

NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

URGENCES 2025



**Le BMPM était présent à Urgences 2025, tant coté orateurs que coté spectateurs (cf "Made In BMPM").
Pour cette année, la parole est à nos infirmières avec les points à retenir de ce congrès :**

Le traumatisé sévère : une course contre la montre

- +5% mortalité à chaque minute sans transfusion
- -35% si la transfusion est réalisée <8min
- Augmentation de la mortalité dès <36,2°C

Conférence sur l'ECG (infirmier)

- Signes d'inversion d'électrodes frontales :
 - Onde P NEG en DI et DII / Onde P POS en avr / QRS et ondes T POS en avr
- Attention aux paramètres de l'ECG qui peuvent mener à une mauvaise interprétation :
 - Vitesse de déroulement du papier à 25mm/s
 - Amplitude : 10mm/mV

Conférence sur les alarmes du respirateur :

- Réglages pendant RCP :
 - FiO2 100%
 - Volume QSP => l'élévation du thorax
 - Temps d'insufflation <= à 1 sec
 - Fréquence respiratoire : 10c / min
 - Trigger inspi OFF
 - Alarme Ppic au max
- Intérêt de l'etCO2
 - Vérifie bon positionnement d'IOT
 - Critère pronostic + Détection d'un RACS

Rappel usage READY HEAT : agiter pendant 2 min , efficacité maximale à 30min.

Conférence RACS to basic

- Réduire au maximum le temps d'arrêt du massage avant et après choc/analyse.
- Positionner l'oxymètre de pouls pour identifier une onde de pouls lors de l'analyse.

Rappels sur le RACS :

- Mouvements
- Respiration spontanée ou toux
- Pouls palpable ou onde de pouls / PA mesurable
- Augmentation brutale et soutenue de l'etCO2 (>= 40mmHg)
- ECG post RACS ininterprétable avant 8min
- Favoriser VVP n°2 sur le même bras afin de prendre la tension sur l'autre bras.
- Eviter la prise de TA aux MI

Usage des catécholamines IVSE :

- Diluer suffisamment pour une vitesse initiale supérieure à 5ml/h.
- Mélanger la seringue (la retourner 5 fois) pour homogénéiser la solution.
- Préparation : d'abord mettre la NAD dans la seringue puis le diluant.
- Purge mécanique du PSE

SC3



La 4ème version du SC3 est sortie ! (et on y retrouve certains médecins de chez nous)

Voici les nouveautés :

- **MULTI VICTIME** : Changement d'algorithme : 3R START X-ABC
- **A : AIRWAYS** : mandrin d'Eischmann en 1ère intention
- **C : CIRCULATION** : Exacyl® 2g possible en IM, transfu PH pour IDE isolés.
- **R : RÉÉVALUATION** :
 - MARCHE Echographique au R(yan),
 - Ziem MARCHE) pour infirmier et médecin.
 - Prolonged Field Care (hydratation PO, soins de propreté)
- **H** : rajout du trauma vertebro-médullaire (complications respi+hémodynamiques)
- **E** : réévaluation des saignements, conversion des garrots
- **A : ANALGESIE** : ajout voie IN (doses/2 si choc) + blocs (10mL Ropi / 10mL NaCl 0.9%)
- **N : NETTOYER** : ajout parage chir des plaies par MED (RUCK-TRUCK-HOUSE-PLANE).
- **Premiers secours psychiques PSPSO**
 - "COORP" : Contact/Orientation (réalité)/Ordres simples/Rapport/Protection
 - DPsySS

L'AGENDA

EMC 2

SFAR 2025

EUSEM

JTI 2025

11-12/09
MONACO

17-19/09
PARIS

29/29-01/10
VIENNE (AUTRICHE)

