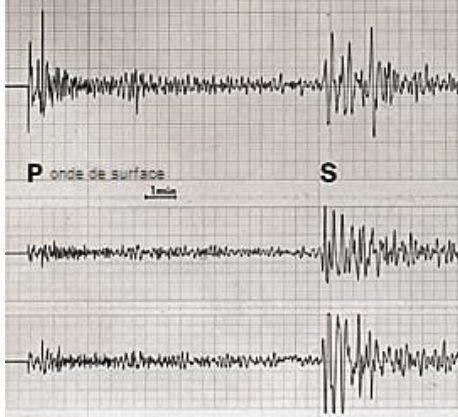


# NEWSLETTER



## L'ACTUALITÉ

### OMI GOD (2)



Nous en avons déjà parlé dans la newsletter de novembre 2022 : [une équipe de médecins américains propose depuis quelques années de laisser tomber la notion de ST+ et ST- pour parler de OMI \(Infarctus du myocarde dû à une occlusion coronaire aiguë\) ou NOMI](#) (le reste : les anciens infarctus de type 2 par exemple).

- L'idée étant de dire que **certains ST+ ne sont pas dus à des occlusions coronaires, et que certains non-ST+ correspondent à des occlusions coronaires aiguës (entre 25% et 35%) comme, les équivalents ST+.**
- Ces équivalents ST+ figurent dans les nouvelles recos, **mais la distinction OMI/NOMI et l'abandon des ST+/ST- n'est pas encore d'actualité**
- Ces équivalents ST+ relèvent clairement de **l'expertise de l'urgentiste** : ils sont souvent très **précoces**, et présents lors du premier contact médical. Leur méconnaissance entraîne un retard significatif de prise en charge, parfois fatal.
- **Une récente revue de la littérature reprend tous ces concepts** et les détaille : vous pouvez retrouver l'intégralité du raisonnement derrière cette distinction OMI/NOMI en lisant le **"OMI manifesto"**

### DOSSIER TRAUMATO



#### HAUTE INTENSITÉ

##### 1) Le "golden day" : c'est non !

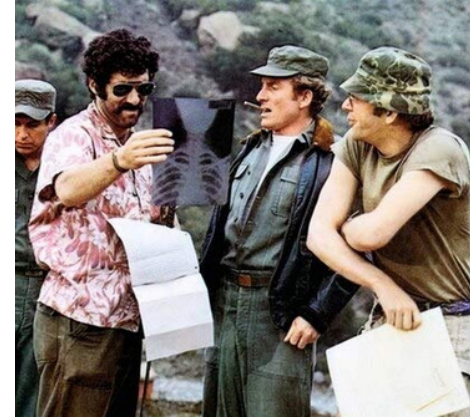
La guerre en Ukraine a rebattu les cartes des doctrines de médecine militaire en incarnant l'exemple de conflit haute intensité (LSCO en anglais, pour "large-scale combat operations"), géographiquement proche, dans des pays pouvant théoriquement assurer une bonne qualité de soins.

A la notion de « **survie médicale** » (blessure pouvant potentiellement être soignée avant d'entraîner la mort) se rajoute la notion de « **survie tactique** » (contraintes logistiques conditionnant la possibilité que le blessé puisse être amené là où il pourrait être soigné) : **la perte de la supériorité aérienne et le rallongement des délais d'évacuation** (entre autres) sont autant de facteurs faisant qu'une augmentation de la mortalité sur le champ de bataille est attendue.

##### Pour rappel (lien en français) :

- **Morts au combat = KIA (Killed In Action)**
- **Blessés DCD = DOW (Died Of Wounds)**
- **KIA/DOW bas = bon secours au combat (-KIA, +DOW)**
- **KIA/DOW haut = faille du secours au combat, ou augmentation de la létalité des armes (+KIA, -DOW)**

L'article s'insurge contre la notion de « golden day », qui rendrait acceptable de retarder certains soins à 1j, alors qu'ils devraient être réalisés dans les 1-2h : ce « golden day » que les US semblent utiliser de plus en plus doit être abandonné, conclut l'auteur, qui avait d'ailleurs [publié sur l'opération HERRICK \(Afgha, 2006-2014\)](#).



