

Actualités en médecine d'urgence

News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret · C. Zanker · D. Viglino · J. Vaux · D. Rerbal · A. Chauvin

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Admission hospitalière pour douleur thoracique associée à la prise de cocaïne aux États-Unis



Singh V, Rodriguez AP, Thakkar B, et al (2017) Hospital admissions for chest pain associated with cocaine use in the United States. *Am J Med* 130:688–98

Problématique : L'exposition à la cocaïne peut engendrer un effet délétère cardiovasculaire (CV) non dose-dépendant. Le motif le plus fréquent de consultation est la dou-

leur thoracique (DT), nécessitant le plus souvent une hospitalisation et un bilan CV dont le coût reste élevé avec un retentissement économique majeur sur le système de santé.

Objectifs : Décrire, aux États-Unis, les hospitalisations pour DT après exposition à la cocaïne, le devenir des patients et le coût de la prise en charge. Identifier des facteurs prédictifs d'événement CV nécessitant une hospitalisation pour des examens complémentaires, avec un critère composite principal regroupant mortalité intrahospitalière, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et arrêt cardiaque.

Type d'étude : Les données ont été collectées de 2001 à 2012 à partir du *Nationwide Inpatient Sample* (NIS) utilisé pour étudier les tendances, les évolutions et les coûts de la santé en association avec l'ICD-9 (*International Classification of Diseases*, 9^e révision).

Résultats principaux : Au total, 363 143 patients de plus de 18 ans ont été hospitalisés pour DT suite à l'usage de cocaïne. L'âge moyen était de 44,9 ans, avec une prédominance masculine, 17 % avaient un antécédent coronarien et 10 % un antécédent d'infarctus du myocarde. Bien que la

proportion soit en augmentation (0,6 à 2,0 % ; $p < 0,01$), seulement 1,19 % des patients avaient présenté une atteinte CV. Durant cette période, la mortalité hospitalière était basse et stable, à 0,1 %. Le motif de consultation le plus fréquent était l'urgence hypertensive de 32 à 51 % de 2001 à 2012. La fréquence d'événements coronariens était faible : 0,2 % de vasospasmes et 0,4 % des patients avaient une modification électrique à l'électrocardiogramme sans élévation du segment ST versus 0,2 % avec élévation. Par rapport aux autres syndromes coronariens aigus, il y avait un taux plus élevé de cathétérisme du cœur gauche (6,7 %), mais un plus faible taux d'angioplastie percutanée (0,2 %). Des facteurs de risque (FDR) pour le critère composite principal ont été identifiés : sexe féminin (odds ratio [OR] = 1,2 ; intervalle de confiance à 95 % : [1,0–1,4] ; $p = 0,046$) ; âge > 50 ans (OR = 1,2 [1,1–1,4] ; $p = 0,004$) ; antécédents d'insuffisance cardiaque (OR = 1,6 [1,4–1,9] ; $p < 0,001$) ; tachycardie supraventriculaire (OR = 2,9 [1,3–6,4] ; $p = 0,007$) ; endocardite (OR = 3,5 [1,5–8,2] ; $p = 0,004$) ; tabagisme (OR = 1,3 [1,1–1,5] ; $p < 0,001$) ; dyslipidémie (OR = 1,5 [1,3–1,8] ; $p < 0,001$) ; maladie coronarienne (OR = 2,4 [2,0–2,8] ; $p < 0,001$) et insuffisance rénale (OR = 1,3 [1,1–1,5] ; $p = 0,005$). Un score de 0 à 100 a été établi à partir de ces FDR, inférieurs ou égaux à 15 pour les faibles risques (75 % des patients étudiés), intermédiaires (16–30) et supérieurs ou égaux à 31 pour les risques élevés (6 % de la population).

