

Urgence

Emergencies

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

EP063

Évaluation de la prise en charge des traumatisés graves suite à une chute d'un lieu élevé (à propos de 104 cas)

K Yaqini, Y Maanaoui, I Elatiqi, K Khaleq, M Moussaoui, M Mouhaoui, EH Louardi
Service d'accueil des urgences, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Les chutes d'un lieu élevé (CLE) sont considérées comme une cause majeure de mortalité dans le milieu urbain, surtout chez le sujet jeune. Cette étude clinique a pour but de déterminer l'épidémiologie et le spectre lésionnel des patients, ainsi d'identifier et d'évaluer les facteurs pronostiques des victimes de CLE.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les observations des polytraumatisés suite à une chute d'un lieu élevé admis au service de réanimation des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca entre Janvier 2009 et Décembre 2010. C'est ainsi que 104 observations ont été analysées en précisant les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de chaque malade. L'analyse statistique a été faite en utilisant le logiciel d'analyse statistique Epi Info 6.04.

Résultats : Cent quatre cas de chutes d'un lieu élevé ont été colligés : 18 femmes et 86 hommes, l'âge moyen est de $39,5 \pm 17,33$ ans [15-88 ans]. Les chutes accidentelles ont été la cause la plus fréquente des chutes soit 49%. La hauteur moyenne de la chute est de $2,11 \pm 1$ étage. Le pic de fréquence est en automne. La durée moyenne d'hospitalisation est de $33,91$ heures \pm $36,39$ jours [1 - 196 heures (8 jours)]. Le délai moyen de prise en charge est de $2 \pm 1,2$ heure [1-24 heures]. Sur le plan clinique, le GCS moyen est de $13,55 \pm 2,95$ [3-15]. L'ISS moyen est de $21,67 \pm 10,6$. La détresse neurologique domine le tableau clinique à l'admission soit 36,36% des patients, la détresse hémodynamique chez 24,03% et respiratoire chez 13,64% des cas. Les anomalies pupillaires ont été observées chez 20 patients (20,19%). Les lésions crânio-encéphaliques sont prédominantes dans notre série soit 34,3% des traumatisés graves avaient un traumatisme crânien. Les lésions rachidiennes sont retrouvées chez 20,19% des patients, lésions thoraciques chez 31,73% des cas et les lésions abdominales ont été découvertes dans (23%) des cas. 61,5% des victimes avaient deux lésions associées. Trente un (31) de nos patients sont décédés (29,8%). On a retrouvé comme facteur prédictif de mortalité : âge de plus de 50 ans ($p=0,004$). Sexe féminin ($p=0,008$). Présence de détresse respiratoire ($p=0,0001$) et hémodynamique ($p=0,001$) à l'admission. Les scores de

gravité ISS ($P=0,0000001$), le score de Glasgow ($P=0,002$), SPO2 ($P=0,04$), la présence d'une anomalie pupillaire ($P=0,0003$), la présence de mydriase ($P=0,00001$). La présence de signes de focalisations ($P=0,01$), taux de plaquettes ($p=0,0001$), taux d'hémoglobine ($p=0,002$). La présence de signe de début d'engagement ($P=0,04$) à la TDM, atteinte du rachis cervical ($p=0,007$) et le recours à la ventilation assistée ($P=0,00001$). Sur le plan thérapeutique, 27,88% des patients ont bénéficié d'un remplissage. La transfusion sanguine fut nécessaire dans 9,61% des cas la ventilation assistée chez 38% des cas et le recours à la ponction/drainage thoracique chez 16,35% des cas. Huit patients (7,7%) ont bénéficié d'une intervention chirurgicale urgente. Les interventions neurochirurgicales ont concerné 3 patients (2,8%). La laparotomie était indispensable chez 5 patients (4,8%).

Conclusion : Les traumatisés graves suite à une chute d'un lieu élevé sont des accidents graves et mortels, dont l'amélioration de leur pronostic se base sur des soins urgents et efficace sur les lieux de l'accident, d'où nécessite d'une véritable médecine pré-hospitalière, et il doit être pris en charge dans des centres disposant d'un plateau technique complet et rodés à cet exercice difficile.

