

Résultats. — Soixante et un patients ont été inclus (48 hommes/13 femmes), sept ont été exclus (deux arrêts cardiaques et cinq transports secondaires). L'âge médian était de 58 ans (50–65). Les délais pour l'ensemble des patients étaient : début douleur–diagnostic : deux heures (1–5), porte patient–porte KT : 41 minutes (34–49), porte KT–passage guide : 35 minutes (27–40). Seize patients (26 %) sans contre-indication à la thrombolyse ont eu un délai porte patient–porte KT supérieur à 45 minutes : 58 minutes (51–64) ; leur délai porte KT–passage du guide étant de 35 minutes (29–39). Trois patients (5 %) sans contre-indication à la thrombolyse ont eu le passage du guide dans un délai supérieur supérieur à 45 minutes : 56 minutes (52–60) ; leur délai porte patient–porte KT était de 40 minutes (28–47).

Conclusion. — Les délais de prise en charge du SCA ST+ dans notre population sont globalement en adéquation avec les recommandations françaises pour le choix de l'angioplastie. Cependant, l'évaluation individuelle a posteriori des délais montre que la thrombolyse aurait pu être choisie de première intention dans 31 % des cas.

doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.297

157

Délais de prise en charge des IDM aigus en Smur mesurés par un registre régional

S. Bataille^a, A. Greffet^b, Y. Letarnec^b, G.A. Capitani^b, C. Lapandry^b, S. Dubourdiou^b, J.-M. Juliard^b, Y. Lambert^b, pour les investigateurs du groupe e-MUST

^a Service des registres, Arhif, Paris, France

^b Comité scientifique du registre e-MUST, Paris, France

Mots clés. — SCA ST+ ; Registre ; Délais

Introduction. — La réduction des délais de prise en charge des IDM est un objectif majeur de santé publique, souligné dans une récente conférence de consensus.

Matériel et méthode. — Registre e-MUST, registre continu de prise en charge des IDM inférieur à 24 heures par les Smur d'Île-de-France. Analyse des délais selon les recommandations pour les années 2005 et 2006, concernant uniquement les SCA ST+ inférieur à 12 heures avec décision d'angioplastie primaire. Comparaison des résultats avec les objectifs de 45 minutes pour le délai porte–porte cardio, de 45 minutes pour le délai porte cardio–passage du guide et de 90 minutes pour le délai porte–passage du guide. Le passage du guide précède l'inflation du ballon, majorant l'exigence de réduction de temps.

Résultats. — Les résultats sont présentés dans le [Tableau 1](#).

Conclusion. — Le respect des délais recommandés reste un défi et l'analyse continue des pratiques doit permettre de fixer des objectifs en termes de délais et de stratégies

thérapeutiques, en partenariat avec l'ensemble des acteurs du réseau de prise en charge des IDM aigus.

doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.298

158

Comparaison de différentes méthodes d'évaluation de la probabilité clinique lors d'une suspicion d'embolie pulmonaire

C. Coroller-Bec^a, S. Dambrine^b, J. Choukroun^a, G. Kerlir^a, M. Delori^b, P.-M. Roy^b

^a Service d'accueil des urgences, centre hospitalier du Mans, Mans, France

^b Service d'accueil des urgences, centre hospitalier universitaire d'Angers, Angers, France

Mots clés. — Embolie pulmonaire ; Score de Genève révisé ; Probabilité clinique

Lors d'une suspicion d'embolie pulmonaire, la démarche diagnostique est stratifiée en fonction du niveau de probabilité clinique (PC) sans que le mode d'estimation de cette probabilité prétest ne soit parfaitement défini. Nous avons voulu savoir quelles étaient les performances de deux scores basés sur des critères objectifs cliniques et paracliniques (score de Genève et score ASE), un score basé uniquement sur des critères objectifs cliniques (score révisé de Genève), un score basé sur des critères objectifs et le jugement implicite du clinicien (le score de Wells), et une évaluation totalement empirique.

