

# NEWSLETTER



## L'ACTUALITE

### CLOVER (SEPSIS)



### SAMU PARA-MED



### ARTICA



L'étude américaine CLOVERS s'est intéressée dans 60 centres à la **mortalité à 90 jours** chez les patients en **choc septique, selon le type de remplissage**.

Etaient inclus les patients en choc, donc hypotendus malgré >1000ml de remplissage (entre 1L et 3L). Les 2 groupes étaient globalement assez comparables entre eux, notamment le volume médian **AVANT randomisation de 2050ml**, et le délai avant randomisation (**61min vs 60min**).

- Dans le groupe "restrictif", les fluides étaient arrêtés et remplacés par de la norad. Un remplissage "de secours" (500ml) était réalisé si le choc persistait.
- Dans le groupe "libre", on poursuivait avec 2000ml de remplissage avant les amines, puis avec un bolus de secours (500ml) si le choc persistait.
- **Résultats : on ne retrouvait aucune différence entre les deux groupes...**

Notons : **une mortalité globale "étonnamment basse"** (14%/14.9%) dans les 2 groupes, peut être à corréliser aux **"faibles" scores SOFA (3.5/3.4)** l'absence d'évaluation échographique de réponse au remplissage, l'**absence d'adaptation des volumes** au gabarit des patients (même volumes pour tout le monde), et l'**absence de délai avant les antibiotiques**.

[Le site Bottom line propose une analyse très complète et très détaillée \(mais en anglais\).](#)

La SFMU, les CESU et SAMU-URGENCES de France s'associent pour publier un référentiel pour la mise en place des UMH-P(aramédicalisées).

Ces unités s'intègrent dans les SMURs et sont composées d'un(e) IDE + ambulancier +/- autre personnel. Ces unités **ne sont pas envoyées en départ réflexe** ; les prescriptions médicamenteuses et le suivi de l'inter sont **sous la responsabilité du médecin qui envoie l'UMH-P**.

Les IDE ou IPA concernés doivent **justifier d'une activité en structure d'urgence, SMUR ou SAUV**. Ils bénéficieront d'une **formation particulière**, gérée par les CESU, et bénéficieront d'une **revalidation annuelle**.

L'UMH-P peut être proposée pour les situations suivantes (non restrictif) :

- Douleur traumatique ou non traumatique, Hypoglycémie (hors resucrage PO),
- Douleur tho à faible risque de SCA,
- Epilepsie (CCG),
- Dyspnée chez BPCO ou asthme sans détresse vitale,
- Hémorragie extériorisée,
- Lipothymie et/ou dyspnée en contexte d'allergie,
- Brûlure localisée (2° ou 3° degré) avec hyperalgie.

Peut-être un élément de réponse à la question de la troponine en préhospitalier pour les NSTEMI.

Cette équipe hollandaise s'est intéressée à 863 patients et proposait une mesure **unique de la troponine en préhospitalier**. Parmi eux, 836 patients étaient catégorisés "à bas risque" (score "HEART" <3, le score est disponible ci dessous), bénéficiaient d'une troponine POC. **Si la troponine était négative, un groupe était adressé à leur MT (pas de transport aux urg), et l'autre était transporté.**

La douleur tho devait durer depuis **au moins 2h** à l'arrivée des paramédics (5.2h en médian). La troponine était une **troponine T hs**, avec un cut-off à < 40ng/L pour être négative.

L'étude s'intéressait aux événements cardiovasculaires défavorables ("MACE", avec ST+, mort, coro) à J30. L'autre critère était l'économie financière.

**Pour la totalité des patients, le nombre de MACE était similaire (3.7% VS 3.9%).**

Pour les patients LSP (bas risque), pas de différence de MACE, voire même une tendance au bénéfice (non significatif).

L'économie était de **-611€, par patient**.

