

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 24 janvier 2017

Hôpital cantonal de Genève

Intérêt et place de l'échographie clinique en médecine d'urgences

Dr O. Grosgrin, Dr F. Rouger

Avec la miniaturisation des ultrasonographes (US), bientôt chaque urgentiste aura son appareil dans la poche ou bien une sonde d'écho reliée à son smartphone...

C'est un peu de la fiction...mais pas tout à fait et tant pis si Laennec se retourne dans sa tombe...



Qu'en est-il aujourd'hui ?

Dans un service d'urgence, l'US aide pour le diagnostic, le traitement initial et augmente la sécurité de nombreuses procédures...

Pour être plus clair...

Pour le diagnostic : il permet d'identifier un anévrisme, une cholécystite aiguë, une dilatation des voies urinaires, une TVP, une grossesse...

Pour le traitement initial, il permet de suivre une tamponnade, une dilatation du ventricule droit, l'activité contractile du myocarde et la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG).

Pour l'aide aux gestes invasifs, il guide la mise en place d'une voie veineuse, d'une ponction pleurale, d'ascite, une ponction lombaire ou articulaire...

Mais est-ce bien raisonnable de mettre l'US dans les mains de l'urgentiste ?

Apparemment la littérature dit que OUI...

Pour ce qui est de l'évaluation de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG), il y a une bonne corrélation entre l'urgentiste et le cardiologue...

Si l'US est mis à disposition de l'urgentiste, on gagne du temps...environ 40 minutes pour les suspicions de néphrolithiases par exemple et environ 2 heures pour les douleurs pelviennes chez la femme.

Il y a des protocoles d'US...pour les polytraumatisés hémodynamiquement instables, pour les traumatismes abdominaux hémodynamiquement stables, pour les états de choc, le message c'est surtout ne pas faire n'importe quoi avec n'importe qui...

Par exemple, depuis 2004 environ, il y a le protocole EFAST pour "Hand-held thoracic sonography for detecting post-traumatic pneumothoraces: the Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma (EFAST). J Trauma. 2004 Aug;57(2):288-95. Kirkpatrick AW".

Il s'agit d'un protocole d'examen par US des traumatisés graves, effectué par l'urgentiste pour déceler entre autres, un pneumothorax, un hémithorax, un hémopéritoine ou un hémopéricarde.

Quelle est la courbe d'apprentissage ?

Après avoir fait entre 50 et 75 examens sous supervision, on estime que l'urgentiste parvient à une sensibilité de 84% et à une spécificité de 90%. (Learning curves in emergency ultrasound education. Blehar DJ, Acad Emerg Med. 2015 May;22(5):574-82).

Par contre, pour les patients hémodynamiquement stables avec une blessure abdominale fermée (Blunt abdominal injury), le protocole FAST n'est pas assez performant et le CT est recommandé si l'on ne veut pas rater de diagnostics (Not so FAST. Miller MT, J Trauma. 2003 Jan;54(1):52-9). Donc ne pas surévaluer l'US...dans cette situation le CT est supérieur.

Dans les services d'urgence, le nombre de CT scan effectués augmente d'année en année, les radiologues sont de plus en plus surchargés... l'intégration de l'US à la formation de l'urgentiste permettra de décharger les radiologues de l'interprétation du nombre croissant de ces CT...

C'est pour cela qu'un programme de formation commune et encadrement des chefs de clinique du service d'urgence et du service de radiologie est en train d'être mis en place aux HUGs.

Des protocoles divers sont mis en place : FATE protocol pour Focus Assessed Transthoracic Echo pour les patients en état de choc...Le RUSH examination pour « The RUSH exam: Rapid Ultrasound in SHock in the evaluation of the critically ill. Perera P, Emerg Med Clin North Am. 2010 Feb;28(1):29-56 »....avec la recherche d'un épanchement péricardique, d'une évaluation de la FEVG, de l'évaluation de la taille de la VCI (veine cave inférieure)...etc...

Par exemple, en cas d'état de choc...le niveau 1 de l'apprentissage serait pour l'urgentiste d'identifier un épanchement péricardique, d'évaluer la FEVG (effondrée, altérée, normale), d'identifier une dilatation du ventricule D, d'identifier et de mesurer la veine cave inférieure...

Pour ce qui est du niveau 2, on ne sait pas encore...

Le Prof Haran Burri (cardiologue) intervient pour rappeler que ce n'est pas si simple de mesurer une FEVG, un VD, voire même un épanchement péricardique et que l'on peut se tromper lourdement...

Mais apparemment le train est en marche...les urgentistes vont devenir des échographes...ça a tout l'air d'être inéluctable...il faudra simplement bien définir leur champ d'action...dans l'urgence...

Notre stéthoscope ne servira bientôt plus qu'à être porté autour du cou, comme signe distinctif de la profession (cf notre jeune stéthoscope va-t-il rendre l'âme ? Rev Med Suisse 2014; 364-365, J.Y. Nau)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch