

NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

KETAMINE



LE PATIENT QUI BURR



BLOOD & THUNDER



Nous avons récemment parlé dans la dernière newsletter de la Kétamine nébulisée VS Kétamine IV.

Dans la même veine, une équipe française a voulu comparer (étude de non infériorité) la Kétamine et la Morphine pour les douleurs traumatiques avec EVA > 5 en pré-hospitalier.

Le protocole comparait l'efficacité à 30min des 2 molécules

- **20mg en bolus, puis 10mg toutes les 5min pour la Kétamine,**
 - **2 ou 3 mg toutes les 5 min pour la Morphine.**
- Sans surprise, l'étude ne retrouvait **pas de différence** entre les 2 molécules concernant la réduction de la douleur. Il existait plus d'effets secondaires dans le groupe "Kétamine" (type dissociation), mais jugés mineurs car ne nécessitant pas d'action médicale.

Une nouvelle pierre à l'édifice (déjà assez costaud...) pour dédramatiser la Kétamine dans le traitement de la douleur. Si notre pays n'est pas encore touché par la crise des opioïdes, il ne faut pas oublier que la Morphine est pourvoyeuse d'apnées, notamment quand associée au Midazolam, et qu'une logique d'épargne morphinique sera souvent bénéfique au patient.

Nous avons à notre disposition pas mal de molécules, permettant de réaliser de bonnes analgésies multi-modales (infographie à votre disposition sur SMURBMPM et sur la newsletter de Mars 2024), et d'éviter les surdosages de certains médicaments, notamment les opiacés.

Les HEMS de Londres se forment sur la **trépanation d'urgence (le « burr hole »)** pour les hémorragies extra-axiales (HSD et HED). Ces équipes de médecin préhospitaliers, **proposent une mise au point intéressante**, bien que théorique.

- **Pronostic temps-dépendant.** Plus on attend (PEC initiale + TDM + transfert + PEC chir = rarement < 6h), plus le patient meurt.

- Indications rares et strictes. **Pas question de pratiquer ce geste si patient stable, GSC > 8, sans engagement, et plateforme neurochir rapidement dispo**

- Le geste peut être pratiqué **par des urgentistes**, et ce, depuis près de 20ans ([ici](#))

- Dans ce papier, le geste n'est proposé qu'après une imagerie. Si pas d'imagerie, mais **fracture crânienne franche (= embarrure) + mydriase homolatérale = indication acceptable.**

Certains médecins du SSA, en conditions isolée et hostiles, l'ont d'ailleurs déjà fait. [Une version détaillée avec EZ-IO, mais sur cadavre, est disponible ici.](#)

- Ce geste reste un geste d'urgence vitale. Il permet une décompression rapide, pas l'évacuation de l'hématome. Un transfert vers une structure de neurochir reste indispensable, tout comme une osmothérapie précoce.

D'ailleurs, le groupe TraumaBase a d'ailleurs récemment comparé le **mannitol et le SSH** en pré-hospitalier chez des traumas crâniens graves adultes en mydriase. Pour rappel, la [dernière grosse méta-analyse](#) ne retrouvait pas de différence de mortalité, ni de pronostic neurologique.

Pourtant, cette étude retrouvait **une différence de mortalité précoce en faveur du SSH OR = 0.68 (0.5-0.9), p = 0.014, qui disparaissait à 48h.** Il n'y avait pas non plus de différence sur la durée d'hospitalisation. L'explication proposée est que **le SSH permet d'améliorer la volémie, et donc la PIC, alors que le mannitol aurait plutôt tendance à l'aggraver, ce qui peut suffire à faire la différence en pré-hosp, chez des patients souvent polytraumatisés**

Parlons blessé hémorragique & coagulopathie, avec quelques études sorties en 2024.

- **Le score de Kampala (KTS)** fait partie des outils relativement récents permettant d'évaluer le risque de **mortalité** des patients traumatisés. Il est relativement simple, réalisable en pré-hosp, et adapté aux pays pauvres en ressources. Il existe déjà **beaucoup de score** de ce type, soit basés sur l'anatomie (ISS - infernal à calculer-, AIS...), soit sur la physiologie (RTS, APACHE...), soit les deux (TRISS...).
- **KTS versus RTS : équivalent**
- **KTS versus ISS (ou plutôt eISS) : équivalent**
- Même combat pour les scores prédictifs d'hémorragie (et donc de nécessité de transfusion). Nous en avions parlé dans la newsletter de novembre 2023, en comparant les scores ABC, TASH, BATT et le shock index. [En voici donc un nouveau, le TIC score](#), qui se focalise sur la coagulopathie traumatique (TIC)
- **Un score < 2 avait une valeur prédictive négative de 93% et permettait d'exclure la TIC**
- **Un score > 6 avait une valeur prédictive positive de 92% et permettait de confirmer la TIC**

