

Pathologies respiratoires aux urgences

Respiratory diseases at the emergency department

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SO097

Les déterminants de la décision de ne pas intuber un patient en détresse respiratoire au SAU en cas d'échec de la VNI sont-ils conformes aux dispositions de la loi Léonetti ?

À propos d'une étude monocentrique rétrospective

P. Mourasse¹, M. Leloup¹, F. Verley¹, C. Nowatzky¹, M. Médard¹, C. Letellier¹, O. Lesieur²

¹Pôle urgences-réanimation, hôpital Saint-Louis, La Rochelle, France

²Laboratoire d'éthique médicale, université Paris-Descartes, Paris, France

Introduction : Alternative ou préalable à la ventilation endotrachéale, la ventilation non invasive (VNI) est une technique largement utilisée au SAU dans le traitement de la détresse respiratoire aiguë. La décision motivée de ne pas intuber un patient en cas d'échec de la VNI correspond à une mesure de limitation thérapeutique. Elle est donc juridiquement encadrée par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, dite loi Léonetti. Le but de notre travail était de vérifier la conformité de la prise de décision aux termes de la loi.

Patients et méthodes : Parmi les passages au SAU ayant comporté un traitement par VNI, nous avons rétrospectivement identifié les patients pour lesquels une décision de ne pas intuber en cas d'aggravation a été clairement formulée. Outre les caractéristiques cliniques et les comorbidités, nous avons recherché dans le dossier des patients les déterminants de la décision de ne pas intuber : l'expression de la volonté du patient, la procédure de délibération collégiale, l'avis d'un consultant extérieur, la désignation et la consultation d'une personne de confiance, l'existence de directives anticipées.

Résultats : Cent soixante-six passages exploitables ont été recensés entre le premier janvier et le 31 décembre 2011 au SAU de La Rochelle. Trente-huit patients (âge médian 86 ans, score Apache II médian 25) ont fait l'objet d'une décision de ne pas recourir à la ventilation endotrachéale en cas d'échec de la VNI : 2 patients refusant l'intubation, 16 patients aux comorbidités très lourdes, 5 patients pour lesquels des informations supplémentaires sont nécessaires pour décider d'intuber (VNI d'attente), 15 patients parvenus au stade terminal d'une affection incurable (VNI de confort). Les motifs de recours à la VNI sont un OAP (20 patients), une BPCO décompensée (11 patients), une IRA d'une autre origine (7 patients). Les comorbidités identifiées sont d'origine cardiaque (26 patients), respiratoire (14 patients), carcinologique (8 patients). Comparés au 128 patients qui seraient intubés en cas d'aggravation, les 28 patients en limitation thérapeutique sont plus âgés (86 vs 79 ans ; $p < 0,01$), plus souvent des femmes (sex-ratio M/F 0,6 vs 1,4 ; $p < 0,01$), et ont un score Apache II plus élevé (25 vs 23 ; $p < 0,05$). Vingt-neuf patients à ne pas intuber (71 %) et 124 patients à intuber (81 %) en cas d'aggravation sous VNI sont sortis vivants de l'hôpital. Parmi les déterminants de la décision de ne pas intuber, l'avis

du patient a été pris en compte deux fois (5 %, en l'occurrence les deux refus d'intubation). Une délibération collégiale a eu lieu 15 fois (53 %), toujours avec un consultant extérieur qui est le plus souvent un réanimateur. La famille a été consultée 18 fois (47 %) avant la décision de ne pas intuber. Aucun des 38 dossiers ne mentionne de personne de confiance désignée ou de directives anticipées.

Conclusion : Les dispositions de la loi Léonetti sont difficiles à mettre en œuvre dans le contexte de l'urgence. Cependant, l'absence de directives anticipées et de personne de confiance désignée, même chez des patients affectés de lourdes comorbidités ou parvenus au stade terminal d'une affection incurable, semble indiquer une faible appropriation et/ou une méconnaissance du dispositif législatif par les usagers.

