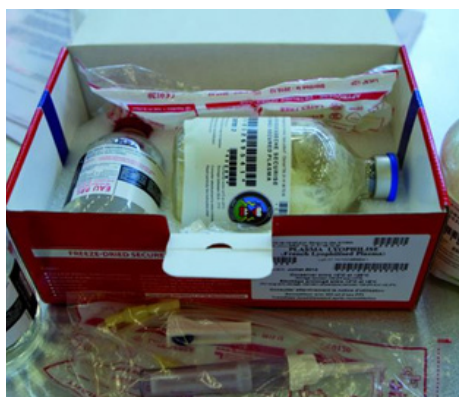


NEWSLETTER



L'ACTUALITE

PREHO-PLYO



Nos collègues et amis de la BSPP publient les [résultats de PREHO-PLYO](#), étude multicentrique randomisée pré-hospitalière. Elle concernait 150 patients en choc hémorragique et à risque de TIC (= coagulopathie traumatique) et évaluait l'efficacité du PLYO VS NaCl sur l'INR à l'arrivée à l'hôpital. Les critères secondaires étaient la mortalité à J30, la nécessité d'une transfusion massive (= PTM, soit > 10 CGR) et les effets secondaires.

Les patients recevaient au maximum 4U de PLYO ou 1000ml de NaCl. Les patients étaient surtout des hommes, avec un trauma fermé (60%), du à un AVP dans 1/3 des cas. Le Shock index médian en pré-hosp était à 1.4. Entre 80-90% des patients avaient reçu de l'Exacyl. L'ISS à l'hôpital était entre 25 et 29.

L'étude ne retrouvait pas de différence entre les 2 groupes, sur aucun des critères (INR / mortalité / PTM). Le temps médian avant le PLYO était de 27min et le temps sur site était de 61/62min, et 90min pour l'arrivée à l'hôpital. On ne déplorait pas d'effets secondaires graves. Les auteurs concluent que le PLYO en pré-hosp est réalisable et sûr, sans montrer d'efficacité sur la mortalité et/ou sur la TIC.

REPHILL



L'étude RePHILL (multicentrique, randomisée, > 400 participants) a fait couler beaucoup d'encre; de méthodologie solide, elle comparait l'efficacité -en pré-hosp- du PLYO + CGR VS NaCl, chez des patients en choc hémorragique (traumatique) de 4 hôpitaux anglais. Notons que tous les fluides étaient réchauffés. Le critère principal était composite : mortalité jusqu'à l'arrivée et clairance des lactates.

Les critères secondaires comprenaient notamment la mortalité à 3h et à 30j, délais d'administration des fluides & volumes, et effets secondaires graves. Notons que les ACR traumatiques étaient exclus. On retrouve une population masculine, jeune (>40ans), victime d'AVP, polytraumatisé (ISS = 36), avec des saignements non garrotables et trauma fermés. Les délais moyens sont intéressants : 30min SLL + 25min avant administration du lier produit... **Aucun patient n'arrive au CH en moins d'une heure...**

Avant randomisation, les patients recevaient env. 430ml de NaCl, et 90% des patients recevaient de l'Exacyl. **L'étude ne retrouvait pas de différence entre le NaCl et le PLYO/CGR.** Plusieurs podcast débattent de l'étude : en [français ici](#) et en [anglais là](#).

Nous en rediscuterons en détail en staff.

BLOOD DIAMOND



Paru dans [Intensive Care Med](#) par une équipe franco-italienne, ce court article résume très bien les connaissances actuelles sur la physiopathologie de la coagulopathie traumatique (TIC en anglais). Il aborde en outre les mécanismes, la stratégie thérapeutique, les traitements, et la plateforme nécessaire en fonction du temps.

