

Le «top 10» du quotidien clinique de la médecine d'urgence

Mythes et malentendus en médecine d'urgence

Aristomenis Exadaktylos^a, Heinz Zimmermann^b, Bruno Durrer^{c*}

^a Chefarzt und Direktor, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

^b Senior Consultant, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

^c Allg. Innere Med FMH, Notarzt SGNOR, Sportmedizin SGSM, Dokterhuus, Lauterbrunnen

* «Bruno, ton mythe est vivant»
Tu nous a quittés en 2016, mais tu es toujours parmi nous. Tes amis

Précisément dans la médecine d'urgence, les mythes ont la vie dure. Les standards sont appliqués durant des décennies sans être réévalués dans le contexte de la médecine d'urgence moderne. Et même si les mythes font partie de la médecine comme les légendes et les contes appartiennent à notre culture, il est essentiel de les reconnaître, de les remettre en question, et surtout de les défaire.

John F. Kennedy a un jour déclaré que l'ennemi juré de la vérité n'était pas le mensonge, mais le mythe. Nous ajouterions ici en seconde position l'ignorance. Platon était également d'avis que «pour le développement de la connaissance propre, seul le démasquage du savoir apparent et le discernement de l'ignorance consciente conduisent à la sagesse». En d'autres termes: un peu d'humilité fait du bien à tout le monde. Car il nous est impossible de tout savoir. Et parce qu'elle est si belle, voici encore la célèbre citation de Goethe: «Philosophie, hélas ! Jurisprudence, médecine, et toi aussi, triste théologie !... Je vous ai donc étudiées à fond avec ardeur et patience: et maintenant me voici là, pauvre fou, tout aussi sage que devant. Je m'intitule, il est vrai, maître, docteur... Et je vois bien que nous ne pouvons rien connaître !». Nous pourrions encore ajouter des centaines de citations à cette liste. Nous, médecins, sommes encore hantés par le désir de plus de savoir, mais parallèlement aussi par la connaissance de l'infini du continuum savoir-temps.

A peine une étude paraît qu'elle tombe en désuétude

Chaque mois, des dizaines de milliers de nouveaux articles sont publiés dans notre domaine de spécialité. En théorie, cela signifie que nous devrions lire 19 articles par jour pour rester plus ou moins à jour. Dans un monde professionnel médical dans lequel l'activité réelle auprès du patient est toujours plus reléguée au second plan au profit d'un prestataire de service médical de *case management*, il s'agit là d'une illusion. Ainsi, dans la réalité, la plupart d'entre nous n'investissent

plus qu'env. 1 demi-heure par semaine dans l'étude des derniers articles scientifiques, qui en outre deviennent de plus en plus complexes. Ainsi, une formation supplémentaire en épidémiologie et statistique est pratiquement nécessaire aujourd'hui pour comprendre les articles et les valider intellectuellement. Les chercheurs se surpassent avec des calculs arithmétiques acrobatiques, en oubliant souvent que le *number to treat* ne correspond pas à un nombre mais à un patient. A cela s'ajoute qu'à peine une étude paraît, elle est déjà dépassée. Parallèlement, nous ne parvenons plus que dans les grandes lignes à transposer les nouvelles connaissances dans la pratique. En 2003 déjà, le Professeur Lenfant, un leader du système de santé américain, intitulait son discours d'adieu en tant que directeur du *National Heart, Lung, and Blood Institute* avec la question: «*Evident Knowledge, Lost in Translation?*». Il s'adressait à son public avec la question suivante: «*A quoi bon tenter de maîtriser l'ADN si nous ne parvenons pas à ce que tous les patients atteints de coronaropathie aient de l'Aspirin®?*».

En 2003, seuls 35% de l'ensemble des patients chez qui un antiagrégant plaquettaire était indiqué recevaient un traitement adéquat. Pourquoi? Les raisons sont multiples. D'une part, il y a un manque de translation clinique. Durant des décennies, la recherche a misé sur la recherche fondamentale, au détriment de la recherche sur les services de santé. A cela s'ajoute que l'accès aux nouvelles connaissances et aux fonds pour la recherche a été toujours plus académisé et n'est en partie compréhensible et accessible que pour une élite de chercheurs. D'un autre côté, nous nous sommes nous-mêmes trop peu préoccupés de transposer les