**Les durées d'interventions étaient similaires** (mais répartition différente).

## L'AGENDA

CARUM

SFMC MVMT  
FOULE

URGENCES  
2023

JOURNEE  
TRAUMA  
PENETRANT

04/04  
LYON

06/04  
PARIS

07-09/06  
PARIS

16/06  
MARSEILLE

# L'INFOGRAPHIE ARTICA & LE SCORE HEART

## ARTICA



Low-risk patients with suspected NSTEMI-ACS

863  
randomized

434 pre-hospital strategy  
POC troponin at home



429 ED strategy  
Standard transfer to ED



## ARTICA RANDOMIZED TRIAL

Modified HEART Score

History	Highly suspicious	2
	Moderately suspicious	1
	Slightly suspicious	0
ECG	Significant ST-segment depression	2
	Non specific repolarization disturbance	1
	LBBB or PM	1
	Normal	0
Age	≥65 years	2
	45-65 years	1
	<45 years	0
Risk factors	≥3 risk factors OR history of atherosclerotic disease	2
	1 or 2 risk factors	1
	No risk factors	0
Troponin T point of care	>60 ng/L	2
	40-60 ng/L	1
	<40 ng/L	0
Risk factors:		
	• Smoking	• Obesity (BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> )
	• Hypertension	• Hypercholesterolemia
	• Diabetes mellitus	• Positive family history



### Aim

to assess the safety and healthcare costs reduction at 30 days of pre-hospital rule-out of NSTEMI-ACS with a single POC troponin measurement in low-risk patients

	Pre-hospital strategy	ED strategy	Risk difference (95% CI)
Total population (n=863)			
MACE at 30 days	17/434 (3.9%)	16/429 (3.7%)	0.2% (-2.4% to 2.7%)
Ruled-out ACS population (n=836)			
MACE at 30 days	2/419 (0.5%)	4/417 (1.0%)	-0.5% (-1.6% to 0.7%)
	Pre-hospital strategy	ED strategy	Mean difference (95% CI)
30-day healthcare costs, mean (± SD)	€1349 (€2051)	€1960 (€1808)	€611 (€353 to €869)

Ne manquez pas le numéro de mai !  
(01/05/23)

Thème :  
Milieux particuliers

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

1) En plongée, tout œdème d'immersion doit être amené au caisson hyperbare.

2) En SD (USAR), tout patient est hypotherme, hypokaliémique, hypovolémique et acide jusqu'à preuve du contraire.

3) En cas de NRBC, des gants poudreux sont disponibles dans les sacs d'intervention.

1) FAUX, cf aide cognitive // 2) FAUX, hyperkaliémique // 3) FAUX

## MADE IN BMPM

- Fin du congrès de la COPACAMU, avec une forte présence du BMPM :
  - Nicolas CAZES a présenté : "**Analgésie en médecine militaire : quelles contraintes et quelles solutions ?**" et "**L'électrisé**".
  - Aurélien RENARD a présenté : "**Les pièges de la clinique**" et "**Lésions par explosions**".
  - Bastien VANOVERBECK a présenté : "**Eval' de l'intérêt de la videolaryngo au cours de l'IOT en tenue NRBC**".
  - Julien MARMIN a présenté : "**Les limites de la pratique en milieu civil**".
  - Guilhem MILHAUD a présenté : "**Arrêt cardiaque traumatique : comment améliorer nos pratiques ?**".
  - Pierre BALAZ a présenté : "**Plasma, plaquettes, calcium... Pour qui et quand ?**".

L'intégralité de ces présentations sera disponible prochainement sur la bibliothèque numérique.

- Bravo à l'équipe de simulation, qui obtient la place très honorable de Tier ex-aequo !

## OUTILS / INNOVATIONS

- Pour nos prise en charge d'antalgie, chez des patients déjà sous morphiniques, ou pour les soins palliatifs, le site (et bientôt l'appli !) OPIOconvert, vous permet de calculer vos équivalences de quantité et de voie entre molécules en toute sécurité !

## REPLAY

LA CRISE VASO-OCCLUSIVE (SFMU)