Plus long, [cet article publié dans Injury](#) se propose de nettement plus détailler les mécanismes moléculaires impliqués dans la TIC. (Public averti et amoureux de la biomol uniquement)

Et pour raviver le débat Ca²⁺ ou non en pré-hosp, [quelques éléments intéressants ici](#) : tout le monde fait à sa sauce (et sa dose), sans résultats interprétables.

Mais n'oublions pas que > 50% des patients sont en hypocalcémie à l'arrivée aux urgences...

Enfin, découvrez le [BATT score](#) (mortalité choc hémorragique en pré-hosp). **Cut-off** : 3 (interm.) et 8 (grave). Si>8, activer PTM dès pré-hosp.

L'AGENDA

[EUSEM 2022](#)

[ESICM 2022](#)

[AMUQ](#)
([URG QUEBEC](#))

[SF-ECHO](#)

[RACS 2022](#)
(EN LIGNE)

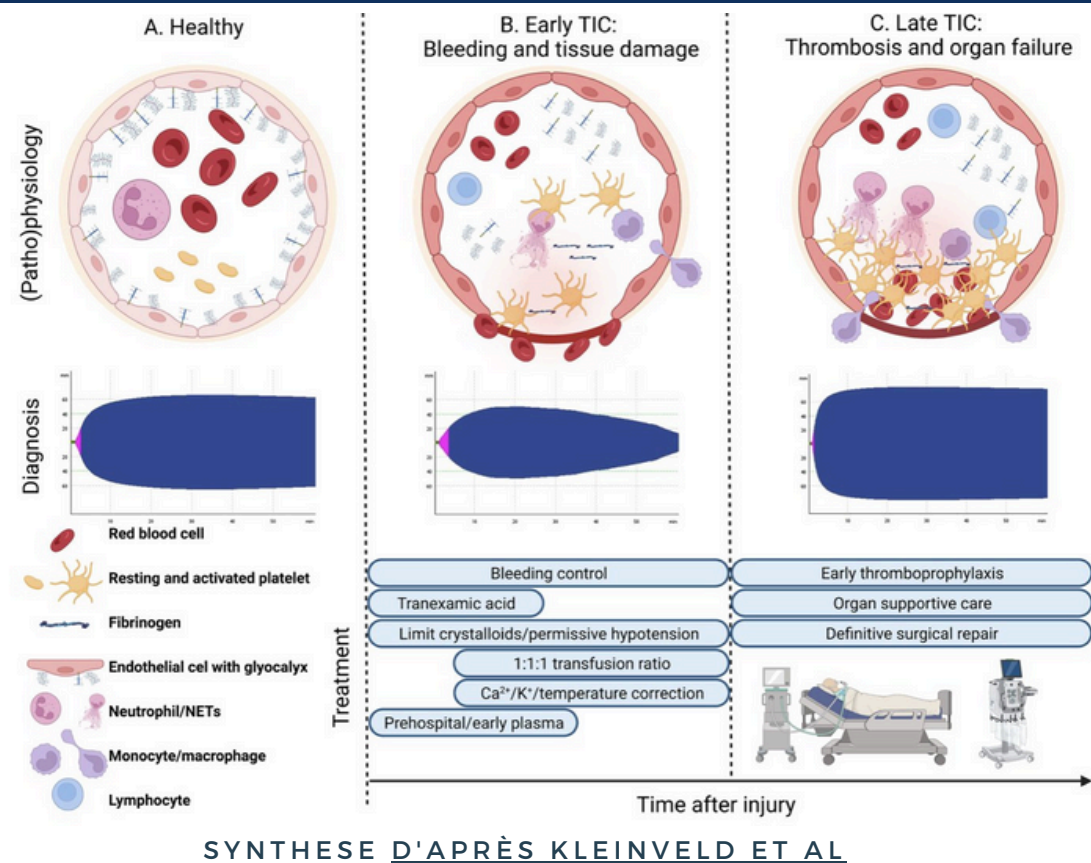
15-19/10
BERLIN

22-26/10
PARIS

31/10-03/11
QUEBEC

04-05/11
PARIS

29/11
PARIS



SYNTHÈSE D'APRÈS KLEINVELD ET AL

DÉBITS SELON LES TYPES DE CATHETERS

		1M GRAVITY
22 GA PIV	0.8 mm x 1.16"	36 ML/MIN
20 GA PIV	0.8 mm x 1.16"	60 ML/MIN
18 GA PIV	1.0 mm x 2.5"	85 ML/MIN
18 GA PIV	1.0 mm x 1.16"	105 ML/MIN
16 GA PIV	1.3 mm x 1.77"	205 ML/MIN
14 GA PIV	1.6 mm x 1.75"	330 ML/MIN

INTROOSSEOUS

Flow determined by bone location more than needle.

- Tibial is comparable to long 18 gauge PIV
- Humeral is comparable to long 16 gauge PIV

Typical flow rates = 50-100 ml/min w/ pressure infuser.

ADAPTÉ DE NICK MARK
INFOGRAPHIE COMPLETE

[ICI](#)

Ne manquez pas la Newsletter de novembre ! (01/11/22)

Thème :
Cardio & rythme

Testez vos connaissances avec le quizz ci-dessous !

1) Vrai/faux : La molécule de 1^{ère} intention face à une torsade de pointe est la Cordarone (300mg sur 20min).

2) Vrai/faux : Mettre un aimant sur un PMK permet de l'arrêter.

3) Vrai/faux : Il est possible d'interpréter une modification du segment ST malgré un BBC.

4) Vrai/faux : une ESV tombant sur le sommet d'une onde T provoque une TV

1) FAUX, c'est contre-indiqué // 2) FAUX, cf infographie // 3) VRAI, critères de Sgarbossa // 4) VRAI

