

NEWSLETTER



L'ACTUALITE

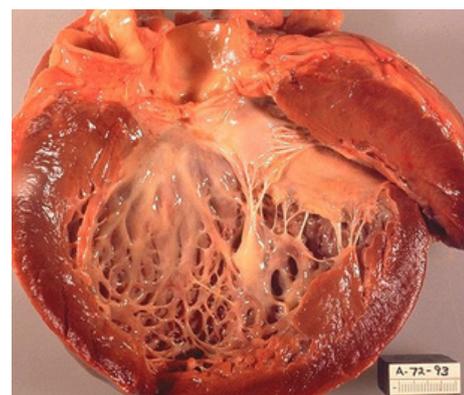
RFE URGENCES OBSTÉ.



PRE-ECLAMPSIE (RAPPEL RECOS 2020)



PRESENTATION: CMP(-PP)



La SFMU, la SFAR et le CNGOF ont sorti les dernières recommandations (15) sur les urgences obstétricales. Voici les points clés (peu de changements...)

- **Pas d'épisiotomie en pré-hosp** (absence de preuve que cela diminue les lésions VS risque hémorragique).
- Oxytocine 5-10UI en IVL ou IM au dégainement des épaules ou dans le post-partum immédiat (inchangé).
- **Pas de délivrance artificielle en pré-hosp**, sauf si hémorragie incontrôlable.
- En cas d'HPP (hémorragie du post-partum), **faire 1g d'acide tranexamique (Exacyl)** dans l'heure après le début de saignement (sans dépasser 3h).
- TIH en cas d'HPP grave : absence de recos.
- Pas d'obligation à médicaliser un TIH dans un contexte de MAP (menace accouchement préma.).
- Grossesse et trauma : **faire examiner par GO ou SF en urgence tout trauma thoraco-abdominal, même mineur, chez une femme enceinte > 20SA.**
- Femme enceinte et TDM : **si TDM indiqué pour la maman, le réaliser.**
- Si ACR chez une femme enceinte en préhosp, **pas de recommandation sur la réalisation d'une extraction fœtale en urgence.**

Rappelons que la **PLS se fait sur la gauche, et la RCP, pour être efficace, doit se faire avec un équipier tractant à 2 mains l'utérus sur la gauche.**

Dans les RFE, la partie sur la pré-éclampsie (P-E) n'est pas modifiée par rapport aux recos de 2020 :

La P-E sévère est une urgence hypertensive. Elle se définit par : **PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg. Les signes de gravité sont : PAS \geq 180 mmHg et/ou PAD \geq 120mmHg // Douleur épigastrique et/ou de l'hypochondre dt // céphalées // trbles visuels ou auditifs // déficit neuro // tble conscience // ROT vifs // Convulsions (= éclampsie) // Détresse respi - OAP // HELLP sd (bio) // IRA.**

- P-E sévère : traiter si **PAS \geq 160mmHg et/ou PAD \geq 110mmHg** (cf fiche obj. tensionnels). Le **labétalol** est la molécule de première intention.
- En cas de CI aux BB-, ou d'inefficacité, la **nifédipine** et/ou l'**urapidil** sont proposés.
- Le **sulfate de magnésium** est recommandé, dès la présence d'un **signe de gravité**. (ou d'emblée si **convulsions = éclampsie**).
- Il n'est **pas recommandé de faire de remplissage**.
- En intra-hosp, si une AG doit être pratiquée, il est probablement recommandé de faire un bolus de morphiniques et/ou d'antiHTA à l'induction pour limiter les conséquences de l'IOT sur la TA.
- La P-E sévère survient **> 20 SA, parfois jusqu'à 6 semaines en post-partum**. (cas de régul' récent...)

Focus sur une entité parfois méconnue : la **cardiopathie du péri-partum (CMP-PP ou syndrome de Meadows)**.

Il s'agit d'une insuffisance cardiaque systolique brutale, survenant **vers la fin de la grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement**.

La CMP-PP reste un diagnostic d'élimination. Néanmoins, l'enjeu d'un diagnostic rapide est triple : cette pathologie affiche un taux de mortalité et de séquelles non négligeable : la **récupération complète n'a lieu que dans 50%-80% des cas**. Les complications sont fréquentes, en particulier **thrombo-emboliques** (thrombus intra-cavitaire, EP..). De plus, le retard diagnostic est fréquent (symptômes confondus avec ceux de la grossesse, ou minimisés), et conditionne le pronostic. Le diagnostic repose sur la **clinique, et surtout sur l'ETT (FeVG <45%)**. Enfin, si le traitement est celui de l'insuffisance cardiaque "classique", la Bromocryptine est en cours d'étude.

