

# NEWSLETTER



## L'ACTUALITÉ

### GARDER LA TÊTE HAUTE



Depuis quelques années, plusieurs publications s'intéressent à une RCP particulière, la AHUP-RCP. Cela comprend :

- Un MCE automatique (ex : LUCA)
- Un dispositif à seuil d'impédance (ITD) qui se branche au masque ou BAVU, et qui permet d'éviter la surpression thoracique,
- Un dispositif couplé à la planche à masser qui redresse progressivement la tête du patient.

Ces 3 dispositifs permettent conjointement de :

- Augmenter le retour veineux
- Diminuer la pression intra-cranienne (PIC)
- Augmenter la perfusion cérébrale (PPC)
- In fine, améliorer le pronostic neurologique.

Mais voilà : la majorité de ces données sont expérimentales (sur le porc) et sont d'ailleurs subjectes à débat.

L'équipe du Pr Debaty vient de publier une étude chez l'homme, en conditions réelles. Il s'agissait d'un avant/après (RCP classique puis AHUP-RCP). Ni le RACS, ni la survie avec un bon pronostic neurologique ne différaient entre les groupes, malgré une tendance en faveur du groupe AHUP-RCP (très petits effectifs). En revanche, l'EtCO2 était sensiblement meilleur dans le groupe AHUP. **Peut être la RCP de demain ?**

### RACS & ECG



Le réflexe post-RACS est souvent de tirer un ECG 12D pour chercher une cause à l'ACR.

Oui, mais voilà : un ECG trop précoce peut complètement induire en erreur (dans un sens comme dans l'autre)...

En 2021, l'équipe de Baldi s'est donc intéressée au timing optimal pour réaliser un ECG après un RACS dans l'ACR en pré-hosp : le but était d'éliminer les faux-positifs, c.a.d les ECG montrant un ST+, alors que la coro était ensuite normale. (étude PEACE)

Les patients étaient divisés en 3 groupes :

- ECG fait avant 8min
- ECG fait entre 8 et 33min
- ECG fait après 33min

Les faux positifs étaient respectivement de **18.5% / 7.5% / 5.8%**. Ces différences persistaient après ajustement de tous les autres facteurs.

En 2023, la même équipe signe une lettre à l'éditeur dans Resuscitation, et propose, pour illustrer, 3 ECG "précoces" pris pour des ST+, à coro normale.

**En pratique : attendre au moins 8min post RACS avant de demander une table de coro.**

### CHANGEONS NOS PRATIQUES (TOME 2)



Rappel des recommandations 2016 sur la PEC de l'anaphylaxie :

- Les critères diagnostiques sont les critères de Sampson
  - Les signes cutanés isolés ne suffisent pas à définir une anaphylaxie. Ils sont absents dans 15% des cas.
  - Les signes digestifs constituent un critère de gravité ; dans certains cas, ils justifient l'utilisation d'adrénaline IM sans attendre l'apparition d'une hypoTA.
  - Attention à l'hypoTA tardive chez l'enfant.
- **Le SEUL traitement efficace contre l'anaphylaxie est l'adrénaline précoce.**
  - Utilisée que dans 20% des anaphylaxies...
  - Aucune CI absolue à son utilisation.
  - **Les corticoïdes et les anti-histaminiques n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité dans l'anaphylaxie. Les CTC favoriseraient même les réactions de "rebond".**
- Les BB-, l'asthme, les IEC, le stress, les infections, la période peri-menstruelle, l'effort, la prise d'OH ou d'AINS sont des facteurs reconnus comme favorisant l'anaphylaxie.
- Surveillance : min. 6h, 12-24 si gravité
- Complications atypiques : syndrome de Kounis (spasme coronarien), SVCR, Tako-Tsubo...

