

## Actualités en médecine d'urgence

### News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret · O. Ganansia · T. Masia · L. Palmier · M. Martínez · M. Oberlin

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

#### Appendicectomie ambulatoire dans une unité de chirurgie d'urgence de 24 heures : une analyse en intention de traiter de 194 patients



Aubry A, Saget A, Manceau G, et al (2017) Outpatient appendectomy in an emergency outpatient surgery unit 24 h a day: an intention-to-treat analysis of 194 patients. World J Surg [Epub ahead of print]

**Problématique :** L'appendicectomie est l'une des opérations chirurgicales les plus fréquentes. Les critères de la chirurgie ambula-

toire en France sont fondés sur une durée de séjour diurne de moins de 12 heures dans une unité dédiée. Afin de répondre aux besoins des chirurgies urgentes telles que l'appendicite aiguë non compatible avec la définition de l'ambulatoire, une unité de chirurgie externe d'urgence de 24 heures a été créée.

**Objectifs :** Évaluer la faisabilité à opérer en ambulatoire des patients atteints d'une appendicite aiguë non compliquée dans une unité de chirurgie d'urgence ouverte 24/24 h.

**Type d'étude :** Étude observationnelle prospective, avec analyse en intention de traiter, réalisée dans un centre hospitalier universitaire (CHU) entre décembre 2013 et mars 2015 pour les patients de plus de 15 ans présentant une appendicite non compliquée diagnostiquée par échographie ou tomodensitométrie (TDM). L'objectif principal était la faisabilité de l'appendicectomie en unité spécifique de moins de 24 heures. Les patients éligibles n'avaient pas de comorbidité, étaient accompagnés pour la sortie et vivaient à moins d'une heure de trajet du CHU. La technique opératoire n'impactait pas la prise en charge. Les

complications durant la prise en charge excluaient les patients de cette prise en charge, et ces patients étaient alors transférés en unité de chirurgie conventionnelle.

**Résultats principaux :** Parmi les 194 patients ayant eu une appendicite aiguë, 77 % avaient une appendicite non compliquée, et 68 % étaient éligibles à la procédure décrite. Treize pour cent des patients ont été exclus en per- ou post-opératoire. La procédure complète a été appliquée pour 87 % des patients éligibles, soit 59 % des appendicites aiguës non compliquées incluses. La durée moyenne de séjour était de 13 heures, 6 % des patients ont eu une complication postopératoire, et 99 % des patients ont été opérés par cœlioscopie. L'horaire de la prise en charge montrait que 63 % des patients étaient pris en charge entre midi et minuit, et 6 % des patients ont été hospitalisés pour une nuit au décours. Les horaires de sortie des patients étaient étalés en journée et en nuit, avec une diminution entre minuit et 5 h du matin. La durée moyenne de séjour était inférieure pour les patients opérés entre 6 et 18 h, et il n'existe pas de différence de morbidité postopératoire, quelle que soit l'heure de l'intervention.

**Commentaires :** Cette étude observationnelle monocentrique a pour intérêt de mettre en lumière une organisation peu développée à ce jour en France. La plupart des études sont principalement fondées sur la possibilité d'opérer en ambulatoire et donc aussi de reporter au lendemain les interventions. Les scores classiquement utilisés, comme le score de Saint-Antoine [1], utilisent des éléments de biologie, ce qui n'est pas le cas dans cette étude qui permet le recrutement d'un plus grand nombre de patients sans augmentation des complications ou de la morbidité postopératoire. Ce centre considère aussi, au regard de la littérature, que la chirurgie est l'unique traitement de l'appendicite et qu'elle doit être réalisée au plus vite. Le recrutement des patients est largement supérieur dans

