

## Actualités en médecine d'urgence

### News in Emergency Medicine

Rédacteurs associés : P. G. Claret · C. Moser · J. Duchenne · B. Dahan · E. Cesareo

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

#### Caractéristiques des critères Sepsis-3 pour prédire la mortalité intrahospitalière des patients ayant une infection et se présentant en structure des urgences



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 [Epub ahead of print]. Numéro clinicialtrials.gov : NCT02738164

**Problématique :** Le sepsis est responsable de 10 % des admissions en réanimation et conduit à une mortalité intrahospitalière de 10 à 20 %. Une révision de la définition du sepsis a été publiée en 2016 par un groupe de travail international [1]. Le sepsis y est défini comme une dysfonction d'organe secondaire à une réponse inappropriée de l'hôte envers une infection. La dysfonction d'organe y est définie comme une augmentation supérieure ou égale à 2 du score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Le qSOFA (*quick* SOFA) est plus rapide à calculer et accorde un point pour chacun des trois items suivants : 1) fréquence respiratoire supérieure ou égale à 22/minute ; 2) conscience altérée ; 3) pression artérielle systolique inférieure ou égale à 100 mmHg. Un qSOFA supérieur ou égal à 2 est également proposé pour aider à définir le sepsis. Cependant, ces scores cliniques et ces seuils n'ont été dérivés et validés que de manière rétrospective.

**Objectifs :** Valider de manière prospective le qSOFA comme score prédictif de mortalité et le comparer aux performances prédictives des critères de réponse inflammatoire systémique (SIRS) et de sepsis grave.

**Type d'étude :** Étude internationale, prospective, de cohorte. Trente centres, dont 24 universitaires, ont participé à cette étude conduite en France (27 centres), en Espagne, en Belgique et en Suisse entre mai et juin 2016. Tous les patients se présentant en structure des urgences (SU) et suspects d'infection ont été inclus consécutivement. Ont été collectés le devenir des patients avec pour critère principal la mortalité intrahospitalière, ainsi que les variables nécessaires au calcul des scores.

**Résultats principaux :** Sur les 1 088 patients inclus, 879 ont été analysés. L'âge médian des patients était de 67 ans (espace interquartile : 47–81), 414 (47 %) étaient des femmes et 379 (43 %) avaient une infection respiratoire. La mortalité intrahospitalière était de 8 %, de 3 % pour les patients avec un qSOFA inférieur à 2 et de 24 % pour ceux ayant un qSOFA supérieur ou égal à 2 (différence absolue : 21 % ; intervalle de confiance à 95 % : [15–26]). L'aire sous la courbe ROC (*receiver operating characteristic*), pour prédire la mortalité intrahospitalière, est meilleure avec le qSOFA (0,80 [0,74–0,85]) qu'avec les critères de SIRS et de sepsis (0,65 [0,59–0,70]), tandis que l'aire sous la courbe ROC du score SOFA est de 0,77 [0,71–0,82]. Après ajustement sur l'âge et le site d'infection, les auteurs montrent qu'un qSOFA supérieur ou égal à 2 est associé à un rapport des risques instantanés (hasard ratio [HR]) de 6,2 [3,8–10,3]. La précédente définition du sepsis grave est associée à un HR = 3,5 [2,2–5,5]. L'ajout de la lactatémie au qSOFA n'améliore pas ses caractéristiques prédictives.

**Commentaires :** Dans cette ambitieuse étude prospective internationale, les auteurs montrent que le score qSOFA est plus performant que les critères de SIRS ou de sepsis grave pour prédire le devenir des patients et en particulier la mortalité intrahospitalière. De plus, les auteurs montrent sur cette cohorte que l'utilité pronostique de la lactatémie est quasiment nulle lorsque le qSOFA est calculé. Ces éléments

sont en faveur d'une large utilisation du qSOFA en SU. Si les résultats de cette étude ont une pertinence clinique importante, celle-ci ne s'est malheureusement pas intéressée au devenir des patients une fois sortis de l'hôpital. De plus, les auteurs ont calculé le qSOFA à partir des plus mauvaises valeurs des variables enregistrées. Ces résultats ne peuvent donc pas être utilisés pour trier le patient à l'entrée de la SU. Une prochaine étude évaluant l'intérêt pronostique de la variation du qSOFA à une et trois heures devrait permettre de répondre à cette limite.