Méthode. — Nous avons comparé ces cinq méthodes chez 297 patients admis aux urgences et suspects d'embolie pulmonaire. Les patients étaient pris en charge par un médecin du service qui, dès lors qu'il suspectait une embolie pulmonaire, précisait son niveau de probabilité clinique empirique sur une échelle visuelle analogique, puis complétait un cahier d'observation permettant le calcul a posteriori des différents scores de probabilité. Les performances des scores et de l'empirisme ont été analysées à l'aide de courbes ROC et du coefficient de concordance kappa.

Résultats. — Les cinq modes d'évaluation classent les patients en deux ou trois groupes de probabilité prétest distincts avec des prévalences variant entre 7 et 16,8 % pour une PC faible, 23,6 à 31,5 % pour une PC moyenne, 45,7 et 68,8 % pour une PC forte. Les meilleurs résultats sont obtenus avec l'empirisme (AUC 0,81), le score de Wells (AUC 0,77), le score révisé de Genève (AUC 0,76), puis le score ASE (AUC 0,72) et le score de Genève (AUC 0,62). La concordance entre les différentes évaluations est mauvaise, le test kappa étant toujours inférieur à 0,35.

Commentaires. — Les scores faisant appel à des examens complémentaires (gazométrie, ECG) comme le score de Genève ou le score ASE semblent les moins performants,

Tableau 1 Analyse des délais du registre e-MUST selon les recommandations.

Recommandations	2005	2006
SCA ST+ < 12 h et ATL Ire	n = 887	n = 1044
Délai porte–porte cardio < 45 min	n = 204 (25,2 %)	n = 279 (29,4 %)
Délai porte cardio guide < 45 min	n = 453 (73,9 %)	n = 464 (72,6 %)
Délai porte–guide < 90 min	n = 253 (41,4 %)	n = 325 (46,4 %)

probablement en raison des difficultés d'obtention de ces paramètres. Les scores s'appuyant sur des critères objectifs cliniques ont des performances proches de celles du jugement implicite, mais le manque de concordance entre ces différents modes d'évaluation de la PC montre qu'ils s'appuient sur des critères différents, éventuellement complémentaires. Ainsi, la prise en compte du score révisé de Genève et de l'évaluation empirique semble intéressante, mais devra être évaluée dans un travail prospectif spécifique.

doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.299

159

Reproductibilité interobservateurs de l'estimation de la probabilité clinique lors d'une suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences à l'aide du score révisé de Genève et du score de Wells

S. Dambrine^a, G. Legal, F. Verschuren^b, N. Delveau^b, C. Coroller-Bec^a, F. Thys^b, M. Righini, P.-M. Roy^a

^a Service des urgences, centre hospitalier universitaire, Angers, France

^b Département d'urgence et réanimation, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

Mots clés. – Probabilité clinique ; Embolie pulmonaire ; Reproductibilité

Introduction. – L'évaluation de la probabilité clinique est un élément essentiel dans la prise en charge d'une suspicion d'embolie pulmonaire (EP) aux urgences, permettant d'orienter le choix des examens complémentaires et d'interpréter leur résultat. Nous avons évalué la reproductibilité interexamineurs des deux principaux scores proposés dans la littérature internationale : le score révisé de Genève et le score de Wells.

Méthode. – Cette étude est un travail ancillaire de l'étude prospective randomisée CTEP4 comparant deux stratégies diagnostiques lors d'une suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences (publication en cours). Deux des cinq centres universitaires de CTEP4 ont participé à ce travail : 473 patients admis consécutivement et suspects d'EP ont eu un double recueil des données cliniques et anamnestiques permettant le calcul du score révisé de Genève et du score de Wells. Les deux évaluations étaient indépendantes prospectives sans insu et elles ont été comparées à l'aide d'un test de concordance κ .

