisation a été faite en deux bras : propofol vs kétofol 1:1 (1 mg de propofol pour 1 mg de kétamine). Le critère principal de jugement était la survenue d'un événement respiratoire défavorable (désaturation, apnée ou hypoventilation) nécessitant une intervention médicale. Les critères secondaires étaient la survenue d'une hypotension artérielle ou d'un delirium, la profondeur de la sédation perprocédure, la durée de surveillance monitorée postprocédure et la satisfaction du patient vis-à-vis de la qualité de la sédation.

Résultats principaux : Cinq cent soixante-treize patients ont été inclus. Les deux groupes étaient comparables en termes de caractéristiques des populations et de procédures réalisées. La survenue d'un événement défavorable respiratoire était identique dans les deux groupes : 5 % pour le groupe propofol et 3 % dans le groupe kétofol (différence absolue de 2 % ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : [-2–5]). Il existait plus d'hypotensions dans le groupe propofol (8 vs 1 % ; différence de 7 % ; IC 95 % : [4–10]) et plus de delirium sévère dans le groupe kétofol (5 vs 2 % ; différence de 3 % ; IC 95 % : [0,4–6]). La durée de surveillance monitorée a été plus courte dans le groupe propofol (24 vs 33 minutes ; IC 95 % : [7–11]). Les autres critères secondaires de jugement étaient identiques, en particulier la satisfaction des patients qui était de 10 sur 10 dans les deux groupes.

Commentaires : Il existe des biais mineurs dans cette étude : une sélection des patients en fonction de l'activité du service (non-inclusion lors des pics d'activité) et de la présence ou non d'un urgentiste senior (la nuit) ; une préparation des produits après randomisation au sein des services réalisant les inclusions ; une procédure avant la sédation-analgésie laissée à la discrétion du médecin (préoxygénation, utilisation de morphiniques). Cependant, le fait que l'analyse soit faite en intention de traiter dans des centres à la fois ruraux et urbains lui confère une bonne validité interne et externe. L'absence de différence significative sur les effets secondaires respiratoires et les effets limités sur l'hémodynamique et le delirium sans traduction clinique (aucun remplissage ou adjonction de benzodiazépines nécessaires) rendent la sécurité de l'emploi des deux produits similaires avec la même efficacité et une satisfaction du patient identique (excellente dans les deux bras). Se pose alors la question de l'emploi de l'un ou l'autre des produits dont le choix semble objectivement relever plus d'une habitude d'utilisation que d'une option de sécurité. La bonne

sélection du patient (durée du jeûne, existence de comorbidités ou d'une instabilité clinique) reste l'élément le plus fondamental pour sa sécurité lors d'une analgésie-sédation avant procédure en SU, le choix du produit dépendant donc avant tout de la maîtrise de son utilisation et des protocoles de service.

Références

1. Vivien B, Adnet F, Boune V, et al (2011) Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgences (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Ann Fr Med Urgence* 1:57-71
2. Green SM, Andolfatto G, Krauss S (2011) Ketofol for procedural sedation? Pro and con. *Ann Emerg Med* 57:444-7

M. Martinez

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

E-mail : mikael.martinez@ch-forez.fr

Intérêt d'un système de liaison audio-vidéo par Google Glass dans la prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire de l'enfant par un interne de pédiatrie : étude contrôlée, randomisée, sur simulateur



David Drummond D, Guedj R, Arnaud C, et al (2017) Google Glass for residents dealing with pediatric cardiopulmonary arrest: a randomized, controlled, simulation-based study. *Pediatr Crit Care Med* 18:120-7

Problématique : L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) de l'enfant est un événement rare et de mauvais pronostic. Sa prise en charge est rarement maî-

trisée par les soignants lorsqu'ils interviennent en dehors d'une unité de réanimation. Le taux de survie, lié à la qualité de la prise en charge, en est donc diminué. Les Google Glass (GG) sont des lunettes connectées qui permettent d'établir une communication audio-vidéo entre le soignant auprès du patient et un médecin plus expérimenté. Ce système permet au soignant d'avoir les mains libres pour agir au plus vite et au médecin expérimenté d'avoir une vision directe du patient afin de conseiller des consignes adéquates.