## Référence

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

P.-G. Claret

Pôle anesthésie-réanimation douleur urgences,  
CHU de Nîmes, F-30000 Nîmes, France  
pierre.geraud.claret@gmail.com

## Association entre l'initiation du remplissage vasculaire dans les 30 minutes de l'identification d'un sepsis sévère et d'un choc septique avec la réduction de la mortalité et de la durée de séjour



Leisman D, Wie B, Doerfler M, et al (2016) Association of fluid resuscitation initiation within 30 minutes of severe sepsis and septic shock recognition with reduced mortality and length of stay. *Ann Emerg Med* 68:298–311

**Problématique :** La prise en charge du sepsis est un enjeu majeur en médecine d'urgence. De nombreuses études ont été publiées sur cette prise en charge qui doit être la plus précoce possible, en particulier en ce qui concerne l'antibiothérapie [1,2]. Par contre, peu d'études se sont intéressées au remplissage vasculaire en lui-même et à sa rapidité d'initiation.

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'association entre l'initiation du remplissage vasculaire dans les 30 minutes de l'identification d'un sepsis sévère et d'un choc septique avec la réduction de la mortalité intrahospitalière. Une analyse secondaire a permis d'évaluer la relation entre le remplissage dans les 30 minutes, entre 31 à 60 minutes, 61 à 180 minutes, ou plus de 180 minutes et la mortalité intrahospitalière. Était également déterminée la

relation entre un remplissage précoce et la durée de séjour hospitalière.

**Type d'étude :** Étude de cohorte prospective dans un centre hospitalier urbain admettant 90 000 patients/an en structure des urgences (SU). Le critère de jugement principal était la mortalité intrahospitalière.

**Résultats principaux :** Entre septembre 2013 et septembre 2014, 1 866 patients en sepsis sévère ou choc septique ont été inclus. Mille cent quatre-vingt-treize sujets (64 %) ont eu un remplissage initié dans les 30 minutes de l'identification du sepsis sévère ou du choc septique. Pour ces patients, le délai médian d'initiation du remplissage était de 8 minutes (espace interquartile : 0–12), et le délai médian d'initiation des antibiotiques était de 39 minutes (10–90). La mortalité intrahospitalière était plus basse dans le groupe ayant reçu le remplissage avant 30 minutes (13 % ; IC 95 % : [11–15] vs 18 % [15–21]). La durée de séjour hospitalière était également plus courte dans ce groupe (6 [6–7] vs 7 jours [7–9]). Après analyse multivariée, l'initiation du remplissage dans les 30 minutes était associée à une diminution de la mortalité intrahospitalière (odds ratio = 0,63 [0,46–0,86]) et une diminution de la durée de séjour de 12 % (hasard ratio = 1,14 [1,02–1,27]). L'analyse secondaire n'a pas montré de différence significative pour la mortalité dans les autres groupes de délai d'initiation du remplissage.

**Commentaires :** Cette étude fait suite à de nombreuses autres sur la prise en charge précoce des patients en sepsis sévère ou en choc septique. Elle se concentre sur le remplissage vasculaire, en particulier sur le délai d'initiation de celui-ci. Les auteurs ont montré qu'il existait une association entre l'initiation d'un remplissage vasculaire précoce, la diminution de la mortalité intrahospitalière et la durée de séjour. Plusieurs limites peuvent être discutées. Premièrement, les données sur le volume et la durée totale n'ont pas été renseignées. Ce manque de données est possiblement un facteur confondant dans l'analyse. Deuxièmement, les auteurs n'ont pas pu calculer de scores de gravité comme les scores APACHE ou SOFA. Cependant, l'analyse multivariée a été ajustée sur la lactatémie, le score de triage et une éventuelle dysfonction d'organe. Troisièmement, les auteurs n'ont pas fait la différence entre sepsis sévère ou choc septique. Enfin, l'étude n'étant pas randomisée, le lien de causalité entre remplissage vasculaire précoce et mortalité n'est pas démontré.