Commentaires : Il s'agit de la plus grande étude sur les DT liées à la prise de cocaïne. Le faible taux de complications CV est rassurant ainsi que la faible mortalité. Pourtant, le nombre de cathétérismes du cœur gauche est plus élevé chez ces patients, mais avec moins d'angioplasties percutanées, ce qui est retrouvé dans d'autres études. Comme il s'agit d'une population jeune avec le plus souvent peu de FDR

(tabac, hypertension artérielle), l'élaboration d'un score est utile, car une fois le diagnostic de syndrome coronarien aigu éliminé, l'hospitalisation en urgence pourrait être discutée chez les patients à faible risque. Cependant, la définition des trois groupes à risque manque de précision. Des recommandations doivent être réalisées afin de mieux définir les faibles risques et éviter des examens CV inutiles ou coûteux.

C. Zanker

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

Ventilation pulmonaire protectrice initiée aux urgences (LOV-ED) : un essai quasi expérimental, avant-après



Fuller BM, Ferguson IT, Mohr NM, et al (2017) Lung-protective ventilation initiated in the emergency department (LOV-ED): a quasi-experimental, before-after trial. *Ann Emerg Med* 70:406–18

Problématique : Environ 20 % des patients intubés aux urgences présentent secondairement des complications pulmonaires. Ces lésions peuvent survenir rapidement après l'initiation de la ventilation. Le séjour aux urgences, parce que celles-ci n'étant pas un lieu privilégié pour réaliser cette ventilation, est une période à risque. La ventilation protectrice a montré son efficacité pour la réduction des complications [1], mais elle est actuellement peu mise en place, alors que nous savons que les réglages initiaux du ventilateur influencent la morbidité.

Objectif : Évaluer l'efficacité d'un protocole de ventilation mécanique dédié aux urgences sur la réduction de l'incidence des complications pulmonaires après admission en réanimation.

Type d'étude : Étude avant-après implémentation du protocole, avec comparaison fondée sur un appariement un pour un à partir d'un score de propension prenant en compte : le score de sévérité (APACHE II), l'indice de masse corporelle, l'utilisation d'amines et la présence d'un sepsis. Le protocole utilisé consistait à : limiter le volotrauma en

ciblant un volume minute de 6 ml/kg sur poids réel et une pression plateau inférieure à 30 cmH₂O ; limiter l'atélectrauma par une pression expiratoire positive supérieure ou égale à 5 cmH₂O ; limiter l'hyperoxie par une FiO₂ de 30 à 40 % puis titration pour SpO₂ de 90 à 95 % ; cibler une fréquence ventilatoire de 20 à 30 par minute ; lutter contre l'inhalation avec une tête surélevée de plus de 30° et pose de sonde gastrique.

Résultats principaux : La période après protocole était associée à un changement significatif des paramètres ciblés. Quatre cent quatre-vingt-dix patients ventilés avant implémentation du protocole et 490 patients après ont été appariés. La période après intervention était associée à une baisse des complications ventilatoires (14 vs 7 % ; odds ratio [OR] = 0,5 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : [0,3–0,7]), une baisse de 3,7 jours [IC 95 % : 2,3–5,1] de ventilation, de 2,4 jours [IC 95 % : 1,0–3,7] du séjour en réanimation et de 2,4 jours [IC 95 % : 1,2–3,6] d'hospitalisation. Le taux de mortalité était abaissé de 34 à 20 % (OR = 0,5 [IC 95 % : 0,3–0,6]).

Commentaires : Malgré une éducation croissante à la prévention des lésions secondaires de ventilation, la ventilation protectrice aux urgences reste inconstante. Cette étude a le mérite de cibler des objectifs atteignables dès l'initiation de la ventilation et avec tout type de respirateur, tout en montrant son efficacité spectaculaire. La méthodologie est fiable, mais le résultat de l'appariement n'est pas parfaitement satisfaisant, puisque les patients du groupe intervention présentent moins de comorbidités, sont moins ventilés pour des œdèmes aigus pulmonaires et reçoivent moins de remplissages. Ces biais ne semblent pas assez importants pour remettre en cause les résultats. Les auteurs précisent également que les patients aux États-Unis restent de longues périodes ventilés aux urgences en attendant une place de réanimation, période à risque qui est plus limitée en France.

