

 la Presse Médicale 	
www.em-consulte.com/revue/lpm	
Volume 38 - N° 12 Décembre 2009	
Éditorial	
Prévenir les saignements digestifs des aux antiagrégants plaquettaires : le labyrinthe ! J.-F. Bretagne.....	1722
Articles originaux	
Évaluation de la prise en charge de l'otite moyenne aiguë du nourrisson et de l'enfant en médecine de ville dans le Nord de la France P.S. Ganga-Zandou, A. Ferrantel, C. Robic, G. Pousset, M.-H. Pierre, B. Bougrip, E. Gross, H. Ythier.....	1730
Efficacité de la nutrition entérale à domicile chez 60 malades ayant une anorexie mentale D. Rigaud, H. Pernacchini, A. Roblot, M. Jacquet, I. Tallonneau, B. Vesigs.....	1739
Lésions bucco-dentaires dues au tabac et motivation au sevrage : étude de 121 cas S. Denoux, S. Boutayeb, S. Ntassi, B. Hassam, N. Ismail.....	1746
Revue systématique	
Vaccination anti-HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus C. Mougis, I. Bourgaill-Villado, P. Coursaget.....	1750
Mises au point	
Tumeurs malignes primitives du péritoine E. Corte, G. Passot, S. Isaac, F.-N. Gilly, O. Gehen.....	1814
État de mal épileptique convulsif généralisé de l'adulte en situation d'urgence et en réanimation H. Ouhy.....	1823
Infarctus cérébraux cryptogéniques : de la classification au concept S. Timsit, C. Oueilly.....	1832
Nouveaux marqueurs biologiques et radiologiques de la sclérose latérale amyotrophique P.-F. Pradat.....	1843
Ataxies cérébelleuses autosomiques récessives C. Tranchant, M. Anheim.....	1852
Lettres à la rédaction	
Audit cible des indications des électroencéphalogrammes dans un hôpital gériatrique sur une période de 16 mois P. Koskas, P. Versteche, Z. Fathi, O. Drumat, Y. Wolmark.....	1860
Accessibilité des antidotes en urgence M. Ilescey, F. Adnet, P. Gamaud, P. Wipf, A. Checinski, F. Capostolle.....	1861
Exposition solaire derrière les barreaux. Analyse du comportement de photoprotection des personnes détenues dans un centre de détention français P. Bayle, N. Meyer, S. Grill, X. Bouissou, N. Telmon.....	1863
Cas cliniques / Clinical cases	
Abcès rétro-péritonéal à <i>Salmoneilla typhimurium</i> chez une patiente atteinte de pemphigus M. Meziane, N. Ahrich, F. Béghnaoui, K. Senouci, B. Hassam.....	1865
<i>Degenerative gastric polyps and pernicious anemia</i> R. Hidar, N. Delhadj, A. Ouailaq, H. Elkouni, A. Kochef, M. Romari, O. Gargouri, A. Kher, J. Kharout, A. Ghedjel.....	1867
Angio-œdème par déficit acquis en C1-inhibiteur associé à un syndrome lymphoprolifératif de bas grade révélé par une pseudo-paralysie faciale à l'âge de 82 ans G. Lanfranchi, N. Brunetti, D. Gontzaker, M. Neiss, P. Rabiey, M.-P. Hervy.....	1868
Baisse visuelle bilatérale après un exercice aérobic R. Limalien, A. Merdzou, A. Chaabouni, K. el Euch, F. Zied, I. Lahfif, L. El Mairi.....	1870
Images en médecine	
Thrombophilie cérébrale profonde : un signe tomodensitométrique à ne pas manquer F. Le Moigne, T. Vitry, J.-L. Lamboley, L. Guilloton, A. Drouot.....	1873
Un carcinome basocellulaire E. Bourvard, L. Moussu, C. Gachmeyer, G. Grateau.....	1876
En pratique	
Une cause rare d'accès de toux chez un adulte J.B. Amag, H. Raouf, S. Cheikrouhou, S. Hantous, M. Zarnouk, N. Chahou, A. Chabbou.....	1878
Remerciements aux experts	
1881	
Éducation thérapeutique	
Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient F. Bourdillon, J.-F. Collin.....	1770
Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète A. Grimaldi, D. Simon, C. Sachon.....	1774
Éducation thérapeutique des patients traités par anticoagulants oraux anti-vitamines K B. Salzet, S. Blaise, M. Fontaine, J. Yvet, D. Aillet, M. Gaudant, G. Pernod, J.-L. Rossion.....	1780
Éducation thérapeutique du patient asthmatique L. Halmi, A. Bourdi, B.A.-E. Mahjoub, P. Godard.....	1788
Éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques en France P. Jourdain, Y. Juillière, A. Boireau, M. Bellorini, M. Desnos, J. Dagorn, F. Funck.....	1797
Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique N. Tikhana-Rubi.....	1805

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

étaient peu nombreuses (9 soit 0,04 %) et conformes aux référentiels. Celles réalisées dans le cadre du diagnostic d'épilepsie l'étaient également en grande partie

L'EEG n'est qu'un élément de la réflexion diagnostique globale pour un patient. En effet un EEG ne permet pas de faire à lui seul un diagnostic d'épilepsie. Ce point est notifié dans la recommandation 1.6.7. Des anomalies épileptiformes peuvent exister chez des patients qui ne sont pas épileptiques et qui dans les études de suivi ne le deviennent pas) [1,4]. Le référentiel 1.6.5 du NICE souligne le risque d'erreur lorsqu'un examen EEG est pratiqué devant une syncope. La prescription d'EEG dans le cadre d'un bilan de chute chez un sujet âgé n'est pas recommandée en première intention sauf élément d'orientation et/ou interrogatoire impossible.