EP064

Le pronostic des traumatismes crâniens graves au cours des polytraumatismes

K Belkadi

Anesthésie réanimation, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : la majorité des traumatismes crâniens graves sont admis dans le cadre d'un polytraumatisme (60%). le but de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des traumatismes crâniens graves chez le polytraumatisé ainsi que d'analyser les facteurs influençant le pronostic.

Patients et Méthodes : étude transversale prospective entre janvier 2011 et Mars 2014.

Résultats : Durant la période de l'étude nous avons colligé 110 traumatismes crâniens graves chez 235 polytraumatisés, avec une fréquence de 46,8 %. 90 % était de sexe masculin et l'âge moyen était de $34 \pm 10,8$ ans. les accidents de la voie publique représentaient la cause la plus fréquente (89 %), 55 cas avaient un score de Glasgow inférieure à 6. 18,2 % avaient présenté une aggravation neurologique secondaire. les contusions œdémato-hémorragiques représentaient de loin la lésion la plus fréquente (40,9 %). les traumatismes thoraciques, abdominaux et les fractures des extrémités représentaient les lésions les plus fréquemment associées avec respectivement 39,1 %, 30 %, et 26,4 %. 45,5 % des cas avaient reçu une intervention chirurgicale. Le taux de mortalité était de 60 %.

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

L'analyse statistique a permis de considérer, la thrombopénie, l'insuffisance rénale, le recours aux drogues vaso-actives, la durée d'hospitalisation et l'aggravation secondaire des lésions comme facteurs pronostiques ($p < 0,005$).

Conclusion : Le traumatisme crânien grave au cours d'un polytraumatisme est grevé d'une mortalité non négligeable, son pronostic est influencé par la nature des lésions initiales mais aussi par des lésions secondaires survenant dans les heures et les jours qui suivent le traumatisme.

EP065

Évaluation de l'activité des internes liée aux appels intrahospitaliers durant la garde

D Attia

Urgences, Centre Hospitalier Général de Longjumeau, Longjumeau

Introduction : Dans notre hôpital, un médecin sénior et un interne de garde assurent la permanence de soins au service d'urgences les nuits, week-end et jours fériés. L'interne de garde répond également aux appels intra hospitaliers des services sans présence médicale pendant ces périodes. Le but de notre étude était d'évaluer le retentissement des appels intra hospitaliers sur l'activité des internes de garde.

Patients et Méthodes : Étude monocentrique prospective observationnelle au service d'urgences. Du 1er octobre au 3 novembre 2013, tous les appels intérieurs à l'interne de garde ont été colligés. Étaient relevés les heures d'appel, de départ et retour de l'interne de garde au service d'urgences, le motif d'appel et le devenir du patient. Le critère principal de l'étude était le temps passé par l'interne de garde dans le service appelant.

Résultats : Il y a eu 171 appels, soit en moyenne 4 appels par garde en semaine, 5 les samedis, 8 les dimanches et jours fériés. Dans 40% des cas, le problème a été résolu par téléphone. Dans le service appelant, l'interne de garde restait moins de 15 min dans 44% des cas, entre 15 et 30 minutes dans 29%. Le temps moyen passé par garde hors du service d'urgences pour gérer les appels intra hospitaliers était de 46 minutes les jours de semaine et samedis, 127 les dimanches et jours fériés. En semaine, 30% et 21% des appels se faisaient respectivement dans les tranches horaires 18h-21h30 et 00h-04h. Les week-ends et jours fériés 35% et 30% respectivement entre 13h30-18h et 18h-21h30. Les motifs d'appel à l'interne de garde les plus fréquents concernaient un problème cardio-pulmonaire dans 22% des cas, des problèmes de prescriptions ou examens complémentaires non vus dans 17%, des constats de chutes et demandes de prescriptions d'antalgiques ou d'anxiolytiques dans 12 et 13 %, des constats de décès dans 9% et de la fièvre dans 7% des cas. Seuls 3 patients (2%) ont été transférés en service de soins intensifs. Pour les autres, hors constat de décès, des thérapeutiques simples ont été instaurées ou des bilans complémentaires ont été effectués.

