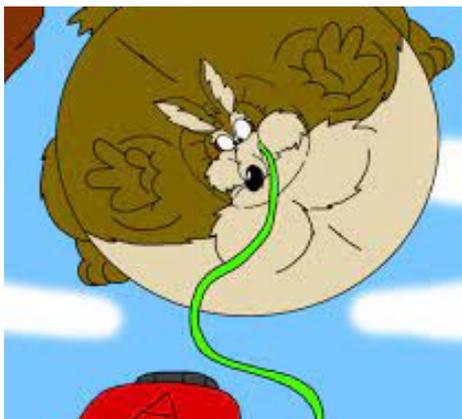


# NEWSLETTER



## L'ACTUALITÉ

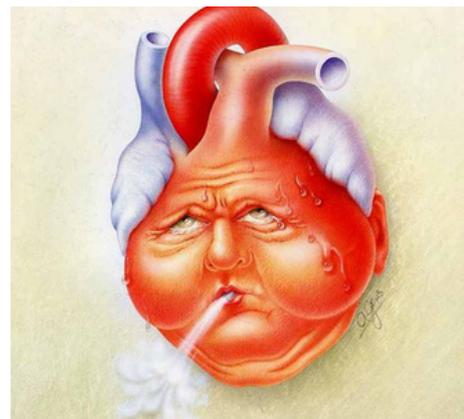
### VNI & BPCO



### LA RCP POUR TOUS



### INSUFFISANCE CARDIAQUE



#### Un e équipe chinoise s'est intéressée à la ventilation dans l'exacerbation de BPCO.

Tous les patients recevaient 6h de VNI ; ceux avec pH > 7,35, et/ou paCO<sub>2</sub> < 45mmHg n'étaient pas inclus. (ceux avec Pa/Fi > 100 étaient exclus). Ils étaient ensuite divisés en 2 groupes :

- le groupe "HI" était ventilé pour un Vt de 10-15ml/kg, soit environ 20-30cmH<sub>2</sub>O (IPAP)
- le groupe "LI" était ventilé pour un Vt d'environ 6ml/kg, sans dépasser 20cmH<sub>2</sub>O

Les ajustements éventuels étaient guidés par la gazométrie.

**Le critère principal était le fait de répondre à des critères d'IOT, ce qui était le cas chez 4.8% des patients du groupe HI, contre 13.7% dans le groupe LI.**

Toutefois, les patients du groupe LI répondant aux critères d'intubation passaient dans le groupe HI : pour les auteurs, cela explique le fait qu'en définitive, le taux réel d'IOT est similaire entre les 2 groupes.

Peu d'effets indésirables sont notés pour le groupe HI, en dehors de l'appatition de distention abdominale et de quelques cas d'alcaloses respiratoires.

Tous égaux face à l'ACR ?

Le 1er article est français (Paris), et s'intéresse au pronostic des ACR en pré-hospitalier (de l'adulte, hors ACR traumatique), en fonction des conditions socio-économiques et du temps de réponse des SMURs.

Avec un délai SLL médian de **10.85min**, et **3.4% qui sortaient vivants de l'hôpital** (sur 4082 patients), il apparaissait que les facteurs délétères étaient l'âge (>65ans), le sexe (féminin), **la localisation, l'étage (>1er) et le niveau socio-économique (quantifié par l'EDI, l'index de déprivation social).**

Le second est américain : aux USA, il a été montré que les **patients afro-américains et les femmes (double peine pour les femmes afro-américaines) recevaient moins de RCP (2x moins pour les afro-américains)** par les témoins, et survivaient moins même quand la RCP était faite, et ce, indépendamment des comorbidités, et des quartiers.

