



2019 JOURNÉE
ÉRUDITION
RECHERCHE

**DIFFUSONS NOS
RÉALISATIONS!**

**RÉSUMÉS DES PRÉSENTATIONS ORALES
DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE D'URGENCE**

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 9 H 35 À 9 H 49
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 1

FACTEURS PRÉDICTIFS DE DÉLIRIUM CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS AU DÉPARTEMENT D'URGENCE

Présentatrice : BÉLAND, Emmanuelle

Introduction :

La recherche d'infection à Clostridium difficile en milieu hospitalier est courante vue sa prévalence et son important taux de morbidité et mortalité. Toutefois, les tests diagnostiques utilisés pour sa recherche sont coûteux et parfois imprécis. L'Infection Diseases Society of America (IDSA) ont émis des recommandations claires sur les indications de dépistage de cette infection pour prévenir ces enjeux.

Objectifs :

Déterminer si le Centre hospitalier de Gaspé suit les recommandations en ce qui concerne les indications de procéder à la recherche de C.difficile en milieu hospitalier, soit : ≥ 3 diarrhées dans les 24h précédant le test, un test unique demandé initialement et aucun autre test demandé dans les 7 jours suivant le premier.

Méthodologie :

Étude rétrospective à critères explicites analysant les dossiers de 73 patients ayant eu une recherche de C.difficile pendant une hospitalisation entre le 1er juillet 2017 et le 30 juin 2018.

Résultats :

Des 58 dossiers retenus, 17 (29%) furent conformes pour la quantité de diarrhées précédant la recherche de C.difficile, 53 (91%) furent conformes pour le critère d'un seul prélèvement initial et 33 (57%) furent conformes pour l'absence de prélèvement subséquent. Au total, 6 (10%) dossiers furent conformes pour l'ensemble des 3 critères.

Conclusion :

Le Centre hospitalier de Gaspé suit les recommandations concernant un test unique initial, mais n'est pas conforme, sous réserve des limitations de l'étude, en ce qui concerne les recommandations sur la quantité de diarrhées requises avant de procéder à la recherche ainsi que sur la recherche subséquente dans les 7 jours suivant.

Recommandations :

Le personnel devrait être sensibilisé aux critères de recherche de C.difficile en milieu hospitalier. Un algorithme décisionnel pourrait être conçu et affiché dans le bureau des médecins ou des infirmières afin de retrouver rapidement les recommandations officielles en lien avec la recherche du pathogène.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 9 H 49 À 10 H 03
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 2

UTILISONS-NOUS LE PROTOCOLE DE SEPSIS SÉVÈRE À L'URGENCE ?

Présentateur : PIGEON, Marc-Antoine

Introduction :

La prise en charge de patients atteints de sepsis constitue une partie importante de la pratique de la médecine d'urgence. Des recommandations claires sont publiées régulièrement dans l'optique d'améliorer la gestion de ces cas parfois complexes. Un protocole à cet effet est disponible dans le CHU de Québec afin de faciliter le travail des médecins d'urgence.

Objectifs :

L'objectif de ce projet est de vérifier si les médecins d'urgence de 3 urgences du CHU de Québec utilisent le protocole de sepsis sévère.

Méthodologie :

Une étude rétrospective de la qualité de l'acte a été réalisée, incluant des dossiers de patients traités à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, du CHUL et de St-François-d'Assise entre janvier et décembre 2018. Les patients adultes atteints de sepsis sévère, d'étiologie urinaire ou pulmonaire et admis aux soins intensifs directement depuis l'urgence ont été inclus, à l'exception des transferts d'autres centres. Un total de 156 dossiers ont été révisés afin d'en retenir 60 rencontrant les critères d'inclusion.

Résultats :

Sur les 60 dossiers retenus, les ordonnances d'investigations étaient faites telles qu'énoncées au protocole dans 22 cas, soit 37%. Les ordonnances de médicaments étaient faites selon le protocole dans seulement 20 cas, soit 33%, et le protocole papier était présent dans seulement 4 cas, à savoir 7% des dossiers retenus.