cette unité de 24 heures, car les critères de sélection sont moins restrictifs que dans d'autres études ou dans des unités d'ambulatoire. Cette étude a le mérite de mettre en avant une innovation organisationnelle dans un univers hospitalier contraint en lits et avec des objectifs nationaux forts de recours à la chirurgie ambulatoire. Ce type d'unité permet de répondre à un besoin non comblé par les unités d'ambulatoire conventionnelles. Cependant, il implique des équipes capables de répondre 24 heures sur 24 et donc probablement d'avoir un volume d'activité chirurgicale suffisant. C'est le cas dans les grands CHU, mais ce n'est pas forcément généralisable à l'ensemble des établissements hospitaliers. L'impact sur le service d'urgence n'est pas décrit (préparation du patient, attente avant le bloc, consentement), et il serait souhaitable dans l'avenir de pouvoir évaluer aussi la satisfaction du patient.

## Référence

1. Lefrancois M, Lefevre JH, Chafai N, et al (2015) Management of acute appendicitis in ambulatory surgery: is it possible? How to select patients? *Ann Surg* 261:1167-72

O. Ganansia

Service des urgences, groupe hospitalier  
Paris-Saint-Joseph, F-75014 Paris, France  
ogansia@hpsj.fr

## Identification des patients à risque d'arrêt cardiaque préhospitalier en phase précoce d'infarctus du myocarde : l'étude e-MUST



Karam N, Bataille S, Marijon E, et al (2016) Identifying patients at risk for prehospital sudden cardiac arrest at the early phase of myocardial infarction: the e-MUST study (évaluation en médecine d'urgence des stratégies thérapeutiques des infarctus du myocarde). *Circulation* 134:2074-83

**Problématique :** Ces dernières décennies, la mortalité intrahospitalière des syndromes coronariens avec élévation du segment ST (SCA ST+) a fortement diminué, contrairement à la mortalité préhospitalière qui reste stable [1]. Pour améliorer cette dernière, il convient d'augmenter les efforts de prise en charge avant l'admission dans une structure d'urgence (SU).

**Objectifs :** L'objectif était d'identifier les facteurs de risque d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) chez les patients présentant

un SCA ST+ pris en charge en préhospitalier, puis d'utiliser ces facteurs afin d'établir un score prédictif d'ACR.

**Type d'étude :** Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée à partir du registre e-MUST qui a recensé les SCA ST+ pris en charge en préhospitalier dans le Grand Paris entre 2006 et 2010. Le score prédictif a été établi avec une régression logistique multivariée.

**Résultats principaux :** Sur les 8 112 patients ayant présenté un SCA ST+, 452 (5 %) ont présenté un ACR préhospitalier. Les facteurs prédictifs d'ACR étaient : un âge inférieur à 50 ans (OR = 2,1 ; intervalle de confiance à 95 % : [1,4-3,1]), l'absence d'obésité (OR = 1,7 : [1,2-2,3]) ou de diabète (OR = 1,6 : [1,0-2,6]), une dyspnée (OR = 10,5 : [7,1-15,4]) et un délai inférieur à 60 minutes entre la survenue de la douleur et l'appel au Centre 15 (OR = 2,3 : [1,5-3,4]). Un patient avait deux fois plus de risque d'ACR avec un score entre 10 et 19, quatre fois plus entre 20 et 29 et 18 fois plus s'il était supérieur à 30, comparé aux patients avec un score inférieur à 10. Le taux d'ACR était de 29 % si le score était supérieur à 30 vs 1,6 % si inférieur à 9 ( $p < 0,001$ ). La sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 97 et 10 % pour les scores supérieurs à 9, et de 18 et 98 % pour les scores supérieurs à 29. Le meilleur compromis était trouvé avec les scores entre 20 et 29 (sensibilité de 65 %, spécificité de 63 %).