À l'inverse, l'absence de réalisation d'un EEG est parfois une perte de chance diagnostique pour un patient [5]. Ce risque de sous utilisation doit être particulièrement souligné en gériatrie. Le diagnostic d'une confusion est souvent moins réalisé chez les personnes âgées alors qu'elle est fréquente entre 35 et 50 % après 80 ans [6]. L'état de mal épileptique (EME) est un autre exemple des difficultés rencontrées chez le sujet âgé, où il est plus fréquent et ses manifestations moins caractéristiques [7]. Il n'existe pas en France actuellement de référentiels concernant la pratique de l'EEG. L'HAS a mis en place des groupes de travail pour mener cette réflexion. Les référentiels du NICE utilisés dans notre travail nous semblent encore peu diffusés en France.

Notre travail est limité à un seul site. Les habitudes de prescription peuvent différer selon les établissements. L'intérêt de notre audit est de porter sur une population uniquement gériatrique. Une seconde évaluation, au décours d'une information des praticiens, est prévue durant l'année 2009, selon les mêmes modalités.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Vion-Dury J, Blanquet F. Pratique de l'EEG : bases neurophysiologiques, principes d'interprétation et prescription. Elsevier Masson; 2008.
- [2] Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées. Rev Neurologie 2008;164:754-74.
- [3] National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia. NICE Clinical Guideline 42 2006.
- [4] National Institute for Health and Clinical Excellence. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. NICE Clinical Guide 2004.
- [5] Zivin L, Aimone-Marsanc. Incident and prognosis significant of epileptiform activity in the EEG of non epileptic subjects. Brain 1968;9:751-71.
- [6] Canadian Coalition for Senior's Mental Health. National Guidelines for senior's mental health: the assessment and treatment of delirium. Canadian Coalition for Senior's Mental Health 2006.
- [7] Bottaro J. Etat de mal non convulsif chez les sujets âgés. Epilepsia 2007;48:966-72.

Pierre Koskas¹, Patrick Verstichel², Zakia Fathi³, Olivier Drunat¹, Yves Wolmark³

¹Service de gériatrie à orientation psychiatrique, hôpital BRETONNEAU, F-75018 PARIS, France

²Unité d'électrophysiologie, centre hospitalier Intercommunale de Créteil, F-94000 Créteil, France

³Service de gériatrie générale, hôpital BRETONNEAU, F-75018 PARIS, France

Correspondance : Koskas Pierre, service de gériatrie à orientation psychiatrique, hôpital BRETONNEAU, 23 rue Joseph de Maistre, F-75018 PARIS, France. pierre.koskas@brt.aphp.fr

Reçu le 21 mars 2009

Accepté le 9 juin 2009

Disponible sur internet le 4 septembre 2009

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi: 10.1016/j.lpm.2009.06.017

Accessibilité des antidotes en urgence

Availability of antidotes in emergency

Assurer à tous les patients un accès rapide aux antidotes est une nécessité. Dans un travail précédent, nous avons mis en évidence un défaut de disponibilité des antidotes en France [1]. De multiples contraintes, économiques et logistiques en particulier, expliquent cette situation. Nous avons suggéré qu'une gestion départementale des antidotes par le SAMU permettrait de corriger cette situation [1]. Il nous a semblé licite, 10 ans plus tard, de réévaluer l'accessibilité des antidotes. Nous avons étudié la disponibilité de 2 antidotes « traceurs » : l'hydroxocobalamine (antidote des cyanures, le plus souvent inhalés dans les fumées d'incendies) et les anticorps antidigitaliques (antidote des digitaliques). Selon la méthodologie précédemment utilisée, chaque SAMU a été interrogé par téléphone [1]. Le motif de non-disponibilité éventuelle des antidotes était aussi investigué.

Les 104 SAMU Français ont été interrogés. Une liste des antidotes disponibles était accessible au SAMU dans 50 cas, aux urgences dans 32 cas, ailleurs dans l'hôpital dans 18 cas, au SMUR dans 16 cas et dans les unités mobiles hospitalières (UMH) du SAMU dans 16 cas ; un tel document n'existait pas dans 34 cas. Les résultats concernant la disponibilité des antidotes sont rapportés dans le *tableau 1*.

