



© Veranika Semchanka / Dreamstime

Les décisions de médecine d'urgence se distinguent par une forte pression en termes de temps et d'attente.

Nécessité de recherche plus intensive

Les décisions de médecine d'urgence sont délicates

Le présent numéro du Forum Médical Suisse contient le passionnant rapport de cas de Diktanaite et al. concernant une réanimation d'abord infructueuse [1]. Arrivé bien après l'interruption de la réanimation, le médecin officiel a trouvé le patient en ventilation spontanée et avec pouls, et a rappelé le service de secours qui s'était déjà retiré. Selon nous, le rapport de cas soulève trois questions essentielles que nous souhaitons aborder ci-dessous:

1. Quelles sont les options d'action en situation de réanimation infructueuse?
2. Quelles mesures doivent être prises après interruption d'une réanimation?
3. Quels défis posent les décisions de médecine d'urgence de manière générale et comment pouvons-nous y remédier?

Options d'action en situation de réanimation infructueuse

Un arrêt cardiovasculaire extrahospitalier («out of hospital cardiac arrest» [OHCA]) est

en soi associé à un mauvais pronostic: à l'exception des arrêts cardiaques dus à une hypothermie, qui présentent un pronostic bien meilleur, près de 30% des personnes concernées par un OHCA survivent certes à la réanimation initiale [2], mais en moyenne seulement 8% survivent au séjour hospitalier subséquent [3]. La probabilité d'un retour à une circulation spontanée du fait de mesures étendues de réanimation baisse à chaque minute. Généralement, une réanimation est déclarée infructueuse au bout de 15–20

minutes maximum [2, 3]. Cette situation présente quatre possibilités:

Premièrement: L'interruption des mesures, comme dans le cas présent.

Deuxièmement: En particulier lorsqu'une embolie pulmonaire est supposée être la cause de l'OHCA, une mesure dite «rescue lyse», qui n'est toutefois pertinente que si elle est employée tôt [4].

Troisièmement: Dans des systèmes largement développés qui ont opté pour la priorité de cette option sur l'ensemble de la chaîne de secours, le transport de la personne en réanimation et la réanimation cardiopulmonaire extracorporelle (eCPR) [5] (proposée également au stade préhospitalier en région parisienne). Cela consiste à relier la personne en réanimation à un dispositif de circulation extracorporelle permettant de gagner du temps pour identifier et traiter la cause réelle de l'arrêt cardiovasculaire (généralement par coronographie, si besoin avec pose de stent).

Quatrièmement: Le ballon d'occlusion intra-aortique inséré par voie fémorale, actuellement uniquement employé dans le cadre d'études en cours [6], qui a montré d'excellents résultats lors d'expériences animales et est nettement moins contraignant que le CPR.

Comme les options deux à quatre sont toutes liées à des conditions particulières, seule l'interruption des mesures de réanimation est envisagée dans de nombreux cas.

Options d'action après interruption d'une réanimation

Tandis que les recommandations de réanimation actuelles donnent certes des indications concernant les critères d'interruption, elles n'abordent pas la procédure après des mesures de réanimation infructueuses [4]. Pour cette phase, les directives européennes préconisent uniquement un débriefing de l'équipe thérapeutique [4]. Suivre cette recommandation remplit en règle générale l'exigence pertinente de Diktanaite et collègues qui consiste à attendre au moins 5 minutes après interruption de la réanimation pour détecter une éventuelle auto-réanimation, car les débriefings durent rarement moins longtemps. Globalement, de tels phénomènes sont – comme le prouve la recherche de littérature des collègues – toujours très rares et associés à une survie dans des cas extrêmement exceptionnels. La cause la plus fréquente d'activité cardiaque sporadique électrique et mécanique potentiellement observable à l'échographie après interruption d'une réanimation infructueuse serait les doses considérables d'adrénaline utilisées durant une réanimation.

Nous sommes donc d'avis qu'il convient, lors d'une phase d'attente, de considérer la détection ou l'accompagnement du décès afin d'éviter les événements rares et défavorables tels que décrits ici ainsi que la charge psychique considérable pour les proches et l'équipe thérapeutique.

