

Médecine d'urgence (3)

Emergency medicine (3)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP213

L'intoxication aiguë au phosphore d'aluminium (à propos de 50 cas)

K. Khaleq, M. Mouhaoui, M. Moussaoui, H. Louardi
Service d'accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd de Casablanca,
Casablanca, Maroc

Introduction : Le phosphore d'aluminium (phostoxin) est un pesticide fumigeant utilisé dans le stockage des céréales. L'intoxication aiguë au phosphore d'aluminium (IAPAI) reste un véritable challenge pour les professionnels de santé à cause de l'absence d'antidote spécifique et de la lourde mortalité qu'elle peut engendrer. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique et les facteurs pronostiques de cette intoxication.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif sur 50 cas d'IAPAI hospitalisés dans notre structure entre juillet 2007 et décembre 2010. Les critères d'inclusion étaient d'ordre anamnestique, clinique et évolutif. Les critères d'exclusion comprenaient les autres types d'intoxication et les patients décédés par cause toxique avant leur prise en charge. Nous avons comparé les groupes survivants et décédés. Les données ont été analysées moyennant le logiciel SPSS 16.

Résultats : 50 cas d'IAPAI ont été recensés : 27 femmes et 23 hommes, âge moyen était $33 \pm 12,66$ ans, IGS II = $23,36 \pm 15,48$. La dose ingérée était en moyenne de 1,3 cp (3,9 g). La tentative de suicide était le principal motif d'intoxication (94 % des patients) et le délai écoulé entre l'ingestion et l'admission à l'hôpital était en moyenne de $5,06 \pm 7,94$ heures. La douleur abdominale était présente chez 72 % des cas. Le Glasgow Coma Scale était en moyenne de $11,94 \pm 3,91$. L'état de choc était présent chez 42 % des patients. Les anomalies électriques étaient présentes chez 59,5 % des patients. La mortalité globale était de 64 %. Les facteurs pronostiques retenus étaient : les scores de gravités : IGS II ($p < 0,0001$) et APACHE II ($p < 0,0001$), l'état de choc ($p < 0,0001$), les anomalies électriques ($p < 0,0001$), l'usage des médicaments vasoactifs ($p < 0,0001$) et le recours à la ventilation mécanique ($p < 0,0001$).

Conclusion : L'IAPAI reste grevée d'une lourde mortalité liée essentiellement aux perturbations hémodynamiques graves induites par ce produit très toxique. En l'absence d'antidote, une prise en charge rapide et précoce, une stratégie préventive et une réglementation stricte constituent des mesures élémentaires dans notre contexte.

SP214

Performances diagnostiques des signes cliniques chez les patients suspects de méningite dans un service d'accueil des urgences universitaire

C. Machet¹, C. Bretonnière², D. Boutoille³, V. Kuczer¹, M.-E. Juvin⁴,
P. Le Conte¹, G. Potel¹, D. Villers², C. Guitton²

¹Service d'accueil des urgences, CHU de Nantes-Hôtel-Dieu,
Nantes, France

²Service de réanimation médicale polyvalente,
CHU de Nantes-Hôtel-Dieu, Nantes, France

³Service des maladies infectieuses, CHU de Nantes-Hôtel-Dieu,
Nantes, France

⁴Laboratoire de bactériologie, CHU de Nantes-Hôtel-Dieu,
Nantes, France

Introduction : Les pathologies infectieuses constituent un motif fréquent de recours aux SAU. Parmi celles-ci, les infections neuro-méningées revêtent une place particulière du fait d'une mortalité et d'une morbidité très élevées. La précocité du traitement conditionne le pronostic. Pourtant, malgré de récentes réelles avancées thérapeutiques, des travaux cliniques manquent. Ainsi, la pertinence des signes cliniques n'a été que peu évaluée lors des dernières décennies. Nous avons ainsi souhaité réaliser une étude sur la performance diagnostique de ces signes cliniques.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude clinique rétrospective monocentrique sur dossiers dans un SAU universitaire (65 000 passages/an). Tous les patients (adultes), admis au SAU au cours de l'année 2010, chez lesquels une ponction lombaire a été réalisée pour suspicion d'infection neuroméningée, ont été inclus dans cette étude. Ont été colligés les données anamnestiques, les antécédents, les signes fonctionnels, généraux et les données de l'examen physique. Les résultats de la ponction lombaire ont également été recueillis. Ainsi, une cinquantaine d'items sont pris en compte pour l'analyse statistique. Le diagnostic final retenu (*gold standard*) était celui posé en fin d'hospitalisation. La performance diagnostique des signes cliniques est évaluée grâce aux sensibilités, spécificité, rapport de vraisemblance et aux courbes ROC (lorsqu'elles celles-ci sont réalisables). Un test diagnostique est d'autant plus intéressant que sa sensibilité ou sa spécificité sont élevées. On considère généralement qu'un rapport de vraisemblance supérieur à 5 ou une aire sous la courbe supérieure à 0,80 confirment l'utilité du test.

Résultats : Deux cent six patients ont été inclus. Pour 49 d'entre eux, le diagnostic d'atteinte neuroméningée sera retenu (14 méningites bactériennes, 33 méningites virales, 2 hémorragies méningées) contre 157 diagnostics alternatifs. Les performances diagnostiques des signes cliniques sont médiocres. Seuls 2 signes ont une sensibilité supérieure à 0,9 : la présence de céphalées et de nausées/vomissements à l'admission. La spécificité est supérieure à 0,9 pour les signes suivants : troubles de vigilance comme motif d'admission, présence de purpura ou de myalgies à l'examen physique. Enfin, les rapports de vraisemblance des signes cliniques pris isolément sont tous inférieurs à 3, témoignant dans ce contexte d'une contribution pauvre...

Conclusion : Les données recueillies sont cohérentes avec les données de la littérature. Elles permettent d'illustrer 2 points essentiels. D'une part, la faible performance diagnostique de signes cliniques pris isolément. Des investigations complémentaires doivent permettre de

combiner les signes afin d'obtenir un rendement diagnostique meilleur. Mais, ce que cette étude et l'analyse de la littérature permettent de souligner, c'est la nécessité d'une étude prospective bien conduite aussi exhaustive que possible (suivant un examen clinique standardisé) qui seule pourrait amener une réponse claire à la question posée.

Bibliographie

1. Lucht F (2009) Sensibilité et spécificité des signes cliniques chez l'adulte. *Med Mal Infect* 39:445–51

SP215

Accidents d'électrisation : épidémiologie et prise en charge

A. Nsiri¹, O. Mahdaoui¹, R. Harar¹, A. Bouhourri¹, D. Hamoudi¹, M.A. Bouderkal¹, A. Bouaggad¹, A. Harti¹, W. Quaoumi², M. Diouri², E.H. Boukind²

¹Service de réanimation des urgences chirurgicales, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Casablanca, Maroc

²Centre national des brûlés, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction : Les accidents dus au courant électrique sont à l'origine de lésions pouvant engager le pronostic vital dans l'immédiat ou être responsables de séquelles fonctionnelles et esthétiques souvent majeures. L'objectif de notre travail était d'analyser les aspects épidémiologiques, la prise en charge et le pronostic des brûlures électriques dans notre contexte.

Patients et méthodes : Étude clinique rétrospective portant sur 61 patients admis pour brûlure électrique, au service de la réanimation des brûlés du CHU Ibn-Rochd de Casablanca, sur une période de trois ans, depuis janvier 2008 jusqu'à septembre 2010.

Résultats : Les accidents d'électrisation représentent 3 % de l'ensemble des admissions de notre service. Dans notre série, la population des accidentés est une population active, jeune, l'âge moyen était de 35 ans (20–50 ans) avec une nette prédominance masculine (95 %). Il s'agissait d'accidents à haut voltage dans 2/3 des cas et d'accidents domestiques dans 1/3 des cas. L'étendue de la surface brûlée variait de 5 à 100 % et les brûlures étaient de 3^e degré dans 67 % des cas. Un syndrome de loge était présent dans 92 % des cas nécessitant des incisions de décharge musculo-aponévrotiques précoces en urgence. Tous les patients ont bénéficié de nécrosectomies surtout au niveau des points d'entrée, emportant les tendons et les nerfs nécrosés, mais aussi au niveau des points de sortie à l'origine de pertes de substance cutanée, surtout au membre inférieur. L'atteinte cardiaque était dominée par des arythmies mineures (tachycardie sinusale : 83 %), néanmoins sept cas d'ischémie myocardique ont été notés. L'atteinte rénale était présente dans 80 % des cas (rhabdomyolyse) réversible après hyperhydratation alcaline, et quatre patients ont nécessité des séances d'hémodialyse. La prise en charge initiale de nos patients a comporté dans tous les cas un monitoring électrocardiographique, un dosage des enzymes cardiaques, une réanimation hydro-électrolytique, nutritionnelle et des soins locaux. Une sérothérapie antitétanique était systématiquement administrée ainsi qu'une anticoagulation à base d'héparine de bas poids moléculaire à dose curative pour limiter les thromboses vasculaires chez tous nos patients. L'antibiothérapie était entreprise devant des signes locaux et/ou généraux d'infection. L'évolution était favorable dans 70 % des cas avec un pronostic étroitement lié à l'étendue de la brûlure, à l'existence d'une atteinte cardiaque et à la précocité et qualité de prise en charge initiale. Vingt pour cent des patients ont gardé des séquelles invalidantes.

