

## Actualités en médecine d'urgence

### News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P.-G. Claret · D. Rerbal · J. Vaux · O. Ganansia · E. Cesareo · J.-P. Desclefs

© SFMU et Lavoisier SAS 2016

#### Prise en charge des patients sans domicile fixe aux urgences : une étude de cohorte multicentrique française



Feral-Pierssens AL, Aubry A, Truchot J, et al (2016) Emergency care for homeless patients: a French multicenter cohort study. *Am J Public Health* 106:893–8

**Problématique :** Le nombre de sans domicile fixe (SDF) a augmenté de 44 % en France entre 2001 et 2012. Les structures des urgences (SU)

sont concernées par la prise en charge des patients SDF dont l'état de santé est souvent précaire. Différents travaux ont montré que les SDF étaient admis à l'hôpital 10 à 15 ans plus tôt que la population générale pour les mêmes pathologies, et que leur taux de mortalité était plus élevé. De plus, les patients SDF ne recevraient pas systématiquement les mêmes soins que la population générale.

**Objectif :** Déterminer si la population de SDF bénéficie du même niveau de soins en SU que la population générale.

**Type d'études :** Étude de cohorte, prospective, multicentrique, menée pendant trois jours en mars 2015, dans 30 SU en France, urbaines et rurales, ayant entre 30 000 et 100 000 passages/an en 2014. Ont été inclus les patients adultes SDF et non SDF admis en SU pour des motifs médicaux de gravité équivalente. Le critère de jugement principal concerne la prescription d'examens complémentaires et de traitements. Les critères de jugement secondaires concernent le temps d'attente, le mode de sortie et le temps de passage en SU.

**Résultats principaux :** Cinq cent huit patients ont été inclus. Deux cent quatorze patients SDF et 214 non SDF ont été

analysés, après exclusion des patients SDF consultant pour un motif uniquement social. L'âge moyen des patients était de 43 ans, et 89 % étaient des hommes. Pour les patients SDF, 44 % avaient une assurance maladie, 46 % étaient Français et près de 80 % parlaient français. Les patients SDF avaient des antécédents plus nombreux que les patients témoins. Les motifs de venue en SU étaient similaires dans les deux groupes, mais les patients SDF étaient plus souvent alcoolisés (21 vs 4 % ; OR = 6,57 ; IC 95 % : [3,01–14,30]) et exprimaient moins souvent une plainte douloureuse (14 vs 35 % ; 0,35 [0,18–0,68]). Il n'a pas été retrouvé de différence significative de prise en charge entre les patients SDF et les patients non SDF. Le taux de prescription d'examens complémentaires et de traitements était comparable. Il n'y avait pas de différence concernant le temps d'attente ou le mode de sortie, mais le temps de passage était plus long pour les patients SDF (5,1 vs 3,3 heures ; différence = 1,9 [0,8–3,1]). Enfin, les patients SDF reconsultaient plus souvent dans le mois suivant leur admission (30 vs 9 % ; 4,18 [2,39–7,31]).

**Commentaires :** Cette étude, connue sous le nom de SECOURS, a le mérite d'étudier la prise en charge des patients SDF admis en SU dans notre pays en 2015. Des travaux nord-américains ont déjà étudié cette population, et en France quelques travaux effectués dans les années 2000 [1] ont montré que la prise en charge des patients SDF était difficile, avec des facteurs limitants importants (éthylisme, problèmes mentaux). Contrairement aux travaux précédents, les patients SDF bénéficient dans cette étude d'un même niveau de soins que les autres patients, en termes d'investigations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique. Le temps de passage est cependant plus important, possiblement dû à certaines problématiques d'hébergement. Ce travail a une bonne validité externe, car les centres choisis sont variés et représentatifs des SU françaises. Cependant,

l'étude n'a pas été conduite en aveugle. Il est donc possible qu'une attention plus particulière qu'à l'habitude ait été portée aux patients SDF pendant les trois jours de l'étude.