Objectifs : Déterminer si l'intervention à distance d'un réanimateur via des GG sur un interne de pédiatrie en séance de simulation améliore la qualité de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP).

Type d'étude : Essai contrôlé randomisé mené en 2014 lors d'une séance de simulation haute fidélité dans une faculté de

médecine parisienne. Les participants, internes de première année en pédiatrie, ont été randomisés en deux groupes, avec ou sans GG (témoin). Chaque interne était évalué seul, sur un scénario d'ACR d'un enfant de huit mois, puis une seconde fois sur le même scénario avec l'arrivée d'une infirmière à trois minutes. Le groupe GG pouvait alors décider à tout moment de se faire conseiller par un réanimateur à distance. Le groupe témoin débutait seul la RCP et pouvait appeler par téléphone le réanimateur qui lui demandait de continuer la RCP. Le critère de jugement principal était le temps sans ventilation et sans compression. Les critères de jugement secondaires étaient l'efficacité de la ventilation, la fréquence et la technique des compressions thoraciques, et les modalités de prescription de l'adrénaline.

Résultats principaux : Quarante-deux internes de première année de pédiatrie ont participé à l'étude. Tous les internes du groupe GG ont jugé que la liaison avec le réanimateur les avait aidés dans la prise en charge de l'enfant. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les temps sans ventilation et sans compression. La liaison par GG permettait d'améliorer l'efficacité de la ventilation ($p = 0,04$), la technique ($p = 0,02$) et le rythme des compressions ($p < 0,001$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative concernant les modalités de prescription d'adrénaline.

Commentaires : Le questionnement de ce travail est pertinent. En effet, le sujet étudié est rare et nécessite une prise en charge spécialisée qui n'est pas toujours immédiatement disponible (imprévisibilité de l'ACR et isolement de certains soignants). Ce dispositif pourrait permettre au soignant de bénéficier en temps réel de l'expertise d'un réanimateur pédiatrique. La méthodologie (randomisation, mesures en aveugle ou via les données du mannequin) est pertinente. Plusieurs limites sont cependant à souligner. Premièrement, la population sélectionnée était composée d'internes de pédiatrie, débutant dans leur pratique, mais de la même discipline que le médecin expérimenté. Se pose donc la question de la généralisation de ces résultats lorsque le soignant n'a pas d'expérience en réanimation pédiatrique. Deuxièmement, le scénario comportait seulement un interne et une infirmière, ne simulant pas la réalité dans laquelle il y aurait probablement plus d'intervenants et un contexte émotif différent. Cependant, cette étude faite en simulation montre la faisabilité de la liaison audio-vidéo dans cette thématique. Des études complémentaires en service sont probablement nécessaires afin de confirmer l'intérêt de ce dispositif.

D. Rerbal

Pôle urgences, réanimation médicale, anesthésie-réanimation,
Samu, groupement hospitalier Édouard-Herriot, hospices
civils de Lyon, F-69365 Lyon, France
E-mail : djamila.rerbal@chu-lyon.fr

Survenue d'un décès et d'un accident vasculaire cérébral chez les patients de 47 pays un an après une consultation pour fibrillation auriculaire



Healey JS, Oldgren J, Ezekowitz M, et al (2016) Occurrence of death and stroke in patients in 47 countries 1 year after presenting with atrial fibrillation: a cohort study. *Lancet* 388:1161–9

Problématique : La fibrillation auriculaire (FA) est une cause importante de morbidité et de mortalité

dans le monde, mais il existe peu de données sur le devenir à long terme des patients hors Amérique du Nord ou Europe, en particulier dans les établissements de soins primaires.

Objectifs : Analyser les variations d'incidence à travers le monde des décès et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) après une consultation pour FA.

Type d'étude : Il s'agit d'une étude de cohorte utilisant un registre prospectif de patients dans 47 pays qui se sont présentés en structure des urgences (SU) avec une FA ou un flutter auriculaire en tant que diagnostic principal ou secondaire. Quinze mille quatre cents patients ont été recrutés pour déterminer l'incidence des décès et des AVC (critère de jugement principal) dans cette cohorte englobant huit régions géographiques (Amérique du Nord, Europe occidentale et Australie, Amérique du Sud, Europe de l'Est, Moyen-Orient et Méditerranée, Afrique subsaharienne, Inde, Chine et Asie du Sud-Est) dans l'année suivant le passage dans la SU. Les patients d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et d'Australie ont été utilisés comme population de référence et ont ainsi été comparés aux patients des sept autres régions.