Conclusion : La brûlure électrique est un accident grave grevé d'une grande mortalité et dont le pronostic a été amélioré par les mesures

de réanimation. Elle représente une urgence médicochirurgicale dont il faut connaître tous les aspects afin d'envisager une orientation et une thérapeutique adéquate et rapide. Malheureusement, la morbidité des accidents de travail liée au courant à haute tension et responsable d'une invalidité fonctionnelle reste majeure, et le coût de la prise en charge de ces patients particulièrement élevé, d'où l'importance des efforts portant sur la prévention.

Bibliographie

1. Chaibdraa A, Medjellakh MS, Saouli A, Bentakouk MC (2008) Electrification. *Ann Burns Fire Disasters* 21:133–7
2. Nguyen BH, MacKay M, Bailey B, Klassen TP (2004) Epidemiology of electrical and lightning related deaths and injuries among Canadian children and youth. *Inj Prev* 10:122–4

SP216

Impact diagnostique et thérapeutique de l'échographie cardiaque aux urgences

L. Kammoun, A. Chaari, H. Ksibi, O. Chakroun, I. Rejeb, N. Rekik
Urgences, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

But : Le but de notre travail est d'étudier l'intérêt diagnostique et l'impact thérapeutique de l'échographie cardiaque aux urgences.

Patients et méthodes : C'est une étude rétrospective. Elle a porté sur 61 échographies cardiaques réalisées chez 55 malades qui ont été admis en unité de soins intensifs des urgences de l'hôpital Habib-Bourguiba de Sfax-Tunisie au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2009. Tous les malades bénéficiant d'une échographie cardiaque lors de leur hospitalisation au service ont été inclus. La demande a été faite par le médecin urgentiste et l'échographie a été réalisée par le médecin cardiologue au service de cardiologie sous réserve d'un transport médicalisé du malade.

Résultats : L'âge moyen des patients a été de 58,4 ans avec des extrêmes allant de 18 à 90 ans. Sur les 61 échographies cardiaques, la plupart étaient des échographies cardiaques transthoraciques (95,1 % des cas) et seulement 3 étaient des échographies cardiaques transœsophagiennes (4,9 % des cas). L'indication de l'échographie cardiaque en urgence la plus fréquente a été l'œdème aigu du poumon associé à un état de choc (18 %). L'échographie a été demandée en urgence immédiate dans 21,3 % des cas et dans les premières 24 heures dans 72,1 % des cas. Dans la plupart des cas le délai a été respecté (82 % des cas). Dans 18 % des cas le délai de réalisation a été dépassé avec une moyenne de retard de 3 jours (quelques heures à 7 jours). La fonction VG a été évaluée dans tous les cas (altérée dans 24,1 % des cas). Une valvulopathie a été notée dans 50 % des cas. La présence d'un épanchement péricardique a été constatée dans 8,6 % des cas. Dans les 3 cas où on a eu recours à l'échographie cardiaque transœsophagienne, celle-ci a montré l'absence de signes échographiques de thrombose de prothèse ou d'endocardite infectieuse. Dans 67,2 % des cas, l'échographie a débouché sur un diagnostic, parmi lesquels certains ont été découverts de façon fortuite. Dans 68,9 % des cas, l'échographie a permis d'éliminer un diagnostic. Dans 52,5 % des cas, l'échographie a permis un changement thérapeutique. Le transport des malades pour l'échographie a induit une instabilité hémodynamique dans 9,8 % des cas et respiratoire dans 1,6 % des cas.