## Référence

1. Bihan H, Reach G (2008) Prise en charge des personnes diabétiques en grande précarité : quelle est la place des services d'accueil d'urgences ? *Med Mal Metab* 2:63-4

D. Rerbal

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

## Impact de la plateforme de réception des appels sur la survie dans les arrêts cardiaques extrahospitaliers



Ageron FX, Debaty G, Gayet-Ageron A, et al (2016) Impact of an emergency medical dispatch system

on survival from out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24:53

**Problématique :** L'appel à l'aide constitue le premier maillon de la chaîne de survie des arrêts cardiaques extrahospitaliers (ACEH). Alors qu'une réponse rapide et efficace est essentielle, l'existence de plusieurs numéros d'urgence, correspondant à différentes plateformes de réception des appels (Samu-Centre 15, centre de traitement des alertes (CTA) du service d'incendie et de secours (SIS), police), peut être à l'origine d'une confusion dans la population quant au service à contacter.

**Objectif :** Évaluer l'association entre la survie après un ACEH et le nombre de plateformes de réception des appels (plateforme unique commune aux différents numéros d'urgence vs plateformes multiples).

**Type d'étude :** Analyse rétrospective du registre des arrêts cardiaques du Réseau nord-alpin des urgences. Dans ce registre étaient inclus de façon prospective tous les ACEH survenus en Isère, en Savoie ou en Haute-Savoie et ayant motivé l'envoi de moyens de secours afin d'effectuer une réanimation cardiopulmonaire (RCP). L'analyse portait sur les ACEH d'origine présumée cardiaque, survenus entre janvier 2005 et décembre 2013, chez des patients majeurs ayant bénéficié d'une RCP. Un département disposait d'une plateforme unique de réception des appels, tandis que les deux autres disposaient chacun de deux plateformes distinctes (Centre 15 et CTA). L'événement étudié était la survie à

j30. La comparaison entre plateforme unique et plateformes multiples était effectuée par régression logistique incluant l'âge, le sexe, le numéro de téléphone composé (15 ou 18), le lieu de l'ACEH (domicile ou lieu public), la présence d'un témoin, le premier rythme cardiaque objectivé, la période de l'étude (2005-2010 ou 2011-2015) et l'orientation initiale vers une salle de cathétérisme cardiaque. Une seconde analyse était effectuée après appariement des patients sur un score de propension reflétant la probabilité d'être assigné à un système de plateformes uniques ou multiples.

**Résultats principaux :** Durant la période de l'étude, 6 871 ACEH ont été observés, dont 33 % dans le département disposant d'une plateforme unique. Le taux de survie à 30 jours était plus élevé en cas de plateforme unique que de plateformes multiples (8,2 vs 6,4 % ; OR = 1,30 ; IC 95 % : [1,07-1,57]). Cette association persistait après ajustement (OR ajusté = 1,70 [1,30-2,20]) et appariement sur le score de propension (OR ajusté = 2,00 [1,16-3,43]). En revanche, la survie n'était pas associée au nombre de plateformes lorsque le numéro composé était le 15. Dans les départements disposant de plusieurs plateformes, les témoins composant le 18 n'étaient pas mis en relation avec le Centre 15, et la probabilité de survie à 30 jours était plus faible en cas d'appel au 18 que d'appel au 15 (OR ajusté = 0,44 [0,32-0,63]). Cette association entre le numéro composé et la survie n'était pas observée dans le département disposant d'une plateforme unique.

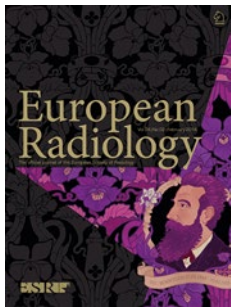
**Commentaires :** Il s'agit de la première étude évaluant l'association entre la survie après un ACEH et le nombre de plateformes de réception des appels. L'article est clair et les analyses statistiques sont pertinentes et détaillées. Plusieurs éléments explicatifs, observés dans cette étude, sont mis en avant par les auteurs pour expliquer la probabilité de survie plus élevée en cas de plateforme unique : le délai plus court entre l'appel et l'arrivée sur place des secours (qui résulterait de l'économie d'un appel du Centre 15 vers le CTA et donc de l'optimisation du temps de déclenchement des premiers secours) et le taux plus élevé de RCP par le premier témoin (qui serait consécutif à la régulation par un médecin urgentiste plutôt que par un secouriste, cas le plus fréquent dans les plateformes uniques). Une plateforme unique permettrait donc d'associer la rapidité des premiers secours du SIS aux compétences du Centre 15 en matière de régulation. Toutefois, comme en témoigne l'absence d'association entre la survie et le nombre de plateformes dans le sous-groupe des appels au Centre 15, le principal facteur d'amélioration semble être la qualité du traitement de l'appel plutôt que la rapidité d'engagement des premiers secours. Il serait réducteur de conclure de cette étude qu'une généralisation des plateformes uniques est nécessaire. Des solutions alternatives, telles qu'une meilleure formation du

personnel des CTA à la reconnaissance de l'arrêt cardiaque et à la guidance téléphonique de la RCP ou l'amélioration de l'interconnexion 15–18, pourraient être efficaces.