Référence

1. Serpa Neto A, Cardoso SO, Manetta JA, et al (2012) Association between use of lung-protective ventilation with lower tidal volumes and clinical outcomes among patients without acute respiratory distress syndrome: a meta-analysis. *JAMA* 308:1651–9

D. Viglino

Urgences adultes SAMU 38, CHU de Grenoble-Alpes,
F-38700 La Tronche, France
E-mail : DViglino@chu-grenoble.fr

Les antihistaminiques H1 réduisent le risque d'anaphylaxie chez les patients présentant une réaction allergique aux urgences



Kawano T, Scheuermeyer FX, Gibo K, et al (2017) H1-antihistamines reduce progression to anaphylaxis among emergency department patients with allergic reactions. *Acad Emerg Med* 24:733–41

Problématique : Devant une réaction allergique, les antihistaminiques H1 (aH1) n'ont démontré un intérêt que pour la réduction des symptômes

cutanés (éruption, prurit). Leur administration aux urgences n'est donc pas systématique. Pourtant, il n'est pas exclu qu'ils puissent réduire le risque d'évolution des réactions allergiques vers un tableau, plus grave, d'anaphylaxie.

Objectif : Chez les patients présentant une réaction allergique, déterminer s'il existe une association entre l'administration d'aH1 et le risque d'évolution vers une anaphylaxie.

Type d'étude : Il s'agit de l'analyse rétrospective d'une cohorte composée de patients pris en charge dans deux structures d'urgence canadiennes entre 2007 et 2012. L'analyse présentée ici concerne uniquement les patients dont le diagnostic était codé « réaction allergique » dans le dossier médical informatisé. Étaient notamment exclus de l'analyse les patients répondant à la définition d'anaphylaxie (critères de Sampson) dès la première évaluation clinique, les patients de moins de 17 ans, ceux pour qui l'allergène suspecté était un inhibiteur de l'enzyme de conversion et ceux ayant un antécédent d'angio-œdème non histaminique. L'événement principal étudié était la proportion de patients qui avaient développé une anaphylaxie au cours de leur prise en charge. Deux groupes étaient comparés selon que les patients avaient, ou non, reçu un aH1 (avant la survenue d'une anaphylaxie le cas échéant).

Résultats principaux : Durant la période étudiée, 2 376 patients répondaient aux critères de sélection, dont 79 % avaient reçu un aH1. En analyse univariée, il n'existait pas de différence significative entre les groupes « antihistaminique » et « pas d'antihistaminique » concernant le taux de survenue d'une anaphylaxie (1,9 % ; intervalle de confiance à 95 % : [1,3–2,7] vs 3,4 % [2,0–5,5]). En analyse multivariée (modèle logistique comprenant l'âge, le genre, les antécédents d'allergie ou d'asthme, le type d'allergène, l'existence ou non d'une prise en charge pré-hospitalière, les symptômes et les constantes vitales lors de la première évaluation clinique, l'administration d'un

corticoïde ou d'adrénaline avant l'apparition d'une anaphylaxie), le risque de développer une anaphylaxie était significativement plus faible en cas d'administration d'un aH1 (odds ratio ajusté [OR] = 0,34 [0,17–0,70]). Cette association persistait lorsque l'analyse était limitée aux patients pour lesquels aucune donnée n'était manquante (OR = 0,34 [0,17–0,71]) ou bien après exclusion des patients ayant reçu un aH1 avant leur prise en charge par l'un des deux centres étudiés (OR = 0,26 [0,10–0,50]). Pour ce dernier sous-groupe, une analyse faisant intervenir un score de propension était également réalisée et objectivait des résultats similaires (OR = 0,24 [0,11–0,49]).

