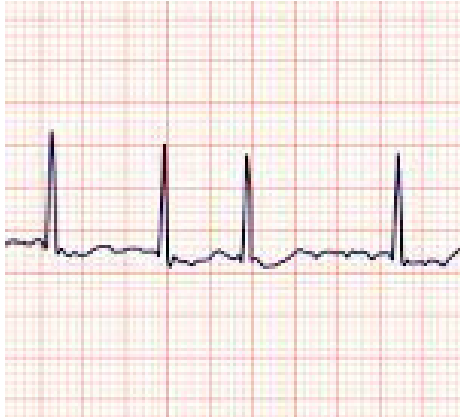


NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

RAPPEL FA



MY HEART WILL GO ON



Ces recommandations ne sont pas récentes (2020) mais sont toujours d'actualité !

Rappelons que :

- Les scores de **CHADS2VASC2** et **HASBLED** gardent toutes leur place.
- La PEC repose sur un objectif de **FC < 110 bpm**
 - Si FEVG normale = **BB- ou Inhibiteurs calciques (IC)**
 - Si FEVG altérée = **BB-**
 - Si asthme/BPCO sévère = **IC**
 - La digoxine est la drogue de 2ème choix
 - L'amiodarone est en 3ème choix, pour les patients avec une altération de la FEVG
- Le CEE est indiqué **d'emblée si instabilité hémodynamique**
- Si stable hémodynamiquement :
 - **Début < 12h = cardioversion possible** (Flécaïne/Cordarone)
 - Début 12-48h et CHADS2VASC2 < 1 = cardioversion possible, cf supra
- Dans tous les cas, anticoag (AOD +++) si CHADS2VASC2 > 1 (hors sexe)

Ce mois ci, encore une double colonne, pour les nouvelles recommandations sur le SCA. Tière nouveauté, les recos du NSTEMI et du STEMI sont maintenant communes ; notons que le paradigme OMI/NOMI n'a toujours pas été adopté. Enfin, vous pouvez réviser les ECG équivalents ST+ en relisant la newsletter de Novembre 2022

- Il faut traiter agressivement **les hyperglycémies** dans le SCA.
- La place de l'imagerie (IRM) augmente
- L'anticoagulation est recommandée pour tous les SCA, **même pour les patients sous NACO**. (si AVK, traiter si INR < 2.5)
- La double AAP est à discuter dans le STEMI
- Si SCA et FA :
 - BB- si stable sans insuff cardiaque
 - Cordarone si insuff cardiaque mais stable
 - CEE si instable
- Si SCA et BAV 3 : **pas de place pour l'isuprel**. Atropine puis EES si échec.
- Chez le patient cancéreux :
 - **Si < 10 000 plaquettes, PAS d'aspirine.**
 - **Pas de Clopidogrel si Pq < 30 000.**
 - **Ni Brilique, ni Plavix si < 50 000.**
 - La coro ne sera envisagée que si l'espérance de vie > 6 mois
- Il a été dit récemment qu'il ne fallait plus prétraiter les ACR récupérés en pré-hospitalier : **AUCUN ELEMENT NE VA DANS CE SENS DANS LES RECOMMANDATIONS.**

- NSTEMI = coro dans les 2h (très haut risque) si :
 - **Choc cardio / hémodynamique instable**
 - **Douleurs persistantes ou récurrentes**
 - **Troubles du rythme / modifs ECG dynamiques**
 - **Complications mécaniques**
- NSTEMI = coro dans les 24h (haut risque) si :
 - **Modification dynamique du segment ST ou de l'onde T**
 - **ST+ transitoire**
 - **Score GRACE > 140 (ici pour le calculer)**
- Le pré-traitement par P2Y12 dans le STEMI passe d'une recommandation classe I à IIb
- La coro d'emblée n'est pas recommandée dans l'ACR récupéré, en dehors d'un STEMI franc (ou équivalents STEMI)
- L'hypothermie thérapeutique n'est plus recommandée en post ACR récup. Obj : normothermie (pas de fièvre non plus)
- **L'ECG 18 D n'est pas systématique...**
- **Objectif SaO2 > 90%. Pas d'O2 en systématique.**
- Fibrinolyse si t > 120min jusqu'à la coro (dans les 12h, à associer avec Enoxaparine)
- La **Colchicine** fait son entrée

A noter, page 74, vous trouverez les questions qui restent en suspend, et les pistes scientifiques qui s'y rapportent.

L'AGENDA

URGENCES :
LES OUTILS DU
PRE-HOSP

11/12
WEBINAIRE
SFMU

Inscriptions
ouvertes

JDU
(AVEC BSPP)

