

Saignement intracrânien et anticoagulants (29 mars 2018)

Un traumatisme crânien léger en présence d'antiplaquettaires ou anticoagulants pose toujours des maux de tête concernant l'investigation radiologique. Dans ce Top Article, chez 940 patients évalués à l'urgence, l'incidence de saignement intracrânien était d'environ 4% avec les antiplaquettaires et de 2% avec les anticoagulants. Seulement 31 patients prenaient des anticoagulants oraux à action directe (AOD), quoiqu'aucun patient n'a eu de saignement intracrânien, il est trop tôt pour conclure d'une conduite avec les AOD. Enfin, sur les 940 patients évalués, seulement 2 patients ont eu besoin d'intervention chirurgicale et 4 sont décédés suite au traumatisme. Nos deux experts ont fait des recommandations sur l'utilisation d'imagerie. Elle doit être guidée par le bénéfice pour le patient et ce en fonction des trouvailles à l'histoire et l'examen physique. Ainsi, suite à un traumatisme crânien léger en présence d'antiplaquettaires ou anticoagulants, l'incidence de saignement intracrânien et les conséquences sont faibles malgré la croyance associée à ce type de molécule pharmacologique!

À la recherche de la "pierre" douloureuse (17 mai 2018)

La colique néphrétique nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide permettant de limiter le risque de complications. On parle de colique néphrétique simple en présence d'une douleur typique chez un patient sans comorbidité significative, qui est afébrile, avec diurèse conservée et une fonction rénale normale. On parle de colique néphrétique compliquée en présence d'une oligo-anurie, d'insuffisance rénale aiguë, d'un état fébrile ou d'un sepsis, d'une colique néphrétique bilatérale ou encore s'il y a échec au traitement analgésique. On retrouve également la colique néphrétique chez des patients à risque particuliers. On inclut dans ce groupe, l'état de grossesse, le patient connu pour insuffisance rénale ou porteur d'un rein unique, le greffé rénal, le patient immunosupprimé ou en présence d'une anomalie anatomique urologique connue.

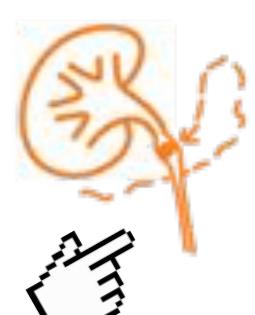
Il faut donc toujours rechercher les signes de gravité évoquant soit une colique néphrétique compliquée soit une colique chez un patient avec un risque particulier, car ces situations nécessitent un avis urologique urgent.



Maintenant, quels sont les examens radiologiques qui permettent de confirmer le diagnostic afin de décider de la meilleure approche thérapeutique?

Il est bien établi qu'un examen d'imagerie est nécessaire lors des premiers épisodes de colique néphrétique, afin d'orienter la prise en charge du patient selon le nombre, la localisation ou la taille des calculs.

Dans la prise en charge d'une colique néphrétique simple, une échographie devrait être systématiquement réalisée. Selon la qualité de cet examen, le médecin décidera si une TDM doit compléter ou non le bilan ou si un avis urologique doit être demandé. Mentionnons que selon l'ACEP, il est recommandé d'éviter le recours à la tomodensitométrie chez les patients âgés de moins de 50 ans qui ont une récidive de colique néphrétique et ayant déjà eu un bilan permettant d'exclure une anomalie des voies urinaires ou une importante charge lithiasique d'amont et chez qui un suivi clinique seul peut être envisagé.



Toutefois, plusieurs auteurs considèrent maintenant que c'est la TDM à faible dose qui constitue l'examen de choix pour un premier épisode de colique néphrétique simple. La TDM à faible dose, est une tomodensitométrie abdominale sans injection de produit de contraste, avec une dose d'irradiation réduite d'environ un facteur de 3 à 6 selon les appareils, par rapport à la tomodensitométrie standard, avoisinant ainsi celle d'un cliché radiologique standard de l'abdomen. La tomodensitométrie à faible dose est cependant limitée chez les patients obèses et ne devrait donc pas être utilisée chez cette population.