**Commentaires :** Cette étude réalisée à partir d'une base de données importante (e-MUST) retrouve cinq facteurs prédictifs d'ACR dans les SCA ST+ : l'absence d'obésité ou de diabète, un âge jeune, une dyspnée et un court délai entre l'apparition de la douleur et l'appel au Centre 15. À partir de ces facteurs, elle a permis pour la première fois la création d'un score rapide et conçu pour la prise en charge préhospitalière. Son calcul devrait permettre au praticien de cibler rapidement les patients à haut risque d'ACR. En cas de score élevé, plusieurs applications pratiques peuvent en découler, comme l'élargissement de l'indication de thrombolyse ou le transfert en priorité vers un centre disposant d'un plateau technique d'assistance circulatoire. Bien sûr, des études prospectives de grande ampleur sont nécessaires afin de confirmer un bénéfice pour le patient. De même, l'application de ce score est difficilement superposable aux pays ne disposant pas d'une prise en charge préhospitalière médicalisée. En effet, la télétransmission des ECG à un médecin référent afin de confirmer un SCA ST+ [2] pourrait éventuellement permettre une meilleure orientation mais pas une thrombolyse.

## Références

1. Dudas K, Lappas G, Stewart S, Rosengren A (2011) Trends in out-of-hospital deaths due to coronary heart disease in Sweden (1991 to 2006). *Circulation* 123:46-52

2. Muhlestein JB, Le V, Albert D, et al (2015) Smartphone ECG for evaluation of STEMI: results of the ST LEUIS pilot study. *J Electrocardiol* 48:249–59

T. Masia

Pôle anesthésie-réanimation, douleur, urgences,  
CHU de Nîmes, F-30000 Nîmes, France  
thibaud.masia@chu-nimes.fr

## Relation entre l'intubation trachéale et la survie des patients victimes d'arrêt cardiaque intrahospitalier



Andersen LW, Granfeldt A, Callaway CW, et al (2017) Association between tracheal intubation during adult in-hospital cardiac arrest and survival. *JAMA* 317:494–506

**Problématique :** Les récentes recommandations 2015 sur la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire (ACR) proposent deux types de

gestion des voies aériennes supérieures : une première dite avancée (intubation trachéale, dispositifs supraglottiques) ou l'utilisation du dispositif à masque et ballon [1]. Cependant, il n'existe actuellement pas d'étude à haut niveau de preuve permettant de déterminer la technique optimale.

**Objectifs :** Déterminer la relation entre l'intubation oro-trachéale (IOT) chez des patients victimes d'ACR intrahospitalier et leur survie à la sortie de l'hôpital. Étaient étudiés secondairement le bon pronostic neurologique ainsi que le nombre de retours à une activité circulatoire spontanée (RACS).

**Type d'étude :** Étude observationnelle, rétrospective, multicentrique, américaine, ayant analysé les données du registre des patients victimes d'ACR intrahospitalier (GWTG-R Registry) du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2014. Cette étude a inclus des patients majeurs, non équipés de dispositifs invasifs de gestion des voies aériennes avant l'ACR, et dont les données relatives à la réanimation avancée n'étaient pas manquantes. Deux groupes étaient appariés en fonction de la réalisation ou non d'une IOT lors du premier quart d'heure de réanimation, et l'heure exacte de l'IOT était relevée. Ainsi, l'étude a utilisé un score de propension apparié sur le temps afin de minimiser les biais de confusion. Enfin, la relation était étudiée en analyse de sous-groupes.