SO098

L'embolie pulmonaire du sujet âgé aux urgences

M. Rezgui¹, H. Maghraoui¹, Y. Yahya¹, K. Majed², Z. Jerbi³, N. Borsali-Falfoul²

¹Service d'accueil et d'urgence, hôpital Habib-Thameur-Tunis, Tunis, Tunisie

²Service des urgences, hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

³Service des urgences, hôpital Habib-Thameur-Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction : L'embolie pulmonaire demeure encore sous diagnostiquée particulièrement chez le sujet âgé. L'objectif de cette étude était d'analyser les particularités cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de l'embolie pulmonaire chez le sujet âgé aux urgences pour ressortir les signes d'appel devant faire rechercher ce diagnostic.

Résultats : 57 patients ont été colligés durant 5 ans âgés en moyenne de 75 ± 6 ans (65 à 92 ans) avec un sex-ratio de 0,67. 93 % des patients avaient des ATCD pathologiques. L'altération était le facteur de risque le plus fréquent retrouvé 45,6 %. L'embolie pulmonaire était symptomatique dans (68,5 %) des cas. La symptomatologie était dominée par la dyspnée (61,4 %) et/ou la douleur thoracique (24,6 %). La démarche diagnostique a été conditionnée par la disponibilité en urgence des différents examens. Le dosage plasmatique des D-dimères a été pratiqué chez 54,4 % des patients. Il était positif chez 52,6 % des cas. 42,1 % des cas avaient une PaO₂ supérieure à 80 mmHg. La radiographie du thorax était normale dans 21,1 % des cas. L'échodoppler des membres inférieurs a montré une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs dans 38,6 % des cas. L'échocardiographie n'a été réalisée que chez 19,3 % des cas. La scintigraphie pulmonaire, réalisée dans 75,4 % des cas, a été contributive au diagnostic dans 70,2 % des cas. L'angioscanner thoracique, pratiqué dans 71 % des cas, a montré des signes directs d'embolie pulmonaire dans 47,4 % des cas. Sur le plan thérapeutique, aucune indication à la thrombolyse et au traitement chirurgical n'a été retenue. L'anticoagulation a été faite par les héparines à bas poids moléculaire dans 54,4 % des cas. Les antivitamines K ont été introduits dès l'établissement du diagnostic. La mortalité

hospitalière était de 19,3 %. Les facteurs indépendants prédictifs de mortalité ont été l'âge de plus de 60 ans, les signes d'insuffisance ventriculaire gauche, et la fréquence cardiaque de plus de 120 bpm/mn.

Conclusion : L'embolie pulmonaire du patient âgé pose des problèmes de diagnostic positif avec une présentation clinique dans le 1/3 des cas. La mortalité est élevée chez le sujet âgé particulièrement plus de 75 ans, une insuffisance cardiaque, une tachycardie et en cas de recours à la ventilation assistée. Un algorithme spécifique pour le sujet âgé doit être établi.

SO099

Apport de l'échographie cardiaque dans le redressement du diagnostic de la dyspnée du sujet âgé aux urgences

M. Rezgoui¹, Y. Yahya², H. Maghraoui², Y.Z. Elhechemi¹, Z. Jerbi²

¹Service d'accueil et d'urgence, hôpital Habib-Thameur-Tunis, Tunis, Tunisie

²Service des urgences, hôpital Habib-Thameur-Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction : Les urgences accueillent un nombre de plus en plus élevé de sujets âgés. La dyspnée, motif fréquent de consultation, peut mettre en jeu le pronostic vital et pose un problème de diagnostic étiologique. La distinction entre l'origine cardiaque et respiratoire est fondamentale pour orienter la thérapeutique et diminuer la morbidité.

Résultats : Notre série a comporté 28 patients avec une moyenne d'âge de 75 ans et une prédominance féminine. Tous avaient des antécédents (ATCD) pathologiques. 22 patients avaient des ATCD d'HTA, 17 patients, de dyspnée chronique et 11 patients étaient diabétiques. 89 % présentaient des signes cliniques de gravité. Les étiologies les plus fréquentes étaient l'insuffisance cardiaque aigue, l'infection pulmonaire, la décompensation d'une insuffisance respiratoire mixte, l'embolie pulmonaire et la décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique. Le diagnostic a été redressé après l'ETT chez 25 % des malades suspect d'ICA, 21 % pour la suspicion d'embolie pulmonaire et 14 % pour la suspicion de décompensation d'insuffisance respiratoire chronique. Les modifications thérapeutiques ont concerné 32 % des malades. La mortalité était de 7 %.