Résultats principaux : Entre décembre 2007 et octobre 2011, 15 400 personnes ont été incluses dans le registre. Le suivi a été complété pour 15 361 patients (99 %), et 1 758 (11 %) sont décédés dans l'année. Chez les patients présentant un diagnostic principal de FA, on a observé moins de décès que chez les patients présentant une FA en diagnostic secondaire (377 [6 %] sur 6 825 contre 1 381 [16 %] sur 8 536 patients ; $p < 0,001$). Deux fois plus de patients sont décédés en Amérique du Sud (192 [17 %] sur 1 132 patients) et en Afrique (225 [20 %] sur 1 137 patients) comparativement à l'ensemble Amérique du Nord, Europe occidentale et Australie (366 [10 %] sur 3 800 patients ; $p < 0,001$). L'insuffisance cardiaque était la cause de décès la plus fréquente (30 %), devant les AVC (8 %). Six cent quatre patients (4 %) ont présenté un AVC au cours de l'année de suivi, 170 (3 %) pour lesquels la FA était un diagnostic primaire et 434 (5 %) pour lesquels il s'agissait d'un diagnostic

secondaire ($p < 0,001$). L'incidence la plus élevée d'AVC a été observée chez les patients vivant en Afrique (8 %), en Chine (7 %) et en Asie du Sud-Est (7 %). Dans le groupe Amérique du Nord, Europe occidentale et Australie, cette incidence a été de 3 %.

Commentaires : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective incluant des patients atteints de FA dans plusieurs régions du monde. C'est un point fort de ce travail, car une majorité des études précédentes analyse les patients européens ou nord-américains, ayant des habitudes de vie, un accès aux soins et un environnement relativement similaire. Il existe cependant des limites à cette étude. En effet, les patients n'ont pas été inclus consécutivement. De plus, la sélection des sites dans les différentes régions ne s'est pas faite de manière aléatoire. Enfin, l'étude ne comporte pas de données sur les nouveaux anticoagulants, même si les inclusions dans le registre se poursuivent et vont donc inclure à terme des données sur ces nouveaux traitements. Malgré ces limites, l'étude a le mérite de souligner l'importance des facteurs économiques (accès aux traitements et aux structures de soins primaires) dans les différences de mortalité entre les différentes régions.

G. Valdenaire

Unité des urgences adultes, groupe hospitalier Pellegrin,
CHU de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France
E-mail : guillaume.valdenaire@chu-bordeaux.fr

NOR-SASS (sonothromolyse norvégienne dans l'étude sur les accidents vasculaires cérébraux ischémiques à la phase aiguë) : essai randomisé contrôlé sur la sonothromolyse contrastée



Nacu A, Kvistad CE, Naess H, et al (2017) NOR-SASS (Norwegian Sonothrombolysis in Acute Stroke Study): randomized controlled contrast-enhanced sonothrombolysis in an unselected acute ischemic stroke population. *Stroke* 48:335–41

Problématique : La prise en charge thérapeutique des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à la phase aiguë, non éligibles à la neuroradiologie interventionnelle (NRI), se limite actuellement à la thrombolyse intraveineuse (IV), avec obtention d'une revascularisation totale ou partielle chez un tiers des patients. Beaucoup de patients ont donc de lourdes séquelles sur le plan facial, moteur avec perte d'autonomie, ou même décèdent. Il est urgent de trouver une optimisation du traitement de ces AVC.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude est l'évaluation de l'effet et de la sécurité du traitement par sonothrombolyse favorisée par produit de contraste ultrasonore dans une population de patients présentant un AVC.