**Résultats principaux :** Au total, 108 079 patients ont été inclus dans 668 hôpitaux. L'âge moyen était de 69 ans

(espace interquartile : 58–79), et il y avait 36 464 patients dans le groupe non intubé contre 71 615 dans le groupe intubé, avec un temps moyen d'IOT de 5 minutes (EIQ : 3–8). Le taux de survie était de 22 % (24 256 patients), et ce dernier était inférieur chez les patients ayant été intubés au premier quart d'heure de réanimation lors de l'analyse ajustée avec le score de propension (RR = 0,84 ; intervalle de confiance à 95 % : [0,81–0,87]). Après ajustement, le nombre de RACS était également plus faible dans le groupe intubé (58 vs 59 % ; RR = 0,97 : [0,96–0,99] ;  $p < 0,001$ ) ; il en était de même pour le nombre de patients ayant eu un bon pronostic fonctionnel (11 vs 14 % ; RR = 0,78 : [0,75–0,81] ;  $p < 0,001$ ). En analyse de sous-groupes, la relation sur la survie était plus forte chez les patients ayant eu un rythme choquable initial (RR = 0,68 : [0,65–0,72] ;  $p < 0,001$ ) ou un ACR médical (RR = 0,73 : [0,70–0,77] ;  $p < 0,001$ ). Chez les patients porteurs d'une insuffisance respiratoire chronique, cette relation n'était pas retrouvée (RR = 0,97 : [0,92–1,02]). De même, il n'existait aucune différence significative en fonction du délai d'intubation.

**Commentaires :** Cette étude multicentrique, fondée sur une cohorte de taille majeure, s'intègre dans la dynamique actuelle de l'optimisation stratégique des pratiques ventilatoires au cours de la réanimation. Elle utilise d'une manière novatrice le délai d'IOT dans l'analyse statistique appariée, démontrant que l'intubation est associée à une réduction de survie de 3 %, et cela, quel que soit le délai d'intubation lors du premier quart d'heure. Néanmoins, il s'agit d'une étude observationnelle fondée sur un registre national comportant plusieurs biais. Ainsi, l'analyse des données manquantes telles que la qualité des compressions thoraciques, le délai des interventions lors de la réanimation et les causes d'échec d'intubation semblerait intéressante. Cette étude soulève donc encore le problème de la meilleure stratégie ventilatoire à adopter et insiste sur la nécessité d'un massage de qualité avec un minimum d'interruptions.

## Référence

1. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, et al (2015) European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation* 95:100–47

L. Palmier

Pôle anesthésie réanimation douleur urgences,  
CHU de Nîmes, F-30000 Nîmes, France  
ludovic.palmier@chu-nimes.fr

## Association entre délais d'instauration du traitement et mortalité dans le sepsis en structure d'urgence



Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al (2017) Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. *N Engl J Med* 376:2235–44

**Problématique :** Les recommandations internationales de prise en charge du sepsis insistent sur l'importance d'une détection et d'un

traitement précoces. Cependant, il existe une controverse sur le fait que cette attitude améliore ou non le devenir des patients en termes de mortalité.

**Objectifs :** Étudier sur une population admise pour sepsis ou choc septique en structure d'urgence (SU) la corrélation entre mortalité et application d'un protocole de prise en charge fondé sur les recommandations Sepsis-2 de 2001 [1].

**Type d'étude :** Étude rétrospective, multicentrique, portant sur un registre évaluant un protocole de prise en charge du sepsis en SU. Ce protocole prévoit, pour tout patient adulte suspect de sepsis, dans les 3 heures suivant son arrivée : la réalisation d'hémocultures, le dosage des lactates sanguins et l'administration d'antibiotiques de large spectre ; et dans les 6 heures : l'administration d'un bolus de remplissage de 30 ml/kg chez les patients hypotendus (pression artérielle systolique < 90 mmHg) ou présentant une lactatémie supérieure à 4 mmol/l, l'adjonction d'amines vasopressives au besoin. L'association entre durée de réalisation du protocole et mortalité intrahospitalière ajustée au risque a été évaluée.