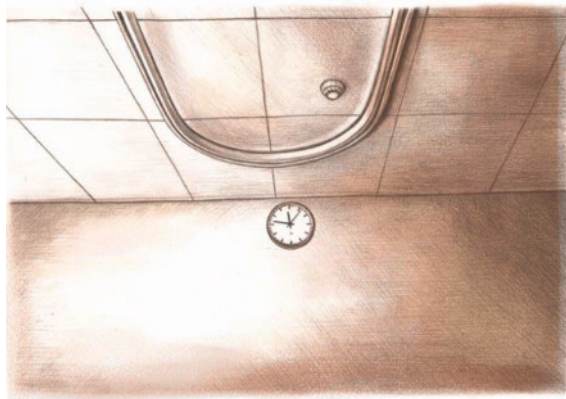
Cet article se base sur un exposé présenté dans le cadre du congrès CMPR 2016.

connaissances théoriques dans la pratique, de faire passer les connaissances du laboratoire jusqu'au lit du patient, et inversement. Par conséquent, tous ces champs de tension sont les terrains les plus fertiles pour les mythes. Ils naissent lorsque les anciennes connaissances se retrouvent face à une certaine incapacité à amener les nouvelles connaissances de manière judicieuse dans le quotidien.

Notre «top 10» des mythes – exemples issus de notre quotidien clinique de médecine d'urgence

1. L'«heure dorée»?

Personne ne doute de la nécessité de traiter rapidement les patients ayant subi un accident. Mais cela signifie-t-il 1 heure? Voire 2 heures? Et d'où vient donc cette loi? En 1918, des chirurgiens militaires français publiaient des données fracassantes montrant que la mortalité des soldats du front blessés augmentait de 10% par heure en l'absence de traitement. Quelques temps plus tard, Adam Cowley fit connaître ce concept dans le monde entier dans son «*Golden Hour Concept*». Depuis lors, il n'a cessé d'être publié jusqu'à devenir un standard dans le traitement des traumatismes, et cela bien que de nombreuses études ultérieures aient montré que le temps n'est qu'une variable parmi tant d'autres et que le temps peut être relatif lorsqu'il est compensé par des paramètres tels que la formation des médecins, l'infrastructure, etc.. Des publications suisses ont elles aussi pu confirmer ces conclusions [1].



2. Rouler avec des gyrophares sauve des vies?

Rouler avec des signaux prioritaires dans le non-respect des règles de circulation normalement en vigueur a pour objectif d'arriver le plus vite possible sur le lieu

d'intervention afin de sauver des vies. Mais cela a un prix, qui fait rarement l'objet de discussions. En effet, la fréquence des accidents est presque deux fois plus élevée pour les transports utilisant des signaux visuels et sonores que pour les transports n'en utilisant pas. Des études montrent en outre que 90% de l'ensemble des transports utilisant des signaux visuels et sonores n'ont aucun patient en danger de mort à bord. Seuls 2% correspondent à des trajets avec une indication vitale. Il faudrait certainement à l'avenir de nouvelles approches pour transporter de manière sûre les patients, réduire le stress de l'équipe et éviter les accidents [2].



3. La position de Trendelenburg augmente la pression artérielle?

Il y a bientôt 150 ans, le chirurgien allemand Friedrich Trendelenburg décrivait l'inclinaison du buste afin d'améliorer l'irrigation pelvienne au cours des opérations. Pendant la Première Guerre mondiale, Sir Walter Cannon propagea cette position en tant que traitement de choc pour améliorer l'irrigation des organes et du cerveau. Sa révocation de cette recommandation environ 10 ans plus tard resta inécoutée. Et au contraire: un des mythes les plus tenaces en médecine d'urgence était né. De nombreuses études montrent que la position de Trendelenburg est potentiellement dangereuse, car le déplacement des organes abdominaux peut entraîner une limitation mécanique de la fonction respiratoire et cardiaque avec dyspnée et panique. Par conséquent: «*Think before you sink... your patient*» [3].