Discussion : L'interne de garde, souvent appelé par les services de soins, peut passer plus d'1 heure hors du service d'urgences pour gérer ces appels intra hospitaliers. Certains motifs d'appel, souvent réglés par téléphone, sont rarement de vraies urgences et pourraient être anticipés hors période de garde (examens complémentaires non vus, prescriptions d'antalgiques ou d'anxiolytiques...).

Conclusion : Des procédures transversales interservices pourraient être établies afin de prévenir des problèmes récurrents qui perturbent l'activité médicale au service d'urgences. Les résultats de ce travail ont été présentés à l'ensemble du personnel médico-soignant de l'hôpital. Après rédaction et application de protocoles inter services, une étude de type avant-après sera reconduite à un an afin d'évaluer les répercussions.

EP066

Gestion de la douleur et place de l'analgésie péridurale dans le traumatisme thoracique

K Bachoumas, JB Lascarrou, J Reignier, C Lebert, I Vinatier, L Martin-Lefèvre, JC Lacherade, A Yeia, M Fiancette, G Colin, M Henry-Lagarrique

Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Départemental - site de La Roche-sur-Yon, La Roche-sur-Yon

Introduction : L'intérêt de l'analgésie péridurale thoracique chez le patient traumatisé thoracique en réanimation reste controversé. Elle est la méthode d'analgésie recommandée par les sociétés américaines mais plusieurs auteurs mettent en cause son utilité par défaut de preuve. Le but de cette étude est de démontrer que la douleur est, parmi autres, un facteur de risque de complication respiratoire chez ces patients et que l'analgésie péridurale peut éventuellement contourner ce risque

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 5 ans, entre 01/2009 et 12/2013, dans un service de réanimation polyvalente/USC de 30 lits. Le dossier informatisé (Phillips) de tous les patients admis pour un traumatisme thoracique avec 3 ou plus côtes fracturées a été analysé. Les patients admis ventilés en réanimation ont été exclus. L'intensité de la douleur a été évaluée à partir de la valeur supérieure de l'EN (échelle numérique à 10 points) enregistrée et des doses de morphine administrées IV dans le 12h suivant l'admission. Les autres données recueillies ont été : âge, sexe, tabagisme, éthylisme chronique, antécédent d'une maladie respiratoire chronique, antécédent d'insuffisance cardiaque, nombre de côtes, fréquence respiratoire, saturation et besoins d'oxygène à l'admission, réalisation d'une analgésie péridurale, survenue d'un délirium tremens, nécessité de ventilation mécanique, durée de séjour et de ventilation, survie à la sortie de réanimation. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test e Fischer et les variables quantitatives d'un test Student.

Résultats : 99 patients ont été inclus. Parmi eux, 13 (13%) ont présenté une insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation invasive. Tous sauf 1 ont été intubés dans un délai de plus de 24h après l'admission. Comparativement au groupe non ventilé, ces patients ont été plus algiques à l'admission (EN 7,1 vs 5, $p=0,005$). Les doses de morphine administrées dans les 12h suivant l'admission ont été plus importantes mais pas de façon significative (18,8 vs 13mg, $p=ns$). Les autres facteurs de risque de ventilation mécanique retrouvés sont : la présence d'une maladie respiratoire chronique (41% vs 9%, $p=0,008$), le tabagisme (84% vs 60%, $p=0,002$), l'éthylisme chronique (61% vs 25%, $p=0,01$), la survenue d'un délirium tremens (23% vs 3%, $p=0,02$), la fréquence respiratoire à l'admission (26 vs 20/min, $p=0,0006$), la saturation d'oxygène à l'admission (92% vs 95%, $p=0,003$) et le débit d'oxygène à l'admission (6,7 vs 2,8, $p<0,0001$). La mortalité en réanimation a été nulle dans les deux groupes. Une analgésie péridurale a été réalisée chez 16 patients (16%). Elle a permis une meilleure gestion de la douleur (EN 2,1 vs 5,2, $p<0,0001$). La durée moyenne a été 5,2 jours). Chez 7 sur 16 patients, elle a été réalisée dans un délai de plus de 24h après l'admission. Comparativement aux patients sans analgésie péridurale, on observe une tendance vers une diminution du risque de ventilation mécanique (6% vs 13%, $p=ns$). En revanche, la durée de séjour est plus longue (11,6 vs 8,9, $p=ns$). Une seule complication liée à la technique a été observée (un abcès).