Commentaires : Aucune étude ne soutient l'utilisation des aH1 dans le traitement de l'anaphylaxie, et leur place est restreinte dans les recommandations de la SFMU publiées en 2016 [1]. Le travail présenté ici n'éclaircit pas directement ce point, mais évalue l'intérêt des aH1 en tant que traitement préventif de l'anaphylaxie chez les patients présentant une réaction allergique simple. Les auteurs montrent une association indépendante entre les aH1 et le taux d'anaphylaxie : l'administration de ces derniers permettrait de diminuer le risque de progression de la réaction allergique vers le tableau clinique plus grave d'anaphylaxie. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en particulier en raison du caractère rétrospectif de l'analyse et de l'absence d'autre étude identifiant une telle association dans la littérature. De même, aucune étude n'a démontré l'utilité préventive des aH1 pour des patients asymptomatiques exposés à un allergène potentiel (produit de contraste par exemple). Par ailleurs, concernant les effets secondaires, les auteurs soulignent l'absence de différence entre les groupes. Mais la pression artérielle n'est pas mesurée de façon systématique et la voie d'administration des aH1 n'est pas renseignée. En conclusion, cette étude suggère l'existence d'un bénéfice à l'administration prophylactique d'un aH1 chez les patients présentant une réaction allergique simple, mais le niveau de preuve demeure faible.

Référence

1. Gloaguen A, Cesareo E, Vaux J, et al (2016) Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en partenariat avec la Société française d'allergologie (SFA) et le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et le soutien de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A). *Ann Fr Med Urgence* 6:342–64

J. Vaux

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

L'association lévocétirizine et prednisone n'est pas supérieure à la lévocétirizine seule dans le traitement de l'urticaire aiguë : un essai clinique randomisé en double insu



Barniol C, Dehours E, Mallet J, et al (2017) Levocetirizine and prednisone are not superior to levocetirizine alone for the treatment of acute urticaria: a randomized double-blind clinical trial. *Ann Emerg Med* S0196-0644(17)30264-0 (Epub ahead of print)

Problématique : Les antihistaminiques sont un des traitements possibles de l'urticaire isolée, mais certains médecins prescrivent également des corticoïdes aux urgences. La mise à jour des dernières recommandations internationales [1] évoque d'ailleurs qu'un traitement de courte durée par corticoïdes peut réduire la durée et l'intensité du symptôme, même si peu de littérature a montré l'efficacité de cette association.

Objectif : Évaluer l'efficacité d'un traitement de courte durée par prednisone en plus de la lévocétirizine dans l'urticaire aiguë.

Type d'étude : Étude monocentrique française réalisée au CHU de Toulouse de février 2012 à janvier 2014, prospective, randomisée, contrôlée contre placebo, en double insu. Ont été inclus les patients de plus de 18 ans, admis aux urgences pour une urticaire généralisée évoluant depuis moins de 24 heures. Les patients avaient reçu par voie orale 5 mg/j de lévocétirizine pendant cinq jours et 40 mg de prednisone pendant quatre jours pour le groupe intervention versus un placebo pour le groupe témoin. Le critère de jugement principal était la résolution complète du prurit (score de 0 à 10) deux jours après le passage aux urgences. Les critères de jugements secondaires étaient la régression de l'éruption cutanée, le taux de rechutes et l'apparition d'effets secondaires.