#### DIVERS

##### 2) Transferts de patients traumatisés

**Oui, les transferts & sorties nocturnes des patients sont associées à un plus mauvais pronostic chez les patients traumatisés** (idem hors trauma, mais c'est une autre étude) **que les transferts diurnes.**

C'est ce que conclut [cette étude rétrospective américaine](#) qui s'intéressait aux transferts de réa vers d'autres destinations : autre réa, service d'étagé, etc. On retrouvait dans le groupe « nuit » (N : 19h-07h), par rapport au groupe « jour » (J : 07h-19h), significativement **plus de réadmissions en réa (10% vs 7%)** et **d'événements indésirables majeurs comme le DC, l'IOT, la reprise chir (12% vs 9%)**.

De plus, les délais de transfert diurne ou nocturne variaient du simple au double : **en moyenne 5.1h (J) vs 10.1h (N) entre demande & arrivée à destination**. L'analyse multivariée retrouve les **transferts nocturnes** comme un **facteur prédictif indépendant de complication majeure (OR 1.56)**.

Retenons quelques limites : l'étude est monocentrique et s'est tenue pendant le COVID, période sombre pour les réa avec une occupation des lits proche de 100%.

##### 3) Quid de l'hypotension permissive ?

[Dans cet article, les auteurs proposent une réflexion passionnante](#) : dans le trauma, on vise souvent une PAS ou une PAM, pour perfuser notamment le cerveau. Mais **la perfusion du myocarde, elle, se fait en diastole**. De fait, ne faudrait-il pas mieux nuancer et raisonner également sur la pression diastolique ?