8-10/10
BREST

**Inscriptions +
soumissions ouvertes**

**Inscriptions
ouvertes**

INFOGRAPHIE

Le post-RACS, par la SFMU

POST-RACS
ADULTE

Rôle : **Equipe d'urgence**

RACCOURCIS :
A B C D E

STYLE :
NORMO-TOUT

POUVOIR UNIQUE

Maître circulatoire
Contrôle de la pression artérielle et de l'hématose

OBJECTIF : NEUROPROTECTION

Normoxie : Spo2 94-98%
FiO2 à 100% en post RACS immédiat, puis titration

Normocapnie : EtCO2 entre 30-40mmHg

Gardien de la PAM > 60-65mmHg
Hors trauma crânien & médullaire

Conditionnement

T°C < 37.5°C	Glycémie 6-8mmol/L	Tête Relevée 30°
-----------------	-----------------------	---------------------

EQUIPEMENT

Ventilation
Protectrice

- Vt 6-8ml/kg (poids théorique)
- PEEP ≥ 5 cmH2O
- FR = 15 (12-20) /min

Chimie réfléchie

- Amine : noradrénaline (1mg/h puis titration) +/- dobutamine
- Sédation + analgésie (½ vie courte)

INTERPRÉTATION ECG IMMÉDIATE IMPOSSIBLE
Déverrouillé à partir de 10min post-RACS

QUÊTE PRINCIPALE :

- Activité cardiaque récupérée
- Vaincre "ACSOS"

QUÊTE SECONDAIRE :

- Identifier la cause + échographie (5H & 5T)
- Coro directe si STEMI
- Ou réa + TDM crâne & thorax à minima

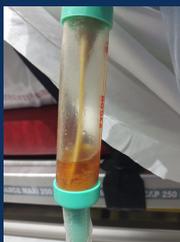
BONUS : Occlusion des yeux + registre AC
Monitoring artériel invasif + GdS

sfmu Crédits : Infographie du Board AC de la SFMU. Idée originale : Dr Pierre BALAZ (BMPM).

**VERS :
CORO / RÉA**

Le cas du mois

Patient 50ans.
ATCD asthme, œsophagite à éosinophiles et hypothyroïdie.
Au cours du dîner, présente un effort de vomissement et une douleur thoracique brutale, intense + sueurs/pâleur/dyspnée.
94% avec VSAV, TA asymétrique au bras (13/11 vs 18/11). L'ECG est normal.
L'ETT cardiaque + aortique est normale, mais met en évidence un PTX gauche incomplet avec une condensation basale gauche. Il n'y avait pas d'indication à un drainage en pré-hospitalier.
Le scanner montre une rupture oesophagienne (sd de Boerhaave), avec le contenu gastrique (de la bouillabaisse) dans la plèvre/médiastin...



MADE IN BMPM

Beaucoup d'actualité BMPM cet été !

- Le congrès Urgences 2025 d'abord, avec :
 - Des interventions : "Avantages du plasma lyophilisé en pré-hospitalier, avec retour d'expérience de son utilisation sur nos ambulances de réanimation ; intérêt des aides cognitives dans la gestion des cas complexes", "Gestion des envenimements", "Gestion des 15 premières minutes de l'arrêt cardiaque", par Aurélien R., Julien G. et Pierre B.
 - Un atelier risque NRBC, en présentant un jeu interactif développé par un médecin du service, porté par le board innovation de la SFMU, et qui a rencontré un grand succès !
- Une belle place de 3ièmes aux "Intervilles" des gestes d'urgence, avec Manon S. et Océane B. ! Bravo à elles !

Et une nouvelle coupe à la coop, celle du championnat de France de simulation médicale, qui avait lieu à Tours (thème : obstétrique, néo-nat' et pédiatrie, intra-hosp et pré-hosp). Bravo à Floriane L, Anaëlle V. et Julien S. !

Prochaine étape : le championnat européen à l'EUSEM, à Vienne, in english bien sur !

OUTILS / INNOVATIONS

Le jeu NRBC est en cours de validation par les commission SFMU avant une diffusion nationale prochaine !

WEBINAIRE SFMU
LES URGENCES OPHTALMO