**Résultats principaux :** Inclusion de 49 331 patients provenant de 149 hôpitaux, dont 82 % ont complété le protocole initial dans les trois premières heures avec un temps médian de 1,3 heure (espace interquartile : 0,6–2,3). Le temps médian d'administration des antibiotiques était de 0,9 heure (0,3–1,9), et celui de fin d'administration du bolus de remplissage était de 2,6 heures (1,3–4,2). Parmi les patients ayant complété le protocole initial dans les 12 premières heures, une augmentation de durée de sa réalisation complète était associée à une mortalité hospitalière plus élevée (OR = 1,04 par heure ; intervalle de confiance à 95 % : [1,02–1,05] ;  $p < 0,001$ ). Cette augmentation de la mortalité était retrouvée pour un retard à l'administration des antibiotiques (OR = 1,04 par heure : [1,03–1,06] ;  $p < 0,001$ ), mais pas pour un retard à l'administration du bolus de remplissage (OR = 1,01 par heure : [0,99–1,02] ;  $p = 0,21$ ). Par rapport aux patients qui bénéficiaient du protocole initial dans les 3 heures, ceux qui en bénéficiaient entre 3 et 12 heures présentaient une mortalité hospitalière augmentée de 14 %.

**Commentaires :** Cette étude retrouve une association entre mortalité et retard à la prise en charge. Cette association est retrouvée pour la mise en route du traitement antibiotique à large spectre, mais pas pour la réalisation d'un bolus de remplissage. Ce dernier point peut cependant être discuté par l'existence de facteurs confondants (niveau de gravité des patients recevant précocement un remplissage). Ce travail présente plusieurs limites : l'essai est non randomisé, et il n'existe pas de données sur l'antibiothérapie utilisée et sur son adaptation aux données ultérieures de l'antibiogramme. Enfin, cette étude ne prend pas en compte les nouvelles recommandations de Sepsis-3 [2], avec en particulier le recours au Quick SOFA qui permet de mieux détecter les patients suspects de sepsis et de les prendre en charge plus précocement [3]. Cet article confirme, dans le sepsis, la nécessité d'une détection et d'une instauration rapides du traitement (concept de l'heure en or).

## Références

1. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al (2003) 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International sepsis definitions conference. *Crit Care Med* 31:1250–6
2. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al (2016) Assessment of clinical criteria for sepsis: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA* 315:762–74
3. Freund Y, Lemachatti N, Krastinova E, et al (2017) Prognostic accuracy of Sepsis-3 criteria for in-hospital mortality among patients with suspected infection presenting to the emergency department. *JAMA* 317:301–8

M. Martinez

Pôle urgences, centre hospitalier du Forez,  
F-42605 Montbrison, France  
mikaël.martinez@ch-forez.fr

## Les passages en structure d'urgence sont associés à un déclin fonctionnel chez les personnes âgées



Nagurney JM, Fleischman W, Han L, et al (2017) Emergency department visits without hospitalization are associated with functional decline in older persons. *Ann Emerg Med* 69:426–33

**Problématique :** Le déclin fonctionnel et la dépendance de la personne âgée sont associés à une augmentation de la mortalité et à un coût élevé pour la société [1]. Certaines études ont suggéré que le passage en structure d'urgence (SU), pour une personne âgée, est associé à une majoration de sa dépendance [2]. Malgré le vieillissement

de la population et la place grandissante qu'occupent les personnes âgées dans les SU, aucune étude n'avait été réalisée en comparant cette population à un groupe témoin.

**Objectifs** : L'objectif de cette étude était de comparer la majoration de la dépendance pendant une période de six mois, chez des patients âgés de plus de 70 ans, parmi trois groupes appariés : groupe « passage aux urgences avec retour à domicile » (SU-domicile), groupe « passage aux urgences avec hospitalisation » (SU-hospitalisé) et groupe témoin. Les objectifs secondaires étaient de comparer entre ces trois groupes la mortalité et le taux de recours à une maison de retraite médicalisée.

