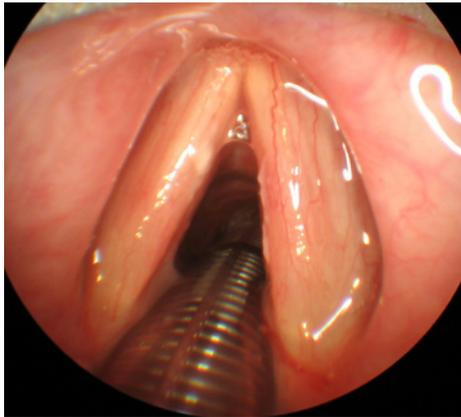


NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

IOT & TOXICO



COUPER LE CORDON



CURARE MAIS GRAVE



Sortie il y a peu, l'étude française NICO (avec des SMURs médicalisés donc) a voulu comparer une stratégie d'IOT VS un stratégie de respect des voies aériennes chez des patients en coma toxique (OH, GHB et BZD principalement) avec un GSC < 9.

Le critère principal était composite :

- Mort
- Durée de séjour réa/USC
- Durée de séjour à l'hôpital

Les critères de jugement secondaires étaient les événements indésirables dans les 48h après IOT, y compris la PNP.

On notait **16% d'IOT dans le groupe "pas IOT" contre 58% dans le groupe "IOT"**.

Pas de différence de mortalité, mais **différence en faveur du groupe "pas d'IOT" pour les durées d'hospit (RR = 1.85)**.

Il y avait **moins d'événements indésirables (réduction du risque absolu = -8.6) et moins de pneumonies (-7.8)**.

Notons que les détresses vitales (respi, hémodynamique) étaient exclues : ce sont finalement ceux chez qui la question de l'IOT ne se pose pas. L'étude conclut donc que chez les patients "entre-deux", **le bénéfice n'est clairement pas à l'IOT**. (Désolé Ju...)

Le délais pour couper le cordon ombilical après la naissance a t il une importance ?

C'est la question que pose cette étude, en fait une méta-analyse de 47 études différentes, pour un total de 6094 patients, sur des enfants prématurés (<37SA).

Le critère de jugement principal était la survie avant la sortie de l'hôpital.

4 groupes distincts étaient faits :

- Clampage immédiat
- Clampage rapide (entre 15s et 45s post-partum)
- Clampage moyen (entre 45s et 120s post partum)
- Clampage différé (≥120s post-partum)

Le groupe "clampage différé" avait une **bien meilleure survie, réduisant de 3 fois le taux de décès par rapport au groupe "clampage immédiat"**.

Si certains risques de biais persistent dans plusieurs des études concernées, ces résultats peuvent néanmoins se révéler intéressants pour notre pratique future.

Il ne s'agit pas d'une publi récente, mais d'un petit point de rappel d'une pathologie grave et pas si rare : l'anaphylaxie aux curares.

Cette mise au point de 2017 reprend quelques chiffres :

- Les réactions anaphylactiques aux curares représentent environ 250/million d'anesthésie (chez la femme ; chez l'homme les chiffres sont plus bas), soit **2.5 cas / 10 000 patients. (1/4000)**
 - Il s'agit d'hypersensibilité immédiate dans 60% des cas.
 - La **mortalité est de 4.2%**.
 - Les 2 molécules les plus impliquées sont le **Suxamethonium (Celocurine) et le Rocuronium (Esmeron)**.
 - La question de la sensibilisation se pose, et une sensibilisation croisée via les sirops antitussifs fait partie des pistes.
- Pour avoir un ordre d'idée, au BMPM, la PUI compte **181 utilisations sur l'année, dont 45 en co-prescription**.

En l'absence d'antidote, la vigilance est de mise : attention devant un collapsus de reventilation un peu érythémateux...