Conclusion :

Malgré les recommandations claires et l'établissement d'un protocole accessible à tous les médecins d'urgence, celui-ci n'est que peu utilisé. Certaines raisons, notamment la difficulté de reconnaître la sévérité du sepsis ou encore le lieu de prise en charge des patients peuvent expliquer ce constat.

Recommandations :

Il sera suggéré d'imprimer d'emblée les protocoles de sepsis sévère au dossier des patients dont la raison de consultation implique un potentiel sepsis, ou encore de développer une macro informatique à insérer dans les logiciels de prise en charge en salle de stabilisation.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 10 H 03 À 10 H 17
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 3

TRAITONS-NOUS EFFICACEMENT L'HYPOTENSION POST-INTUBATION CHEZ LES TRAUMA CRÂNIENS?

Présentatrice : BILODEAU, Valérie

Introduction :

Les TCC sont prévalents et surtout très morbides. La littérature nous démontre une augmentation de la mortalité et de la morbidité chez les patients dans cette population présentant de l'hypotension. La Brain Trauma Foundation a émis des recommandations quant aux cibles à viser pour les patients avec un TCC. Ils recommandent de traiter l'hypotension pour les patients de 50 à 69 ans en visant une tension artérielle systolique de plus de 110mm Hg et pour les autres patients de plus de 100mm Hg. Il est donc de notre devoir comme intervenant de première ligne de limiter voire enrayer cette entité. D'où la question traitons-nous efficacement l'hypotension post-intubation chez les patients avec un TCC dans le CHU de Québec.

Objectifs :

La méthode utilisée est une revue dans le DPE de Cristalnet de tous les patients s'étant présentés pour TCC. Les archives du CHU de Québec ont procédé à une recherche par codes diagnostics avec le logiciel d'interrogation des données à l'urgence. Les critères d'inclusion sont l'intubation en salle de réanimation de 2016 à 2018 chez des patients présentant un TCC modéré à sévère entre 18 et 90 ans. Les critères d'exclusion sont les transferts interhospitaliers intubés, les intubations ailleurs qu'en salle de réanimation ainsi que le manque de données. Les critères de validation sont la présence de mesures correctrices efficaces pour traiter l'hypotension post-intubation dans 5 minutes suivant l'hypotension. L'évaluation des données a été faite jusqu'à 30 minutes post-intubation. L'hypotension a été définie selon les lignes directrices de la Brain Trauma Foundation.

Méthode :

Une demande a été faite aux archives du CHU de Québec afin d'obtenir l'accès aux dossiers des patients de 1 à 18 ans ayant comme diagnostic à l'urgence; brûlure du deuxième degré ou brûlures multiples. Cette demande a été faite pour la période du 1 janvier 2016 au 31 décembre 2017 pour le CHUL et l'HEJ. Au total, 85 dossiers ont été révisés et consultés. De ceux-ci, 49 ont été inclus dans l'étude.

Résultats :

Dans les 64 patients inclus, la prévalence de l'hypotension est de 33% et le taux de non-conformité de 75%. Le délai moyen d'administration d'une mesure correctrice est de 5 minutes et demie. De plus, 78% des patients intubés ont reçu une perfusion de norépinephrine dans leur séjour.

Conclusion :

En conclusion, l'hypotension est prévalente et nous devons mieux la prévenir et la traiter. C'est pourquoi anticiper l'hypotension en ayant déjà préparé une amine ou un bolus lorsqu'on intube un patient avec un TCC, en plus d'inclure dans la checklist d'intubation la préparation à l'hypotension est essentielle.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 10 H 17 À 10 H 31
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 4

CHOC PÉDIATRIQUE : ÉTABLISSONS-NOUS UN ACCÈS VASCULAIRE RAPIDE ?