Aucun score n'est parfait. Et le patient ne se résume pas à un score. Néanmoins, les score permettent de parler la même langue, d'être plus objectifs, et de déclencher des protocole dès le pré-hosp. **La TIC commence juste après le trauma, dès le préhospitalier, comme l'a montrée cette équipe australienne**, et quand il s'agit de trauma pénétrants, chaque [minute retardant la transfusion de sang augmente la mortalité de 11%](#)

L'AGENDA

[URGENCES](#)

[EMC2](#)

[EUSEM](#)

[JTI](#)

[ERC](#)

5-7/06
PARIS

12-13/09
MONACO

13-16/10
COPENHAGUE

16-18/10
RENNES

31/10-02/11
ATHENES

**Dead-line article
16 juin !**

LE COUP DE CHALEUR D'EXERCICE



PATHOLOGIE D'EXERCICE LIÉE À LA CHALEUR

EVOLUTION PROGRESSIVE AVEC L'AUGMENTATION DE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

Epuisement thermique

- Cède rapidement après refroidissement.
- Pas d'évacuation nécessaire
- Retour au poste possible après disparition des symptômes

Coup de chaleur d'exercice

- Urgence vitale : refroidissement immédiat
- Tableau neurologique brutal au cours d'un effort
- Evacuation obligatoire
- Gravité liée à la durée de l'hyperthermie



Fatigue

Vertiges

Maux de tête



Peau/muqueuses sèches
Trouble marche / coordination
Agressivité
Obnubilation

Convulsion

Coma

➕
Contre-indication
• PARACETAMOL
• AINS
• CELOCURINE

38°C

Actions secouriste

- Rendre compte - Extraction
- Arrêt de l'effort - Mise à l'ombre
- Appel VSSO - prise constantes

Actions sanitaire



- Confirme le diagnostic
- Evalue la gravité
- Rend compte au DSM
- Poursuit le refroidissement

38.5°C

• Etat du binôme ?

- VVP + remplissage
- Monitoring
- FC/TA/SaO2/T*/HGT
- Renfort Médecin (DSM)

40°C

- Prévoir évacuation
- Prévoir relai au poste
- Alerter Chef de Quart

- OBJECTIF T° < 38.5°C
- Pack de froid sur axes vasculaires
- Refroidissement immédiat
- immersion eau froide/tunnel réfrigérant
- 15 à 30min selon méthode

41°C

- Urgence vitale
- Renfort AR
- ISR/IOT
- Réanimation

Infographie : Dr DUFFY - Dr LARGER - Dr BALAZ (BMPM)

La newsletter part en vacances...

Ne manquez pas la newsletter de rentrée !
(premier lundi de septembre)
Thème : divers

Voici quelques devoirs de vacances pour préparer la rentrée : un quizz sur l'échographie d'urgence, réalisé par l'ACEP, l'équivalent de la SFMU américaine.

Le test est en anglais mais votre navigateur peut le traduire d'un simple clic droit !

[Cliquez ici pour jouer](#)

Et essayez de faire > 80% de bonnes réponses pour valider le test !

MADE IN BMPM

- Plusieurs interventions Made in BMPM au congrès Urgences 2024 : pensez à les envoyer pour les archiver !
- Réalisation d'une carte interactive pour aider à la régulation, avec les plateformes disponibles par ville ! (BdR & Marseille)
- Staff de fin d'année :
 - Venez tester le jeu NRBC en avant-première !
 - Retour sur les 10 études marquantes de l'année 2023-2024 !

OUTILS / INNOVATIONS

- Il est toujours intéressant de regarder ce qui se fait ailleurs, et notamment dans les autres pays ; les USA par exemple ont un modèle de santé assez différent du nôtre, et luttent pourtant contre certains problèmes similaires aux nôtres.
- Le site de l'ACEP (équivalent de la SFMU des USA) est accessible à tous, bien fait, et agréable à lire. Vous y trouverez pas mal de ressources, comme sur le site de la SFMU, une grosse partie "advocacy" (comprendre : de la com' façon USA sur les problématiques de la médecine d'urgence) ainsi qu'une partie spécialement consacrée aux médecins urgentistes.
- Les 3 premiers articles traitent des agressions contre les soignants aux urgences, du manque de lits (et des patients qui restent des plombes sur des brancards aux urgences), et de la pénurie de certains médicaments...
Same shit, different place...

SERIE : PREPARATION AUX JO (SFMU)
EPISODE 3 : LE PATIENT ETRANGER