Type d'étude : Étude prospective, randomisée, en double insu, en intention de traiter et multicentrique. Ont été inclus les patients pris en charge pour un AVC ischémique diagnostiqué au scanner, ayant reçu un traitement par thrombolyse IV (tPA) dans les quatre heures trente minutes suivant l'installation des symptômes, avec un score de Rankin modifié inférieur à 3, et n'étant pas éligibles à la NRI. Les patients ont été randomisés en deux groupes : le groupe témoin traité par thrombolyse IV et fausse sonothrombolyse avec injection de placebo ; le groupe intervention reçoit, en plus de la thrombolyse, une sonothrombolyse (doppler transcrânien de 2 MHz pendant une heure), favorisée par l'injection IV de produit de contraste échographique. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de contrôle était réalisée 24 à 36 heures après. Le critère de jugement principal était l'amélioration neurologique à 24 heures par un score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) devant être à 0 ou avoir diminué de quatre points, ainsi qu'une faible séquelle fonctionnelle évaluée à 90 jours par un score de Rankin modifié de 0 ou 1. L'autre critère de jugement était l'absence de complication hémorragique visible à l'IRM dans le groupe sonothrombolyse.

Résultats principaux : Cent quatre-vingt-trois patients ont été inclus entre septembre 2012 et juin 2015, 93 dans le bras intervention et 90 dans le bras témoin. Soixante-dix patients (35 dans chaque bras) ont été exclus de cette étude en intention de traiter pour diverses causes (24 scores de Rankin modifiés devenus supérieurs à 3, 43 diagnostics différentiels, contre-indication au produit de contraste échographique). Au final, 58 patients présents dans le bras intervention et 55 dans le bras témoin ont été analysés. Il n'y a pas eu de différence significative en termes d'hémorragie intracérébrale ou de mortalité entre les deux groupes. Cependant, il n'y a pas eu de différence significative non plus concernant l'amélioration neurologique à 24 heures ni sur le degré d'autonomie à 90 jours.

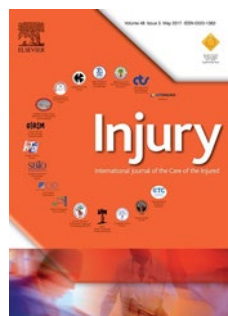
Commentaires : Cette étude ne montre pas de résultats significatifs, mais cela ne veut pas dire pour autant qu'elle ne présente pas d'intérêt sur le plan médical. Tout d'abord, il existe un biais de sélection important, car l'examen confirmant l'AVC, et donc l'inclusion du patient, est le scanner, alors que l'examen de référence est l'IRM. Cela explique le nombre très important de diagnostics différentiels. De plus, cette étude devait inclure 276 patients pour espérer montrer une différence significative. Or, du fait d'un défaut de financement, elle a été arrêtée prématurément à 183 inclusions, et il en résulte un manque de puissance. En revanche,

la sonothrombolyse est une piste sérieuse de traitement des AVC à la phase aiguë des patients non éligibles à la thrombectomie. Son principe est la fragmentation ultrasonore du caillot par un doppler transcrânien prolongé, procédé déjà bien connu par la lithotripsie ultrasonore des calculs rénaux. Physiquement, l'effet thrombolytique serait lié à la cavitation de microbulles contenues dans le milieu exposé aux ultrasons. L'intérêt de cette étude est de proposer d'ajouter un produit de contraste échographique provoquant des microbulles. Ce produit habituellement utilisé pour augmenter la visibilité lors de la réalisation de doppler transcrânien pourrait alors devenir un outil thérapeutique. De nouvelles études seront nécessaires pour évaluer l'intérêt de la sonothrombolyse avec produit de contraste dans l'AVC ischémique à la phase aiguë, tant sur le plan de l'efficacité que de l'innocuité, mais le principe est intéressant.

J.-P. Desclefs

Samu 91–Smur de Corbeil-Essonnes, centre hospitalier Sud-Francilien, F-91100 Corbeil-Essonnes, France
E-mail : jp.desclefs@gmail.com

La valeur téléexpiratoire du CO₂ à l'admission est un marqueur associé au choc hémorragique et prédictif d'une transfusion massive définie par le seuil critique d'administration



Stone ME, Kalata S, Liveris A, et al (2017) End-tidal CO₂ on admission is associated with hemorrhagic shock and predicts the need for massive transfusion as defined by the critical administration threshold. *Injury* 48:51–7

Problématique : La majorité des patients traumatisés graves meurent de choc hémorragique dans les premiers jours, dont la moitié durant les 24 premières heures. L'application précoce d'une procédure de transfusion massive améliore la survie des patients. La définition actuelle d'une transfusion massive est de dix unités (UI) de concentrés globulaires (CG) par 24 heures. Une nouvelle définition a été proposée par Savage et al., définie par un seuil critique d'administration de 3 UI de CG par heure, avant le contrôle de l'hémorragie. Repérer les patients nécessitant une transfusion massive, le plus tôt possible, est primordial.