La disponibilité des antidotes s'est améliorée. Celle de l'hydroxocobalamine dans les UMH a été multipliée par deux en 10 ans tout comme celle des anticorps antidigitaliques au SAMU. Toutefois, elle demeure notablement insuffisante.

TABLEAU I

Interrogation des 104 SAMU nationaux sur l'accessibilité, en urgence, des antidotes et motifs d'indisponibilité éventuelle

Disponibilité	Hydroxocobalamine		Anticorps antidigitaliques	
	Rappel2001 [1]	2008	Rappel2001 [1]	2008
Dans les UMH	24	52	0	0
Au SMUR	*	28	*	0
Au SAMU	41	43	3	7
Au service des urgences	*	39	*	8
Ailleurs dans l'hôpital	27	18	23	62
Non disponible	10	4	76	33
Motif de non disponibilité	dans les UMH (2008)		au SAMU (2008)	
Disponibilité au SAMU	72		-	
Coût élevé	13		37	
Rareté de l'intoxication	13		52	
Ne sait pas	5		13	
Autre motif	0		Disponibilité régionale (n = 2), délai de péremption (n = 2), absence de preuve d'efficacité (n = 2), problèmes de stockage (n = 2), absence de dosage préhospitalier (n = 1)	

* Lors de notre enquête de 2001, les SAMU n'étaient pas interrogés sur le détail de la disponibilité intra-hospitalière des antidotes, au SMUR ou aux Urgences. [1].

L'hydroxocobalamine devrait être disponible dans toutes les UMH [1]. Il s'agit de l'antidote de référence de l'intoxication par les cyanures [2]. L'inhalation des fumées d'incendie constitue la première cause d'intoxication cyanhydrique [3]. Il s'agit à l'évidence d'une intoxication absolument imprévisible. Il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Tout retard thérapeutique est préjudiciable.

La disponibilité des anticorps antidigitaliques s'est aussi améliorée. Si l'intoxication aiguë est rare, le surdosage chronique ne l'est pas [4]. Le traitement précoce et exclusif par anticorps antidigitaliques réduit la mortalité [5]. Il s'agit d'un traitement cher, pour une intoxication rare. Mais il s'agit aussi du seul traitement efficace. À l'évidence, tous les SAMU n'ont pas mis en place de procédure départementale ou régionale d'accès aux antidotes, seule économiquement acceptable. L'absence fréquente de liste des antidotes disponibles dans chaque SAMU confirme cette faiblesse. Or, le fait que le SAMU soit joignable 24 heures sur 24, qu'un médecin spécialisé en médecine d'urgence y soit disponible, avec la possibilité d'acheminer sur place, sans délai, les traitements font du SAMU la pierre angulaire d'un dispositif de mise à disposition des antidotes et autres thérapeutiques d'exception [6]. Permettre à tous les patients un accès rapide aux traitements adaptés par une rationalisation des ressources, tel est bien un des enjeux du développement de la médecine d'urgence.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Lapostolle F, Alayrac L, Adnet F, Maistre JP, Leseur A, Lapandry C. Disponibilité des antidotes dans l'aide médicale urgente. *Presse Med* 2001;30:159-62.
- [2] Borron SW, Baud FJ, Barriot P, Imbert M, Bismuth C. Prospective study of hydroxocobalamin for acute cyanide poisoning in smoke inhalation. *Ann Emerg Med* 2007;49:794-801 (801.e1-2).
- [3] Baud FJ, Barriot P, Toffis V, Riou B, Vicaut E, Lecarpentier Y, Bourdon R, Astier A, Bismuth C. Elevated blood cyanide concentrations in victims of smoke inhalation. *N Engl J Med* 1991;325:1761-6.
- [4] Lapostolle F, Borron SW, Verdier C, Arnaud F, Couvreur J, Mégarbane B, Baud FJ, Adnet F. Assessment of digoxin antibody use in patients with elevated serum digoxin following chronic or acute exposure. *Intens Care Med* 2008;34:1448-53.
- [5] Lapostolle F, Borron SW, Verdier C, Taboulet P, Adnet F, Clemessy JL, Bismuth C, Baud F. Digoxin-specific Fab fragments as single first-line therapy in digitalis poisoning. *Crit Care Med* 2008;36:3014-8.
- [6] Lapostolle F, Mégarbane B. Intoxications par les cardiotropes. *In* : Urgences toxicologiques. Journées Scientifiques de la Société Française de Médecine d'Urgence. ESTEM. Paris. (In Press).

Mirko Ruscev, Frédéric Adnet, Pascale Gamand, Patrick Wipf, Anthony Checinski, Frédéric Lapostolle

Hôpital Avicenne, SAMU 93, F-93009 Bobigny, France

Correspondance : Frédéric Lapostolle,
Hôpital Avicenne SAMU 93, 125 rue de Stalingrad,
F-93009 Bobigny, France.
frederic.lapostolle@avc.ap-hop-paris.fr

Reçu le 13 mars 2009

Accepté le 17 juin 2009

Disponible sur internet le 12 août 2009

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi: 10.1016/j.lpm.2009.06.014