J. Vaux

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

### Le scanner abdominal non injecté systématique chez les personnes âgées présentant un syndrome abdominal aigu améliore le diagnostic dans les structures des urgences et la prise en charge clinique



Millet I, Sebbane M, Molinari N, et al (2016) Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management. Eur Radiol [Epub ahead of print]

**Problématique :** Les douleurs abdominales représentent 3 à 13 %

des consultations en structures des urgences (SU) des personnes âgées dont le diagnostic est plus difficile à faire. Pour les personnes âgées, les douleurs abdominales ont un plus grand taux de mortalité, d'hospitalisation et d'actes chirurgicaux que chez les plus jeunes. Le délai avant chirurgie est également un facteur aggravant la mortalité. Le scanner non injecté permet de diagnostiquer de nombreuses pathologies et permettrait, en systématique chez les personnes âgées, des diagnostics précoces sans les risques associés à l'injection de produit de contraste.

**Objectif :** Comparer le diagnostic et la prise en charge d'une population de personnes âgées en SU, présentant une douleur abdominale aiguë non traumatique de moins de huit jours.

**Type d'étude :** Étude prospective, monocentrique, réalisée entre mai 2012 et avril 2014 dans une SU universitaire chez 401 patients consécutifs de plus de 75 ans. Sont exclus les douleurs traumatiques, les patients ayant eu un scanner dans la semaine précédente et les troubles cognitifs évolués. Trois stratégies sont comparées : diagnostic et thérapeutique préétablie avant le scanner ; diagnostic et thérapeutique découlant d'un scanner demandé par l'urgentiste (sans ou avec injection de produit de contraste) ; diagnostic et thérapeutique après scanner systématique avec une évaluation à trois mois.

**Résultats principaux :** Le scanner systématique améliore le diagnostic (85 vs 77 % ;  $p < 0,001$ ) et la prise en charge (96 vs 88 % ;  $p < 0,001$ ). Il améliore le choix de la sortie de 10 % et l'hospitalisation de 5,7 %. Il améliore l'intervalle

de confiance de tous les diagnostics comparés à la pratique courante. Pour le groupe avec scanner systématique, dans 30 % des cas, le diagnostic précis a pu être posé grâce au scanner avec une adaptation de la prise en charge dans 37 % des cas. Pour 54 % des patients ayant eu une injection de produit de contraste, le diagnostic fut concordant dans 89 % des cas et différent pour 10 %. Parmi ceux-là, 6,4 % ont eu leur diagnostic modifié, et des patients qui devaient sortir ont été hospitalisés. Les scanners révèlent aussi 6,7 % de néoplasie non connue.

**Commentaires :** Les résultats montrent une amélioration des diagnostics, des choix d'orientation et des prises en charge. L'étude montre également l'optimisation des hospitalisations par l'accroissement des retours à domicile justifiés. L'évaluation à trois mois permet d'avoir un recul suffisant pour avoir une vision globale du patient et diffère des autres études qui évaluaient essentiellement à la sortie des SU. Les quatre diagnostics principaux retrouvés (fécalome, occlusion, complications biliaires et pyélonéphrites) sont les mêmes que dans la littérature. L'injection de produit de contraste n'apporte des informations complémentaires que dans 6,4 % des cas, modifiant la prise en charge dans 1,4 % des cas, ce qui tend à montrer que des scanners abdominaux non injectés permettent des diagnostics valides. Les limites de ce travail sont celles d'une étude monocentrique, dans un centre qui a déjà un taux de demande de scanner élevé (78 % vs moins de 60 % dans les autres études), mais peut être influencé par les inclusions. L'expérience de l'urgentiste n'était pas prise en compte. La place de l'échographie et l'accès au scanner peuvent être discutés si les SU devaient utiliser ce protocole en systématique. Il n'en reste pas moins que cette étude montre un réel intérêt à cette pratique.