## Références

1. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al (2013) Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med* 39:165–228
2. Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al (2006) Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the

critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 34:1589–96

C. Moser

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

### Évaluation diagnostique d'un algorithme de dosage de troponine T hypersensible à zéro et à une heure pour l'exploration diagnostique d'une suspicion d'infarctus du myocarde



Mueller C, Giannitsis E, Christ M, et al (2016) Multicenter evaluation of a 0-hour/1-hour algorithm in the diagnosis of myocardial infarction with high-sensitivity cardiac troponin T. Ann Emerg Med 68:76–87.e4

**Problématique :** L'exploration diagnostique d'un patient présentant des symptômes évoquant un infarctus du

myocarde (IDM) nécessite un dosage de troponine, à répéter si le début des symptômes est précoce. Les recommandations de la Société européenne de cardiologie préconisent l'utilisation d'un dosage hypersensible de troponine avec un contrôle à une ou trois heures selon certaines conditions [1]. Ces deux algorithmes sont recommandés avec un grade IB.

**Objectifs :** Validation externe et applicabilité en pratique courante d'un algorithme de dosage hypersensible de troponine T (cTnT-hs) à zéro et à une heure pour le diagnostic ou l'exclusion d'un IDM.

**Type d'étude :** Évaluation multicentrique et internationale d'un test diagnostique (12 sites sur trois continents). La technique de dosage de cTnT-hs était l'Elecys 2010 (Roche Diagnostic®, Penzberg, Germany). Les patients qui avaient une cTnT-hs inférieure à 12 ng/l à l'admission et une variation inférieure à 3 ng/l étaient classés dans le groupe « *rule-out* », les patients qui avaient une cTnT-hs supérieure à 52 ng/l ou une variation supérieure à 5 ng/l étaient classés dans le groupe « *rule-in* » et les autres patients dans le groupe « *observation* ».

**Résultats principaux :** Entre 2011 et 2013, sur 1 458 patients, 1 282 patients ont été inclus dans l'analyse. Le diagnostic d'IDM a été établi pour 213 patients (17 %, dont 21 présentaient un sus-décalage du segment ST) et 167 patients ont eu un diagnostic d'angor instable. La répartition des patients dans les groupes « *rule-out* », « *observation* » et « *rule-in* » était respectivement de 63, 22 et 14 %. Dans le groupe « *rule-out* », sept patients sur 813 ont eu un

diagnostic d'IDM. La valeur prédictive négative de l'algorithme pour les patients classés dans le groupe « *rule-out* » était de 99 % (IC 95 % : [98–100]). La valeur prédictive positive des patients classés dans le groupe « *rule-in* » était de 77 % [70–83]. L'analyse en sous-groupe, excluant les patients qui présentaient un sus-décalage du segment ST, retrouvait des résultats identiques. La mortalité cumulée à 30 jours des patients des groupes « *rule-out* », « *observation* » et « *rule-in* » était respectivement de 0,1, de 0,7 et de 2,7 %. La mortalité cumulée à un an pour les mêmes groupes était respectivement de 0,7, de 9,6 et de 8,9 %.