Présentatrice : BARIL, Laurence

Introduction :

Le choc en pédiatrie est une situation clinique rare, mais grave. Une des premières interventions dans la prise en charge de cette condition critique est d'établir un accès vasculaire fonctionnel, afin de pouvoir amorcer rapidement la réanimation. Toutefois, il est souvent ardu d'obtenir un accès veineux chez les jeunes enfants qui souffrent d'instabilité hémodynamique. C'est pourquoi les lignes directrices de l'AHA/PALS recommandent d'opter rapidement pour une méthode d'accès vasculaire alternative si l'on ne peut obtenir un accès veineux dans les premières minutes. On recommande même d'opter pour l'intra-osseuse comme accès initial dans les cas d'arrêt cardio-respiratoire. Cette étude de la qualité de l'acte a donc voulu vérifier si un accès vasculaire est établi en deçà de cinq minutes chez les enfants se présentant en choc ou arrêt cardio-respiratoire dans les hôpitaux de la ville de Québec. La mise en place d'une voie d'accès alternative (intra-osseuse, voie centrale, cathéter ombilical) dans les cas de délai d'accès vasculaire a également été étudiée.

Méthode :

Les patients de moins de 18 ans consultant à l'urgence en arrêt cardio-respiratoire ou état de choc; défini par une instabilité hémodynamique et une admission subséquente aux soins intensifs pédiatriques, ont été inclus. Les dossiers ont été révisés pour la période de 2012 à 2018. Les patients pris en charge directement par l'équipe de pédiatrie et ceux possédant une voie vasculaire permanente ont été exclus. Une norme de 100 % a été fixée quant aux critères d'évaluation principal et secondaire.

Résultats :

Au total, 169 dossiers ont été révisés et 68 dossiers ont été retenus pour analyse (39 cas d'arrêt cardio-respiratoire et 29 cas de choc). Parmi ceux-ci, 78 % ont obtenu un accès vasculaire dans les cinq premières minutes de la prise en charge. Parmi les 22 % avec un accès retardé, seulement 20 % se sont vu installer une voie vasculaire alternative, soit l'intra-osseuse.

Conclusion :

Cette étude démontre que l'accès vasculaire rapide est établi dans la majorité des cas de choc et d'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique, mais que les cliniciens ont peu recours à des voies vasculaires alternatives en cas de difficulté avec l'accès initial. Pour remédier à la situation, il faut sensibiliser tout le personnel médical à l'urgence de telles situations, rendre l'équipement nécessaire accessible et miser sur la simulation in situ.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 10 H 31 À 10 H 45
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 5

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À TOUSSER EN LIEN AVEC LA PRÉSENCE D'ATÉLECTASIE DANS LES TRAUMATISMES THORACIQUES MINEURS

Présentatrice : THÉRIAULT, Esther

Introduction :

Les traumatismes thoraciques mineurs sont une cause fréquente de consultation au département d'urgence. Les fractures de côtes secondaires sont également une entité très douloureuse qui nécessite une bonne prise en charge. Ainsi, avec la douleur vient une diminution de l'effort inspiratoire et de la capacité à tousser. Nous savons également que la diminution de la capacité à tousser pourrait mener au développement d'atélectasie et que l'atélectasie peut causer de l'hypoxie, une surinfection pulmonaire et une augmentation du travail respiratoire.

Objectifs :

Le but de cette étude est donc de voir si la diminution de la capacité à tousser est lié au développement d'atélectasie. Secondairement, on voulait évaluer s'il y avait une différence de perception de la capacité à tousser entre le patient, l'infirmière et le médecin. Les données de la présente étude proviennent d'une étude de cohorte rétrospective observationnel effectuée entre novembre 2006 et mai 2012. Durant ces visites, le patient, le médecin et l'infirmière évaluaient la capacité à tousser du patient comme étant soit faible/absent, diminué ou normal. Le patient évaluait également sa capacité à tousser sur une échelle visuelle de 0-10.

