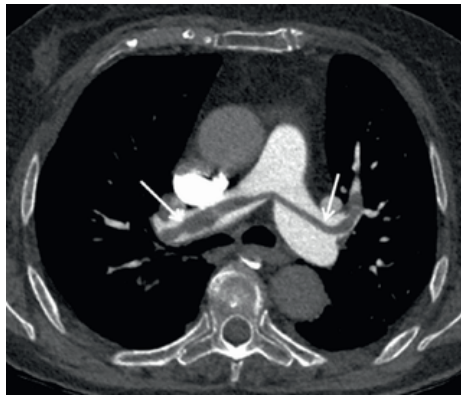


# NEWSLETTER



## L'ACTUALITE

### POUR REVISER L'EP



L'équipe de Y. Freund [propose dans le JAMA une revue sur l'embolie pulmonaire.](#)

**Si patient instable (PAS <90mmHg), une ETT sera réalisée avant le TDM ; sa normalité n'exclut pas l'EP, mais son anormalité (VD) l'affirme.** La stratégie sera souvent agressive, avec thrombolyse.

En dehors de ce contexte, la stratégie repose dans un premier temps sur l'estimation du risque. 3 scores sont proposés :

- La règle de PERC permet d'éliminer l'EP si le score de PERC (0-8) est égal à 0.
- Le score de Wells (0-8) et le score de Genève (0-22) modifié. Ces scores, avec le PERC, vont permettre d'estimer une probabilité faible/modérée, ou haute.
- **Probabilité clinique faible** = PERC  $\geq$  1, ou Wells  $\leq$  4.5 ou Genève < 4
- **Probabilité clinique intermédiaire** = PERC  $\geq$  1, ou Wells = 5-6 ou Genève = 5-10
- Si probabilité basse ou intermédiaire, le dosage des Ddimères (ajustés à l'âge si Wells > 4) a toute sa place, et permettra d'exclure le diagnostic si négatifs ; si positifs, ils seront complétés par un angioTDM.
- **Probabilité clinique haute** = Wells > 6 ou Genève > 10. Ces patients sont éligibles d'emblée à l'angioTDM, et ne nécessitent théoriquement pas de dosage des Ddimères.

Une fois le diagnostic posé, il faudra grader l'EP en risque bas, intermédiaire (haut ou bas) (ETT pour la fonction VD et dosage troponine/BNP) et risque haut

### REBOA VS CLAMSHELL



[Publié dans le JAMA Surgery, cet article](#) compare le REBOA (Ballon d'occlusion aortique endovasculaire) à une méthode d'occlusion "externe", c'est à dire par thoracotomie, dans le choc hémorragique avec ou sans ACR.

Cette étude ne s'intéressait qu'à l'occlusion aortique en zone 1, c'est à dire au dessus du tronc cœliaque.

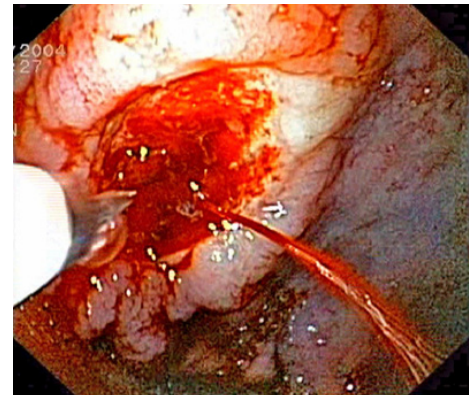
Cette étude concernait 991 patients, essentiellement des **hommes** (81.5%), **jeunes** (âge med. = 32). Un peu moins de la moitié étaient en ACR dès la phase préhospitalière, suite à des mécanismes de traumatismes **thoraciques fermés** (57% des cas). Un peu plus de la **moitié étaient en ACR** au moment de la mise en place de l'occlusion aortique.

Un tiers d'entre eux ont bénéficié de la pose de REBOA, contre deux tiers pour la thoracotomie.