O. Ganansia

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

### Pratique de la cricothyroïdectomie en urgence : étude randomisée en *cross-over*, réalisée sur cadavres, comparant trois techniques courantes



Heymans F, Feigl G, Graber S, et al (2016) Emergency cricothyrotomy performed by surgical airway-naïve medical personnel: a randomized crossover study in cadavers comparing three commonly used techniques. Anesthesiology 125:295–303

**Problématique :** La cricothyroïdectomie est proposée comme une

technique d'oxygénation de sauvetage en cas d'impossibilité d'intubation ou de ventilation. Au bloc opératoire, en dépit des avantages incontestables apportés par l'apparition des vidéolaryngoscopes, elle apparaît comme dernière étape dans l'algorithme de l'intubation et de la ventilation impossibles après induction d'une anesthésie générale [1,2]. Elle apparaît également comme ultime étape en médecine d'urgence préhospitalière [3]. Ce scénario reste rare et le niveau d'expertise de la technique est faible puisque la pratique d'au minimum quatre cricothyroïdotomies sur mannequin est nécessaire avant d'atteindre un taux de réussite supérieur à 95 % [4]. Ainsi, alors que plusieurs techniques sont possibles, il est important de déterminer quelle est la plus fiable ou la plus performante.

**Objectif :** Comparer l'efficacité et la sécurité entre trois méthodes de réalisation d'une cricothyroïdotomie se référant soit à un abord percutané avec usage de kits commercialisés (set de Melker et Quicktrach II), soit à un abord chirurgical.

**Type d'étude :** Étude randomisée, en *cross-over*, avec 20 étudiants en médecine de quatrième année. Après une formation théorique (80 minutes) et pratique identique en durée pour chacune des trois techniques utilisées (20 minutes), chaque étudiant devait réaliser les trois types de cricothyroïdotomies sur trois cadavres frais différents (ordre aléatoire). L'étude a donc inclus 60 cadavres répartis en deux groupes égaux en fonction de la circonférence cervicale. Le critère de jugement principal était le taux de réussite de la technique, défini par un contrôle fibroscopique de la position intratrachéale de la canule de ventilation et à une durée de pose inférieure à trois minutes.

**Résultats principaux :** Les différences biométriques entre les groupes n'étaient pas significatives. La membrane cricothyroïdienne était facilement palpable chez 51 cadavres, difficilement palpable chez cinq cadavres et non identifiable chez quatre cadavres. Quarante-vingt-quinze pour cent ( $n = 19$ ) des cadavres ayant bénéficié de la technique chirurgicale ont eu une cricothyroïdotomie réalisée avec succès. Par contre, les deux techniques percutanées ont eu un taux de réussite significativement inférieur : 55 % (11) après utilisation du Quicktrach II et 50 % (10) après utilisation du set de Melker ( $p = 0,025$ ). La majorité des échecs rapportés étaient secondaires à un mauvais placement de la canule, à l'exception du groupe « set de Melker » pour lequel six procédures sur dix échecs étaient liées à une durée du geste supérieure à trois minutes. La moyenne de durée des procédures réalisées avec succès était de  $94 \pm 35$  secondes dans le groupe chirurgie,  $77 \pm 34$  secondes dans le groupe « Quicktrach II » et  $149 \pm 24$  secondes dans le groupe « set de Melker » ( $p < 0,01$ ).

**Commentaires :** Face au scénario catastrophe « *je ne peux ni intuber ni ventiler* », il n'existe que quelques techniques

pour oxygéner un patient, en particulier en médecine d'urgence préhospitalière quand l'équipe est parfois isolée. La cricothyroïdotomie est la dernière étape dans les algorithmes, mais la décision de réalisation du geste ne doit pas être trop tardive du fait d'un possible arrêt cardiaque hypoxique. Heureusement, ce scénario est rare. Pour autant, la technique de la cricothyroïdotomie doit être maîtrisée par tous les praticiens de médecine d'urgence imposant aux formateurs la réalisation périodique d'ateliers pratiques avec mannequins ou cadavres. Dans cette étude, il existe une différence significative en faveur de la pratique d'une cricothyroïdotomie chirurgicale (adoptée dans les recommandations anglaises [2]). Cependant, le choix d'étudiants en médecine non familiarisés avec la méthode de Seldinger a probablement modifié les résultats comme en témoignent les six procédures supérieures à trois minutes. Les mérites de cette étude résident dans le renforcement mental à la préparation du geste et au rappel théorique des procédures possibles.