**Type d'étude** : Étude prospective, observationnelle, américaine, issue du Yale Precipitating Events Project qui est une étude de suivi de cohorte des patients de plus de 70 ans entre 1998 et 2012. Cette cohorte représente 2 374 patients répartis dans 754 lieux de vie. L'objectif de ce projet est de décrire l'épidémiologie de la dépendance chez la personne âgée et de développer des interventions permettant de la réduire. Dans cette cohorte, deux groupes de patients ont été extraits : les patients admis en SU rentrant à domicile et les patients admis en SU puis hospitalisés. Les données médicales ont été extraites à partir des comptes rendus de sortie et des données de l'assurance maladie. Le groupe témoin a été apparié avec le groupe « SU-domicile », et une équation d'estimation généralisée de Poisson a été utilisée pour ajuster les principales caractéristiques des patients (âge, nombre de pathologies chroniques, statut cognitif, fragilité, niveau socioéducatif). Le suivi était réalisé par entretien téléphonique auprès du patient ou des proches, grâce à une échelle d'évaluation de la dépendance regroupant 13 items.

**Résultats principaux** : Ont été inclus 813 dossiers d'observation dans le groupe témoin, 813 dans le groupe « SU-domicile » et 631 dans le groupe « SU-hospitalisé ». La moyenne d'âge était de 84 ans et le sex-ratio, de 0,45. Parmi les motifs de recours principaux, le motif musculo-squelettique représentait 31 % pour le groupe « SU-domicile », alors qu'il ne représentait que 13 % dans le groupe « SU-hospitalisé ». Durant la période de six mois d'observation, la dépendance était significativement plus importante dans le groupe « SU-hospitalisé » que dans le groupe

« SU-domicile » (RR = 1,17 ; intervalle de confiance à 95 % : [1,12–1,22]). De la même manière, la dépendance était significativement plus importante dans le groupe « SU-domicile » que dans le groupe « témoin » (RR = 1,14 : [1,09–1,19]). Concernant les critères secondaires, le risque de recours à une maison de retraite médicalisée était plus élevé dans le groupe « SU-hospitalisé » par rapport au groupe « SU-domicile » (HR = 3,57 : [2,83–4,50]) et dans le groupe « SU-domicile » par rapport au groupe « témoin » (HR = 3,11 : [2,05–4,72]). Par ailleurs, le risque de décès suivait la même distribution (respectivement HR = 3,11 : [2,05–4,72] et HR = 1,93 : [1,07–3,49]).

**Commentaires** : La principale limite de cette étude est son caractère observationnel. Un appariement et une méthodologie statistique rigoureux ne permettent pas de conclure à un lien entre passages en SU et majoration de la dépendance. Par ailleurs, les organisations sanitaires outre-Atlantique et en France sont différentes, en particulier en termes d'aides à domicile, ce qui rend ce type d'études difficilement transposable. Le véritable enseignement de cette étude est ailleurs : les auteurs démontrent que le passage en SU précipite la dépendance des personnes âgées. Il reste à mener des études complémentaires, afin de déterminer les interventions nécessaires pour réduire ce risque. Du fait de la conjoncture et des résultats de cette étude, nous ne pouvons que nous interroger sur la filière de soins des patients âgés et fragiles dans nos services d'urgence [2].

## Références

1. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, et al (2010) Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA* 304:1919–28
2. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, et al (2015) Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 22:1–21

M. Oberlin

Service des urgences, CH Jean-Rouquier,  
F-46000 Cahors, France  
mathieu.oberlin@ch-cahors.fr

## Les auteurs français ont publié

Y. Freund

### Daily volume of cases in emergency call centers: construction and validation of a predictive model

Viglino D, Vesin A, Ruckly S, Morelli X, Slama R, Debaty G, Danel V, Maignan M, Timsit JF (2017) *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 25:86

À l'instar de ce qui a été décrit pour l'activité d'un service d'urgence, les auteurs montrent ici qu'il serait possible de prédire les pics d'activités d'un centre de régulation des appels SAMU, à l'aide de variables assez simples comme le jour de la semaine, la présence de vacances scolaires et les épidémies du jour — une sorte d'éphéméride en somme.

### The relationship between chronic health conditions and outcome following out-of-hospital ventricular fibrillation cardiac arrest.