#### Les nouvelles RFE sur l'insuffisance cardiaque (IC) chez la personne âgée sont sorties :

- **Pas de score** diagnostic ou pronostic recommandé en pré-hosp
- L'usage de la télémédecine est favorisé
- Les facteurs déclenchants suivants doivent être recherchés : SCA, infection, arythmie, anémie, IR, inobservance thérapeutique.
- **L'EP n'est plus systématiquement recherchée**
- La dysthyroïdie le sera, mais pas en urgence
- **Un ECG doit être fait initialement**, et répété selon le contexte.
- **Le BNP et le NT-proBNP ne doivent plus servir à établir le diagnostic aux urgences, ni à servir comme marqueur pronostique**
- Le dosage de la troponine présente un intérêt pour rechercher la cause de l'IC
- **L'échographie prend toute sa place : à la phase initiale par l'urgentiste (diagnostic) puis au cours de l'hospitalisation, par le cardiologue.**

## L'AGENDA

JTI

ERC

RACS 2024

COPACAMU

16-18/10  
RENNES

31/10-02/11  
ATHENES  
GRECE

26/11  
DISTANCIEL

3-4/04  
MARSEILLE

## LE COIN A CHAMPIGNONS

LES EFFETS <6H SONT GÉNÉRALEMENT DUS À UNE TOXICITÉ FONCTIONNELLE, TRANSITOIRE

LES EFFETS >6H SONT GÉNÉRALEMENT DUS À UNE TOXICITÉ LÉSIONNELLE, PERSISTANTE

DANS TOUS LES CAS = AVIS CAP

### Sd sudorien (muscarinique)

**Champignons** : clitocybes, inocybes  
**Délai d'apparition** : de 15min à 2h  
**Durée** : qlq heures  
**Symptômes** : syndrome cholinergique  
**Traitement** : symptomatique +/- atropine

### Sd panthérinien

**Champignons** : amanites (panthère, tue-mouche)  
**Délai d'apparition** : de 30min à 3h  
**Durée** : qlq heures  
**Symptômes** : syndrome anti-cholinergique  
**Traitement** : symptomatique +/- sédation

### Sd paxillien

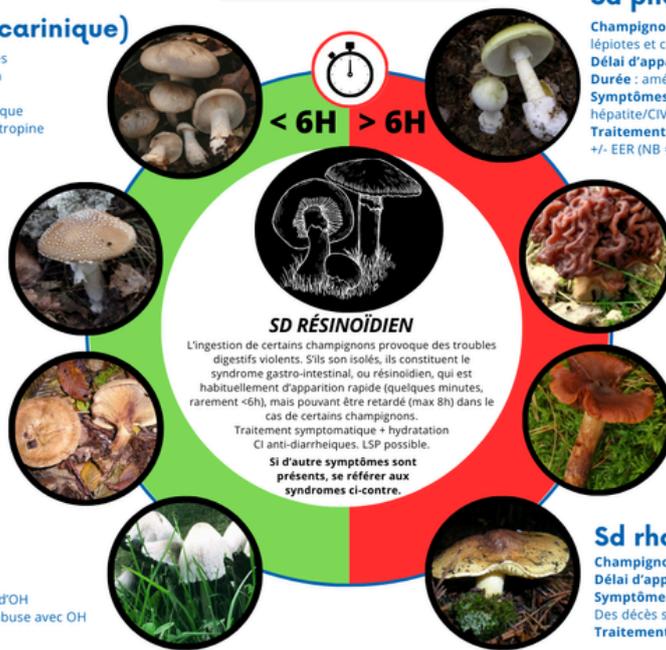
Syndrôme rare  
**Champignons** : paxilles enroulés crus (mal cuits)  
**Symptômes** : digestif, voire anémie hémolytique  
**Traitement** : symptomatique

### Sd coprinien

**Champignons** : coprin noir d'encre  
**Délai d'apparition** : 30min-1h  
**Durée** : prise d'OH jusqu'à 3j après prise d'OH  
**Symptômes** : bêtamimétique + effet antabus avec OH  
**Traitement** : symptomatique

Mais aussi :

- Syndrome acromégalien (erythralgie apparaissant 24h après la consommation et pouvant durer 1 mois (*Clitocybe amoenolens*) // Atteinte du SNC : troubles digestifs > 12h, + hépate/IRC + tableau d'œdème cérébral + urines violettes (polypore rutilant, *Haplophilus rutilans*) // Syndrome proximien : atteinte hépatique et rénale en 1-4j, d'évolution favorable (amanite à volve rousse, *Amanita proxima*) // Dermateite flagellaire : apparition en 12h-5j de lésions prurigineuses linéaires (shitake)
- Les syndromes narcotiques (psilocybe) ne sont pas abordés.