## Références

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al (2013) Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 118:251–70
2. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al (2015) Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth* 115:827–48
3. Combes X, Jabre P, Margenet A, et al (2011) Unanticipated difficult airway management in the prehospital emergency setting: prospective validation of an algorithm. *Anesthesiology* 114:105–10
4. Wong D, Prabhu A, Coloma M, et al (2003) What is the minimum training required for successful cricothyroidotomy? A study in mannequins. *Anesthesiology* 98:349–53

E. Cesareo

Pôle URMARS—groupe hospitalier Édouard-Herriot,  
5, place d'Arsonval, F-69437 Lyon cedex 03, France  
Correspondance : eric.cesareo@chu-lyon.fr

## La colle cutanée réduit le taux d'événements indésirables liés à la pose de cathéters intraveineux périphériques dans les structures d'urgence : un essai randomisé contrôlé



Bugden S, Shean K, Scott M, et al (2016) Skin glue reduces the failure rate of emergency department-inserted peripheral intravenous catheters: a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 68:196–201 (numéro Australian New Zealand clinical trials registry: ACTRN12612001212842)

**Problématique :** La voie intraveineuse périphérique est la voie d'abord la plus utilisée chez les patients hospitalisés et est souvent initiée en structure des urgences (SU). Or, dans 33 à 69 % des cas, il survient un événement indésirable 48 heures après la pose, nécessitant le retrait de la voie intraveineuse. Ces événements sont principalement l'infection, la phlébite, l'occlusion ou le délogement. Ces complications sont corrélées à une mauvaise fixation du cathéter à la peau.

**Objectif :** L'hypothèse de l'étude est que l'adjonction de colle cutanée au site de perfusion au moment de la pose du cathéter permet de diminuer le taux d'événements indésirables à 48 heures.

**Type d'étude :** Essai randomisé, contrôlé, monocentrique, ouvert, réalisé de novembre 2012 à mars 2013. L'étude comporte deux groupes, le groupe témoin avec fixation habituelle du cathéter par un film transparent en polyuréthane et le groupe intervention avec ajout de colle cutanée à base de cyanoacrylate (une goutte au point de perfusion et une goutte sous le cathéter) en plus de la fixation habituelle. Le critère de jugement principal était le taux de survenue d'événement indésirable lié au cathéter intraveineux, toutes causes confondues (infection, phlébite, occlusion ou délogement) à 48 heures de la pose.

**Résultats principaux :** Pose de 380 perfusions chez 360 patients, dont 184 dans le groupe témoin et 176 dans le groupe intervention. Onze patients ont été perdus de vue, amenant à 369 voies veineuses analysées. Le taux global d'événement indésirable a été de 27 % dans le bras témoin versus 17 % dans le bras intervention ( $p = 0,02$ ). L'analyse en sous-groupe montre que le taux de délogement du cathéter diminuait de 14 à 7 % dans le groupe intervention ( $p = 0,04$ ). En revanche, les taux de phlébites et d'occlusions

n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Enfin, aucune infection du site de perfusion n'a été mise en évidence au cours de l'étude.

**Commentaires :** La sécurisation de la fixation du cathéter, ainsi que de la porte d'entrée infectieuse qu'il constitue, est un sujet important, afin d'éviter des complications induites par le matériel médical. Il apparaît dans cette étude que la colle cutanée pourrait être une solution diminuant le risque de délogement du cathéter, dont les causes principales sont l'arrachage accidentel par le patient lui-même ou par le personnel. La question de la fixation du cathéter est notamment intéressante en médecine d'urgence extrahospitalière où la mobilisation du patient est plus importante. Cependant, les conditions de perfusion n'étant pas optimales en extrahospitalier, le taux d'infection serait à étudier. Par ailleurs, l'étude aborde les complications à 48 heures. Il serait intéressant de prolonger la surveillance de la voie veineuse, car si la pose de colle cutanée permet de diminuer la survenue d'événements indésirables, ce mode de fixation permettrait peut-être de maintenir le cathéter plus longtemps que les 96 heures actuellement recommandées. Enfin, le point qui n'a pas été abordé dans l'étude est le retrait du cathéter. En effet, la colle cutanée possède un fort pouvoir adhésif. Il paraît nécessaire d'évaluer la douleur du retrait et d'étudier l'aspect cutané après le retrait du cathéter, notamment chez les personnes âgées ayant une peau plus fragile.

