

NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

RECOS ANTALGIE



O2 & TRAUMA



TRANSFU PRE-HOSP



Ces recommandations ont le mérite d'entériner quelques principes d'antalgie, déjà connus, mais pas toujours pratiqués. L'infographie "[Antalgie](#)" les résume en grande partie.

- Il existe plusieurs type de douleurs ; l'antalgie sera multimodale et dépend à la fois du type (traumatique ou non), de la pathologie en cause, du patient et du contexte.
- Le terme de palier (1, 2 et 3) est désuet. On parlera de **non opioïdes / opioïdes faibles / opioïdes forts**.
- Le **Tramadol** reprend sa place de droit : **à la poubelle**.
- La **Ketamine** peut être utilisée en **première ligne** à la place de la morphine :
 - **0.15-0.3 mg/kg en IVL sur 15min**
- Les AINS sont proposés en priorité sur les patho traumatiques ; la morphine garde sa place notamment pour les patho médicales.
- La **morphine nébulisée (20mg sur 10min)** et le **Suf IN (0.3µg/kg)** s'imposent, alors que la **morphine IM/SC n'est plus d'actualité**.
- L'ajout de paracétamol à la Morphine pour potentialiser les effets fait débat.
- Rappels :
 - Oui aux AINS dans la colique néphrétique.
 - Patient non communicant : échelle Algoplus ou BOS-3 (BPS).

Focus sur l'étude **TRAUMOX2**

Il est communément admis que, chez le traumatisé sévère, il ne faut pas hésiter à oxygéner pour limiter l'ischémie des tissus, et la dette en oxygène. Avec pour résultat, des patients souvent hyperoxiques aux urgences.

Cette étude a comparé une stratégie d'o2 "**restrictive**" (obj : > 94% SaO2) versus une stratégie "**libérale**" (15L au MHC ou FiO2 100% si intubé). Les PaO2 à H1 étaient en moyenne de 85mmHg et 280mmHg, respectivement. Les groupes étaient comparables, de gravité intermédiaire (ISS 15). Le délais moyen du trauma à l'arrivée à l'hôpital était de **55-58min**.

- **Pas de différence significative de mortalité à 30 jours entre les 2 groupes (critère principal)**
- **Diminution significative des épisodes d'hypoxie, mais augmentation des atelectasies dans le groupe "libéral"**
- **Diminution significative des infections post-op dans le groupe "restrictif"**

A retenir : on peut tolérer 94-95% de Sao2 chez le patient traumatisé, l'hyperoxygénation n'a pas d'impact sur la mortalité.

La littérature sur la transfu pré-hosp peut être discordante. Il ressort généralement que les patients qui en bénéficieraient le plus seraient ceux victime de trauma pénétrant.

Cette étude s'intéressait à 143 traumas pénétrants, avec une PAS <90mmHg. Age moyen = 34a et ISS moyen = 22. Les ACR trauma et les TC isolés étaient exclus. Ils recevaient en pré-hospitalier un pack composé de : 2 CGR, 2g de Calcium et 2g d'acide tranexamique.

- La différence de mortalité (à combien de temps ? non précisé...) était frappante : **7% dans le groupe "transfu" contre 29% dans l'autre groupe**.
- **Chaque minute supplémentaire avant la transfusion augmentait la mortalité de 11%**
- **Logistique** : le groupe "transfu" ne mettait que **5min de plus à arriver à l'hôpital** (20min contre 25min, de l'appel à l'arrivée)
- Le groupe "transfu" recevait son **1er CGR à 8min, contre 26min** dans l'autre groupe.

Sautons sur l'occasion : le BATT score devient le sBATT (s pour simplifié). Rappelons qu'il prédit encore mieux la mortalité à 24h que le shock index.

L'AGENDA

MASTERCLASS
TRAUMATO

COPACAMU

URGENCES

JTI

25/03
DISTANCIEL

3-4/04
MARSEILLE

4-5-6/06
PARIS
Inscriptions
ouvertes

8-10/10
BREST

INFOGRAPHIE : L'ACR

SECOURISME (BLS)

MEDICAL (ALS)

L'ACR

chez l'adulte

HYPOThERMIE

TRAUMA (ACR)

HYPERK+

FEMME ENCEINTE

FUMEES

EP

Infographie à destination des VSAV et des SMURS sur l'ACR

Gauche : déroulé de la RCP (Secourisme/BLS et SMUR/ALS)
Centre : ergonomie & organisation + rappels thématiques
Droite : ACR en situations particulières

Le RACS et la suite de la prise en charge si ACR récupéré ne sont pas abordés

Ne manquez pas la newsletter de février !

D'ici là, un petit quiz sur les derniers JDU !

- 1) Tous nos patients relèvent d'une intubation compliquée, mais pas toujours difficile.
- 2) Dans le SDRA, la ventilation se fait habituellement à "gros volumes, petite fréquence"
- 3) Un patient trachéoStomisé pourra facilement être ventilé au masque ou intubé si la ventilation par la trachéo n'est plus possible.
- 4) Le septum paradoxal et le signe de MC Cornell sont des arguments en faveur d'un cœur pulmonaire aiguë à l'ETT

(1) Vrai, compliquée = état du patient / difficile = trachéoTomie (4) Vrai
trachéoTomie
(3) Faux, ne pas confondre trachéostomie et (2) Faux, c'est l'inverse (Vt 6ml/kg / FR 22-25)
paramètres physiques, contexte, pathologie...
(1) Vrai, compliquée = état du patient / difficile =

MADE IN BMPM

- E. Martinez publie dans INTRASAN un RETEX sur les EVASAN en Nouvelle-Calédonie
- V. des Robert (et E. Romary) signent une superbe mise au point sur le coup de chaleur d'exercice, [disponible ici](#) !
- A. Renard a participé aux "recommandations de pratiques professionnelles portant sur la gestion d'un appel pour suspicion d'arrêt cardiaque dans un centre d'appel d'urgence", [disponibles ici](#)
- N. Cazes signe une revue de publication sur les exacerbations de BPCO, intitulée : "Lors des exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive : pas de bénéfice du sulfate de magnésium comparé à l'ipratropium", [disponible ici](#)

Pour les curieux, la publication originale est [disponible ici](#)

OUTILS / INNOVATIONS

- L'aide cognitive sur l'accouchement en SMUR est disponible sur l'application SMURBMPM !

WEBINAIRE SFMU

ACCUEIL DU NVX-NÉ EN PRÉ-HOSPITALIER