14/12
DISTANCIEL

MASTERCLASS
TRAUMA GRAVE

16/01
DISTANCIEL
10H-16H30

Inscriptions
NON ouvertes

EUSEM
WINTER DAYS

31/01-02/02
PARIS

COPACAMU

28-29/03
MARSEILLE

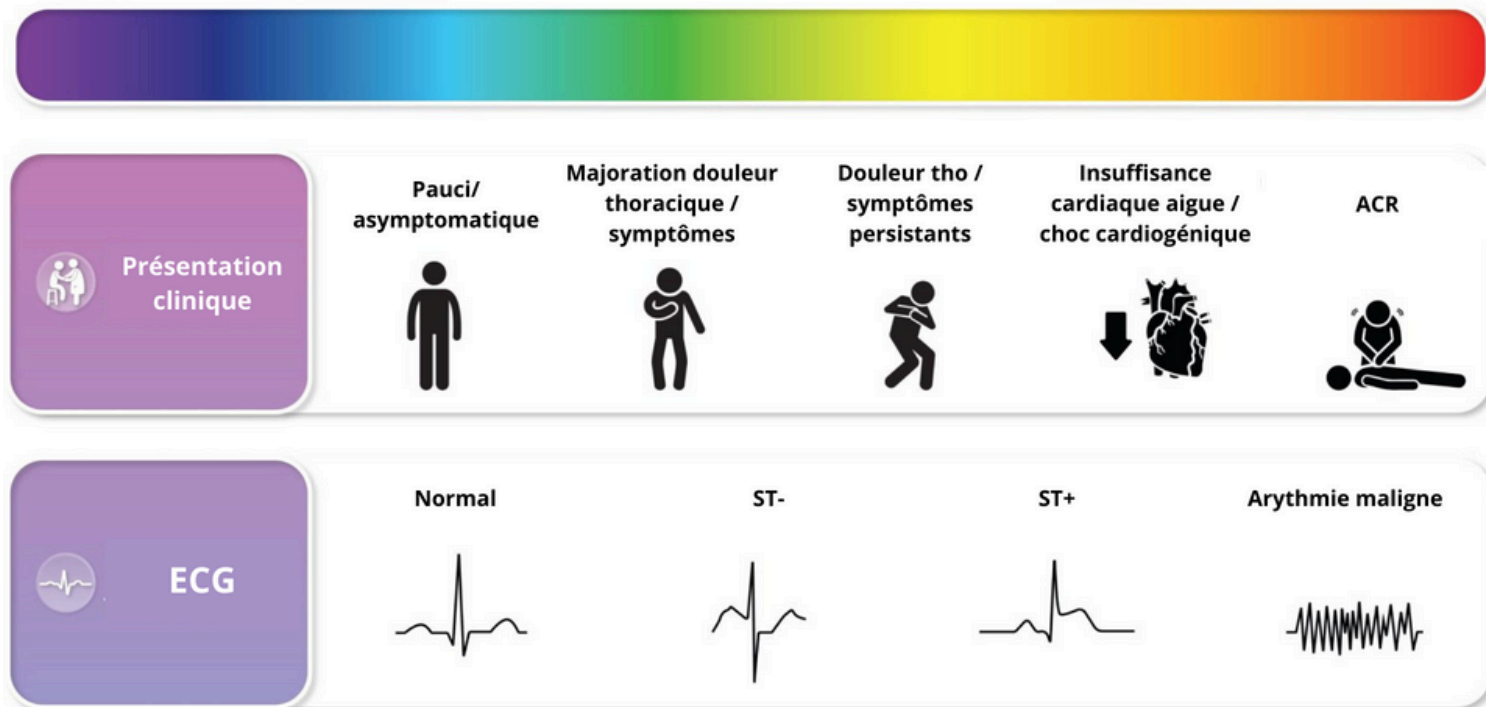
Dead-line
1er MARS

URGENCES

5-7/06
PARIS

Dead-line
13 DECEMBRE

Le spectre du SCA



Ne manquez pas la Newsletter de Janvier ! (02/01/24)

Thème : Divers

Testez vos connaissances avec le quizz ci-dessous !

1) Vrai/faux : L'anaphylaxie aux curares en France est estimée à 1.8 cas pour 10 000 anesthésies.

2) Vrai/faux : Il faut systématiquement intuber les comas toxiques en pré-hospitalier

3) Vrai/faux : Lors d'un accouchement pré-terme (<37SA), le fait de ne pas clamber le cordon ombilical tout de suite (> 120s) diminue le risque de mortalité de l'enfant.

1) VRAI, avec nette disparité H/F // 2) FAUX, étude NICO // 3) VRAI, étude PROSPERO

MADE IN BMPM

- La COPACAMU a fait sa journée monothématique, sur le thème de la médecine de montagne, et plusieurs médecins BMPM figuraient parmi les orateurs !
 - A. HAAR, sur le **prolonged field care** (sur le Drive) ;
 - A. RENARD sur la **physiopathologie de l'hypoxie**
- N. CAZES répond à l'article de [Gopinath et al comparant le TXA nébulisé VS le TXA IV dans l'hémoptysie](#). Il remarque notamment que la dose de TXA utilisé en IV est nettement inférieure à la dose habituelle (moitié moins, voire 4x moins car les auteurs ne précisent pas si une 2ème dose de TXA est faite), et que le nébulisateur utilisé n'est pas le nébulisateur habituellement utilisé aux urg, rendant l'extrapolation des résultats hasardeuse.

OUTILS / INNOVATIONS

Amateurs d'ECG, venez (re)découvrir la **banque ECG du BMPM** !

Cette banque accessible en ligne compile des ECG BMPM (une 40aine à ce jour) couvrant différentes pathologies et différents aspects, allant des cas "courants" aux raretés, avec toujours un lien explicatif à la fin.

Et cette banque ne demande qu'à s'étoffer, grâce à vous !
N'attendez plus et cliquez sur l'ECG ci dessous !



REPLAY

NOUVELLES RECOS SCA (EN ANGLAIS)