**Commentaires :** Cette étude utilisant un algorithme à une heure retrouve des résultats similaires aux études antérieures utilisant des algorithmes à trois heures et réputés avoir une valeur prédictive négative entre 98 et 100 % [1]. Elle participe à trois réflexions intéressantes. Premièrement, les patients sont maintenant classés précisément et rapidement dans des catégories (« *rule-out* », « *rule-in* » et « *observation* ») qui permettent d'accélérer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique. Nous ne sommes plus uniquement dans une stratégie d'exclusion du diagnostic d'IDM. Pour les patients de la catégorie « *rule-out* », les plus nombreux, la rapidité de la classification avec un algorithme à une heure permet au clinicien de s'orienter plus rapidement vers la recherche de diagnostics alternatifs à une coronaropathie, en conservant à l'esprit que les angor instables passent, par définition, dans les mailles du filet de la biologie. Deuxièmement, les algorithmes de dosages de cTnT-hs à une heure sont maintenant plus étudiés que les algorithmes à trois heures réputés être la référence. Troisièmement, les algorithmes à une heure utilisent les limites des capacités des techniques de dosage actuelles [2]. Ainsi, avant d'utiliser un tel algorithme qui apparaît donc spécifique à une technique de dosage, il est nécessaire qu'il ait été validé par des études cliniques d'impact, comme celle-ci, incluant la mortalité.

### Références

1. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al (2016) Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 37:267–315
2. Chenevier-Gobeaux C, Lefevre G, Bonnefoy-Cudraz E, et al (2016) Why a new algorithm using high-sensitivity cardiac troponins for the rapid rule-out of NSTEMI is not adapted to routine practice. Clin Chem Lab Med 54:e279–e80

J. Duchenne

Pôle d'addictologie et de médecine d'urgence,  
centre hospitalier Henri-Mondor, F-15000 Aurillac, France  
j.duchenne@ch-aurillac.fr

## Prévalence des embolies pulmonaires parmi les patients hospitalisés pour syncope



Prandoni P, Lensing AW, Prins MH, et al (2016) Prevalence of pulmonary embolism among patients hospitalized for syncope. *N Engl J Med* 375:1524–31

**Problématique :** L'embolie pulmonaire (EP) fait partie des diagnostics à évoquer devant une syncope. Cependant, les recommandations de

la Société européenne de cardiologie et de l'American Heart Association insistent peu sur ce point. De plus, la prévalence des EP parmi les victimes de syncope est peu documentée.

**Objectifs :** L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des EP parmi des patients hospitalisés pour un premier épisode de syncope.

**Type d'étude :** Une recherche systématique d'EP a été réalisée auprès de tous les patients hospitalisés dans 11 hôpitaux italiens pour un premier épisode de syncope entre 2012 et 2014. Le risque d'EP était évalué en dosant les D-dimères et en calculant le score de Wells simplifié pour chaque patient. Les patients ayant des D-dimères positifs ou un test de Wells simplifié jugé comme « probable » ont bénéficié d'un angioscanner des artères pulmonaires ou d'une scintigraphie pulmonaire.

**Résultats principaux :** Parmi les 2 584 patients ayant consulté en structure des urgences (SU) pour syncope, 717 ont été hospitalisés et 560 ont été inclus dans cette étude. Le diagnostic était éliminé par un test de Wells jugé « improbable » et des D-dimères négatifs dans 330 cas (59 %). Parmi les 230 patients restants, une EP a été diagnostiquée dans 97 cas (42 % ; IC 95 % : [36–49]). La prévalence d'EP parmi les patients inclus était donc de 17 % [14–21]. Chez les patients pour lesquels une EP a été diagnostiquée à l'angioscanner, 42 % avaient un thrombus dans une artère pulmonaire principale. Une EP a été mise en évidence chez 13 % des patients pour lesquels une autre cause de syncope avait été évoquée. Un quart des patients atteints d'EP n'avaient aucun autre signe clinique évocateur (tachypnée, tachycardie, hypotension, douleur thoracique ou signe de thrombose veineuse profonde).