Pour ce qui est de la TDM abdomino-pelvienne standard, elle est réalisée sans produit de contraste et permet d'obtenir des images plus nettes et permet de visualiser des calculs de taille inférieure à 3 mm avec une sensibilité de 95-98% et une spécificité de 100%. Elle devient donc indiquée en première intention chez les patients présentant une colique néphrétique compliquée ou fébrile ou la localisation et la taille du calcul à l'origine de la crise sont des éléments essentiels dans la décision du type de prise en charge. De plus, la TDM standard est l'examen de choix pour les patients dont l'IMC est supérieur à 30kg/m².

Dans la section boîte à outils de notre site, on vous propose un [algorithme](#) que vous pourrez moduler selon la disponibilité de votre plateau technique. Enfin, le médecin d'urgence doit toujours prendre en considération les risques d'irradiations de ses patients et rester à l'affût des modalités disponibles permettant de limiter ce risque.

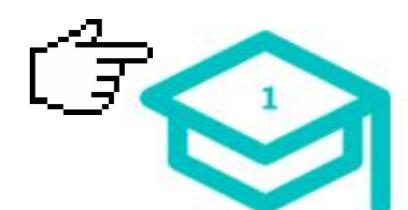
Choix de nos éditeurs pour 2018

TOP EN MOTS

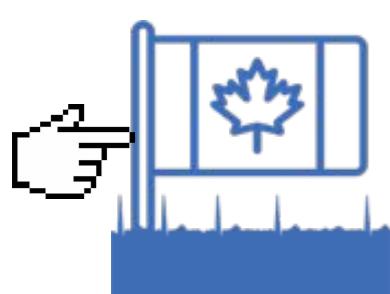


One-minute preceptor (29 août 2018)

Le *One-minute preceptor* est une méthode simple et rapide pour optimiser notre supervision dans un contexte de pratique de haut débit comme l'urgence. L'objectif est de centrer l'enseignement sur le contexte clinique et sur la prise de décision thérapeutique pour le patient tout en diagnostiquant facilement les problématiques chez les apprenants. Les études démontrent que l'enseignement est jugé plus efficace lorsque cette méthode est utilisée et que la rétroaction est personnalisée et variée. De plus, les apprenants apprécient le fait de participer activement à leur séance de rétroaction. Le *One-minute preceptor* comporte cinq étapes. La première étape consiste à demander à l'apprenant de prendre position par rapport au diagnostic probable (1). Ensuite, le superviseur va questionner l'apprenant pour mettre en évidence le raisonnement clinique qui l'a amené à ce diagnostic (2). À partir de là, le superviseur va sélectionner un élément sur lequel faire de l'enseignement à l'apprenant (3). À la quatrième étape, le superviseur va offrir une rétroaction positive à l'apprenant (4). Finalement, le superviseur va corriger les erreurs notées dans les étapes précédentes de façon constructive (5). L'ensemble de ces étapes prend environ cinq minutes.



FA – guide de pratique de l'ACMU (23 octobre 2018)



Dans la capsule sur les nouveaux guides de pratique de la FA, on nous réfère à un nouvel algorithme utilisé pour la prise en charge à l'urgence. Comme l'a souligné le Dr Larose, la première étape de cet algorithme est de savoir si la cause de la FA est primaire ou secondaire. En effet, un patient MPOC connu FA chronique avec une fréquence généralement bien contrôlée qui se présente avec une FA rapide et des tensions limites demande à ce qu'on recherche la cause derrière le tableau clinique. De la même manière qu'on ne traite pas une tachycardie sinusale en ralentissant la fréquence, on doit d'abord tenter de rechercher une explication pour une FA devenue soudainement rapide. Le guide de pratique mentionne aussi d'évaluer le risque cardio-embolique avant toute conversion chimique ou électrique (ACO depuis 3 semaines ou non, début en bas de 24-48 heures, ETO sinon). Finalement, on retiendra que le procainamide est la molécule de choix, plus rapide et efficace que l'amiodarone pour la cardioversion chimique. En termes de cardioversion, on applique désormais 200 J pour tout le monde. Et finalement, il ne faut pas oublier de prescrire d'emblée un AOD à tous les patients avec un score CHADS-65 de 1 point ou plus au congé. Ainsi, tout patient de 65 ans ou plus se mérite d'emblée un AOD, même s'il n'a aucun autre facteur de risque.