Résultats :

Sur les 1474 patients recrutés, 1382 patients avaient des données disponibles pour analyse. Sur les 1382 patients inclus, 129 avaient de l'atélectasie à la visite initiale. Le risque de développer de l'atélectasie est non significatif à 1.38 pour un score passable (0-3) et à 1.20 pour un bon score (4-7). La corrélation entre infirmière et patient est de 0.73, entre patient et médecin 0.51 et entre infirmière et médecin 0.47. Le reste de la cohorte, soit 1253 patients, ne présentait pas d'atélectasie à la visite initiale. Le risque de développer de l'atélectasie n'est pas statistiquement significatif pour un score passable (0-3) à 1.30 ni pour un bon score (4-7) à 2.06. La corrélation entre infirmière et patient est de 0,67, entre médecin et patient de 0.41 et entre infirmière et médecin 0.45.

Conclusion et recommandation :

En conclusion, l'étude ne démontre pas une augmentation du risque d'atélectasie selon la capacité à tousser. Également, l'évaluation de la capacité à tousser par le corps médical n'est pas optimal, mais les infirmières sont les meilleures pour évaluer le patient.

Les patients sont les meilleurs pour évaluer leurs symptômes et l'écoute ainsi que leur participation peut permettre d'améliorer les soins.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 14 H 09
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 6

FIÈVRE AU RETOUR DE VOYAGE: MALARIA?

Présentateur : ROWE, JEFFREY

Introduction :

En 2019, la malaria demeure endémique dans plusieurs régions du monde et figure parmi les priorités de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Même si la prévalence mondiale de la maladie est en diminution, l'incidence chez les voyageurs est en augmentation. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation des voyages en zones tropicales, par l'immigration ou par la venue d'étudiants internationaux. En tant que clinicien, il importe de considérer ce diagnostic chez les patients qui consultent pour fièvre au retour d'un voyage en zone endémique.

Selon les recommandations actuelles, un premier dépistage devrait inclure un frottis sanguin (goutte mince ou goutte épaisse) en plus d'un test de détection rapide (TDR). Une confirmation peut, par la suite, être faite dans un laboratoire spécialisé avec des techniciens expérimentés et/ou par PCR. Puisque la sensibilité du dépistage initial est sous-optimale, il est recommandé de répéter les examens à deux ou trois reprises afin de détecter toute parasitémie potentielle.

Objectifs :

Ce projet d'érudition avait comme principal objectif de valider si les patients à risque qui consultent à l'urgence pour hyperthermie étaient dépistés adéquatement pour la malaria.

Méthode :

Une révision des dossiers médicaux des adultes ayant consulté dans une urgence du CHU de Québec entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2018 pour fièvre au retour d'un voyage à risque de paludisme a été effectuée.

Résultats :

Parmi les 77 dossiers consultés, 60 patients ont été dépistés une fois pour la malaria. De ceux-ci, 10 patients ont eu un résultat positif avec une confirmation par la suite. Quant aux autres patients avec un premier dépistage négatif, 12 ont été libérés sans diagnostic alternatif confirmé et sans que le dépistage soit répété. Parmi ceux-ci, 4 ont reconsulté dans une Urgence du CHU de Québec dans les jours suivants et ils ont tous eu un autre dépistage négatif.

Conclusion :

Cette revue de dossier permet de conclure que les patients qui consultent pour fièvre au retour d'un pays endémique pour la malaria ne sont pas tous dépistés. Également, parmi ceux qui ont eu un premier dépistage négatif, quelques-uns ont eu leur congé de l'urgence sans autre diagnostic alternatif confirmé et sans que le dépistage de la malaria soit répété selon les recommandations actuelles. Aucun cas de malaria n'a toutefois été diagnostiqué tardivement parmi ces dossiers consultés.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 14 H 09 À 14 H 23
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 7

DIVERTICULITE : UNE PATHOLOGIE COURANTE À LA PRISE EN CHARGE DIVERGENTE

Présentatrice : DUMONT-DELORME, Sarah-Jeane

Introduction :

La diverticulite est une pathologie courante pour laquelle différents guides de traitements existent. La tendance est à la réduction du temps de notre antibiothérapie pour éviter les complications possibles. Certaines études portent à croire que nous pourrions même opter pour l'option d'observation du patient.