Résultats principaux : Cent patients ont été inclus, 50 dans chaque groupe. Sept patients du groupe intervention et huit du groupe témoin avaient arrêté le traitement. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre les deux traitements. Le score prurit est à 0 pour 62 % des patients du groupe intervention versus 76 % pour les patients du groupe témoin (différence de -14 % ; intervalle de confiance à 95 % : [-31-4]). Des rechutes ont été rapportées chez 30 % des patients du groupe intervention versus 24 % du groupe témoin (6 % [-23-11]). Des événements indésirables légers ont été signalés pour 12 % des patients du groupe intervention versus 14 % du groupe témoin. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

Commentaires : La méthodologie utilisée semble adaptée à l'objectif principal de l'étude. La principale limite de l'étude réside dans le suivi des patients qui était réalisé seulement par téléphone. L'urticaire aiguë est un motif classique d'admission aux urgences. Bien que le traitement initial par antihistaminiques soit bien codifié, certains auteurs suggèrent que l'addition de corticoïdes par voie orale est également utile [1]. Cependant, ce traitement n'est pas anodin et peut avoir des effets secondaires significatifs [2]. Cette étude démontre que l'ajout de prednisone à la lévocétirizine a peu d'intérêt dans le traitement de l'urticaire isolé et récent.

Références

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al (2014) The EAACI/GA (2) LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 69:868-87
2. Waljee AK, Rogers MA, Lin P, et al (2017) Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. *BMJ* 357:j1415

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

Motifs de prescription des opioïdes par les urgentistes et risque d'utilisation à long terme



Barnett ML, Olenski AR, Jena AB (2017) Opioid-prescribing patterns of emergency physicians and risk of long-term use. *N Engl J Med* 376:663-73

Problématique : Le taux de prescription d'opioïdes et le nombre de décès par surdosage ont quadruplé aux États-Unis au cours des trois dernières décennies [1]. Cette augmentation semble être liée aux prescriptions médicales. Cependant, les facteurs de variabilité de prescription par les médecins et les implications à long terme pour les patients sont méconnus.

Objectifs : Évaluer les motifs de variabilité de la prescription des opioïdes par des urgentistes au sein d'un même hôpital. Comparer le taux de patients utilisant les opioïdes à long terme dans l'année suivant la prescription aux urgences et en fonction de la fréquence de prescription d'opioïdes fréquente (« intensité faible ») ou non (« intensité élevée »).

Type d'étude : Analyse rétrospective des bénéficiaires du système *Medicare* ayant consulté aux urgences entre 2008 et 2011 et n'ayant pas eu de prescription d'opioïdes dans les six mois précédant la consultation aux urgences. Le critère de jugement principal était l'utilisation à long terme des opioïdes, définie par l'utilisation pendant au moins 180 jours d'opioïdes dans l'année suivant la consultation aux urgences. Le critère de jugement secondaire était le taux de reconsultation.

Résultats principaux : Au total, 277 629 patients ont été analysés : 215 678 dans le groupe « intensité faible » et 161 951 dans le groupe « intensité élevée ». Au sein d'un même service, les praticiens du groupe « intensité élevée » prescrivaient trois fois plus souvent d'opioïdes que les praticiens « intensité faible » (7 vs 24 % des consultations). Les patients du groupe « intensité faible » étaient plus âgés et avaient plus de maladies chroniques que le groupe « intensité élevée ». L'analyse non ajustée de l'utilisation d'opioïdes à long terme était significativement plus élevée dans le groupe « intensité élevée » (1,16 vs 1,51 %) (OR = 1,31 ; intervalle de confiance à 95 % : [1,24–1,39]). L'ajustement sur les caractéristiques des patients ne modifiait pas ce résultat (1,30 [1,23–1,37]). Cela signifie qu'il fallait traiter 48 patients pour avoir 1 patient consommateur à long terme d'opioïdes. Un effet palier était observé entre le pourcentage de patients consommant à long terme et le taux de prescription d'opioïdes par le praticien. Les patients du groupe « intensité élevée » consultaient à nouveau plus souvent aux urgences (9,96 vs 9,73 % ; 1,03 [1,00–1,05]) et plus pour des motifs de chute ou de fracture (4,56 vs 4,28 % ; 1,07 [1,03–1,11]). Il n'y avait pas de différence

chez les patients n'ayant pas été traités par opioïdes. Le délai de reconsultation pour douleur non contrôlée était comparable entre les deux groupes, 14 à 30 jours.