Les patientes touchées sont très majoritairement des **femmes noires (avec un pic chez les ethnies du Niger)**, d'âge **> 40ans, multipares, avec des ATCD d'HTA ou de pré-éclampsie**.

[La synthèse en française est disponible ici](#)

L'AGENDA

MASTERCLASS
REGULATION

21/03
DISTANCIEL

COPACAMU

30-31/03
MARSEILLE

CARUM

04/04
LYON

SFMC MVMT
FOULE

06/04
PARIS

URGENCES
2023

07-09/06
PARIS

JOURNEE
TRAUMA
PENETRANT

16/06
MARSEILLE

Score Prédicatif de l'Imminence d'un Accouchement (SPIA)

	0	+2	+3	+4	+5	+6	+8	Total
APPEL pour ACCOUCHEMENT			IMMINENT ± PANIQUE					0 ou 3
CONTACT avec la PARTURIENTE	OUI		IMPOSSIBLE					0 ou 3
ENVIE de POUSSER DEPUIS ?	∅	NE			DEPUIS + de 30' ou TEMPS NE	DEPUIS - de 30'		0 ou 6
RYTHME des CONTRACTIONS	EVASIF (5-10') ou ∅			NE	FREQUENTES (4-6 minutes)		PERMANENTES	0 ou 8
* FACTEURS AGGRAVANTS		ATCD accouch RAPIDE (≤ 1 h) ou à DOMICILE	26 à 35 ans				∅ SUIVI de GROSSESSE	2 à 13

* un ou plusieurs facteurs (en faire la somme) ∅ : aucun NE : non évalué

OTER : 7 POINTS

SI **PREMIER** ACCOUCHEMENT - 7

3 POINTS

SI **TRAITEMENT TOCOLYTIQUE** - 3
PENDANT LA GROSSESSE (Per Os ou Suppo)

Ne manquez pas le numéro d'avril !
(01/04/23)

Thème :
Divers / actualité

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

1) Dans le choc septique, il faut faire
un remplissage massif.

2) Pour les douleur tho avec un
NSTEMI (non-ST+ et NOMI), un test
tropo sur place associé à un score de
risque permettrait d'en laisser
certains sur place.

3) En post-op de fractures de
membre, l'aspirine n'est pas moins
efficace que l'HBPM en prévention
des complication thrombo-
emboliques.

1) FAUX, cf étude CLOVER // 2) VRAI, cf étude
ARTICA // 3) VRAI, cf étude PREVENT CLOT

MADE IN BMPM

- N. CAZES répond à l'article de (du) [Shekhar et al.](#) Cette étude américaine compare les ACR extrahospitalier devant témoins sur base militaire VS dans le milieu civil. Les bien meilleurs résultats (CPR + DAI) dans le milieu militaires peuvent s'expliquer par le meilleur état de santé, le moindre isolement géographique, une meilleure formation, mais aussi un esprit de corps faisant débiter plus rapidement la RCP sur un "frère d'armes" que sur un inconnu dans le milieu civil.
- N. CAZES chapeaute la [thèse-article de T. PINNA](#), sur l'utilisation de l'acide tranéxamique (TXA) en OPEX (Sahel), et notamment sa **sous-utilisation**, qu'il définit comme l'**absence de TXA chez des patient ayant nécessité au moins un PSL dans les 24h**. Bien que l'effectif soit réduit (76 patients), des progrès restent à faire, puisqu'une sous utilisation ressort dans **1 patient sur 5 (20%)**. Une sur-utilisation avait lieu dans 10% des cas.
- B. VANOVERBECK et D. VARVENNE Bastien V. et David V. voient leurs articles/communications respectifs ("**Eval' de l'intéret de la videolaryngo au cours de l'IOT en tenue NRBC**" pour Bastien, et "**Typologie des interventions pré-hosp pédiatriques assurées par les SMURs de Marseille**" pour David) acceptés à la SFMU !
- Pour les passionné(e)s de toxico, RDV le 13/03 pour un Webinar SFMU sur les **toxidromes**, avec P. BALAZ.

OUTILS / INNOVATIONS

- Comme vous l'avez peut-être vu passer, le SMUR BMPM se dote d'un compte Twitter et d'un compte Instagram. Pour les trouver, tapez "smurbmpm" :
 - Vous y retrouverez des ECG, des boucles d'écho, des cas cliniques, les affiches des JDU, les dernières actualités et bien sur les publications (dans un ordre aléatoire).
 - Ce mois-ci, c'est la **série de cas d'intoxication au CO lors de l'utilisations de narguilé qui est mise à l'honneur, by C. DUCHIER** ainsi qu'une autre intox CO avec sidération myocardique.

REPLAY

LES URGENCES OBSTÉTRICALES EN REGUL (SFMU)