Objectifs : Évaluer si la valeur basse du CO₂ téléexpiratoire (ETCO₂) peut prédire le besoin d'une transfusion massive, en particulier selon les nouveaux seuils définis. L'objectif secondaire est de montrer une corrélation entre l'ETCO₂

et les autres marqueurs du choc hémorragique comme la pression artérielle systolique (PAS), le lactate et l'index de choc (ISS).

Type d'étude : Étude observationnelle, dans un centre de traumatologie de niveau 1 dans la ville de New York, aux États-Unis, de novembre 2012 à mai 2015. Les patients âgés de plus de 18 ans pris en charge par l'équipe des traumatisés graves ayant bénéficié d'une mesure de l'ETCO₂ (soit par voie nasale ou trachéale) et des lactates ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient les patients sans mesure de l'ETCO₂, les traumatisés crâniens, les brûlés, les intubés/ventilés en préhospitalier ou en arrêt cardiaque à leur arrivée.

Résultats principaux : Soixante-sept patients ont été inclus. L'ETCO₂ était inférieur à 35 mmHg chez 67 % des patients. Près d'un tiers des patients avaient des lactates supérieurs ou égaux à 4 mmol/l. Une corrélation inverse a été montrée entre l'ETCO₂ et les lactates. Seuls 12 % des patients ont reçu plus de 10 UI de CG par 24 heures, dont la majorité (88 %) avait un ETCO₂ inférieur à 35 mmHg sans que ce soit significatif ($p = 0,178$). La valeur moyenne de l'ETCO₂ était plus basse ($p < 0,028$) en cas de transfusion massive. Les patients (31 %) ayant reçu trois ou plus de CG par heure avaient un ETCO₂ inférieur à 35 mmHg ($p = 0,03$). Après ajustement avec l'âge, l'ISS, la PAS et la fréquence cardiaque, l'ISS supérieur à 15 (OR = 19,4 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : [3,5–108,4])

et l'ETCO₂ inférieur à 35 mmHg (OR = 9,2 ; IC 95 % : [1,5–56,6], $p = 0,016$) se sont révélés indépendamment associés au seuil critique d'administration déterminé à 3 UI de CG ou plus. Une régression logistique a montré que l'ETCO₂ n'était pas associé de façon indépendante avec le statut de transfusion massive habituel (OR = 6,3 ; IC 95 % : [0,5–73,7] ; $p = 0,141$).

Commentaires : L'ETCO₂ est un marqueur simple et rapide dont l'acquisition peut se faire dès le préhospitalier. Associé à d'autres marqueurs, il pourrait prédire la gravité du choc hémorragique et l'indication d'une transfusion massive, en particulier l'administration de plus de trois unités de CG par heure. Les points faibles de cette étude sont l'effectif, trop faible pour conclure et les critères d'inclusion (patients intubés après l'arrivée ou en ventilation spontanée). Ces résultats restent à confirmer avec une étude de plus grande ampleur et des critères d'inclusion mieux définis. L'idée intéressante de ce travail est de discuter du seuil critique d'administration de 3 CG dans les premières heures plutôt que sur 24 heures pour définir une transfusion massive, car corrélé à des facteurs de gravité comme un ISS supérieur à 15.

B. Douay

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

E-mail : douay.benedicte@chu-amiens.fr

Les auteurs français ont publié

Devant le nombre important de publications d'urgentistes français ces dernières semaines, la liste ci-dessous ne se veut (ni ne pourrait) être exhaustive.