Commentaires : Bien que cette étude soit observationnelle et rétrospective, les résultats semblent robustes au niveau statistique. La principale limite de cette étude est un biais de sélection, car les auteurs ne se sont intéressés qu'à une tranche de la population consultant aux urgences. De plus, les auteurs ont étudié les conséquences de la prescription des opioïdes, mais n'ont pas analysé si la prescription était justifiée ou non. La faible différence, en valeur absolue, entre les deux groupes (0,23 %) peut sembler minime, mais les implications cliniques et économiques sont réelles. Le mésusage des opioïdes en France est à présent avéré [2]. La prescription des opioïdes doit donc dès à présent faire preuve d'une surveillance au sein des structures d'urgences.

Références

1. National Institute on Drug Abuse (2014) America's addiction to opioids: heroin and prescription drug abuse. <https://www.drugabuse.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2016/americas-addiction-to-opioids-heroin-prescription-drug-abuse> (Dernier accès le 21 octobre 2017)
2. Morley KI, Ferris JA, Winstock AR, Lynskey MT (2017) Polysubstance use and misuse or abuse of prescription opioid analgesics: a multi-level analysis of international data. *Pain* 158:1138–44

A. Chauvin

Service d'accueil des urgences,
centre hospitalier Lariboisière, AP-HP,
F-75010 Paris, France
E-mail : anthony.chauvin@aphp.fr

Les auteurs français ont publié

Y. Freund

Implementation of Alere i Influenza A & B point of care test for the diagnosis of influenza in an emergency department.

Trabattoni E, Le V, Pilmis B, Pean de Ponfilly G, Caisson C, Couzigou C, Vidal B, Mizrahi A, Ganansia O, Le Monnier A, Lina B, Nguyen Van JC.

Am J Emerg Med 2017 (in press)

Toujours cette vilaine grippe qui nous ennuie. Pendant l'épidémie 2016, l'implémentation d'un test diagnostique pour Influenza A et B — résultats garantis en 15 minutes — a permis d'augmenter significativement le pourcentage de patients avec un diagnostic de grippe, et de diminuer le temps de passage aux urgences.

Tetracycline use in the community may promote decreased susceptibility to quinolones in *Escherichia coli* isolates.

Batard E, Vibet MA, Thibaut S, Corvec S, Pivette J, Lepelletier D, Caillon J, Montassier E.

Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2017 (in press)

Large étude rétrospective utilisant les données combinées de l'assurance maladie et d'un réseau de laboratoires d'analyses. L'administration de tétracycline pourrait entraîner une baisse de la sensibilité des souches communautaires d'*E. coli* aux quinolones.

Targeted HIV screening in eight emergency departments: The DICI-VIH cluster-randomized two-period crossover trial.

Leblanc J, Hejblum G, Costagliola D, Durand-Zaleski I, Lert F, de Truchis P, Verbeke G, Rousseau A, Piquet H, Simon F, Pateron D, Simon T, Crémieux AC; DICI-VIH (Dépistage infirmier ciblé du VIH) Group.

Ann Emerg Med 2017 (in press)

Cette étude sponsorisée par le Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) visait à

évaluer l'intérêt d'un dépistage du VIH ciblé aux urgences, guidé par l'infirmière. Dans la période intervention, le dépistage ciblé avait un meilleur rendement : trois cas diagnostiqués sur 10 000 tests versus 0,8.

Impact of implementing national guidelines on antibiotic prescriptions for acute respiratory tract infections in pediatric emergency departments: an interrupted time series analysis.

Ouldali N, Bellêtre X, Milcent K, Guedj R, de Pontual L, Cojocar B, Soussan-Banini V, Craiu I, Skurnik D, Gajdos V, Chéron G, Cohen R, Alberti C, Angoulvant F.