Discussion : La prévalence des maladies respiratoires et cardiaques augmente avec l'âge et la probabilité qu'un patient soit porteur de plusieurs pathologies est importante. D'autre part, la sémiologie souvent atypique et trompeuse chez le sujet âgé peut expliquer la difficulté de la démarche diagnostique. L'échographie cardiaque peut s'avérer utile en apportant des réponses complémentaires à une analyse clinique rigoureuse.

Conclusion : L'enquête étiologique de la dyspnée chez le sujet âgé est limitée par l'intrication de pathologies chroniques cardio-pulmonaires. Pour une meilleure prise en charge, l'ETT aux urgences est d'un apport considérable dans la démarche diagnostique qui permet d'optimiser le traitement, elle permet de redresser le diagnostic initial de 15 à 25 % des cas.

Bibliographie

- Chen AA, Wood MJ, Krauser DG, et al (2006) NT-proBNP levels, echocardiographic findings, and outcomes in breathless patients: results from the ProBNP Investigation of Dyspnoea in the Emergency Department (PRIDE) echocardiographic substudy. *Eur Heart J* 27:839-45
- Labovitz AJ, Noble VE, Bierig M, et al (2010) Focused cardiac ultrasound in the emergent setting: a consensus statement of the American Society of Echocardiography and American College of Emergency Physicians. *J Am Soc Echocardiogr* 23:1225-30

SO100

De l'intérêt du dosage des D-dimères aux urgences chez les patients avec un score PERC négatif dans la suspicion d'embolie pulmonaire ?

J. Bokobza¹, A. Aubry¹, N. Nakle², C. Vincent-Cassy², B. Riou¹, D. Pateron³, P. Ray⁴, Y. Freund¹

¹Urgences, hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris, France

²Urgences, hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre, France

³Urgences, hôpital Saint-Antoine (AP-HP), Paris, France

⁴Urgences, hôpital Tenon (AP-HP), Paris, France

Introduction : Parmi les patients avec une probabilité pré-test faible d'embolie pulmonaire aux urgences, le score *Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria* a fait montre d'une excellente valeur prédictive négative (VPN). Malgré cela, la controverse demeure sur l'utilisation de ce score seul pour exclure le diagnostic d'embolie pulmonaire aux urgences. Une récente méta-analyse concluait à une VPN proche de 98 % [1]. Le dosage des D-dimères peut apparaître comme une sécurité supplémentaire, mais pourrait conduire à l'utilisation abusive de ressources et d'examen invasifs pour ces patients. Nous avons cherché à déterminer les conséquences du dosage des D-dimères chez les patients avec un score PERC égal à zéro.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique, sur 4 services d'urgences dans des centres urbains et universitaires, sur l'année 2012. Nous avons inclus l'ensemble des patients consultant pour embolie pulmonaire avec un score de PERC égal à zéro qui avaient bénéficié d'un dosage de D-dimères. Le critère de jugement principal était le taux d'embolie pulmonaire nouvellement diagnostiquées. Nous avons analysé également le taux d'examen invasifs, et le taux de survenue d'événements indésirables (réaction allergique, hospitalisation inutile, mise sous anticoagulant inutile, saignement).

