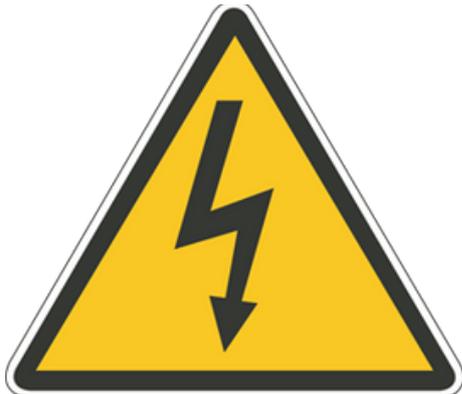


NEWSLETTER



L'ACTUALITE

RIDE THE LIGHTNING



Une équipe canadienne a publié l'étude "DOSEVF" randomisée parmi 6 équipes de paramedics sur 405 patients adultes victimes d'un ACR préhospitalier avec une FV réfractaire. Cette étude ouverte (précocement interrompue en raison du covid) évaluait la double défibrillation, ci-après "DSED" (2 DAE différents), et la défibrillation avec changement de vecteur, ci-après "VC" (changer les électrodes en antéro-post), versus la défibrillation "classique". Ils évaluaient en premier la survie (sortie de l'hôpital), et secondairement l'arrêt de la FV, le RACS et le pronostic neurologique. Les groupes présentaient quelques disparités, plutôt en faveur du groupe "VC".

La survie était de **30.4% pour le groupe DSED**, et de **21.7% pour le groupe VC contre 13.3% pour le groupe standard**. Pour tous les critères secondaires, le bénéfice allait au groupe DSED, avec notamment un pronostic neurologique 2,21 fois meilleur que le groupe standard (95% CI, 1.26 - 3.88) Comme souvent, [FirstIOEM](#) et [TBL](#) proposent une analyse très complète de l'article.

NDLR : la DSED a été testée en conditions réelles par la rédac', en utilisant le DSA secouriste puis juste après le scope SMUR.

RPP : TRAUMAS CRANIENS LÉGERS

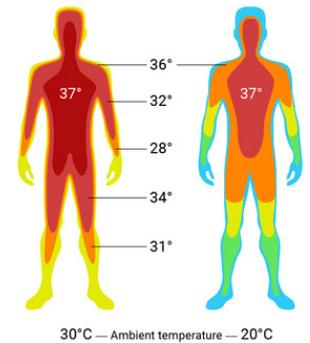


Les sociétés savantes se sont réunies pour mettre à jours [les recommandations sur le TC léger](#) (= Glasgow 13-15 à 30min du trauma + altération des fonctions cérébrales, cf définition dans les recos)

Ils proposent au total 13 recommandations (pré-hosp/intra-hosp/post urg). Retenons que :

- **En réguil, un patient sous antiagrégant pourra être laissé sur place s'il a < 65ans, pas de signes de gravité et qu'une surveillance est possible**
- **Une stratification du risque (élevé VS intermédiaire)**
- **Pour les risques interm., dosage de S100B si TC < 3H ou de UCH-L1 /GFAP si TC < 12h**
- **TDM dans l'heure si risque élevé, dans les 8h max si risque intermédiaire.**
- **Il faut faire un DTC si TDM anormal. Valeurs normales : IP < 1.25 et VD > 25**
- **TDM a 48H si âge > 65ans, tble coag, aggravation neuro**
- **Les indications de réversion d'un ttt par anticoagulants (cf recos). Pas de neutralisation AAP.**
- **Si faible risque, bio normale, TDM normal, le RAD est possible.**

ISOLATION THERMIQUE



[Voici un article du Dr Blumberg \(New York\), datant de 2020](#). Dans cette étude, il a créé un modèle mathématique assez complexe, pour évaluer de combien de degrés allait être modifiée la température centrale de nos patients en fonction de la température de nos fluides (chauds ou froids) et du volume injecté. Cette étude étant théorique, et non humaine, elle est à prendre avec précaution.

Quelques valeurs

- **Hyperthermie** : chez un patient de 70kg à 41°C, il faudra 5 litres de soluté à 4°C pour le faire redescendre à 38°C. (1L => 40,4°C)
- **Hypothermie** : chez un patient de 70kg à 34°C, il faudra 8 litres de soluté à 42°C pour le faire remonter à 35°C. (1L => 34,1°C)
- **Chez un patient de 70kg à 37°C, l'administration de 2L de solutés à 20°C (temp. des AR...) entraîne la perte de 0,6°C en central (36,4°C)**
- **Chaque CGR sortant du frigo (4°C) fera chuter la T° centrale d'un patient de 70kg de 0,2°C**

Réchauffer un patient, c'est d'abord l'empêcher de continuer à se refroidir ! Intérêt d'associer plusieurs procédés (couv. survie, cellule, fluides...)