On note toutefois de très importantes disparités entre les groupes. Ainsi, le groupe Thoraco comprenait 3.5 fois plus de trauma fermés et 3 fois moins de TC que le groupe REBOA ; les patients étaient initialement nettement plus stables (PAS moyenne à 40mmHg pour le groupe Thoraco contre 96mmHg dans le groupe REBOA. Il y avait beaucoup plus de patients en ACR dans le groupe Thoraco VS REBOA (50% contre 30%), et les durées de RCP étaient très différentes. Enfin, dans les thérapeutiques associées, il existait aussi de grosses disparités : le groupe REBOA recevait en moyenne 2 fois plus de CGR que le groupe thoraco.

**Les résultats en analyse multivariée montrent une diminution de la mortalité x1.25 en faveur du groupe REBOA, pour tous type de lésions, et particulièrement chez les patients pas en ACR, avec PAS < 60mmHg.**

### LIMITER LES IPP



**Hématémèse = IPP +/- sando +/- amines.**

Ce refrain connu de tous, "parce qu'on fait toujours comme ça", ne repose en fait pas sur grand chose...

Outre l'indication de l'octroétide qui se limite aux saignements sur varices œsophagiennes, c'est bien l'indication des IPP qui est remise en cause, en tout cas pour la phase pré-endoscopique, a fortiori donc préhospitalière.

Justin Morgenstein en fait état dès 2010, dans [cet article](#), faisant ainsi écho à la Cochrane.

A cette époque, les résultats sont éloquentes :

- Pas de diminution de la nécessité d'une réintervention
- Potentielle réduction des saignements **MAIS**
- **Pas de réduction de la mortalité...**

Depuis, [une mise à jour de la Cochrane a été faite en 2022](#), et le conclusions sont inchangées : **les IPP n'ont pas d'efficacité en pré-hospitalier dans cette indication.**

[Les RFE de la SRLF sur ce thème datent de 2012](#), et n'accordaient déjà presque pas de place aux IPP avant l'endoscopie...

[Rappelons enfin que l'Exacyl n'a pas d'efficacité sur ce type de saignements.](#)