Conclusion : Notre travail indique que l'intensité de la douleur fait partie des facteurs de risque de complications respiratoires chez le traumatisé thoracique. L'analgésie péridurale permet une gestion efficace de la douleur et pourrait promettre une diminution des complications. Pour cela, il faut peut-être la réaliser précocement chez le patient à risque. Des études prospectives randomisées paraissent nécessaires afin d'apporter des réponses avec un haut niveau de certitude.

EP067**Évaluation des facteurs de mortalité précoce en salle d'accueil des urgences vitales**

WI Ghomari¹, H. Ghlamallah¹, S. Benrabeh¹, R. Boumlik¹, S. BRADAF¹, H. Meghraoui³, K. Bendella¹, M. Mehali⁴

1. Anesthésie-réanimation, chu Abdelkader Hassani, Sidibelabbès, Algérie

2. Épidémiologie, chu Abdelkader Hassani, Sidibelabbès, Algérie

3. Urgences médico-chirurgicales

Introduction : La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) est le lieu d'accueil, au sein des urgences, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. Le but de notre étude est d'identifier les facteurs pouvant influencer le pronostic des patients admis en SAUV.

Patients et Méthodes : Étude prospective sur deux années incluant les patients admis en SAUV d'un centre hospitalo-universitaire. Ont été exclus les patients âgés de moins de 15 ans. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies, et les facteurs liés à une mortalité précoce en SAUV ont été analysés. Les résultats obtenus sur la base du logiciel SPSS 20 sont exprimés en moyenne et en pourcentage.

Résultats : Dans cette étude, 1515 patients ont été colligés (sexe ratio = 2,02), la moyenne d'âge était de 50 ans (15-100 ans). Les facteurs de comorbidité, retrouvés dans 50,6% des cas, étaient dominés par la cardiopathie hypertensive (50%), le diabète (28,2%) et la pathologie néoplasique (15,5%). Les principaux motifs d'admission étaient les accidents de la voie publique (29%) et les troubles de la conscience (27,7%). 21,1% des patients étaient en état de choc et le score de Glasgow était inférieur à 08/15 chez 15,4% des patients. La ventilation artificielle a été mise en route chez 286 patients (18,9%). Les amines vasopressives ont été introduites chez 231 patients (15,2%). Les étiologies étaient multiples, il s'agissait essentiellement de pathologies traumatiques (46,3%), neurologiques (13,6%), de patients en fin de vie (9,2%) et de pathologies cardio-vasculaires (8,4%). La durée de séjour en SAUV était en moyenne de 42 minutes (15 – 130 minutes). Le taux de mortalité était de 5,1% (n=78). La mortalité était plus élevée chez les sujets âgés de plus de 65 ans ($p < 0,001$). Les patients décédés avaient un score de Glasgow inférieur à 8/15 dans 85,9% des cas ($p < 0,001$), une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 90 mm Hg dans 91% des cas ($p < 0,001$) et une SpO2 en deçà de 90% dans 93,6% des cas ($p < 0,001$). La mortalité était plus importante en cas de pathologie non traumatique (n=65) ($p < 0,001$), et plus particulièrement chez les patients présentant une pathologie cardio-vasculaire (55,4%) et chez les patients en fin de vie (36,9%).

Discussion : Les facteurs influençant la mortalité précoce en SAUV étaient l'âge avancé du patient, la pathologie cardio-vasculaire, et, un état comateux, un état de choc ou des signes de détresse respiratoire à l'admission.

Conclusion : L'âge avancé du patient, la présence de défaillances hémodynamiques, neurologiques et respiratoires ont un impact certain sur la mortalité précoce en SAUV. Une prise en charge rapide et adaptée doit permettre d'améliorer le pronostic des patients admis en SAUV.