4. Le suicide uniquement possible avec des organisations et moyennant paiement?

Le cas de l'organisation suisse d'assistance au décès «Eternal Spirit» montre que les patients et les médecins suisses sont moins démunis que l'on ne le pense. Chaque médecin suisse peut accompagner les patients dans leur décision de mourir du moment que les condi-

tions légales sont respectées. L'accompagnement dans le suicide par le médecin de famille est de loin la manière la plus simple, la plus personnelle et la moins onéreuse pour les patients et les proches. Car qui connaît mieux le patient et sa famille que le médecin de famille? Un changement de mentalité s'impose de la part des médecins et de la société. En outre, des informations de meilleure qualité et plus transparentes sont nécessaires pour les collègues qui se déclarent prêts à accompagner leurs patients sur cette dernière voie [4].



5. Triage en cas de foudroiement?

Lorsque plusieurs personnes sont simultanément victimes de la foudre, il convient, comme pour d'autres accidents de masse, de réaliser un triage des victimes. Pour le triage classique, les blessés sans signes de vie ni respiration spontanée sont classés comme non sauvables. Il en va différemment pour les victimes de la foudre: la charge de courant peut entraîner simultanément un arrêt cardio-circulatoire et un arrêt respiratoire, qui sont potentiellement réversibles grâce à une réanimation cardio-pulmonaire immédiate et ciblée [5].

6. Blessures aux doigts, désinfection et administration d'antibiotiques?

Il est encore pratique courante de prescrire des antibiotiques même en cas de blessure par coupure non complexe au niveau des doigts, et ce bien que cinq études aient montré au cours des dernières années qu'un bon nettoyage de la plaie à l'eau claire, si possible du robinet, est suffisant. Parallèlement, on ne rappellera jamais assez que la povidone iodée est cytotoxique et que si elle élimine les bactéries et les virus, elle endommage également les cellules saines au niveau de la plaie. Le «cimetière tissulaire» qui en résulte constitue

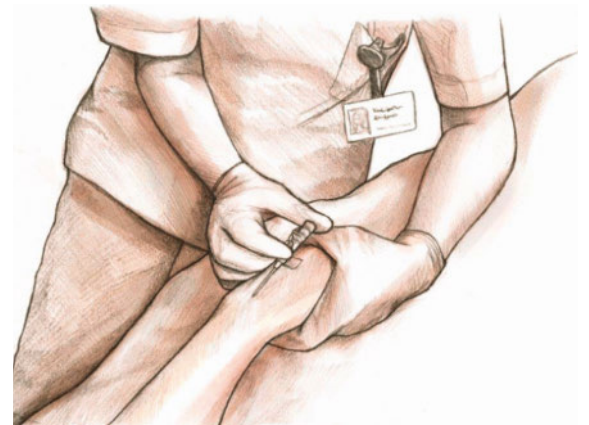
un terrain idéal pour la prochaine génération d'intrus à petites cellules [6].

7. Toucher rectal en cas de suspicion d'appendicite?

Jusqu'à il y a peu, l'affirmation «*The only reason not to do a rectal examination: no finger, no rectum, no glove*» était encore valable. Aujourd'hui, les mentalités sont en train de changer lentement dans ce domaine délicat (en dehors de l'urologie). Car avant tout en ce qui concerne le diagnostic de l'appendicite, il est peu utile d'insérer son doigt dans le rectum du patient avec un mélange d'ignorance et de fausses attentes. Des études remettent clairement en question la pertinence de cet examen. En d'autres termes, si l'on ne se fie qu'au toucher rectal, on peut aussi directement lancer une pièce et faire un vœu, car la sensibilité de l'examen n'est que de 0,13. Bien entendu, cela ne veut pas dire que le toucher rectal doit être diabolisé, loin de là. Il est cependant primordial de l'inclure de manière correcte dans la chaîne d'examen [7].

8. Syndrome abdominal aigu et antalgiques?

Voilà presque 100 ans qu'existe le mythe selon lequel les antalgiques masquent les symptômes d'un syndrome abdominal aigu et empêchent un diagnostic précis. Les antalgiques aident à soulager les douleurs. Bien que ceci soit connu de 85% des médecins urgentistes interrogés dans une étude, ils sont toutefois 76% à attendre l'avis d'un chirurgien avant d'administrer des antalgiques. C'est un constat étonnant sachant qu'une fracture du fémur n'est pas mieux diagnostiquée par la provocation d'une douleur de mouvement. Voici un exemple pour illustrer: Imaginez que le médecin-assistant, le chef de service et le médecin-chef procèdent à un mouvement vif au niveau d'une fracture



uniquement dans le but de s'assurer que la jambe est réellement cassée. La question qui se pose ici est évidente: Pourquoi renoncer aux antalgiques en cas d'appendicite [8]? L'analgésie, un devoir humanitaire?