Rappel : si ACR + hypothermie <30°C, les amines sont contre-indiquées, et on ne dépasse pas 3 CEE. (ERC 21)

L'AGENDA

[WINFOCUS \(ECHO\)](#)

[COLLOQUE AMARANTE \(PARAMED\), SSA](#)

[COLLOQUE SFMC](#)

[COPACAMU](#)

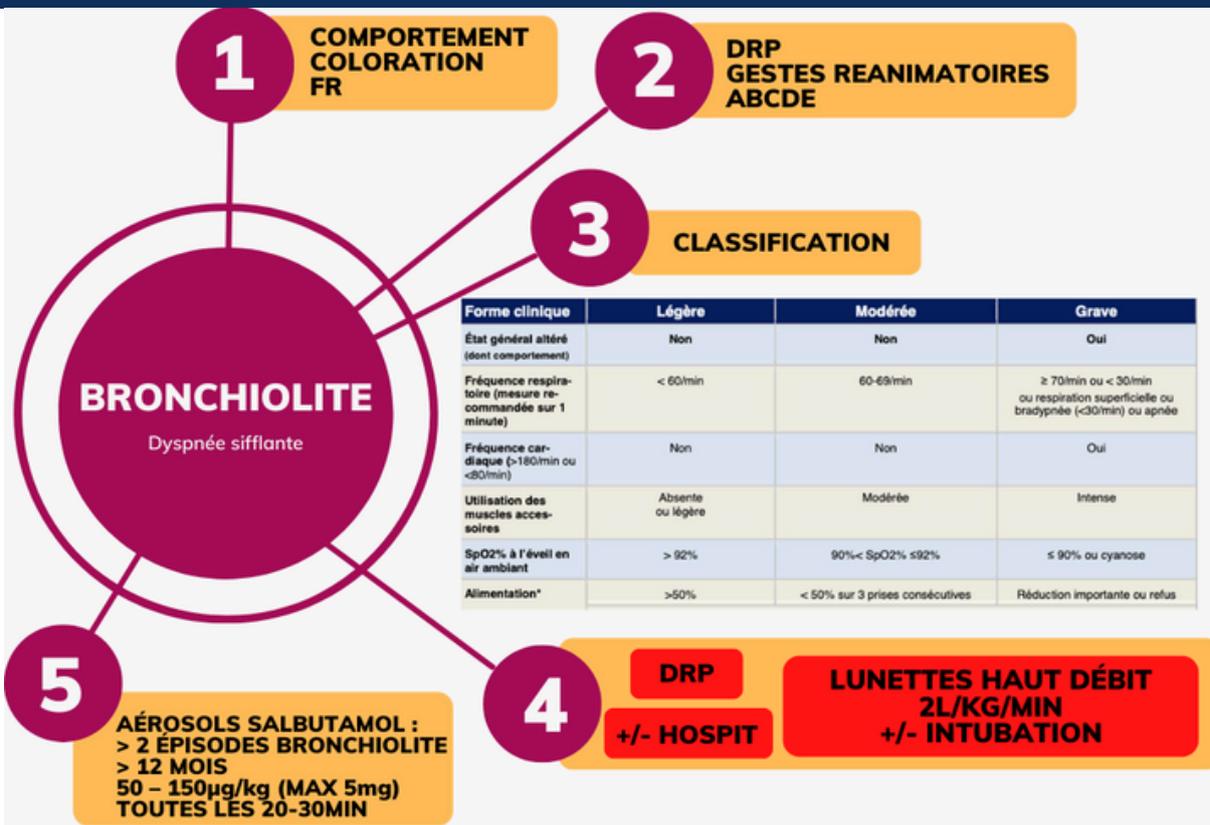
5-6-7/12
TOULOUSE

12/12
PARIS

26/01
PARIS

30-31/03
MARSEILLE

PEC BRONCHIOLITE DR VARVENNE (BMPM)



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

Thème :
Ventilation (Feat. Ju Marmin)

Testez vos connaissances avec le quizz ci-dessous !

1) Vrai/faux : Dans l'ACR animal, l'aspect visuel de la courbe de capnie permet d'estimer une distension intrathoracique.

2) Vrai/faux : Dans la VNI (VS-AI), mal régler le trigger inspiratoire peut aggraver le patient.

3) Vrai/faux : Dans la VNI (VS-AI), un volume expiré trop bas peut être du à une aide inspi (AI) trop haute.

4) Vrai/faux : En mode VAC, augmenter le volume courant permet d'augmenter le temps expiratoire.

1) VRAI, cf article // 2) VRAI, risque d'hyperinflation et de barotraumatisme // 3) FAUX, C'est l'inverse (AI trop faible) // 4) FAUX, le temps expi diminue (Tinspi augmente)

MADE IN BMPM

- N. Cazes répond à l'article de [Taghavi et al.](#) concernant la survie en fonction du mode de transport au Etats-Unis :

Dans cette étude, les auteurs comparaient la survie à 24h chez les patients ayant un trauma thoracique pénétrant (blessure par arme à feu pour 84% d'entre eux) en fonction du transport rapide par la police (PT) VS les équipes de soin (ALS), en milieu urbain ; ils concluent qu'il n'y a pas de différence de mortalité.

Si l'étude a le mérite d'exister, elle passe sous silence les délais de transport, rendant de fait tout interprétation problématique : ainsi, si le délais de PEC avec ALS sont nettement supérieurs qu'avec PT, les résultats sont cohérents. En revanche, si les délais sont comparables, ils remettent en question l'intérêt même du préhospitalier...

La PEC de ces patients fait intervenir bien d'autres facteurs, et Nicolas rappelle qu'il est réducteur de limiter le raisonnement à un compteur de vitesse.

Attention donc aux conclusions simplistes !

OUTILS / INNOVATIONS

Connaissez vous "Les Bruits du déchoc" ?

Créé par une équipe suisse, répartie dans tous les grands hôpitaux du territoire helvète, ce site propose beaucoup de contenu sur la médecine d'urgence, à la pointe de l'actualité, au travers plusieurs supports.

Vous retrouverez ainsi des podcast à écouter dans la voiture (cf celui sur l'étude REPHILL, abordée en staff), des quizz (ECG, situations cliniques), de l'imagerie, des sélections des articles récents sur la médecine d'urgence...

Et le tout en français !

Le site est ici : <https://www.bruits-dechoc.ch/contenus>

REPLAY

PEC DE L'HYPOTHERMIE (SFMU)