Effect of nebulized hypertonic saline treatment in emergency departments on the hospitalization rate for acute bronchiolitis: a randomized clinical trial

Angoulvant F, Bellêtre X, Milcent K, Teglas JP, Claudet I, Le Guen CG, de Pontual L, Minodier P, Dubos F, Brouard J, Soussan-Banini V, Degas-Bussiere V, Gatin A, Schweitzer C, Epaud R, Ryckewaert A, Cros P, Marot Y, Flahaut P, Saunier P, Babe P, Patteau G, Delebarre M, Titomanlio L, Vrignaud B, Trieu TV, Tahir A, Regnard D, Micheau P, Charara O, Henry S, Ploin D, Panjo H, Vabret A, Bouyer J, Gajdos V (2017) Efficacy of 3% hypertonic saline in acute viral bronchiolitis (GUERANDE) Study Group. *JAMA Pediatr* [Epub ahead of print]

Beau succès de l'étude GUERANDE, un essai randomisé contrôlé évaluant l'intérêt de la nébulisation de sérum salé hypertonique (SSH) dans la bronchiolite aiguë de l'enfant. Il n'a pas été mis en évidence de bénéfice clinique en comparaison avec le sérum physiologique. En revanche, les auteurs rapportent une augmentation d'effets indésirables mineurs. Ce traitement semble donc non indiqué dans la bronchiolite aiguë.

Diagnostic performance of serum blood urea nitrogen to creatinine ratio for distinguishing prerenal from intrinsic acute kidney injury in the emergency department

Manoeuvrier G, Bach-Ngohou K, Batard E, Masson D, Trewick D (2017) *BMC Nephrol* 18:173

Cette étude rétrospective monocentrique a analysé plus de 1 000 patients en insuffisance rénale aiguë (IRA), dont 45 % étaient d'origine fonctionnelle. Les auteurs n'ont retrouvé aucune différence sur la valeur du ratio U/C entre les deux groupes « IRA fonctionnelle » vs « IRA organique ». L'aire sous la courbe ROC du ratio U/C pour prédire l'origine fonctionnelle de l'IRA était à 0,5, soit aussi fort que votre belle-mère les yeux bandés au téléphone.

Outpatient management of pulmonary embolism

Roy PM, Moumneh T, Penalosa A, Sanchez O (2017) *Thromb Res* [Epub ahead of print]

Revue narrative de trois méta-analyses de 23 études totalisant 3 671 patients traités en ambulatoire pour une embolie

pulmonaire. Simple, avec très peu de complications, cette modalité thérapeutique devrait s'affirmer comme traitement de première ligne pour les embolies pulmonaires cliniquement stables, à la condition qu'un circuit spécifique de suivi soit mis en place

Key performance indicators' assessment to develop best practices in an emergency medical communication centre

Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, Batard E, Montassier E (2017) *Eur J Emerg Med* [Epub ahead of print]

Analyse d'un centre de régulation des appels « Centre 15 » sur quatre années. Les auteurs ont évalué quelques indicateurs de performances et rapportent que le taux d'occupation est corrélé fortement avec le QS20 — et c'est même un modèle d'équation structurelle qui le dit !

Stress and salivary cortisol in emergency medical dispatchers: a randomized shifts control trial

Bedini S, Braun F, Weibel L, Aussedat M, Pereira B, Dutheil F (2017) *PLoS One* 12:e0177094

Les auteurs de cette étude ont étudié le stress des assistants de régulation médicale via des mesures biologiques de cortisol salivaire ainsi qu'à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Le poste de réception des appels entrants semble être le plus stressant, ce qui était l'hypothèse principale tout comme l'impression générale.

Adverse events with ketamine versus ketofol for procedural sedation on adults: a double-blinded, randomized controlled trial

Lemoel F, Contenti J, Giolito D, Boiffier M, Rapp J, Istria J, Fournier M, Ageron FX, Levraut J (2017) *Acad Emerg Med* [Epub ahead of print]

Cette étude randomisée (U d'or SFMU) compare la kétamine seule avec l'association kétamine-propofol (« kétofol »), pour la réalisation de sédation procédurale. L'utilisation du kétofol diminuait le risque de réveil difficile (anxiété, agitation...) de 22 %. Le taux d'événements indésirables restait comparable dans les deux groupes, à l'exception

des nausées/vomissements, trois fois plus présents dans le groupe kétamine seule.