Conclusion : L'échographie cardiaque en milieu de soins intensifs a certainement un impact diagnostique, thérapeutique et pronostique. La nécessité d'avoir cette technique aux urgences auprès des malades est évidente. La formation des médecins urgentistes pour maîtriser l'échographie d'urgence serait d'un grand apport.

SP217**Le patient atteint d'une tumeur pulmonaire aux urgences : motifs de consultation et pronostic**

J. Gorham, T. Berghmans, J.P. Sculier, A.P. Meert
Service des soins intensifs et oncologie thoracique, institut Jules-Bordet, Bruxelles, Belgique

Introduction : Le patient atteint d'un cancer bronchique peut présenter de multiples complications l'amenant à consulter aux urgences. Ces complications peuvent être directement liées au cancer, au traitement antinéoplasique reçu ou n'avoir aucun lien avec le cancer ou son traitement. Les données de la littérature sur le sujet étant limitées, le but de notre étude est de déterminer la fréquence des consultations aux urgences des patients atteints d'un cancer bronchique, les plaintes à la base de ces consultations ainsi que leur fréquence et les facteurs associés à une hospitalisation et au décès durant l'hospitalisation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service des urgences de l'institut Jules-Bordet à Bruxelles (IJB). Ont été inclus dans cette étude, tous les patients atteints d'un cancer bronchique qui se sont présentés aux urgences du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010.

Résultats : Durant ces 3 ans, 619 patients atteints d'un cancer bronchique étaient suivis dans la clinique d'oncologie thoracique de l'IJB ; 269 (169 hommes, âge médian 61 ans, 232 cancers bronchiques non à petites cellules et 37 cancers bronchiques à petites cellules) ont eu recours au service d'urgences, ce qui correspond à 548 consultations. Les plaintes principales ayant motivé la consultation étaient d'origine respiratoire (20,6 %) et de la fièvre (19,2 %). Les symptômes étaient liés au cancer ou à son traitement dans 66,7 % des cas. Les principaux diagnostics retenus en fin de visite étaient une infection (29,4 %) et une progression néoplasique (21,9 %). La majorité des consultations (63 %) a mené à une hospitalisation. Les facteurs indépendants associés au risque d'hospitalisation étaient : l'âge, le mode d'arrivée, l'heure d'arrivée, la plainte principale motivant la consultation (plainte neuropsychiatrique et altération de l'état général), la présence de signes physiques associés à la plainte et la fréquence cardiaque. Les facteurs statistiques indépendants associés au décès durant l'hospitalisation étaient : le mode d'arrivée, l'heure d'arrivée et la présence de signes associés à la plainte.

Conclusion : Quarante pour cent des patients atteints d'un cancer bronchique ont recours au service d'urgences durant leur suivi et cette visite aboutit à une hospitalisation dans deux-tiers des cas. Un tiers de ces patients consulte pour une complication non liée au cancer ou à son traitement.

SP218**Les symptômes d'anxiété et de dépression chez les proches des patients hospitalisés dans une unité de médecine polyvalente d'urgence**

S. Himmich¹, J. Belayachi², K. Abidi¹, N. Madani¹, T. Dendane¹, A. Zekraoui², A.A. Zeggwagh¹, R. Abouqal²
¹Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc
²Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : Les symptômes d'anxiété et de dépression sont fréquents chez les proches des patients hospitalisés en réanimation. En milieu des urgences, la fréquence de ces symptômes n'est pas connue. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence et les facteurs associés aux symptômes d'anxiété et de dépression chez les proches des patients hospitalisés dans une unité de médecine polyvalente d'urgence (MPU) marocaine.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective (juillet 2010 et octobre 2010) menée auprès des membres des familles des patients admis dans une unité MPU du service des urgences médicales du CHU Ibn-Sina de Rabat (Maroc). Ont été inclus les proches visitant les patients hospitalisés dans l'unité durant cette période. Les symptômes de l'anxiété et de la dépression ont été évalués par la version arabe du Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) administré le jour de la sortie ou du transfert des patients. L'anxiété et la dépression ont été définies par un score supérieur à 10. Plusieurs variables liées aux patients, aux proches ou à l'organisation de l'unité ont été recueillies. L'analyse statistique a été réalisée par la méthode Generalized Estimating Equation (données corrélées : plusieurs proches pour un patient).