**Commentaires :** Le diagnostic d'EP est fréquent chez les patients admis pour syncope. Parmi les victimes d'EP, environ un quart ne présentaient pas de signes cliniques évocateurs. La principale limite de cette étude était de ne considérer que les patients hospitalisés pour syncope. Les patients de médecine ambulatoire ainsi que les patients n'ayant pas été admis après leur passage en SU (malaises

vagaux, malaises iatrogènes) n'ont pas été inclus. Les critères d'hospitalisation et les conditions d'hospitalisation étaient peu détaillés. Néanmoins, ces résultats confirment que le diagnostic d'EP devrait être évoqué devant toute syncope. Une quantification du risque (D-dimères, score de Wells) devrait être systématiquement réalisée, d'autant qu'une récente méta-analyse de la Cochrane confirme que les D-dimères sont un très bon test pour exclure l'EP [1].

## Référence

1. Crawford F, Andras A, Welch K, et al (2016) D-dimer test for excluding the diagnosis of pulmonary embolism. *Cochrane Database Syst Rev* CD010864

B. Dahan

Service mobile d'urgence et de réanimation,  
AP-HP, hôpital Lariboisière, F-75018 Paris, France  
bdahan@hotmail.com

## Respect des recommandations concernant la prise en charge de l'hémorragie du patient traumatisé



Godier A, Bacus M, Kipnis E, et al (2016) Compliance with evidence-based clinical management guidelines in bleeding trauma patients. *Br J Anaesth* 117:592–600

**Problématique :** Environ 800 000 personnes/an décèdent en Europe des suites d'un traumatisme. L'hémorragie constitue la principale cause de ces décès. Afin de réduire cette mortalité, un groupe de travail européen multidisciplinaire a été formé avec pour objectif d'améliorer la prise en charge de l'hémorragie du patient traumatisé grave. Ce groupe a publié des recommandations en 2007 qui ont été actualisées en 2010 et en 2013 [1]. Ces recommandations, bâties sur une revue systématique de la littérature, concernent la prise en charge intrahospitalière. Cependant, aucune étude n'a évalué le respect par les praticiens de ces recommandations et encore moins l'impact clinique de ces recommandations.

**Objectifs :** Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer le respect des praticiens du centre de traumatologie universitaire de Lille aux recommandations européennes concernant la prise en charge de l'hémorragie du traumatisé grave et de déterminer si le respect de ces recommandations influençait la mortalité des patients.

**Type d'étude :** Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective (mai 2010 à octobre 2014) à partir d'un registre qui

a répertorié tous les patients admis dans le centre de traumatologie. Ont été inclus tous les patients de plus de 15 ans, admis après un traumatisme et ayant nécessité la transfusion d'au moins six culots globulaires (CG) au cours des 24 premières heures de prise en charge. À partir des recommandations publiées, les auteurs ont défini une liste de 22 critères concernant la prise en charge des patients. Le respect des recommandations était étudié selon la compliance au regard de chacune des recommandations ou selon la compliance pour chaque patient inclus vis-à-vis des 22 critères étudiés.

**Résultats principaux :** Cent vingt et un patients ont été inclus. Les données épidémiologiques de ces patients étaient représentatives de la population recrutée dans les centres de traumatologie européens avec 66 % d'hommes et un âge moyen de 40 ans (espace interquartile : 28–51). Les traumatismes étaient sévères puisque l'ISS (Injury Severity Score) moyen était calculé à 36. Soixante-sept pour cent des patients inclus avaient un ISS supérieur à 25, 37 % souffraient d'un traumatisme crânien grave (TCG) et 13 % avaient une fracture instable du bassin. Un quart de ces patients a bénéficié d'une hémostase radiologique ou chirurgicale dans les deux heures suivant leur admission et 53 % ont été transfusés de façon massive (> 10 CG) au cours des 24 premières heures de prise en charge. Le respect des recommandations au regard de chacun des critères a été très variable (23 à 100 %). Elle a été modérée pour les critères concernant la réanimation initiale et la prévention du saignement (mise en place d'un garrot chez 53 % des patients pour lequel il existait une indication). Les objectifs de ventilation n'ont été atteints que chez 63 % des patients ventilés. Le temps médian entre l'admission et la réalisation d'une procédure d'hémostase invasive était mesuré à 163 minutes (106–222). Les critères concernant le diagnostic et la surveillance du saignement ont été le plus souvent atteints à l'exception du critère concernant la réalisation d'une laparotomie en urgence devant l'association d'un épanchement intra-abdominal et d'une instabilité hémodynamique (80 %). L'administration d'acide tranexamique était