Levocetirizine and prednisone are not superior to levocetirizine alone for the treatment of acute urticaria: a randomized double-blind clinical trial

Barniol C, Dehours E, Mallet J, Houze-Cerfon CH, Lauque D, Charpentier S (2017) *Ann Emerg Med* [Epub ahead of print]

Vous l'attendiez, la voilà ! Les Toulousains publient leur étude randomisée, comparant corticoïdes vs placebo en plus de la lévocétirizine dans l'urticaire aiguë (eh oui, on dit une urticaire). Comme espéré, on ne trouve pas de différence sur l'évolution clinique entre les deux groupes sur un suivi de 48 heures. L'effet rebond serait-il une fake news?

Outpatient appendectomy in an emergency outpatient surgery unit 24 hours a day: an intention-to-treat analysis of 194 patients

Aubry A, Saget A, Manceau G, Faron M, Wagner M, Tressallet C, Riou B, Lucidarme O, le Saché F, Karoui M (2017) *World J Surg* [Epub ahead of print]

Après la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire 24 heures/24 pour les appendicites aiguës non compliquées aux urgences, le temps médian passé à l'hôpital pour ces 89 patients est de 13 heures. La procédure semble faisable et concernerait plus de la moitié des patients.

Primary spontaneous pneumothorax admitted in emergency unit: does first episode differ from recurrence? A cross-sectional study

Kepka S, Dalphin JC, Parmentier AL, Pretalli JB, Gantelet M, Bernard N, Mauny F, Desmettre T (2017) *Can Respir J* 2017:2729548

Cette étude rétrospective sur 14 services d'urgence a analysé 1 491 cas de pneumothorax spontanés. Il n'a pas pu être mis en évidence de différence particulière entre les cas inauguraux (60 %) et les récurrences (40 %).

A novel approach to study medical decision-making in the clinical setting: the "own-point-of-view" perspective

Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B (2017) *Acad Emerg Med* [Epub ahead of print]

De la manière de conduire des études pour analyser le processus de prise de décision en urgence. Les auteurs experts sur le sujet décrivent une méthode de « point de vue propre » que nous vous conseillons de lire !

Hypothermia in trauma victims at first arrival of ambulance personnel: an observational study with assessment of risk factors

Lapostolle F, Couvreur J, Koch FX, Savary D, Alhéritière A, Galinski M, Sebbah JL, Tazarourte K, Adnet F (2017) *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Epub ahead of print]

Analyse ancillaire de l'étude HYPOTRAUM. Les auteurs y confirment la forte prévalence d'hypothermie parmi les victimes polytraumatisées : près d'un tiers des cas. On attend avec impatience la suite, qui nous dira si la prévention de l'hypothermie chez ces malades améliore le pronostic.

A prehospital extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (ECPR) strategy for treatment of refractory out hospital cardiac arrest: an observational study and propensity analysis

Lamhaut L, Hutin A, Puymirat E, Jouan J, Raphalen JH, Jouffroy R, Jaffry M, Dagron C, An K, Dumas F, Marijon E, Bougouin W, Tourtier JP, Baud F, Jouven X, Danchin N, Spaulding C, Carli P (2017) *Resuscitation* [Epub ahead of print]

Étude avant/après la mise en place d'un protocole de pose précoce de circulation extracorporelle dans l'arrêt cardiaque extrahospitalier. Les auteurs confirment la faisabilité de la pose d'ECMO en préhospitalier par les médecins urgentistes, et la survie semble meilleure dans la seconde période.

The clinical impact and prevalence of emergency point-of-care ultrasound: a prospective multicentre study

Bobbia X, Zieleskiewicz L, Pradeilles C, Hudson C, Muller L, Claret PG, Leone M, Coussaye JE; Winfocus France Group (2017) *Anaesth Crit Care Pain Med* [Epub ahead of print]

L'étude ECHODAY a sondé 50 services d'urgence pour déterminer la prévalence de la réalisation d'échographie par l'urgentiste et en évaluer les conséquences.

En cette journée du 20 mai 2014, 4 % des patients consultant aux urgences ont bénéficié de cet examen, qui était considéré comme utile dans 95 % des cas.