MADE IN BMPM

- Nicolas C. répond dans ACCPJM, en réponse à [l'article de Birnbaum](#) sur les infections secondaires aux trauma balistiques (munitions à haute vitesse) lors des attentats de Paris, et la place de l'antibioprophylaxie. Chez les patients n'en n'ayant pas reçu (2.6%), on ne notait étonnamment aucune infection ; pourtant l'article insistait sur la plus value des ATB le plus précocement possible (97.4% des patients), au détriment d'autres thérapeutiques, comme l'Exacyl (mis dans 17% des cas) ou la transfusion (34% des cas), et en occultant le risque de réaction anaphylactique aux pénicillines, pourtant assez courante (1-10%).

- [Gossione et al.](#), ont proposé une étude rétrospective sur l'usage de l'Exacyl en pre-hosp chez l'enfant, retrouvant une utilisation très aléatoire, et pas toujours appropriée. Mais comment le savoir alors même que 60% des enfants n'avaient pas eu de FAST-echo (96.5% avaient pourtant un trauma fermé...) ? Et comment comparer les pratiques (TXA/FAST) sans différencier SMUR adultes / SMUR ped ? Autant de questions que Nicolas C. pose aux auteurs...

OUTILS / INNOVATIONS

- "Facteurs humains en situations critiques" c'est le titre des dernières RPP fraîchement pondues par la SFAR, qui proposent 21 recommandations. Si certaines sont un peu nébuleuses, d'autres reflètent notre quotidien et font écho aux formations de travail en équipe et d'organisation sur inter que nous pratiquons. Et abordent aussi la gestion des conflits ! Briefing avant inter & débriefing après // gestion du matériel // règles de communication... Toutes ces thématiques sont illustrées par des moyens pratiques (mémos ou autres) permettant de les appliquer facilement. **N'oubliez pas la "boîte à outil" de la SFAR, pleine de ressources, et notamment [la check-list pour le traumatisé sévère en pre-hosp](#) !**

- La bibliothèque numérique s'enrichit avec les publications BMPM !

REPLAY

WEBINAR TRAUMATISE SEVERE (SFMU)