Dumas F, Blackwood J, White L, Fahrenbruch C, Jouven X, Cariou A, Rea T (2017) *Resuscitation* 120:71–6

Dans cette étude de cohorte, les auteurs analysent 1 166 arrêts cardiaques avec une survie globale de 44 %. Le nombre de comorbidités semble inversement proportionnel aux chances de survie, suggérant ainsi qu'il est préférable de faire un arrêt cardiaque en bonne santé.

### Long-term prognostic value of gasping during out-of-hospital cardiac arrest

Debaty G, Labarere J, Frascione RJ, Wayne MA, Swor RA, Mahoney BD, Domeier RM, Olinger ML, O'Neil BJ, Yanopoulos D, Aufderheide TP, Lurie KG (2017) *J Am Coll Cardiol* 70:1467–76

S'il fait bon faire un arrêt cardiaque en bonne santé, il est de même recommandé de le faire en gaspant. Les auteurs tirent de cette analyse secondaire d'un essai randomisé que la présence de « gasp » pendant la réanimation cardiopulmonaire est un facteur de bon pronostic.

### Changes in the availability of bedside ultrasound practice in emergency rooms and pre-hospital settings in France

Bobbia X, Abou-Badra M, Hansel N, Pes P, Petrovic T, Claret PG, Lefrant JY, de la Coussaye JE; Winfocus France Group (2017) *Anaesth Crit Care Pain Med* [in press]

Cette étude transversale confirme l'amélioration de la disponibilité d'appareils d'échographie en médecine d'urgence. Près de trois quarts des services d'urgence et d'un tiers des véhicules SMUR en sont maintenant équipés.

### Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies.

Guiga H, Decroux C, Michelet P, Loundou A, Cornand D, Silhol F, Vaisse B, Sarlon-Bartoli G (2017) *J Clin Hypertens (Greenwich)* [in press]

Dans cette étude monocentrique, tous les patients ayant consulté aux urgences pour HTA (systolique > 180 mmHg ou diastolique > 110 mmHg) ont été inclus et suivis durant un an. La mortalité hospitalière était de 8 %, et de 29 % à un an. Le pronostic était particulièrement sévère en cas d'HTA associée à une dysfonction d'organes (insuffisance rénale, AVC...). Les auteurs soulignent donc l'intérêt d'un suivi adapté pour ces patients.

## Les PEARLS du Cochrane PEC (Practical Evidence About Real Life Situation)



### Les corticoïdes réduisent les séquelles des paralysies faciales périphériques idiopathiques

Madhok VB, Gagyor I, Daly F, et al (2016) Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev 18;7:CD001942

**Problématique** : La paralysie faciale périphérique idiopathique (PFPI) est une pathologie rencontrée fréquemment dans les structures d'urgence (incidence de 25 cas par an sur 100 000 personnes) et qui, sans présenter de risque vital, engage le pronostic social des patients. Il existe, depuis de nombreuses années, une controverse sur l'utilité ou non des corticoïdes dans cette indication.

**Objectifs** : Devons-nous prescrire une corticothérapie aux patients qui présentent une PFPI ?

**Résultats principaux** : Les corticoïdes doivent être prescrits aux patients atteints d'une PFPI. Ils réduisent significativement, et avec une très bonne tolérance, le nombre

de patients dont la récupération motrice est incomplète à six mois (haut niveau de preuve scientifique). L'administration de corticoïdes à dix patients atteints de PFPI permet à l'un d'entre eux de ne garder aucune séquelle (nombre de sujets à traiter = 10). La corticothérapie réduit également les séquelles à long terme à type de syncinésies et de syndrome des larmes de crocodile (niveau de preuve modéré).

**Commentaires** : Il existe une hétérogénéité des modalités de corticothérapie (mode d'administration, posologie, délai d'administration après l'apparition des premiers symptômes). Il en est de même pour la récupération motrice qui n'est pas systématiquement évaluée en utilisant une échelle validée.

S. Beroud

Hospices civils de Lyon, CHU Lyon-Sud,  
F-69394 Lyon, France  
sebastien.beroud@chu-lyon.fr