Résultats. – La concordance interobservateur était très bonne ($\kappa > 0,8$) pour l'âge ($\kappa = 0,99$), un cancer évolutif (0,83) et un antécédent de maladie thromboembolique (0,82). Elle était bonne ($\kappa > 0,6$) pour la notion d'hémoptysie (0,74), une douleur spontanée du mollet (0,73), la fréquence cardiaque (0,70) et une chirurgie ou immobilisation récente (0,64). Elle était modérée ($\kappa > 0,4$) pour les signes cliniques de thrombose veineuse – douleur à la palpation et œdème du mollet – (0,50) et faible pour la notion de diagnostic alternatif moins probable que l'embolie pulmonaire (0,39). La reproductibilité du score révisé de Genève et du score de Wells en trois catégories étaient, respectivement, de $0,73 \pm 0,034$ et de $0,419 \pm 0,052$; 85,9 % des évaluations étaient concordantes pour le score révisé de Genève sans aucune discordance extrême (pro-

babilité clinique forte versus probabilité clinique faible) contre 68 % pour le score de Wells avec deux discordances extrêmes.

Conclusion. – La reproductibilité du score révisé de Genève est bonne, mais pourrait être améliorée par une meilleure définition de certains items, comme les signes de thrombose, la chirurgie ou immobilisation récente et les modalités de recueil de la fréquence cardiaque. Celle du score de Wells est modérée, en particulier par la prise en compte de la notion de diagnostic alternatif, item subjectif et non standardisé.

doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.300

160

Le diagnostic de l'embolie pulmonaire par le CT-scanner multidétecteur seul ou combiné au doppler veineux des membres inférieurs : essai randomisé de non-infériorité

F. Verschuren, P.-M. Roy, F. Thys, M. Righini, O. Sanchez, G. Le Gal, D. Aujesky, G. Meyer, A. Perrier
Groupe CTEP4, Suisse

Mots clés. – Embolie pulmonaire ; CT scanner ; Diagnostic
Introduction. – Des données récentes suggèrent que le CT-scanner multidétecteur (MSCT) combiné à la mesure des D-dimères, permet d'exclure le diagnostic d'embolie pulmonaire (EP) avec sécurité. Nous avons comparé cette approche avec une stratégie validée dans laquelle l'association d'un MSCT négatif et d'un écho-doppler veineux des membres inférieurs négatif étaient nécessaires à l'exclusion de l'EP.

Méthode. – Nous avons inclus 1819 patients suspects d'EP en salle d'urgence dans un essai contrôlé randomisé et multicentrique de non-infériorité comparant deux stratégies : évaluation de la probabilité clinique suivie de, soit (1) le dosage de D-dimère suivi du MSCT (stratégie DD-CT), soit, (2) le dosage de D-dimère, l'écho-doppler veineux et le MSCT (stratégie DD-US-CT). L'objectif principal était le risque thromboembolique à trois mois chez les patients non anti-coagulés sur base d'une exclusion du diagnostic selon la stratégie.

Résultats. – La prévalence d'EP était de 21 % dans les deux bras. Dans l'analyse selon le protocole, le risque thromboembolique à trois mois était de 0,3 % (95 % IC : 0,1–1,1) dans le bras DD-US-CT et 0,3 % (95 % IC : 0,1–1,2) dans le bras DD-CT, la différence étant non significative (0,0 ; 95 % IC : –0,9 à 0,8). Les résultats étaient similaires dans l'analyse en intention de diagnostiquer. Dans le bras DD-US-CT, l'écho-doppler veineux a montré une thrombose veineuse profonde chez 9 % des patients, permettant d'éviter le recours au MSCT. Le coût moyen par patient était de 20 à 30 % supérieur dans la stratégie DD-US-CT.

Discussion. – La stratégie combinant D-dimère et MSCT présente une sécurité comparable à celle combinant D-dimère, MSCT et doppler veineux des membres inférieurs, pour l'exclusion de l'EP. Bien que la performance diagnostique de l'écho-doppler soit faible, cet examen peut rester utile chez les patients présentant une contre-indication au CT scanner.

doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.301