J.-P. Desclefs

Samu 91–Smur de Corbeil-Essonnes, centre hospitalier  
Sud-Francilien, F-91100 Corbeil-Essonnes, France  
Correspondance : [jp.desclefs@gmail.com](mailto:jp.desclefs@gmail.com)

## Les auteurs français ont publié

Y. Freund

### Preparing drugs for infusion via syringe pump: a key step to ensure homogeneous concentration

Garrigue B, Dehu Y, Girault F, Figadère B, Leblanc K, Briole N, Capitani GA, Lagadec S, Laborne FX (2016) Crit Care Nurse 36:36–44

*On commence par un bel exemple de recherche paramédicale en médecine d'urgence. Où l'on démontre qu'il faut bien mélanger la seringue avant de préparer une injection par seringue électrique pour que la concentration administrée du produit soit constante.*

### Early identification of patients with out-of-hospital cardiac arrest with no chance of survival and consideration for organ donation

Jabre P, Bougouin W, Dumas F, Carli P, Antoine C, Jacob L, Dahan B, Beganton F, Empana JP, Marijon E, Karam N, Loupy A, Lefaucheur C, Jost D, Cariou A, Adnet F, Rea TD, Jouven X (2016) Ann Intern Med 13:1–9

*Analyse rétrospective de deux cohortes et d'un essai multicentrique. Les patients victimes d'arrêt cardiaque extrahospitalier qui ne vérifient aucune des trois conditions suivantes n'ont quasiment aucune chance de survie (0 %, IC 95 % : [0–0,5]) :*

- arrêt cardiaque devant urgentiste ou paramedic (pom-pier, etc.) ;
- rythme initial choquable ;
- reprise d'activité cardiaque spontanée avant la troisième dose d'adrénaline.

*L'association de ces critères pourrait permettre de réfléchir au plus tôt à une prise en charge dirigée vers un éventuel don d'organe.*

### Effectiveness and cost-effectiveness of telephone consultations for fever or gastroenteritis using a formalised procedure in general practice: study protocol of a cluster randomised controlled trial

Reuter PG, Desmettre T, Guinemer S, Ducros O, Begey S, Ricard-Hibon A, Billier L, Grignon O, Megy-Michoux I, Latouff JN, Sourbes A, Latier J, Durand-Zaleski I, Lapos-tolle F, Vicaut E, Adnet F (2016) Trials 17:461

*Publication du protocole d'un essai randomisé en cluster évaluant l'intérêt de consultations téléphonique*

*formalisées, dans le cadre d'appel au Centre 15 pour des motifs, dirons-nous, mineur — de type fièvre ou gastroentérite. Les investigateurs évalueront si cette réponse donnée en dehors des heures ouvrables pourrait limiter le recours aux consultations d'urgences.*

### Management of suspected acute heart failure dyspnea in the emergency department: results from the French prospective multicenter: DeFSSICA survey

Chouihed T, Manzo-Silberman S, Peschanski N, Charpen-tier S, Elbaz M, Savary D, Bonnefoy-Cudraz E, Laribi S, Henry P, Girerd N, Zannad F, El Khoury C (2016) Scand J Trauma, Resusc Emerg Med 24:112

*Étude observationnelle sur 26 services d'urgence, analysant près de 700 patients avec dyspnée et suspicion d'insuffisance cardiaque aiguë (ICA). Les patients pour lesquels ce diagnostic a été confirmé étaient plus âgés et plus souvent hypertendus. On note à nouveau la sous-utilisation des dérivés nitrés pourtant recommandés dans le traitement ainsi que celle de l'échographie aux urgences.*

### Characteristics and outcomes for acute heart failure in elderly patients presenting to the ED

Claret PG, Stiell IG, Yan JW, Clement CM, Rowe BH, Calder LA, Perry JJ (2016) Am J Emerg Med (Epub ahead of print)