Références

G Delmas, O Pierrad, A Weissenbach, E Chouvet, D Schinkel, P Gillet, et al. Profil des malades gaves admis en salle d'accueil des urgences vitales. *J Eur Urg* 2007;20(Suppl):194-5

L Idabouk, A Villacèque, X Alacoque, F Vallée, R Jean, R Fuzier, et al (2004) Analyse critique de l'activité de la salle d'accueil des urgences vitales d'un C.H.U. *J Eur Urg* 17:38

EP068**Prise en charge hospitalière des brûlés graves : 2003-2013. L'expérience d'une décennie de l'hôpital principal de Dakar**

M Fall¹, A Diallo², EHM Niang³, R Ndiaye⁴, C Soumaré⁵, B Niang⁶, C Niang⁴, B Diatta⁷

1. Unité de soins intensifs chirurgicaux, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

2. Service de réanimation, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

3. Unité de soins intensifs chirurgicaux, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

4. Service de d'orthopédie, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

5. Service d'anesthésie, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

6. Unité de soins intensifs chirurgicaux, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

7. Service de réanimation, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

Introduction : La pathologie brûlure est un véritable problème de santé publique en Afrique sub-saharienne, avec une incidence estimée à 250 / 100 000 habitants. La mortalité hospitalière de la brûlure grave est souvent supérieure à 45 %. En l'an 2009, l'HPD s'est doté d'une salle de traitement des brûlés (STB) au sein de l'unité de soins intensifs chirurgicale (USIC).

Résultats : Notre analyse s'intéresse rétrospectivement, au traitement des brûlés graves en milieu de réanimation non spécialisé. Initialement, la capacité d'admission pour patients brûlés était à 4 lits de réanimation polyvalente. Depuis 2009, les brûlés sont admis dans la STB, d'une capacité de 2 lits, avec une baignoire. En dix ans, 3791 patients ont été admis à l'USIC, dont 430 brûlés. La STB a accueilli 113 patients. L'évaluation préliminaire de l'activité de la STB, révèle que les brûlés représentaient 8,14 % des patients de l'USIC. La moyenne du recrutement annuel des brûlés était de 30 cas/an, contre 62 avant 2009. Le nombre moyen de brûlés récusés à l'admission était de 25 cas/an. L'âge moyen de nos patients était de 32,7 ans [5, 85]. Le sex-ratio (H/F) était de 1,32.

Les causes étaient dominées par les accidents domestiques (64 %), suivis des accidents du travail (27 %). Les accidents de la voie publique (3,5 %) et les immolations (3,5 %) par le feu étaient émergents. On notait une recrudescence de la brûlure par agressions (2 %). Le mécanisme dominant était thermique (75 %), suivi par l'électrisation (23%), et la brûlure chimique (2 %). L'absence de secours médicalisés se traduisait par de longs délais d'admission, et une auto-aggravation des patients.

Une surface cutanée brûlée (SCB) moyenne de 29,5 % [1%, 75%], un indice de Baux moyen de 62,2 [13, 130], et une unité de brûlure standard (UBS) de 48 % [4, 240%] montraient que nos brûlés étaient graves. Le traitement initial associait aux mesures de réanimation spécifique, une stratégie de cicatrisation dirigée, sous anesthésie générale, pratiquée dans la STB. L'excision-greffe précoce était exceptionnelle en l'absence d'allogreffe cutanée ; Ce qui constituait un obstacle majeur à la réanimation. L'autogreffe cutanée était souvent pratiquée tardivement.

L'évolution de nos patients était dominée par l'infection précoce. Les bacilles gram négatif multirésistants (BMR) les plus fréquents étaient : l'*Acinetobacter B*, la *Klebsiella P*, et le *Pseudomonas A*. Le choc septique à BMR, était responsable de la plupart des décès. La mortalité globale supérieure à 42 % avant 2009, était passée à 38,05 %. Le taux de mortalité chez les patients admis avec une intention de soins était de 33 %.

La survie de nos patients était souvent associée à de lourdes séquelles esthétiques et fonctionnelles.

La durée moyenne de séjour des brûlés était de 19,6 jours [1, 101j], contre 6 jours à l'USIC.

Conclusion : A l'HPD, la création d'un circuit-patient brûlé, l'isolement des brûlés, et l'autonomisation partielle de leurs soins, ont permis de réduire la mortalité. La baisse de la morbimortalité liée à la brûlure passera par une politique de prévention, une régulation des secours, et la création d'un centre de traitement des brûlés, synonyme de l'accès à la chirurgie précoce du brûlé grave.