## L'AGENDA

MASTERCLASS  
TRAUMATO

COPACAMU

URGENCES

JTI

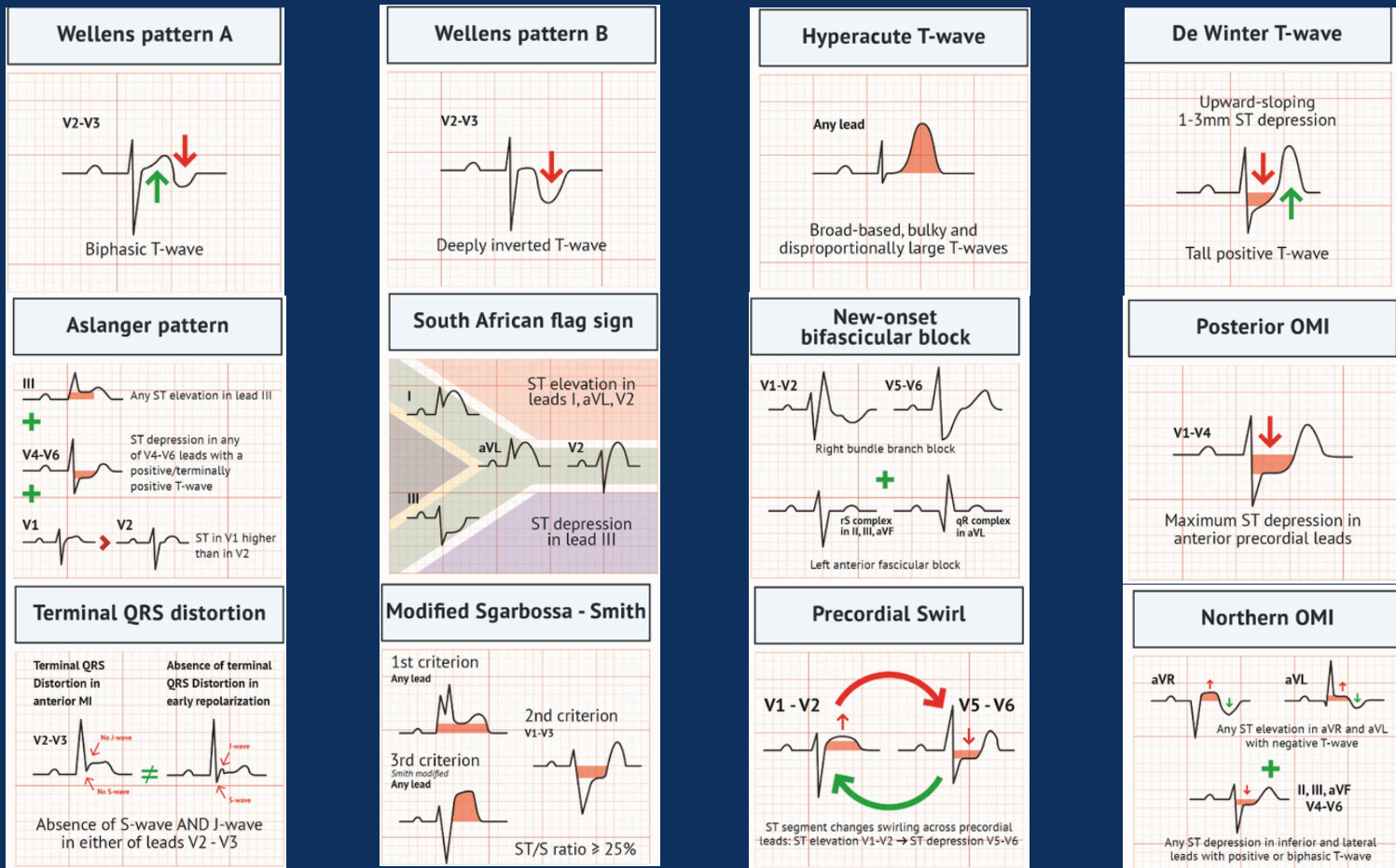
25/03  
DISTANCIEL

3-4/04  
MARSEILLE

4-5-6/06  
PARIS  
**Inscriptions**  
**ouvertes**

8-10/10  
BREST

# INFOGRAPHIE: LES EQUIVALENTS ST+



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39818676/>

Ne manquez pas la newsletter de mars !

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

- 1) L'échographie ne permet pas de faire la différence entre OAP et exacerbation de BPCO.
- 2) En échographie pulmonaire, les lignes E et les lignes B signent la même pathologie.
- 3) Ce qu'on appelle le "profil A" est compatible avec un OAP.
- 4) Ce qu'on appelle le "profil A" est compatible avec une BPCO.

1) Faux  
2) Faux  
3) Faux  
4) Vrai

## MADE IN BMPM

- PO. Vidal, J. Galant, A. Coureon, L. Pelapat, A. Renard & C. du Retail signent dans la revue de la SFMC le RETEX et les perspectives sur le soutien des épreuves nautiques des JO 2024 ! [L'article est dispo ici](#)

## OUTILS / INNOVATIONS

Notre formation en ce qui concerne les lésions cutanées nous enseigne différents aspects, variants autour des nuances de rose, rouge, cuivré, brun... correspondant aux couleurs observées sur une peau blanche.

Nous ne sommes que peu (ou pas) formés à diagnostiquer les lésions présentes sur la peau noire ou mate.

Fort de ce constat, présent dans toutes les sociétés occidentales, un étudiant en médecine anglais a créé "**Mind the Gap**", une plateforme collaborative avec un **guide gratuit (téléchargeable ici)** regroupant par zone du corps les lésions et les diagnostics sur peau mate ou noire.

Vous pouvez même ajouter vos photos, notamment pour les pathologies rares.

Cet outil pratique vient compléter la rare bibliographie à ce sujet, notamment le "**Dermatology Atlas for Skin of Color**" qui est disponible en PDF sur la bibliothèque numérique.



## WEBINAIRE SFMU

NOUVELLES RECOS SUR LES PNEUMOPATHIES