Résultats : Nous avons analysés les données de 4 301 patients qui avaient eu un dosage de D-dimères. Parmi eux, 2 789 (55 %) avaient un score de PERC positif, et 442 ont été exclus (probabilité intermédiaire ou forte, ou dosage en dehors du contexte de suspicion d'embolie pulmonaire). 1 070 patients avaient un score de PERC = 0 et un dosage de D-dimères aux urgences, et ont été inclus pour analyse. L'âge moyen était de 35 ans et 46 % étaient des hommes. Le taux de D-dimères étaient positif (> 500 ng/l) pour 167 d'entre eux (16 %) et 153 ont bénéficié d'un examen d'imagerie invasif (14 % angioscanner thoracique et 1 % scintigraphie pulmonaire). Six examens sont revenus positifs, et cinq cas d'embolie pulmonaire ont été finalement confirmés soit une prévalence de 0,5 % (intervalle de confiance à 95 % [0,1 % à 1,1 %]). Deux patients ont subi un événement indésirable (réaction allergique au produit de contraste non sévère), et treize patients ont dû être initialement hospitalisés et mis sous anticoagulant avant exclusion du diagnostic.

Discussion : L'analyse théorique, basée sur les performances diagnostiques habituellement rapportées, suggérait que le dosage de D-dimères chez ces patients aurait pour conséquence un taux très élevé d'angioscanner thoracique, et de faux positifs [2]. Le faible nombre d'embolie pulmonaire nouvellement diagnostiquée, ainsi que leurs bons pronostics, ne serait pas suffisant pour justifier la généralisation de telles pratiques. Dans notre série, on constate que le taux de diagnostics rattrapés est de 0,5 %, comparable au taux d'embolie pulmonaire dans la population générale. Dans 15 % des cas, un examen invasif d'imagerie a dû être réalisé, mais la survenue d'événements indésirables reste exceptionnelle dans ce contexte. Le taux réel d'embolie pulmonaire est probablement sous-estimé car il ne s'agit pas d'une étude de cohorte (les patients n'ayant pas été suivis au-delà de leur hospitalisation), mais cela révèle le taux réel qui serait diagnostiqué aux urgences en suivant cette stratégie.

Conclusion : Notre étude rapporte un taux d'embolie pulmonaire diagnostiqué de 0,5 % lors du dosage de D-dimères chez les patients PERC négatifs, au prix d'un nombre élevé d'examen invasifs. Cette stratégie devrait être testée de manière prospective afin de déterminer les bénéfices et risques d'examen supplémentaires chez les patients avec un score de PERC négatif.

Références

1. Singh B, Parsaik AK, Agarwal D, et al (2012) Diagnostic accuracy of pulmonary embolism rule-out criteria: a systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med* 59:517-20.e1-4
2. Self WH, Barrett TW (2012) Is 'PERC negative' adequate to rule out pulmonary embolism in the emergency department? Answers to the July 2012 journal club questions. *Ann Emerg Med* 60:803-14

SO101

L'échographie pulmonaire permet la détection de l'œdème interstitiel et l'étude hémodynamique des patientes prééclampsiques sévères

C. Contargyris¹, L. Zieleskiewicz¹, C. Brun¹, F. Antonini¹, J. Textoris¹, C. Béchis¹, M. Touret¹, A. Vellin¹, A. Bourgoin¹, L. Muller², C. Martin¹, M. Leone¹

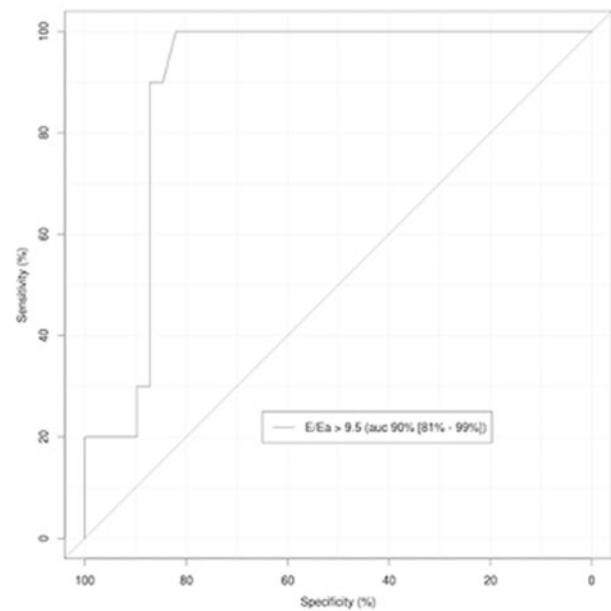
¹Anesthésie-réanimation, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