*En écho à la précédente, étude observationnelle évaluant les caractéristiques des patients en ICA. Les patients de plus de 80 ans présentaient une pression artérielle systolique plus élevée que dans la population plus jeune. Cette étude confirme à nouveau la gravité de cette pathologie aiguë, avec un taux de complications à court terme de 14 %.*

### The impact of emergency department segmentation and nursing staffing increase on inpatient mortality and management times

Claret PG, Bobbia X, Olive S, Demattei C, Yan J, Cohendy R, Landais P, de la Coussaye JE (2016) BMC Health Serv Res 16:279

*Du même auteur, étude « avant–après » de l'impact d'une nouvelle organisation architecturale et organisationnelle des urgences. Le service a été segmenté en sept secteurs*

différents en mai 2011. On retrouve une diminution significative de la mortalité après la mise en place de la nouvelle organisation, ainsi que du temps d'attente. Le tout, sans personnel médical supplémentaire. Limite : on attend encore les résultats des tests antidopage.

#### **Modeling the effectiveness of nebulized terbutaline for decompensated chronic obstructive pulmonary disease patients in the emergency department**

Gueho F, Beaune S, Devillier P, Urien S, Faisy C (2016) *Medecine* 2016 95:e4553

*Dans cette étude prospective, les auteurs cherchent à modéliser la délivrance de terbutaline inhalée chez les patients en décompensation de BPCO. Il n'est mis en évidence que ni le débit ni la dose totale délivrée ne puissent améliorer le patient. On en arriverait même à se demander si, après tout, les bêta-2-agonistes ont un intérêt dans cette indication...*

#### **Treatment of acute renal colic in US and French EDs: simulated cases and real cases in acute pain management**

Boune V, Vallé B, Concina F, Lauque D, Ducassé JL, Edlow JA (2016) *Am J Emerg Med* (Epub ahead of print)

*Étude franco-américaine comparant le traitement de la colique néphrétique entre des cas simulés et la pratique clinique réelle. Dans la vraie vie, les patients reçoivent moins d'opiacés et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) que sur le papier. On note que l'Américain a un penchant plus prononcé pour la morphine et le Coca-Cola, et le Français pour les AINS et l'Aloxe-Corton.*

#### **Is there an association between prior anti-inflammatory drug exposure and occurrence of peritonsillar abscess (PTA)? A national multicenter prospective observational case-control study**

Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, Bourigault C, Asseray N, Ballereau F, Caillon J, Ferron C, Righini C, Batard E, Potel G (2016) *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (ahead of print)

*Personne n'a jamais pu prouver une quelconque causalité de la prise d'AINS sur le développement d'une infection. Et pourtant, cette légende persiste ! Vrai ou faux ? Ce n'est toujours pas cette publication qui nous répondra. On retrouve encore une association entre automédication par AINS et abcès amygdalien, mais association n'est pas causalité. Randomisons, randomisons !*

#### **Validation of the PECARN clinical decision rule for children with minor head trauma: a French multicenter prospective study**

Lorton F, Poullaouec C, Legallais E, Simon-Pimmel J, Chêne MA, Leroy H, Roy M, Launay E, Gras-Le Guen C (2016) *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24:98

*Étude de validation externe de la règle PECARN guidant l'utilisation de la TDM cérébrale chez les enfants après traumatisme crânien mineur. Sur 1 500 enfants inclus, moins de 1 % présentait des lésions, et aucun classé « bas risque » par la règle PECARN, ce qui fait que la règle testée donne d'excellentes caractéristiques. Notons tout de même que, vu la faible prévalence dans cette population, « pile ou face » aurait aussi donné une VPN à 100 % (IC 95 % : [99–100]).*

#### **Compliance with the current recommendations for prescribing antibiotics for paediatric community-acquired pneumonia is improving: data from a prospective study in a French network**

Launay E, Levieux K, Levy C, Dubos F, Martinot A, Vrignaud B, Lepage F, Cohen R, Grimprel E, Hanf M, Angoulvant F, Gras-le Guen C (2016) *BMC Pediatr* 16:126

*Étude prospective sur le traitement aux urgences de plus de 3 000 enfants (âge médian de trois ans) avec un diagnostic de pneumonie aiguë communautaire. Près de la moitié des prescriptions d'antibiotique n'était pas conforme aux recommandations. Il semble que ce taux diminue avec le temps, et les auteurs présentent quelques facteurs associés à un risque supérieur d'erreur de prescription.*