Il est donc essentiel de se poser la question suivante : respectons-nous les lignes directrices pour la durée du traitement des diverticulites non compliquées ? C'est-à-dire ≤ 7 jours en se basant sur les guides de pratiques locaux. Pour ce qui est du guide du CHUQ, mis à jour en 2016, la durée est de 4 à 7 jours.

Méthode :

Les critères d'inclusion sont composés des patients de 18 ans et plus ayant un diagnostic de diverticulite ne nécessitant pas d'hospitalisation ou de consultation autre qu'en externe. Les patients exclus sont ceux ayant eu un diagnostic de diverticulite compliquée (abcès, fistule, air libre ou antibiotiques intra-veineux). 249 dossiers du CHUL ont été sélectionnés de juillet à décembre 2018. 56 dossiers ont été inclus dans l'analyse des données.

Résultats :

Suite à l'analyse des dossiers, nous pouvons constater que 41% des praticiens sont non conformes au nombre de jours que les guides de pratiques suggèrent, c'est-à-dire ≤ 7 jours. Ces derniers sont tous au-dessus du nombre de jours suggérés, pour un maximum de 10 jours.

Finalement, dans un grand nombre des dossiers analysés, la durée de l'antibiothérapie dépasse le maximum des 7 jours recommandés. De plus, selon la littérature, il n'y a pas d'indication de donner au-delà de 7 jours de traitement. Un des praticiens, parmi les 56 dossiers, a choisi l'option d'observation, telle que suggéré depuis 2015 dans les options de traitements des lignes directrices du American Gastroenterological Association. Il sera intéressant de suivre cette prochaine tendance dans les années à venir, d'autant plus que nos pratiques s'orientent davantage vers une durée d'antibiothérapie minimale pour diminuer les complications possibles.

Conclusion :

En conclusion, les recommandations, selon les guides de pratiques, sont d'opter pour un traitement d'antibiotiques de moins de 7 jours. Il est important de s'informer des guides de pratiques locaux, qui peuvent varier selon les résistances du milieu ou encore les expériences des cliniciens. De plus, nous pouvons constater, avec la littérature des dernières années, que le traitement des diverticulites non compliquées est un thème en évolution et sujet à se modifier prochainement.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 14 H 23 À 14 H 37
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 8

RÉANIMATION VOLÉMIQUE CHEZ LE POLYTRAUMATISÉ EN CHOC: DONNONS-NOUS TROP DE CRISTALLOÏDES?

Présentateur : DUFOUR NEYRON, Hubert

Introduction :

La prise en charge volémique du patient polytraumatisé en choc a fait couler beaucoup d'encre dans les dernières années. Les récentes mises à jour de l'ATLS par rapport à l'utilisation des cristaalloïdes recommandent de limiter la quantité utilisée à 1 L avant le début des transfusions sanguines. De plus, ceux-ci ont émis des recommandations par rapport aux protocoles de transfusions massives (PTM) ainsi que par rapport à l'acide tranexamique. Ceci dit, bien que les recommandations de l'ATLS soient récentes, la littérature démontrait depuis plusieurs années que la réanimation hémostatique était primordiale chez le patient polytraumatisé en choc.

Objectifs :

Évaluer l'atteinte des critères mentionnés ci-bas par les urgentologues de l'hôpital Enfant-Jésus (HEJ) chez le patient polytraumatisé en choc.

Méthode :

98 dossiers de patients ont été révisés pour en garder 25. Les critères d'inclusions étaient : consultation pour trauma, plus de 18 ans et PTM débuté à l'urgence. Les critères d'exclusion étaient : les transferts et les grands brûlés. Les dossiers retenus ont été évalués pour vérifier l'atteinte des critères. Les critères étudiés étaient : < 1 L de cristaalloïdes reçus avant le début du PTM, PTM débuté par l'urgentologue et acide tranexamique donné par l'urgentologue.