Références

Atiyeh B, Masellis A, Conte C. Optimizing burn treatment in developing low-and middle-income countries with limited health care resources (part 1). *Annals of Burns and Fire Disasters* 2009;22:121-5
 Bertin-Maghit M, Mosnier F, Magnin C, Gueugniaud PY, Petit P. Réanimation du brûlé à la phase aiguë. Centre des brûlés, département d'anesthésie-réanimation. Hôpital Édouard-Herriot. SFAR 2001

EP069

Prise en charge l'arrêt cardiaque inattendu extrahospitalier à La Rochelle : état des lieux et perspectives d'amélioration

C Nowatzky¹, R Tabary¹, V Audfray², P Mourasse¹, S Perrotin¹, I Bouex¹, O Lesieur³, M Leloup³

1. Service d'accueil des urgences, Centre Hospitalier la Rochelle, La Rochelle
2. Service départemental d'incendies et de secours, Centre opérationnel, La Rochelle
3. Réanimation, Centre Hospitalier la Rochelle, La Rochelle

Introduction : L'Arrêt cardio-respiratoire (ACR) inattendu extrahospitalier est un problème majeur de santé publique qui concerne 40 à 50 000 personnes en France chaque année. Son pronostic dépend de l'efficacité de la chaîne de survie du lieu de survenue de l'ACR jusqu'à l'hôpital : présence et implication des témoins, défibrillation précoce, qualité de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) initiale, angioplastie percutanée, réanimation spécialisée et thérapie neuroprotective. Notre travail est un état des lieux de la prise en charge de l'ACR sur le secteur d'intervention du SMUR de La Rochelle.

Patients et Méthodes : Les données extraites du registre REAC (Registre Électronique des Arrêts Cardiaques) ont été complétées grâce aux informations recueillies directement par le SAMU 17, le SDIS, le SMUR et le service de Réanimation de l'hôpital de La Rochelle. Ont été relevés les modalités de la prise en charge préhospitalière des ACR, les délais d'intervention et le devenir des patients à la sortie de l'hôpital.

Résultats : Entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2013, 123 ACR médicaux (68 ± 16 ans, 68% d'hommes) ont été colligés. Quarante-neuf (72,2%) ACR sont survenus au domicile de la victime. Dans quatre-vingt-sept cas (70,7%), un (ou plusieurs) témoin(s) est (sont) intervenu(s) : 42 (48,3%) ont débuté la RCP (neuf sur recommandation du régulateur SAMU) et neuf ont utilisé un Défibrillateur Entièrement Automatisé (DEA). Dix-neuf patients présentaient un rythme choquable lors du premier enregistrement. Le SMUR a poursuivi la RCP pour 107 patients : 30 ont repris une activité circulatoire spontanée. Les délais médians [quartiles] entre le constat de l'ACR et l'appel du 15 ou du 18, entre l'appel et l'arrivée des Sapeurs-Pompiers, entre l'appel et l'arrivée du SMUR étaient respectivement de 7 minutes [3-16], 10 minutes [8-13] et 21 minutes [12-29]. Quinze patients sont finalement arrivés en Réanimation, quatre en sont sortis vivants (trois avec un score neurologique favorable). Huit patients sont décédés dans un contexte de limitation thérapeutique, et deux d'un ACR inattendu. Un patient est décédé de mort encéphalique : il n'avait pas émis d'opposition à la procédure de prélèvement multi-organe qui a suivi.

Conclusion : Le pronostic de l'ACR inattendu extrahospitalier reste péjoratif. Une faible participation des témoins et des délais d'intervention trop importants expliquent pour partie ces résultats. Les pouvoirs publics doivent s'impliquer dans l'éducation de la population, notamment des plus jeunes, à la RCP et à l'utilisation des DEA. Localement, notre démarche d'amélioration porte sur le développement du registre REAC, la sensibilisation des assistants de régulation médicale au diagnostic de l'ACR, la géolocalisation des victimes et des DEA, la coordination et la transmission des informations entre les différents intervenants de la chaîne des secours.