9. Un léger traumatisme crânio-cérébral ou de légères tapes derrière la tête augmentent la capacité de réflexion? Justement pas!

35% de l'ensemble des hommes subissent un léger traumatisme crânio-cérébral (TCC) au moins une fois dans leur vie. Les TCC légers également, avant tout s'ils sont répétés, ne doivent pas être pris à la légère. Par chance, la plupart n'ont aucun problème à long terme; toutefois, env. 10% de ces patients souffrent de troubles à long terme. Ces troubles peuvent aller des céphalées chroniques aux troubles du sommeil et à la dépression, en passant par les troubles de l'odorat et du goût. Après la phase de ménagement obligatoire, souvent non respectée chez les sportifs, il convient donc de vérifier si les troubles ont disparu ou s'ils persistent. Nous recommandons d'adresser à un neurologue les patients victimes de TCC souffrant de troubles pendant plus de 4 semaines [9].

10. Un lumbago passe?

Chez environ 70% de l'ensemble des patients, le lumbago disparaît sous 1 an. Une part considérable de patients restent toutefois en proie à des douleurs. Environ 10% des personnes touchées sont même contraintes de changer de travail. En règle générale, le lumbago non compliqué nécessite environ 30 jours avant le rétablissement fonctionnel complet du patient. En revanche, cette durée est pratiquement doublée avant que le patient n'ait plus de douleurs. En moyenne, environ la moitié des patients lombalgiques ont pu reprendre leur travail après 2 semaines. Comme pour le TCC léger, la lombalgie ne doit pas être diabolisée, mais elle ne doit pas non plus être prise à la légère.

Les patients chez lesquels une évolution prolongée se profile devraient être adressés tôt à un spécialiste afin d'initier à temps des mesures de réadaptation [10].

Résumé

Les auteurs sont conscients du fait que tous les mythes ne sont pas mauvais et que toutes les personnes véhiculant les mythes ne sont pas ignorantes. Les mythes font partie de la médecine comme les légendes et les contes appartiennent à notre culture et notre société. Ils nous aident à nous identifier vis-à-vis de notre travail et de notre rôle, ainsi qu'à créer des plateformes de dialogue communes. Il est toutefois essentiel de les reconnaître en tant que tels, de les remettre en question dans le contexte du développement moderne de la médecine d'urgence, et de les défaire. Ou pour reprendre les mots d'Aristote, qui l'a formulé avec une grande pertinence: «*Le début de toute science est de s'étonner que les choses sont comme elles sont*».

Note

Bruno Durrer, co-auteur de cet article, est décédé brutalement après la rédaction du texte. Une nécrologie a été publiée dans le PHC numéro 1 2017.

Crédit photo

Toutes les images sont la propriété de l'UNZ et ont été dessinées dans le cadre d'un projet par l'artiste Barbara Beer.

Références

- 1 Trauma mortality and the golden hour Link: <http://lifeinthefastlane.com/ccc/trauma-mortality-and-the-golden-hour/>.
- 2 Hunt RC. Prehosp Emerg Care. 2000;4(1):70-4.
- 3 Life in the Fastlane, «Trendelenburg Position for the Hypotensive Patient» Link: <http://lifeinthefastlane.com/trendelenburg-position-for-the-hypotensive-patient-friend-or-foe/>.
- 4 Basler Zeitung, 12. 8. 2015, «Der Tod hat seinen Preis».
- 5 Lien: <http://bazonline.ch/basel/stadt/Der-Weg-in-den-Tod-hat-seinen-Preis/story/18711344>
O'Keefe Gatewood M1, Zane RD. Emerg Med Clin North Am. 2004;22(2):369-403., Lightning injuries.
- 6 Fernandez R. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1).
- 7 Dixon JM. BMJ. 1991;302(6787):1274.
- 8 Wolfe JM. Am J Emerg Med. 2000;18(3):250-3.
- 9 Sadowski C. Brain Inj. 2006;20(11):1131-7.
- 10 Henschke N, et al. BMJ. 2008;337:a171.

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Aristomenis Exadaktylos
Chefarzt und Direktor
Universitäres
Notfallzentrum
Inselspital Bern
CH-3010 Bern
aristomenis[at]
exadaktylos.ch