Résultats :

Les résultats par critères étaient les suivants : 100 % des patients ont reçu < 1 L de cristaalloïdes avant le début du PTM, le PTM a été débuté par l'urgentologue dans 92 % des cas et l'acide tranexamique a été débuté par l'urgentologue dans 88 % des cas.

Discussion :

L'atteinte des critères dans une population telle que choisie était attendue de la part d'un centre tertiaire de traumatologie. Il est donc intéressant de voir quelles étaient les facteurs aidants ainsi que les barrières potentielles à l'atteinte des critères. L'implantation de mesures telles que de plus petits sacs de cristaalloïdes en salle de réanimation et de la facilité d'accès à des culots de O+ était des facteurs facilitants. Il est intéressant pour de plus petits milieux qui reçoivent des patients polytraumatisés de se pencher sur ces facteurs ainsi que sur les barrières dans leur milieu.

Recommandations :

- 1- Penser rapidement au PTM chez le patient polytraumatisé en choc.
- 2- Acide tranexamique à donner sans faute mais tout en priorisant la réanimation volémique.
- 3- Développer des protocoles basés sur une analyse des barrières et des facteurs facilitants propres à chaque milieu.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 14 H 37 À 14 H 51
MÉDECINE D'URGENCE

PRÉSENTATION - 9

UTILISONS-NOUS LES OUTILS D'AIDE DÉCISIONNEL POUR STRATIFIER LES PATIENTS QUI SE PRÉSENTENT POUR DOULEUR RÉTRO-STERNALE?

Présentateur : BORDUAS, Jean-François

Introduction :

Les consultations à l'urgence pour des douleurs rétrosternales sont nombreuses. Les cliniciens de l'urgence sont fréquemment appelés à prendre une décision clinique face aux douleurs rétrosternales qui implique une stratification du risque que cette douleur soit d'origine cardiaque. Le « HEART score » est un score clinique qui fut développé pour aider les cliniciens à évaluer ce risque. Le score a été bien validé et il a même démontré une réduction des coûts liés à l'hospitalisation et les investigations subséquentes, tout en conservant une excellente sensibilité pour éliminer les événements cardiaques indésirables majeurs.

Objectifs :

L'objectif de mon projet de qualité de l'acte était de déterminer la proportion de cliniciens travaillant à l'urgence du CHUL et de l'Hôpital Enfant-Jésus qui utilise ce score pour stratifier leurs patients se présentant pour douleur rétrosternale.

Méthodologie :

À l'aide du dossier médical électronique, cinquante dossiers (vingt-cinq de chaque site) de patients se présentant à l'urgence pour douleur rétrosternale ont été consultés afin de déterminer si le « HEART score » a été inscrit dans la note clinique du clinicien traitant. Les critères d'inclusion se limitait aux adultes de 18 ans et plus pour lequel le clinicien soupçonnait un syndrome coronarien aigu en demandant un ECG et une troponine. Les patients se présentant en STEMI ou en choc cardiogénique étaient exclus.

Résultats :

Étonnamment, seulement un clinicien sur cinquante dossiers révisés a utilisé ce score pour stratifier ses patients.

Conclusion :

Il est possible que ce résultat pourrait être expliqué par le fait que plusieurs cliniciens intègrent les critères du « HEART score » dans leur décision clinique sans l'inscrire dans leurs notes cliniques. Par contre, il n'est pas toujours possible de comprendre le raisonnement clinique du clinicien seulement en se basant sur la note clinique. Est-ce que l'utilisation du « HEART score » aurait pu réduire les coûts d'hospitalisation et les coûts d'investigations supplémentaires sans compromettre la sécurité de ces patients?

Recommandation :

Suite à ce résultat, nous suggérons de toujours inscrire le « HEART score » lorsque les patients se présentent pour douleur rétrosternale dans le dossier médical et tenter de stratifier les patients avec ce score validé, sans toutefois lui donner préséance sur le jugement clinique.