L'AGENDA

MASTERCLASS
TRAUMA GRAVE

16/01
DISTANCIEL
10H-16H30

Inscriptions
ouvertes

EUSEM
WINTER DAYS

31/01-02/02
PARIS

COPACAMU

28-29/03
MARSEILLE

Dead-line
1er MARS

URGENCES

5-7/06
PARIS

EMC2

12-13/09
MONACO

L'HYPOTHERMIE



HYPOTHERMIE

(T° centrale < 35°C)

@SMURBMPM
@SMURBMPM13

CLINIQUE

ACR

ERC 2021

< 35°C

HYPOTHERMIE LEGERE

Frissons, horripilation, tachycardie, perte motricité fine.

< 32°C

HYPOTHERMIE MODEREE

Pas de frissons, myosis, tb vigilance, bradycardie, bradypnée, hypoTA.

< 28°C

HYPOTHERMIE SEVERE

Etat de mort apparente, aréflexie, mydriase aréactive, apnée possible. Risque ACR si mobilisation brusque.

< 24°C

HYPOTHERMIE PROFONDE

Asytolie

< 15°C



30-32°C

Doubler les intervalles d'adrénaline (1 mg toutes les 8min)



< 30°C

Ne pas dépasser 3 CEE
Ne pas faire d'adrénaline



< 28°C

Interruption RCP :
5min de RCP puis 5 min sans RCP.

Planche à masser +++



ECG : tachycardie initiale, puis bradycardie. Ondes J a partir de 35°, augmente avec la profondeur de l'hypothermie, puis FV et asytolie.



Métabolisme : déshydratation, hyperkaliémie, hyperglycémie, acidose, hyperviscosité, diminution affinité Hb (décalage courbe à gauche)

Coagulation : thrombopénie, TP allongé, diminution agrégation plaquettaire, hyperviscosité.

Infographie : Dr Pierre BALAZ

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

Thème : Divers

Testez vos connaissances avec le quizz ci-dessous !

- 1) Echelle RASS (de sédation) : un RASS 0 équivaut à un patient complètement endormi
- 2) Une FR = 55 est normale pour un enfant de 6 mois
- 3) Une TA = 165/115mmHg est normale chez une femme enceinte
- 4) De 1 à 10ans, une TAS = 70 mmHG + (2x âge en années) définit une hypotension

1) FAUX // 2) VRAI // 3) FAUX // 4) VRAI

MADE IN BMPM

Vous les attendiez, voici les résultats de l'étude de B. VANOVERBECK sur les accès vasculaires dans l'ACR adulte !

Après analyse des 127 poses de voies d'abord vasculaires réalisées par nos IDE lors d'un ACR, il en ressort :

- Au premier essai, la VVP est choisie dans 83% des cas pour un taux de réussite de 68% alors que l'IO (17 % des cas) a un taux de réussite de 100%.
- Ce taux de réussite au 1er essai diminue considérablement si l'espace est exigu (57%), si l'expérience professionnelle de l'IDE est de moins de 3 ans (27%) et si le patient présente un IMC >40 (25%).
- Si échec au 1er essai de VVP, la réussite au 2ème essai est faible (38 %).

Conclusion : lors d'une tentative de pose de voie d'abord vasculaire, notre étude suggère de passer à l'IO dès le 1er échec et réaliser une IO d'emblée si ACR dans un espace exigu, si le patient à un IMC >40 ou l'opérateur est inexpérimenté (expérience pro <3ans).

OUTILS / INNOVATIONS

- Amateurs d'ECC, cliquez pour (re)découvrir [la banque ECC du BMPM](#) !
- A l'instar du compte X (ancien Twitter) du SMUR BMPM, le compte Instagram SMURBMPM13 s'étoffe et reprend (avec un petit décalage) le post de X (Twitter) ! ECC, échographie, infographies, n'hésitez pas à participer et à interagir sur les publications !



REPLAY

[LE NOUVEAU-NÉ EN PRE-HOSP \(SFMU\)](#)