EP070

Prise en charge des patients de moins de 18 ans en réanimation adulte en Basse-Normandie de 2008 à 2010

D Brossier¹, F Villedieu¹, AD Pham², N Letouzé¹, M Jokic¹

1. Réanimation et surveillance continue pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Caen
2. Unité de biostatistique et recherche clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Caen

Introduction : En 2004 en France, jusqu'à 20% des séjours des patients de moins de 18 ans était réalisée au sein de services de réanimation d'adultes (1). En 2006, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins faisait paraître deux décrets visant à réglementer l'exercice de la réanimation pédiatrique (2). Ces recommandations ont probablement modifié les pratiques, notamment en ce qui concerne l'orientation des adolescents. Il est donc apparu intéressant d'étudier, quelques années après la publication de ces décrets, l'activité de réanimation pédiatrique réalisée dans les services de réanimation adulte en basse Normandie, et de la comparer à celle de l'unité de réanimation pédiatrique de recours.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive réalisée entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2010 comparait l'ensemble des séjours de patients de moins de 18 ans effectués dans les 9 réanimations adultes de basse Normandie (groupe adulte) au groupe contrôle (pédiatrique), constitué de l'ensemble des séjours effectués en 2010 dans l'unité de réanimation pédiatrique régionale. Les paramètres étudiés ont été recueillis par combinaison des résumés d'unité médicale, des résumés de sortie standardisés (fournis par les départements d'information médicale) et des comptes rendus d'hospitalisation. Les données ont été transmises de façon anonyme.

Résultats : Cent dix-huit séjours dans le groupe adulte ont été comparés à 346 séjours pédiatriques. L'âge moyen était significativement plus élevé dans le groupe adulte ($16,21$ ans $\pm 1,78$ vs $6,52$ ans $\pm 6,36$, $p < 0,001$).

La gravité à l'admission, évaluée par une estimation de l'Index de Mortalité Pédiatrique, était équivalente dans les 2 groupes. Les motifs d'admission différaient entre les 2 groupes de façon significative ($p < 0,001$) : les patients du groupe adulte étaient plus souvent hospitalisés pour une défaillance neurologique (41,6%) alors que ceux du groupe pédiatrique l'étaient pour une défaillance respiratoire (33,5%) ou, lorsque l'analyse statistique était limitée aux 13-18 ans, par nécessité de surveillance post-opératoire (30,9%). L'origine de la défaillance était principalement traumatique (41,5%) en réanimation adulte et infectieuse (39,9%) en pédiatrie.

Un recours plus fréquent aux amines (12,7% vs 6,7%, $p = 0,035$), à l'intubation (34,8% vs 25,1%, $p = 0,044$) et au monitoring invasif (4,2% vs 0,3%, $p = 0,005$) était constaté dans le groupe adulte. Ces différences disparaissaient en cas de comparaison limitée aux 13-18 ans.

La mortalité globale était faible (3,5%) et sans différence significative entre les deux groupes. Le suivi paraissait mieux planifié chez les patients de réanimation pédiatrique ($p < 0,001$).

Discussion : Sur la période d'étude, approximativement 10% de l'activité de réanimation pédiatrique était réalisée en service adulte. Cette activité différait de celle habituellement effectuée en soins intensifs pédiatrique car elle concernait des patients plus âgés et essentiellement pour des lésions traumatiques.

Les différences observées apparaissaient principalement secondaires aux motifs d'admission et aux caractéristiques des patients étudiés, plus qu'à de réelles disparités de pratique médicale, les divergences de prise en charge n'étant plus mises en évidence pour des pathologies et des tranches d'âge analogues. Toutefois, la prise en charge ulté-

rieure, incluant la planification d'un suivi médicochirurgical à la sortie du service, est apparue plus adaptée en réanimation pédiatrique.

Conclusion : Bien qu'elle n'ait pas permis d'isoler de critères définissant une orientation préférentielle des patient de moins de 18 ans vers l'un ou l'autre des secteurs, cette étude a permis de mieux caractériser les patients de moins de 18 ans hospitalisés en réanimation adulte.

Références

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Enquête réanimation pédiatrique-document final. 2004:1-52

Circulaire DHOS/O n°396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et n°2006-74 relatifs à la réanimation pédiatrique. BO 2006;15:47-57