## L'AGENDA

ERC

RACS 2024

JOURNÉE  
PÉDIATRIE  
COPACAMU

COPACAMU

URGENCES

31/10-02/11  
ATHÈNES  
GRECE

26/11  
DISTANCIEL

28/11  
BRIGNOLES

3-4/04  
MARSEILLE

4-5-6/06  
PARIS

<p><b>COCAINE</b></p> <p>Agitation avec tremblements, sueurs, tachycardie, palpitations...</p>	<p>Appellations : La "C", cécé, coco, blanche, neige, Caroline...</p> <p><b>Délai d'action</b> 2-3 min, durée environ 1h A partir de &gt;1g, le décès peut survenir.</p> <p><b>Antidote (CI BB-1)</b> Spécifique : aucun Symptomatique : BZD.</p>
<p><b>OPIACES/OPIOIDES</b></p> <p>Coma calme, aréactif, myosis (pupille rétrécie), cyanose, apnée</p>	<p>Différents agents : héroïne, fentanyl... Appellations multiples. De nombreuses voies de prise possibles</p> <p><b>Délai d'action</b> Quelques secondes si injecté Quelques minutes si prise orale</p> <p><b>Antidote</b> : Naloxone VSAV : NYXOID (ASU)</p>
<p><b>CATHINONES</b></p> <p>Déltre ++, hyperthermie, tremblements, convulsions, agitation...</p>	<p>Agents/appellations : 3MMC, 4MEC (= NRG1, 2,3...), 4MMC (= Méphédronne, M-cat, miaou), PVP, "sels de bain", "engrais", "bubble"...</p> <p><b>Délai d'action</b> Sniffé : 15min Ingréré : 1h</p> <p><b>Antidote</b> : Spécifique : Cyproheptadine Usage hospitalier uniquement</p>
<p><b>GHB (&amp; GBL/BD)</b></p> <p>Coma calme, bradycardie, vomissements...</p>	<p>Agents/appellations : "G", Liquid ecstasy (en pratique, aucun rapport avec l'ecstasy)... GBL et au BD = effets similaires mais durée d'action nettement plus longue.</p> <p><b>Délai d'action</b> Qlq minutes Durée : GHB &lt; 1h / GBL : 4-6h</p> <p><b>Antidote</b> : Spécifique : aucun Ne pas se jeter sur l'ISR/OT...</p>
<p><b>ECSTASY / MDMA</b></p> <p>Mâchoire crispée, trouble urinaire, vertiges, bouche sèche...</p>	<p>Agents/appellations : "X", XTC, Molly, MD...</p> <p><b>Délai d'action</b> 30minutes Durée : 2-3h</p> <p><b>Antidote</b> : Spécifique : aucun PEC symptomatique</p>
<p><b>KETA / MXE / PCP</b></p> <p>Dissociation, hallucinations, panique, sensation de paralysie</p>	<p>Agents/appellations : "K", Special K, drogue à poney/cheval... Mesker (MXE), Angel dust (PCP)</p> <p><b>Délai d'action</b> Qlq minutes Durée : 40min-4h</p> <p><b>Antidote</b> : Spécifique : aucun PEC symptomatique</p>
<p><b>CANNABINOIDES</b></p> <p>Troubles psychiatriques (paranoïa...), convulsions, coma, troubles du rythme</p>	<p>Agents/appellations : Spice, PTC, Buddha Blue, HHC, HHCO, HHCP, THCP, THCPO, PINACA, CP-47, 497-C8, JWH-018, HU-201, AM-630, UR-144</p> <p><b>Délai d'action</b> Très variable Qlq minutes - qlq heures</p> <p><b>Antidote</b> : Spécifique : aucun PEC symptomatique</p>

- MELANGES**
- "Speed ball" : cocaïne + héroïne ou amphétamines + fentanyl
  - Cigarettes de cannabis trempée dans de la cocaïne
  - Cocaïne + alcool : potentialisation ++ du risque cardiaque (formation de cocaéthylène)
  - Opiacés + PCP ou BZD : risque +++ d'arrêt respi
  - Chemsex : stimulation psycho + sexuelle + désinhibition =
  - Cocaine + cathinones + viagra/poppers + kétamine + GHB/GBL
  - Pré-hosp : interventions sont souvent liées au surdosage en GHB...
- AUTRES MOLECULES**
- Pipérazine : effets de "super Ecstasy"
    - (MCCP/BZP/TMPP)
  - Nitazènes : effet de "super opiacés" (Naloxone +++)
  - Méthamphétamines : "crank", "crystal", "ice"...
  - Amphétamines
  - Benzodiazépines
  - Champhignons hallucinogènes

Dispo en HD sur <https://smurbmpm.fr/contenu-pedagogique/les-drogues/>

Ne manquez pas la newsletter de décembre !

D'ici là, un petit quizz sur la VNI au Monnal

MADE IN BMPM

- Pas de publications ce mois-ci. Stay tuned pour le mois prochain !

OUTILS / INNOVATIONS

- X (ex-Twitter) peut s'avérer être une mine d'informations : l'utilisateur "Dopamine", coutumier des threads de très bonnes qualité et pédagogiques, récidive avec un thread sur le test du Monnal (le T60). Passer outre les étapes de calibrage (à 21% et à 100%) risque d'amener à des abérations de FiO2 et de Vt. Si vous pensez savoir tester votre T60, jetez un coup d'oeil sur le thread !
  - [https://x.com/\\_\\_\\_dopamine\\_\\_\\_/status/1850170797563752934?s=46](https://x.com/___dopamine___/status/1850170797563752934?s=46)
- La check-list intubation séquence rapide (by JAJ) est disponible sur l'appli, et accessible depuis ce lien temporaire : <https://smurbmpm.fr/i07112024/>

WEBINAIRE SFMU

URGENCES CARDIOLOGIQUES

- 1) Faux, c'est le trigger expi  
2) Vrai  
3) Faux, le plus important sera la fréquence respi

1) Le trigger inspi correspond au cyclage.

2) Un pente "courte" (=rapide) est souhaitable pour les syndromes obstructifs.

3) Le paramètre le plus important pour juger de l'efficacité de la VNI est la saturation en O2.