correctement prescrite chez 81 % des patients, mais 77 % des patients n'ont pas eu de mesure du calcium ionisé. Enfin, les recommandations concernant la transfusion de plasma (PFC) ont été faiblement suivies sur le délai de transfusion et sur le ratio CG/PFC supérieur à 0,5 dans les six heures qui suivent l'admission. La mortalité observée a été de 5, 13, 18 et 32 % respectivement à 6, 12, 24 heures et 30 jours. Les patients décédés à 24 heures étaient comparables au groupe des patients vivants en termes d'âge, de sexe, d'incidence d'un TCG ou de volume de transfusion. La mortalité des patients était corrélée au pourcentage de recommandations respectées qu'il s'agisse de la mortalité à 24 heures ( $p < 0,001$ ) ou à 30 jours ( $p < 0,001$ ). Cette corrélation persistait en régression logistique après ajustement à l'ISS initial avec une majoration de survie de 0,43 (IC 95 % : [0,26–0,71]) par intervalle de 10 % de respect supplémentaire des recommandations ( $p < 0,001$ ).

**Commentaires :** Cette étude est critiquable, car monocentrique, rétrospective et concernant une cohorte peu importante de patients. Cependant, elle a trois intérêts majeurs. Premièrement, elle affiche une cartographie des difficultés d'accueil des patients traumatisés graves. Deuxièmement, elle introduit une réflexion en faveur de l'usage initial de plasma lyophilisé dans la prise en charge d'une hémorragie abondante. Enfin et surtout, elle montre le probable bénéfice en termes de survie pour nos patients à respecter l'ensemble des recommandations européennes concernant la prise en charge de l'hémorragie du patient traumatisé.

## Référence

1. Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al (2013) The STOP the Bleeding Campaign. Crit Care 17:136

E. Cesareo

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

## Les auteurs français ont publié

Y. Freund

### **D-Dimer use and pulmonary embolism diagnosis in emergency units: why is there such a difference in pulmonary embolism prevalence between the United States of America and countries outside USA?**

Pernod G, Caterino J, Maignan M, et al (2017) PLoS One 12:e0169268

*Étude prospective internationale visant à préciser la réelle prévalence de l'embolie pulmonaire chez les patients à faible et moyenne probabilité clinique aux urgences. Les auteurs confirment une prévalence plus faible aux États-Unis (2,5 %) qu'en Europe (10,7 %). Nos amis d'outre-Atlantique ont besoin de 17 examens d'imagerie pour diagnostiquer une embolie pulmonaire, alors que nous n'en nécessitons à peine plus de trois. Peut-être ont-ils connaissance de « faits alternatifs » que nous ignorons... ?*

### **Prognostic factors for extracorporeal cardiopulmonary resuscitation recipients following out-of-hospital refractory cardiac arrest. A systematic review and meta-analysis**

Debaty G, Babaz V, Durand M, Gaide-Chevronnay L, Fournel E, Blancher M, Bouvaist H, Chavanon O, Maignan M, Bouzat P, Albaladejo P, Labarère J (2017) Resuscitation 112:1–10

*Revue systématique évaluant les facteurs de bon pronostic parmi les patients traités par circulation extracorporelle après arrêt cardiaque extrahospitalier. Sur 15 études retenues et 841 patients analysés, on retrouvait une médiane de 15 % de bon pronostic (quelle qu'en ait été la définition). Les prédicteurs habituels restent de bon pronostic chez ces patients : low-flow court, rythme choquable, pH élevé et lactate bas.*

