

Références

1. Nabi F, Chang SM, Pratt CM, et al (2010). Coronary artery calcium scoring in the emergency department: identifying which patients with chest pain can be safely discharged home. *Ann Emerg Med*. 56: 220-9
2. Ray P, Charpentier S, Chenevier-Gobeaux C, et al (2012). Combined copeptin and troponin to rule out myocardial infarction in patients with chest pain and a history of coronary artery disease. *Am J Emerg Med* 30: 440-448

Didier Honnart

Département de Médecine d'Urgence SAMU-SMUR/

SRAU-UHCD CHU Dijon

didier.honnart@chu-dijon.fr

Un outil simple pour améliorer l'anamnèse médicamenteuse des patients aux urgences



De Winter S, Vanbrabant P, Spriet I et al (2011). A simple tool to improve medication reconciliation at the emergency department. *Eur J Intern Med* 22 : 382-5.

Problématique : Des études récentes mettent en avant l'incidence de la iatrogénie médicamenteuse aux urgences. Les erreurs de prescription sont le plus souvent liées à des

erreurs dans le recueil des traitements des patients. L'historique des prescriptions des patients est généralement connu de façon incomplète lors de l'admission aux urgences, favorisant ainsi la survenue d'interactions ou d'erreurs médicamenteuses.

Objectif de l'étude : Evaluer l'impact d'une interrogation standardisée des patients sur le recueil de l'anamnèse médicamenteuse aux urgences.

Type d'étude et méthodologie : Etude monocentrique, randomisée, interventionnelle dans un service d'urgence d'un hôpital universitaire. 130 patients consécutifs ont été inclus dans chaque groupe : intervention (liste de questions standardisées pour le patient et sa famille) *versus* témoin (interrogatoire libre). La liste des questions standardisées était établie à partir des données de la littérature et se focalisait notamment sur les classes médicamenteuses faisant fréquemment l'objet d'erreur de recueil. Un pharmacien clinique établissait ensuite, de façon rétrospective, la liste certaine des traitements à l'entrée du patient. Les recueils des groupes témoin et intervention étaient comparés à la liste de référence établie par le pharmacien. Le taux d'erreur (oubli) était le critère de jugement principal et l'effectif de l'étude était calculé pour une réduction de 50% de ce taux (puissance de 95%).

Résultats : 529 patients étaient évalués et 260 ont été inclus. Il n'existait pas de différence significative en termes d'âge, de sexe et de nombre de traitements par patients. Le taux d'oubli global était de 0,09 (83/924) *vs* 0,17 (140/798) dans les groupes intervention et standard respectivement, soit une réduction de 49% ($p < 0.001$). Le taux d'oubli par patient était de 0,6 dans le groupe intervention contre 1,1 dans le groupe témoin ($p < 0,05$). Les traitements anti thrombotiques étaient les plus oubliés dans le groupe témoin tandis que les suppléments diététiques étaient les plus fréquemment omis dans le groupe intervention.

Commentaires : L'incidence de la iatrogénie aux urgences demeure peu connue (selon les études de 1 à 15%). Il s'agit d'un problème sérieux dont les médecins urgentistes doivent se saisir. Cette étude possède des biais de sélection (529 patients évalués et 260 inclus) et elle n'a pas été construite pour analyser l'impact en terme de iatrogénie induite ou de morbi-mortalité. Cependant, elle met en exergue un problème quotidien et confirme l'importance des erreurs en terme d'anamnèse médicamenteuse aux urgences. Des solutions simples semblent applicables.

M. Maignan

Pôle Urgences SAMU SMUR, CHU de Grenoble, Grenoble, France.

e-mail : mmaignan@chu-grenoble.fr

Ni la température ni la NFS ne sont capables de prédire une bactériémie chez des patients suspects d'infection.



Seigel TA, Cocchi MN, Salciccioli J et al (2012) Inadequacy of temperature and white blood cell count in predicting bacteremia in patients with suspected infection. *J Emerg Med* 42 : 254-9.