Résultats : Trois cent quatre proches (102F/202H) âgés de 41 ± 11 ans, et 212 patients (154F/150H) âgés de 52,8 ± 21 ans ont été inclus. La prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les proches était respectivement de 55,6 et de 41,1 %. Les facteurs liés aux symptômes d'anxiété étaient : le sexe féminin du proche (OR : 2,60, IC 95 % : [1,41–4,81] ; $p = 0,002$), la durée de visite réduite (OR : 1,08, IC 95 % : [1,03–1,13] ; $p = 0,002$) et le besoin de plus d'information (OR : 1,78, IC 95 % : [1,02–3,10] ; $p = 0,04$). Les facteurs liés aux symptômes de dépression étaient la durée d'hospitalisation courte (OR : 1,04, IC 95 % : [1,01–1,08] ; $p = 0,02$), l'origine rurale du proche (OR : 2,56, IC 95 % : [1,01–6,74] ; $p = 0,04$), le sexe féminin du proche (OR : 3,04, IC 95 % : [1,62–5,70] ; $p = 0,01$), l'hospitalisation dans une chambre commune (OR : 2,56, IC 95 % : [1,25–5,23] ; $p = 0,01$) et le besoin de plus d'information (OR : 1,77, IC 95 % : [1,01–3,11] ; $p = 0,04$).

Conclusion : La prévalence de l'anxiété et la dépression était élevée dans cette étude, proche de ce qui a été observé en milieu de réanimation. Les femmes étaient plus à risque de développer ces symptômes. L'anxiété des familles était corrélée à une durée de visite réduite et une courte durée de séjour de leurs proches. La dépression était liée à l'admission du patient dans une chambre commune, l'origine rurale du proche et le besoin de plus d'information concernant le patient. Ces résultats devraient être pris en considération pour soulager la détresse des proches en milieu des urgences marocain.

SP219**Spécificités de la transfusion en opération extérieure : expérience de l'hôpital militaire français de Kaboul**

L. Franck¹, J.-L. Daban², A. Cauet², A. Saillio³, S. Ausset²
¹Service anesthésie-réanimation, hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart, France
²Service anesthésie-réanimation, hôpital Percy, Clamart, France
³Centre de transfusion des armées Jean-Julliard, hôpital Percy, Clamart, France

Introduction : Le choc hémorragique est la première cause de mortalité évitable du combattant. La transfusion sanguine revêt donc un rôle central dans la prise en charge des blessés de guerre. Les médecins militaires sont amenés à transfuser des produits sanguins non utilisés en pratique civile : le sang frais total et le plasma cryodesséché déleucocyté. Nous avons étudié, pour l'année 2010, l'activité transfusionnelle française de l'hôpital militaire de Kaboul (KAIA).

Patients et méthodes : Les données transfusionnelles ont été collectées rétrospectivement au centre de transfusion sanguine des armées. Nous avons analysé : le nombre total de produits sanguins labiles transfusés en 2010, les ratios transfusionnels et les données d'hémovigilance. Pour le sang frais total, nous avons étudié les délais entre prélèvement et transfusion, le nombre total de poches par receveur, la nationalité des receveurs, les résultats des tests de diagnostic rapide VIH pr don et des tests complets post don réalisés en métropole. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel Microsoft Corporation.

Résultats : Au total 240 receveurs ont été transfusés. 1 367 produits sanguins labiles ont été envoyés depuis la métropole (870 concentrés de globules rouges, 497 plasmas cryodesséchés déleucocytés) et 1 020 (65 %) ont été transfusés : 517 concentrés de globules rouges (59 %) et 378 plasmas cryodesséchés (76 %). En moyenne, chaque receveur a reçu $2,8 \pm 1,9$ concentrés de globules rouges et $3,3 \pm 2,5$ plasmas cryodesséchés. 32 receveurs (13,5 %) ont reçu au moins une poche de sang frais total. Au total, 154 poches de sang frais total ont été collectées sur place et 125 (81 %) ont été transfusées. 78 % des receveurs étaient afghans ($n = 24$), % 24 % étaient français et 3 % serbes ($n = 1$). En moyenne, chaque receveur a reçu $3,9 \pm 2,6$ poches de sang frais total. Lors de l'utilisation de plasma et de globules rouges, quelle que soit leur forme, le ratio plasma/globules rouges était de $1,1 \pm 0,9$. Le délai médian de transfusion d'une poche de sang frais total était de 40 minutes après collecte (quartiles 25–75 : 9–64 minutes). Aucun des 125 tests de dépistage rapide VIH n'était positif. 100 % des contrôles sérologiques ultérieurs des donneurs confirmaient ce résultat et les sérologies hépatites B et C, syphilis, HTLV étaient toutes négatives. Aucun événement indésirable n'était relevé chez les donneurs ou les receveurs.