Y. Freund (✉)

Service d'accueil des urgences, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris-Sorbonne université, UPMC université Paris-VI, Paris, France  
e-mail : yonatman@gmail.com

### **Chest trauma: first 48 hours management**

Bouzat P, Raux M, David JS, Tazarourte K, Galinski M, Desmettre T, Garrigue D, Ducros L, Michelet P (2017) Anaesth Crit Care Pain Med (Epub ahead of print)

*Soixante recommandations pour la prise en charge du traumatisé thoracique grave sont exposées et constituent ici le gros des recommandations formalisées d'experts de la SFAR et de la SFMU.*

### **No more winter crisis? Forecasting daily bed requirements for emergency department admissions to hospital**

Wargon M, Brun-Ney D, Beaujouan L, Casalino E (2017) Eur J Emerg Med (Epub ahead of print)

*Winter is coming, mais on peut s'y préparer. Non, pas en renforçant les effectifs à Castle Black. Mais les auteurs de cette étude ont modélisé les besoins en lits découlant des hospitalisations entre 2007 et 2010 via 18 services d'urgences, et ont ainsi pu prédire avec une bonne précision les hospitalisations de l'année 2011. La date (jour de semaine et période) semble influencer très fortement les besoins, alors qu'une éventuelle épidémie de grippe non. À incorporer pour limiter l'étendue de la prochaine crise inexorable ?*

### **Impact of the 2014–2015 influenza season on the activity of an academic emergency department**

Beysard N, Yersin B, Meylan P, Hugli O, Carron PN (2017) Intern Emerg Med (Epub ahead of print)

*On pourrait les croire immunisés par les bienfaits du fromage fondu, mais en Suisse aussi, l'hiver 2014–2015 et son épidémie de grippe ont été rudes. Le faible taux de patients grippés (2 %) a pris beaucoup de place (28 % des lits d'hospitalisation), et pendant plus longtemps.*

### **Which indicators to include in a crowding scale in an emergency department? A national French Delphi study**

Noel G, Drigues C, Viudes G; Fedoru Crowding Working Group (2017) Eur J Emerg Med (Epub ahead of print)

*Étude avec méthode DELPHI initiée par la FEDORU pour évaluer les indicateurs pertinents de la surcharge d'un service d'urgences. Quinze ont ainsi pu être sélectionnés comme par exemple le nombre d'admissions sur 24 heures, la durée moyenne de passage, le nombre de patients en attente de lits ou le nombre de patients sur un brancard. Ne reste plus qu'à les valider !*

**Emergency department syndromic surveillance to investigate the health impact and factors associated with alcohol intoxication in Reunion Island**

Vilain P, Larrieu S, Mougin-Damour K, Marianne-Dit-Cassou PJ, Weber M, Combes X, Filleul L (2017) Emerg Med J (Epub ahead of print)  
*Analyse des consultations aux urgences liées à une intoxication alcoolique aiguë sur l'île de La Réunion. Les modèles*

*utilisés permettent de suivre l'épidémiologie de ce syndrome et montrent une forte association avec le sexe masculin et les week-ends ou périodes de congés.*

**Extended-spectrum  $\beta$ -lactamase-producing bacteria caused less than 5 % of urinary tract infections in a paediatric emergency centre**

Jacmel L, Timsit S, Ferroni A, Auregan C, Angoulvant F, Chéron G (2017) Acta Paediatr 106:142–147  
*Étude prospective observationnelle avec inclusion de près de 500 enfants présentant une infection urinaire fébrile aux urgences. Dans moins de 5 % des cas, le pathogène responsable (et coupable) était une bactérie BLSE. Pas de quoi vermifuger un abribus, ni de quoi changer nos pratiques !*