Je vous réfère à l'article pour les détails et de même qu'à notre section "boîte à outils" pour l'algorithme.



En 2019, une mise à jour suite à des recommandations de la Société Canadienne de Cardiologie (SCC) sera disponible.

Suivez-nous!



Recommandation post-TCCL (15 novembre 2018)

Un nouveau Top Article sur les conseils post-TCCL a été lancé sur le site. Les conclusions correspondent aux lignes directrices de l'INESSS. Après une période de repos de 24-48 heures, on suggère la reprise des activités par la suite, en adaptant l'intensité selon le seuil de réapparition des symptômes. Il faut toutefois continuer d'éviter les activités à risque d'un second impact, ad symptômes complètement résolus. Les symptômes physiques se résolvent généralement plus vite que les symptômes cognitifs, et la durée est généralement de moins de deux semaines pour les enfants, comparativement à moins d'un mois pour les adolescents. Les auteurs suggèrent aussi une réadaptation en physiothérapie plus ou moins une équipe multi d'emblée pour les patients qui souffrent de symptômes cervicaux / vestibulaires.



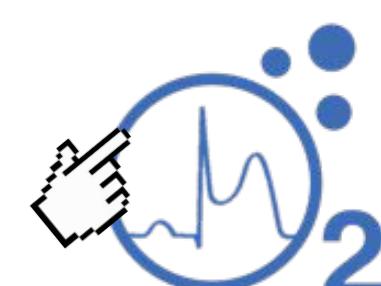
Choix de nos éditeurs pour 2018

TOP EN MOTS



O2 et SCA - étude DETOX-2 (21 novembre 2018)

Une grande étude randomisée-contrôlée multicentrique suédoise avec des patients avec SCA et saturation en haut de 90 % confirme que l'ajout d'oxygène n'apporte aucun bénéfice. Cette étude, où l'issue primaire était la mortalité à un an, n'a pas réussi à démontrer un effet délétère ou favorable à l'oxygène, contrairement à l'étude AVOID en 2015 qui avait suggéré un effet néfaste de l'oxygène sur la taille de l'infarctus. Il faut dire que le taux d'événements était inférieur à celui calculé pour atteindre la puissance désirée, mais un effet important est peu probable vu le nombre important de patients recrutés dans l'étude. Bref, en considérant les coûts associés à l'administration de l'oxygène (masque, tubulure, etc.) et aussi le risque de diminuer la mobilisation du patient une fois sur l'étage, les données récentes militent contre l'administration d'oxygène lorsque la saturation est normale, en haut de 90%, pour les patients en SCA.

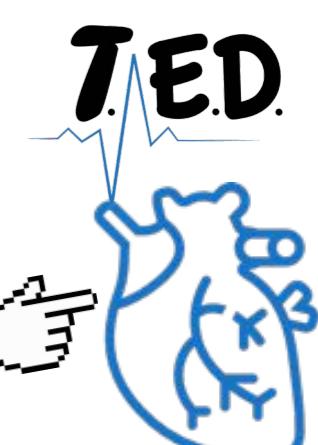


Top Truc pédagogique - la pratique mentale (28 novembre 2018)