²Anesthésie-réanimation, CHU Caréméau, Nîmes, France

Introduction : La prise en charge hémodynamique des patientes pré-éclampsiques sévères (PES) est un challenge pour le clinicien avec un risque d'insuffisance rénale et d'œdème pulmonaire (OP). L'échographie pulmonaire (EP) est un examen de référence dans le diagnostic précoce et le suivi de l'OP [1]. Elle évalue également les pressions de remplissage et de l'eau pulmonaire. Son intérêt n'a jamais été évalué chez les PES. L'objectif principal de notre étude était de décrire l'incidence du syndrome alvéolo-interstitiel échographique dans cette population. L'objectif secondaire était d'établir la capacité de l'échographie pulmonaire à estimer les pressions de remplissage et à guider la prise en charge hémodynamique en temps réel.

Patients et méthodes : Étude prospective observationnelle cas-témoins monocentrique. Vingt parturientes PES ont été consécutivement incluses. Une EP et une échocardiographie étaient réalisées avant et après l'accouchement (n = 20). Deux scores étaient utilisés à l'EP pour définir le degré d'OP. Le profil B signalait la présence de lignes B dans au moins deux quadrants antérieurs sur quatre par poumon. L'Echo-Comet Score (ECS) représentait le nombre de lignes B comptées une par une dans les espaces intercostaux antérieurs. Chaque patiente PES était comparée à une cohorte de vingt femmes enceintes en bonne santé. Information et accord de toutes les parturientes, accord du comité d'éthique de la SRLF. Valeurs données en médiane, 1^{er} et 3^e quartile. Test de Mann Whitney et du Chi2 utilisés pour comparaison des moyennes et proportions.

Résultats : Les incidences échographiques de l'œdème interstitiel chez les PES étaient de 25 % (n = 5) et de 0 % dans le groupe contrôle. Tous (n = 4) les parturientes présentant des signes cliniques d'OP avaient un profil échographique B et un ECS > 25. Une parturiente avait un profil B sans aucun signe clinique. Un profil B était associé à une augmentation de l'onde E (121 vs. 89 cm/s, p = 0,001) et à un rapport E/e' plus élevé (9,8 vs 6,6, p < 0,001). Un Echo-Comet Score (ECS) > 25 était prédictif d'une élévation des pressions de remplissage (E/e' > 9,5 en cas de PES) [2] avec une sensibilité de 1 [intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,69 à 1] et une spécificité de 0,82 [IC à 95 % : 0,66 à 0,92]. L'aire sous la courbe était de 0,90 [IC à 95 % : 0,81 à 0,99] (Fig. 1).



Conclusion : L'OP échographique est plus fréquent chez les parturientes PES que les contrôles. Dans notre population, l'échographie pulmonaire permettait la détection de l'OP clinique et infraclinique. La présence d'un syndrome interstitiel échographique (lignes B) prédit de manière rapide, sans connaissance de l'échocardiographie, les pressions de remplissage et le degré de surcharge interstitielle pulmonaire. L'intérêt de l'incorporation de l'EP dans des algorithmes de prise en charge des patientes PES reste à déterminer dans de futures études.

Références

1. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, et al (2012) International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med* 38:577-91
2. Bamfo JE, Kametas NA, Nicolaidis KH, Chambers JB (2007) Reference ranges for tissue Doppler measures of maternal systolic and diastolic left ventricular function. *Ultrasound Obstet Gynecol* 29:414-20

SO102

Ventilation non invasive (VNI) initiée aux urgences du CH René-Dubos Pontoise : devenir des patients

J. Richecoeur¹, N. Suh¹, D. Combaux¹, P. Deschamps², P. Blanc¹, E. Boulet¹, D. Decup³

¹Service de réanimation médicochirurgicale, CH René-Dubos, Pontoise, France

²Urgences médicochirurgicales, CH René-Dubos, Pontoise, France

³Dim, CH René-Dubos, Pontoise, France

Introduction : L'initiation de la VNI aux urgences reste un objet de controverses depuis les travaux de Wood, même si ses champs d'application sont mieux définis, se résumant principalement à l'œdème cardiogénique. Elle est utilisée au CHRD Pontoise, d'une part en raison de son application en extrahospitalier par le SMUR, et d'autre part en attente de transfert en réanimation après avis du réanimateur. Nous nous sommes intéressés au devenir de patients traités par VNI aux urgences.