### Sd phalloïdien

**Champignons** : amanites (phalloïde, vireuse, printanière), certaines lépiotes et certaines galères.  
**Délai d'apparition** : de 6h à 24h  
**Durée** : amélioration vers 36-48h, puis cytolysse hépatique (pic = 3-5j)  
**Symptômes** : syndrome digestif (diarrhées++) initialement, puis hépatite/CIVD/IRA/coma  
**Traitement** : NAC (Fluimucil) & silibinine (Legalon). PEC symptomatique +/- EER (NB = dosage alpha-amanitine possible)

### Sd gyromitrien

**Champignons** : gyromitre  
**Délai d'apparition** : 6-24h  
**Durée** : latence de 2-3j puis cytolysse  
**Symptômes** : syndrome digestif puis cytolysse +/- hémolyse +/- agitation & convulsions  
**Traitement** : PEC symptomatique +/- BZD +/- vit B6

### Sd orellanien

**Champignons** : cortinaires (orellanus, speciosissimus, orellanoides)  
**Délai d'apparition** : 24h-36h  
**Durée** : latence de 2 à 17j puis IRA  
**Symptômes** : syndrome digestif initialement, puis atteinte rénale  
**Traitement** : PEC symptomatique +/- EER

### Sd rhabdomyolyse

**Champignons** : tricholome equestre  
**Délai d'apparition** : 1-3j  
**Symptômes** : rhabdomyolyse si qtés excessives. Des décès sont décrits (défaillance respiratoire)  
**Traitement** : PEC symptomatique

Dispo en HD sur [www.smurbmpm.fr](http://www.smurbmpm.fr)

En complément du rappel du Pharmacien chef des services (R) Patrick Desbrosses de la semaine dernière N°17 des brèves de la PUI

Infographie : Dr Pierre BALAZ - BMPM

Ne manquez pas la newsletter de novembre !  
 D'ici là, 3 quizz d'entraînement !

## MADE IN BMPM

- Une belle publi Made in BMPM/BSPP/CTB Percy proposant une mise au point sur le brûlé grave avec :
  - Physiopathologie / Evaluation / PEC immédiate / PEC pré-hosp / PEC intra-hosp

## OUTILS / INNOVATIONS

- Mise en place de l'octaplast (plasma universel) sur les AR
  - Indications (cf protocole appli) :
    - Traumatisme fermé ou pénétrant avec un BATT score ≥ 8
    - Ou traumatisme pénétrant avec un SI (FC/PAS) ≥ 1
  - Poso : 12 à 15 ml/kg => injecter la moitié de la poso pendant le pré-hosp
- Ajout à l'inventaire de lunettes de capnographie pour surveillance de sédation procédurale. Pour rappel : 2 à 5 % d'évènements indésirables majeurs (dépression respiratoire sévère + BAVU, hypoTA, agitation) durant une sédation procédurale (SP)
  - ETcO2 dans la SP =
    - FR fiable et continue + détection apnée (meilleure détections que la clinique)
    - Arrêt de la courbe = apnée (centrale ou obstructive)
    - Augmentation régulière = hypo-ventilation bradypneique (opiacées, risque d'apnée centrale à partir de 70 mmhg)
    - Diminution régulière = hypoventilation hypopneique
  - Si apnée obstructive = subluxation mandibule (et non pas Guedel)
- Le retour de la piscine de refroidissement pour les hyperthermies maligne d'effort : le dispositif sera mis en place pour la Marseille-Cassis
- Le site [www.smurbmpm.fr](http://www.smurbmpm.fr) a été complètement mis à jour !



WEBINAIRE SFMU  
PEC DU BRÛLÉ

(1) : faux, ils n'ont jamais fait preuve de leur efficacité (RFE 2016)  
 (2) : vrai, un délai d'au moins 8 minutes semble optimal  
 (3) : vrai, intox à la cucurbitacine

Adapté d'après Trueb et al "Intoxication par les champignons", Revmed 2013