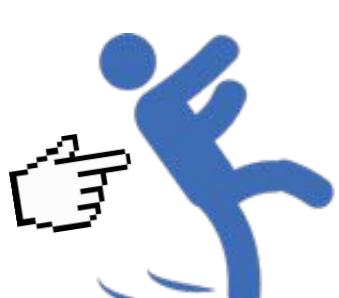


Dre Raymond-Dufresne et Dre Lanoue nous présentent un Top Truc super utile en pédagogie et en formation continue : la pratique mentale. Tout le monde connaît la force du mental... et ce n'est pas juste vrai au hockey ! De nouvelles données, surtout en chirurgie, suggèrent que de pratiquer une technique puis de la consolider par visualisation aurait un effet synergique. Il s'agit d'une technique de visualisation, sans mouvement physique, qui sert à réviser mentalement les étapes pour accomplir une tâche, tout en essayant d'imaginer les modalités sensorielles. Cela contribuerait aussi à augmenter la confiance en soi et à diminuer l'anxiété. Pour être efficace, l'apprenant doit avoir été exposé et avoir pratiqué la technique une première fois, avant de pouvoir reprendre la technique avec visualisation mentale. Il semble que ce soit idéal pour les gestes techniques plus complexes à l'urgence, et les simulations de réanimation. L'idéal pourrait être de pratiquer mentalement une nouvelle technique tout de suite après son apprentissage, pour la consolider. Ou périodiquement, dans nos plages de formation continue, lorsqu'il s'agit de techniques plus complexes ou rarement utilisées, afin d'augmenter nos chances de succès et réduire l'anxiété lorsque la technique sera requise. Qui aurait crû que de pratiquer mentalement des cas de réanimation qui évoluent mal pourrait multiplier l'effet d'une pratique au centre de simulation ? Vivement qu'on applique la littérature sportive à notre défi qu'est l'urgence. « La force du mental » !

BBG et SCA (07 décembre 2018)



Les capsules TED ont été lancées cette année. Cette nouveauté est une collaboration entre le collectif Top MU, ECG-u et Doc D'urgences. L'objectif est de mettre en valeur l'importance d'une lecture approfondie de l'ECG au département d'urgence puisque nous nous devons d'être les experts à ce sujet pour nos patients. Dans cette capsule sur le BBG et le SCA, l'évidence est mise sur table sur la faible sensibilité des critères du STEMI et sur le nouveau concept des IMOs, soit les infarctus du myocarde occlus. Les critères de Sgarbossa ont été validés autant en BBG qu'avec un rythme électro-entraîné et doivent amener le clinicien à activer l'option de reperfusion urgente de son milieu si ces critères sont positifs. Visionnez cette capsule afin de bien maîtriser ces critères.



Narcotiques et chutes chez les personnes âgées : lumière jaune (14 décembre 2018)

Une étude québécoise rétrospective, observationnelle et multicentrique conduite chez les personnes âgées de plus de 65 ans admises à l'hôpital pour des blessures démontre une association entre la chute comme mécanisme de blessure et le fait d'avoir reçu une prescription d'opiacés dans les 2 semaines précédentes. Parmi les 67 929 patients retenus dans l'étude, on a constaté que les chuteurs avaient précédemment reçu une prescription d'opiacé dans 4,9% des cas (IC95% 4,7-5,1%) alors que cette proportion était de 1,5% (IC95% 1,2-1,8%) chez les personnes âgées qui avaient été blessées par un autre mécanisme que la chute. Parmi les patients âgés ayant des blessures liées à une chute, ceux qui avaient reçu des opioïdes étaient plus à risque de mortalité hospitalière (OR 1,58 IC95% 1,34-1,86). Il faut être prudent dans l'établissement d'un lien de cause à effet entre les opiacés et les chutes puisqu'il s'agit d'un devis observationnel rétrospectif et que des co-variables non ajustées peuvent être en cause. Par contre, ces résultats doivent inciter le clinicien à la prudence. On peut utiliser d'autres analgésiques chez les personnes âgées lorsque cela est possible et surtout aviser les patients et leur famille afin de les inciter à la prudence pour éviter les chutes.



"Offre du Nouvel An"

Abonnez-vous dès maintenant à TopMU.ca et profitez d'un rabais de 15%*
Code promotionnel à inscrire lors de l'abonnement: **boxingday2018**

*L'offre expire le 19 janvier 2019.