## L'AGENDA

MASTERCLASS  
REGULATION

COPACAMU

CARUM

URGENCES  
2023

JOURNEE  
TRAUMA  
PENETRANT

21/03  
DISTANCIEL

30-31/03  
MARSEILLE

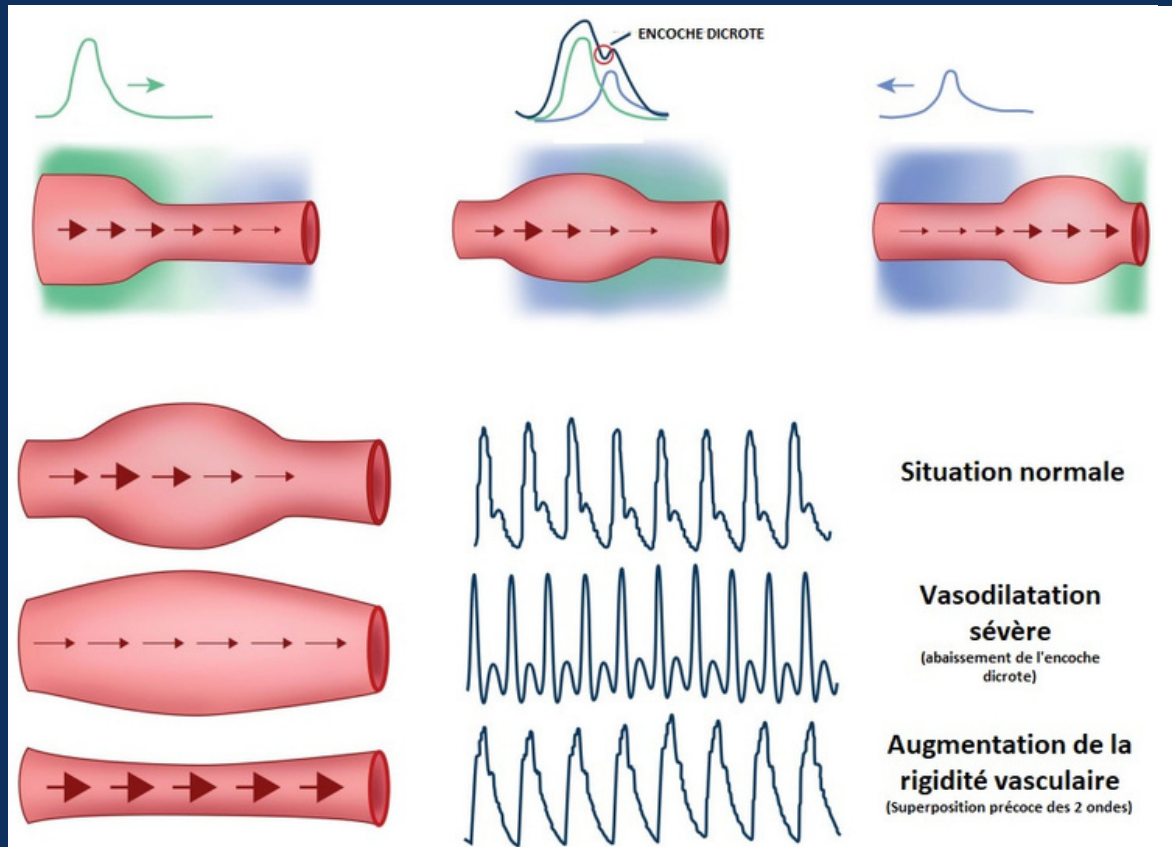
04/04  
LYON

07-09/06  
PARIS

16/06  
MARSEILLE

# L'INFOGRAPHIE

## ASPECTS VISUELS DE LA COURBE DE PA



Ne manquez pas la Newsletter de Mars ! (01/03/23)

Thème :  
Gynéco / Obs

Testez vos connaissances avec le quizz VRAI/FAUX ci-dessous !

1) Dans l'ACR chez la femme enceinte >20 SA, un équipier doit déplacer en continu l'utérus gravide sur la gauche, par traction des deux mains, pendant la RCP.

2) En régulier, une PAS > 160mmHg et/ou PAD > 110mmHg chez une femme enceinte justifie l'envoi d'un SMUR.

3) Chez la femme enceinte, une PAS < 70mmHg entraîne une absence de perfusion fœtale.

1) VRAI, cf. fœtus // 2) VRAI, ce sont les valeurs définissant la prééclampsie (1 mesure) // 3) VRAI

## MADE IN BMPPM

- N. Cazes publie dans le BMJ Military Health, à propos de la formation précoce des médecins militaires à l'échographie. Il compile ainsi le cadre d'utilisation (unité, / affectation...) et le type d'utilisation (poste isolé, HIA, SMUR, médecine d'unité...) qu'en font 10 médecins militaires de MG, formés il y a 10 ans lors de leur passage à l'HIA Laveran, alors qu'ils étaient internes en 1er choix.
- N. Cazes et J. Galant interviennent tous les deux lors du congrès du CARUM (le 4 avril prochain, à Paris, cf agenda ci dessus), respectivement sur "l'Exacyl chez le blessé de guerre" et "le TCCC". Bravo à eux !
- L'étude interne CHECK MY TRAUMA prend fin le 1er février.

## OUTILS / INNOVATIONS

Connaissez vous **THOR** ?

Ce réseau international, à la fois militaire et civil, créé en 2011, propose des cours (parfois payants), des congrès et des ressources, 100% axées autour du choc hémorragique et de sa prise en charge. Notons:

- Une présentation intéressante sur le choc, abordant non pas la coagulopathie, mais la délivrance d'oxygène (DO2) et la dette en oxygène (donc l'ischémie).
- Une bibliographie actualisée sur le sujet, triée par thème, assez fournie, notamment sur le sang total
- Pour les plus courageux, regardez le webinar -le blood chat-, ou plutôt 1h32 de discussion en anglais autour du choc hémorragique. Un contenu très intéressant (dont un débat sur RePHILL) dans un contenu parfois hasardeux... Public averti uniquement, paracétamol fortement conseillé par la rédac'...

REPLAY

LE PALU AUX URGENCES (SFMU)