Clin Infect Dis 2017 65:1469–1476

Les auteurs de cette étude multicentrique ont analysé les données collectées en prospectif sur sept centres pédiatriques pour des patients avec infection respiratoire aiguë. Après l'implémentation des recommandations de 2011 sur l'antibiothérapie, on note une décroissance significative du taux de prescription d'antibiotiques à large spectre, au profit de l'amoxicilline.

Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France: a randomized clinical trial.

Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot JP, Ganansia O, Maignan M, Yordanov Y, Delerme S, Doumenc B, Fartoukh M, Charestan P, Trognon P, Galichon B, Javaud N, Patzak A, Garrouste-Orgeas M, Thomas C, Azerad S, Pateron D, Boumendil A; ICE-CUB 2 Study Network.

JAMA 2017;318:1450–1459

Une belle association urgences-réanimation. Cet essai évaluait la proposition systématique d'admettre en réanimation les patients âgés sévères. Malgré une augmentation nette de ces admissions en soins intensifs, aucun bénéfice à six mois n'a pu être mis en évidence. Les urgentistes savent-ils spontanément quels patients proposer ?

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



P. Jabre

L'effet antalgique des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la lombalgie chronique est cliniquement faible

Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, et al. (2016) Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2: CD012087.

Problématique : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont couramment utilisés en seconde intention après le paracétamol dans le traitement de la lombalgie chronique.

Objectifs : Quel est l'effet antalgique des AINS dans les lombalgies chroniques communes ?

Résultats principaux : Six études mettent en évidence un effet antalgique significatif des AINS dans le traitement des lombalgies chroniques communes par rapport au placebo, avec un niveau de preuve scientifique très faible. De plus, l'effet est tellement minime qu'il est probablement non ressenti cliniquement. Si l'on exclut les études à haut risque de biais, la différence n'est plus significative. Il en est de même en ce qui concerne l'effet des AINS sur le handicap de la vie courante. Comparés au placebo, les effets indésirables des AINS ne semblent pas plus fréquents.

L'efficacité des AINS comparée à celle des autres antalgiques demeure imprécise.

Il n'existe pas de différence significative d'effet entre les AINS sélectifs et non sélectifs.

Commentaires : Le suivi relativement court des patients et la petite taille de l'échantillon ne permettent pas de détecter les effets indésirables graves et rares des AINS.

Docteur Yannick AUFFRET

Centre Hospitalier de Cornouaille
14 bis, avenue Yves-Thépot, F-29107 Quimper, France
y.auffret@ch-cornouaille.fr

Inefficacité du paracétamol dans les lombalgies aiguës et chroniques

Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, et al (2016) Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 6: CD012230.

Problématique : Le paracétamol est le traitement de première intention proposé par de nombreuses recommandations pour les patients qui présentent des lombalgies. Cependant, ces recommandations découlent d'un caractère indirect des données, puisque la majorité des résultats de ces études scientifiques ne portent pas sur des patients lombalgiques.

Objectifs : Quel est l'effet antalgique du paracétamol dans les lombalgies ?

Résultats principaux : Il existe un haut niveau de preuve scientifique en faveur de l'absence d'efficacité du paracétamol vs placebo dans la lombalgie aiguë (4 g/j) que ce soit à 1, 2, 4 et 12 semaines de traitement. Il en est de même pour la qualité de vie, le sommeil ou le recours à un traitement antalgique de secours. Il n'existe pas non plus de différence significative en ce qui concerne les effets indésirables.

Chez les patients qui présentent une lombalgie chronique, le paracétamol (1 g par prise) n'a pas d'action sur la réduction immédiate de la douleur (niveau de preuve scientifique faible).

Commentaires : Les auteurs soulignent la nécessité de nouvelles études dans la lombalgie chronique avant de retirer le paracétamol des recommandations.

Docteur Yannick AUFFRET

Centre hospitalier de Cornouaille
14 bis, avenue Yves-Thépot, F-29107 Quimper, France
y.auffret@ch-cornouaille.fr