Prise de décision de médecine d'urgence

De nombreuses décisions de médecine d'urgence, et certainement aussi beaucoup de décisions en situation de réanimation, peuvent être qualifiées de «ill-defined decisions». Celles-ci se distinguent par une forte pression en termes de temps et d'attente, présentent généralement de lourdes conséquences et reposent souvent sur des informations incomplètes ou incertaines qui, en outre, changent probablement rapidement. Il est propre à ce champ décisionnel que nous n'agissons jamais totalement de manière parfaite en médecine d'urgence. Afin de réduire autant que possible les erreurs, des procédures algorithmiques se sont établies dans les domaines prioritaires de la médecine d'urgence, tels que la réanimation [4]. En ce qui concerne les décisions quotidiennes de médecine d'urgence qui sont moins pressées (et bien plus fréquentes), par exemple lors du diagnostic, nos taux d'erreurs sont néanmoins substantiels [7]. Il existe aussi différentes approches prometteuses pour ce problème, telles que la réflexion structurée [8], la collaboration régulière en équipes [9] ou l'utilisation de listes de contrôle [10]. Il a toutefois récemment été montré que des listes de contrôle orientées sur le contenu pouvaient accroître la qualité des décisions, mais pas celles orientées sur le processus [10]. Cet exemple illustre la nécessité de recherche plus intensive par les personnes en pratique clinique, telles que les spécialistes en psychologie cognitive, dans le domaine des décisions de médecine d'urgence. Aussi saluons-nous le rapport de cas des collègues de Lucerne, car il souligne l'importance de savoir ce que sont en réalité les erreurs en médecine d'urgence, à quelle fréquence elles surviennent et quelles erreurs peuvent être évitées. C'est pourquoi il nous semble urgent de développer la recherche sur la prise de décision et la prévention des erreurs en médecine aiguë.

Correspondance

Prof. Dr méd. Aristomenis K. Exadaktylos
Universitätsklinik für Notfallmedizin
Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern
aristomenis.exadaktylos[at]insel.ch

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Diktanaite D, Schüpfer G, Mauch JY. Mourir est un processus et la constatation de la mort est difficile. Forum Med Suisse. 2023;23(25):1144–1146.
- 2 Yan S, Gan Y, Jiang N, Wang R, Chen Y, Luo Z, et al. The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2020;24(1):61.
- 3 Gräsner JT, Wnent J, Herlitz J, Perkins GD, Lefering R, Tjelmeland I, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe – results of the EuReCa TWO study. Resuscitation. 2020;148:218–26.
- 4 Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djävrv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation. 2021;161:115–51.
- 5 Belohlavek J, Smalцова J, Rob D, Franek O, Smid O, Pokorna M, et al. Effect of intra-arrest transport, extracorporeal cardiopulmonary resuscitation, and immediate invasive assessment and treatment on functional neurologic outcome in refractory out-of-hospital cardiac arrest: a randomized clinical trial. JAMA. 2022;327(8):737–47.
- 6 Levis A, Greif R, Hautz WE, Lehmann LE, Hunziker L, Fehr T, Haenggi M. Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) during cardiopulmonary resuscitation: a pilot study. Resuscitation. 2020;156:27–34.
- 7 Hautz WE, Kämmer JE, Hautz SC, Sauter TC, Zwaan L, Exadaktylos AK, et al. Diagnostic error increases mortality and length of hospital stay in patients presenting through the emergency room. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019;27(1):54.
- 8 Mamede S, Hautz WE, Berendonk C, Hautz SC, Sauter TC, Rotgans J, et al. Think twice: effects on diagnostic accuracy of returning to the case to reflect upon the initial diagnosis. Acad Med. 2020;95(8):1223–9.
- 9 Hautz WE, Kämmer JE, Schaubert SK, Spies CD, Gaissmaier W. Diagnostic performance by medical students working individually or in teams. JAMA. 2015;313(3):303–4.
- 10 Kämmer JE, Schaubert SK, Hautz SC, Stroben F, Hautz WE. Differential diagnosis checklists reduce diagnostic error differentially: a randomised experiment. Med Educ. 2021;55(10):1172–82.



Prof. Dr méd.
Aristomenis K. Exadaktylos
Universitätsklinik für Notfallmedizin,
Inselspital Bern, Bern



Prof. Dr méd.
Wolf E. Hautz
Universitätsklinik für Notfallmedizin,
Inselspital Bern, Bern