Conclusion : Dans notre étude, les ratios transfusionnels étaient proches de 1 comme recommandé en cas de choc hémorragique pour la médecine de guerre. La transfusion de sang frais total doit être anticipée, les délais transfusionnels étant d'environ 40 minutes. La traçabilité des produits sanguins en opération extérieure présente une certaine inertie qu'il faut prendre en compte dans l'interprétation de nos résultats. Depuis notre travail, les données de traçabilité du sang frais total ont augmenté : on rapporte aujourd'hui pour la même période la transfusion de 138 poches de sang frais total à 39 receveurs.

SP220

Le syndrome coronarien aigu ST+ et ST– troponine+ dans un service des urgences marocain

K. Berrechid¹, J. Belayachi², N. Madani¹, K. Abidi¹, T. Dendane¹, A. Zekraoui², A.A. Zeggwagh¹, R. Abouqal²

¹Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

²Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : Le syndrome coronarien aigu (SCA) est une urgence thérapeutique extrême dont la prise en charge constitue une véritable course contre la montre et devrait être débutée en pré hospitalier. Le but de ce travail était d'évaluer le profil des patients admis pour un SCA ST+ et ST– troponine+ dans un service des urgences marocain.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective (mai 2010 et juillet 2011) menée au service des urgences médicales de l'hôpital Ibn-Sina de Rabat (Maroc). Ont été inclus tous les patients admis pour un SCA ST+ ou ST– troponine+. Un ensemble de données démographiques, chronologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et la mortalité à 30 jours ont été recueillis.

Résultats : Cent quarante et un patients (42 F/99 H) âgés en moyenne de $60,3 \pm 12,3$ ans ont été inclus. Cent huit patients (76,6 %) présentaient un SCA ST+ et 33 (23,4 %) un SCA ST– troponine+. La médiane (IQR) du délai d'arrivée aux urgences était de 10 heures (5–31). Seuls soixante dix sept patients (54,6 %) sont arrivés aux urgences dans un délai inférieur à 12 heures et 64 patients (45,4 %) au-delà de 12 heures. Parmi les SCA ST+ admis dans un délai inférieur à 12 heures, 38,5 % ($n = 20$) ont bénéficié d'une désobstruction par agent thrombolytique. Quarante huit patients (34 %) présentaient des signes d'insuffisance ventriculaire gauche (KILLIP entre 2 et 4). La médiane (IQR) de la durée de séjour était de 3 jours (2–4). La mortalité à 30 jours était de 15,6 %. Les facteurs associés à la mortalité à 30 jours étaient l'âge avancé (56 ± 12 ans vs 65 ± 14 ans ; $p = 0,01$), une tachycardie (bpm) (82 ± 17 vs 100 ± 13 ; $p \leq 0,001$) une baisse des bicarbonates (meq/l) [21 ± 3 vs 18 ± 6 ; $p = 0,02$], une hyperglycémie (g/l) [$1,8 \pm 0,9$ vs $2,4 \pm 1,5$; $p = 0,04$], une élévation de la CRP (mg/l) [36 ± 52 vs 115 ± 92 ; $p \leq 0,001$], et une hyperleucocytose (cellule/mm³) ($12\,341 \pm 4\,164$ vs $16\,212 \pm 5\,156$; $p = 0,003$).

Conclusion : Cette étude a objectivé que la désobstruction par agent thrombolytique est peu fréquente dans notre unité, les délais d'admission tardifs ainsi que les moyens limités peuvent expliquer ce faible taux. L'absence de prise en charge préhospitalière notamment par des équipes de Samu, responsable d'un retard d'admission, accroît le retard de prise en charge.