Patients et méthodes : Étude rétrospective portant sur une cohorte de 43 patients (pts) (période de 18 mois, 70 pts recensés, 37 pts exclus

pour données manquantes). Le critère d'inclusion était l'utilisation de la VNI aux urgences. Le critère de jugement était le devenir des patients : hospitalisation en réanimation, en médecine, intubation, décès. Les variables suivantes ont été recueillies : âge, sexe, mode d'arrivée, utilisation de VNI en préhospitalier, variables biologiques gaz du sang (GDS), enfin variables concernant l'hospitalisation : type d'hospitalisation (médecine ou réanimation), durée d'hospitalisation en réanimation (DMS-Réa) durée d'hospitalisation totale (DMS-Hosp), décès du patient. Statistiques descriptive en moyenne \pm écart-type, T test de Student ou test de Wilcoxon en l'absence de distribution normale.

Résultats : L'âge moyen est de 78 ans \pm 11,5, sex-ratio H/F : 0,36 (12/31), le mode d'arrivée SMUR : 12 pts (27 %), VNI préhospitalière : 4 pts (9 %). La cause de l'IRA était une décompensation de BPCO pour 22 pts (51 %), un OAP pour 19 pts (44 %) et une pneumopathie 2 pts (5 %). La BiPAP a été le mode privilégié (BPCO : 100 %, OAP : 77 %), la CPAP réservée aux OAP dans 23 % des cas. L'avis d'un réanimateur n'a été demandé que dans 46 % des cas. Les patients BPCO ou OAP présentaient une acidose respiratoire et un rapport P/F similaires (pH : 7,26 \pm 0,1 vs 7,26 \pm 0,13 p : ns, P/F : 217 vs 232 (p : ns) respectivement). Les pts OAP étaient discrètement plus âgés (81 \pm 11,6 ans vs 76 \pm 10 ans p : ns). L'hospitalisation en réanimation

a concerné 19 pts soit 44 % principalement des pts BPCO (n : 13, OAP n : 6) alors que le transfert en service de médecine (22 pts) était une population mixte (BPCO : 9, OAP : 13). La gazométrie était similaire pour les pts de réanimation (pts-Réa) et pour les pts médecine (pts-Med) sauf pour la PaO₂ : 63 \pm 29 mmHg vs 93 \pm 37,5 mmHg (p : 0,03) mais P/F était identique (189 \pm 40 vs 259 \pm 35 ; p : ns). Le recours à l'intubation a été requis pour 2 patients en réanimation. Les pts-Rea BPCO vs OAP ont une DMS-Rea de 6,54 \pm 3,1 jours vs 3,25 \pm 3,3 jours. La DMS Hosp pts-Réa vs pts-Med n'est pas différente 19 \pm 18,5 jours vs 20 \pm 25 jours. Il n'y a pas de différence en termes de décès pts-Réa vs pt-Méd : 2 pts (dont un secondaire à un ACR aux urgences intubé et récupéré le patient n'étant plus sous VNI) vs 4 pts respectivement (p : ns).

Conclusion : Dans cette cohorte de patients âgés (> 65 ans) : 1) la VNI est proposée dans le cadre d'insuffisances respiratoires aiguës pour lesquelles le bénéfice de la technique est reconnu : BPCO et OAP en accord avec les recommandations ; 2) Le recours à l'intubation est rare ; 3) Une surveillance étroite reste la règle, jamais banalisée en raison des risques d'aggravation secondaire après amélioration transitoire ; 4) Elle permet dans plus de 50 % des cas d'éviter l'hospitalisation en réanimation dont les ressources sont limitées.