Problématique : Un syndrome infectieux, même sévère, peut se présenter aux urgences sous de multiples formes cliniques ; sa reconnaissance précoce est donc un vrai challenge pour l'urgentiste [1]. La classification des états septiques adoptée depuis 1992 basée sur l'intensité de la réponse de l'organisme à l'infection [2]. Elle distingue les sepsis « non compliqués » des syndromes septiques graves et des chocs septiques. Cette classification est basée sur 4 éléments cliniques très simples et « larges » caractérisant le « syndrome de réponse inflammatoire systémique » (SIRS : fièvre, tachycardie, tachypnée, hyperleucocytose), leur simplicité ayant

justement pour objectif de permettre l'identification précoce des états septiques, en particulier des états septiques graves. Par convention, il est nécessaire que deux des critères soient présents pour parler de SIRS ou de sepsis. Sur quelles données simples le clinicien à l'admission aux urgences peut-il s'appuyer pour étayer son impression clinique avant de récupérer les premiers examens bactériologiques qui confirmeront l'hypothèse initiale ?

Objectif de l'étude : Evaluer la pertinence de la température et de la leucocytose, deux des quatre critères de la définition du SIRS, dans la démarche clinique initiale pour étayer le diagnostic de sepsis avec septicémie aux urgences.

Type d'étude : Il s'agit d'une analyse secondaire « post hoc » (analyse en sous-groupes décidée après le recueil des données) réalisée à partir d'une étude prospective et observationnelle de cohorte [3].

Résultats : Ont été inclus tous les patients admis aux urgences et qui, suspects d'infection bactérienne, ont bénéficié d'au moins deux hémocultures initiales (prescription laissée au jugement clinique du praticien). En plus de la prise de température, de la numération de formule sanguine (NFS), a été évaluée la pertinence de la recherche d'une myélémie, comme facteur prédictif d'une septicémie. 3 563 patients suspects d'infection ont été inclus dont, au final, 289 septicémies (8,1%) ; 33% des patients ayant des hémocultures positives avaient une température normale (définie entre 36°1 et 38°C) à l'admission (sensibilité de 67%) ; la NFS montrait un chiffre de globules blancs (GB) anormalement élevé dans 48% des cas de septicémie confirmées ultérieurement (chiffre normal de GB compris entre 4 et 12 10³/μl). Dans le groupe « septicémie », une myélémie a été recherchée chez 210 patients et retrouvée dans 172 cas (soit 82%). **17% des patients septicémiques n'avaient ni fièvre ni GB élevés à l'entrée.**

Commentaires : Ces résultats suggèrent que la température comme la leucocytose, faute d'une sensibilité suffisante, sont de mauvais indicateurs prédictifs d'infection

sévère avec septicémie. Le clinicien ne peut donc se fier uniquement à ces paramètres simples et faciles d'accès pour éliminer l'hypothèse d'une infection sévère ou non. La sensibilité plus élevée de la myélémie dans le syndrome septicémique serait à confirmer par des études prospectives. De plus, dans cette étude, la décision d'étiqueter un patient comme suspect d'infection sévère est empirique et ne s'appuie pas sur des règles reproductibles et homogènes. Par ailleurs, l'analyse post-hoc utilisée dans cette étude correspond à une analyse des résultats *a posteriori* non prévue au départ et décidée une fois les résultats obtenus, cette analyse a donc moins de poids qu'une analyse *a priori*, les conclusions qui découlent de ce type d'analyse ne peuvent donc pas être utilisées comme preuve formelle. Cette étude permet d'attirer l'attention des plus jeunes urgentistes sur, ce que intuitivement, bon nombre d'urgentistes ont intégré au long de leur pratique : il est difficile de réfuter ou de confirmer rapidement une étiologie infectieuse sévère, à bon nombre de tableaux cliniques, y compris certains sepsis sévères (selon les standards internationaux). La normalité de la température comme de la leucocytose ne saurait être un facteur pertinent.

Références

1. Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 345 : 1368-77.
2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB et al (1992) Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest* 101 : 1656-62.
3. Shapiro NI, Wolfe RE, Moore RB, et al (2003) Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) score: a prospectively derived and validated clinical prediction rule. *Crit Care Med* 31:670e5.

JP Bal dit Sollier

Département de médecine d'urgence-SMUR,
Hôpital intercommunal,
Aulnay sous Bois, France
Email : jp.balditsollier@gmail.com