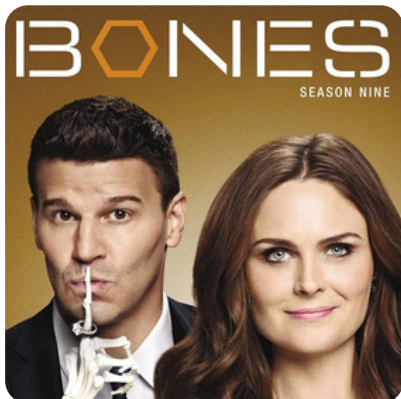


NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

RPP URGENCES MEDICO-LEGALES



Mise au point SFMU sur un pan de la médecine auquel nous ne sommes pas toujours bien formés, mais auquel nous sommes quotidiennement confrontés.

Obstacle médico-légal (OML) :

- Tout médecin peut le cocher (c.a.d. y compris un interne > 3ème semestre) **mais les IDE ne sont pas autorisés à cocher un OML.**
- Les indications d'OML sont extrêmement larges :
 - Morts violentes/délictuelles/criminelles
 - Environnement particulier
 - **Morts dans un contexte particulier pouvant engager une responsabilité (dont : noyade, incendie, intoxic CO...)**
 - **Mort subite de l'adulte et de l'enfant (1h après apparition de symptômes ou dans les 24h après avoir été vu en vie pour la dernière fois)**
- Le prélèvement intra-cardiaque **n'a plus sa place.**
- Un don d'organe **peut être réalisé** après levée d'un OML par le procureur.

Divers :

- Assurances = pas de document autre que mort naturelle ou accidentelle, même si contact avec med assurance. Si OML = diriger vers FO.
- Mort inattendue du nourrisson (MIN) : certif spécial si <1 an (sinon certif adulte). La mort subite du nourrisson (MSN) est un diagnostic, la MIN est une situation.
- Signalement des victimes de blessures par armes : que si accord de la victime, victime mineure, vulnérabilité physique et psychique, violences conjugales, dangerosité pour autrui.
- Penser à conserver les éventuels fragments métalliques et CE retirés.

SARAH CORONOR ?



Dans la newsletter de novembre 2022, nous avons parlé du logiciel d'IA "Queen of Hearts" (QoH) par PMCardio, que nous avons testé. Dans cet article, l'équipe de Smith (des urgentistes, donc) teste l'efficacité du logiciel dans la reconnaissance des occlusions coronaires (OMI) avec des aspects d'équivalents ST+ et de faux ST+ (ici). Ces ECG sont complexes, et souvent à l'origine de frictions entre urgentistes et cardiologues. Le match opposait 53 urgentistes (MU), 42 cardiologues (Cardio) et l'IA (QoH).

Ils devaient interpréter correctement 18 ECG :

- 8 équivalents ST+
- 8 faux ST+
- 1 ST+ "classique" + 1 ECG normal

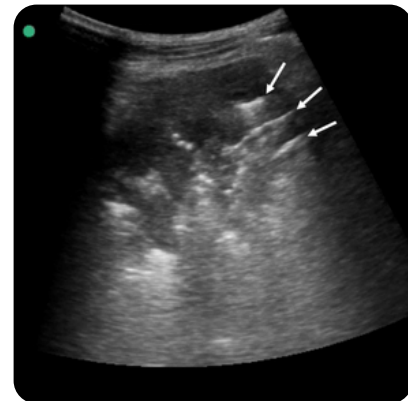
Voici les résultats :

- **Les MU et les cardio avaient un taux de réussite extrêmement proche (respectivement 65.6% et 65.5%)...**
- ...mais incomparable avec **QoH qui affichait 88.9% de bonnes réponses !**
- Les erreurs des humains étaient généralement sur les ECG suivants : **de Winter, STEMI transitoire, ondes T hyperaigues, OMI + et BBGauche ou Droit.**
- Entre MU et cardio, il existait une réelle différence sur 2 ECG : **les ondes T hyperaigues** (les MU étaient meilleurs) et le **BBD + OMI** (les cardios étaient meilleurs)

Ce modèle rétrospectif demande à être confirmé en prospectif, mais montre déjà le potentiel énorme de l'IA **Vous pensez faire mieux ?**

Les ECG utilisés pour l'étude sont disponibles ici !

POCUS & CHOC SEPTIQUE



Cette revue de la littérature ne révolutionne pas la médecine mais amène des preuves supplémentaires (s'il en fallait) de la place de l'échographie (POCUS) dans le sepsis.

- **Le diagnostic** : l'échographie permet un diagnostic de choc distributif (=septique ou anaphylactique, les seuls à ITV augmentée) très précoce, avant l'augmentation des paramètres biologiques habituels.
- **La cause** : l'échographie permet la mise en évidence directe de foyers pulmonaires, rénaux, biliaires, d'abcès profonds, voire de végétations valvulaires.
- **Les conséquences** : les coupes morphologiques cardiaques permettent de mettre en évidence les cardiomyopathies septiques,
- **Le traitement** : La mesure de l'ITV et son augmentation avec l'augmentation guidée de la pré-charge (= fluid challenge) permettent d'adapter le remplissage en évitant de "noyer" le patient, et ainsi de créer une surcharge pulmonaire. Pour rappel, **une augmentation de l'ITV de 10-15% après fluid challenge** (levé de jambe passif ou remplissage) indique **une pré-charge dépendance**. A l'inverse, une augmentation de l'ITV < 10% indique un risque de surcharge pulmonaire si le remplissage est poursuivi. L'écho permet aussi de guider la réalisation des gestes invasifs.

L'AGENDA

EMC 2

SFAR 2025

EUSEM

JTI 2025

11-12/09
MONACO

17-19/09
PARIS

29/29-01/10
VIENNE (AUTRICHE)

**Inscriptions +
soumissions ouvertes**

8-10/10
BREST

**Inscriptions
ouvertes**

INFOGRAPHIE

Le 3 types d'atteinte dans le traumatisme vertébro-médullaire



<u>Respiratoire</u>	<u>Sensitivomotrice</u>	<u>Hémodynamique</u>
Arrêt respiratoire		
Niveau C4	Tétraplégie	Bradycardie extrême Vasoplégie et hypotension
Détresse respiratoire	Niveau C7/T1	
Dyspnée modérée	Paraplégie	Niveau T4
Niveau T10		Vasoplégie +/- hypotension

Par le Dr Quentin Mathais, extrait du référentiel SC3 avec son aimable autorisation

Le cas du mois

Primaire pour JH de 32ans, sans ATCD.
Vertiges + dysarthrie le soir après sa douche,
puis retrouvé inerte dans le canapé avec
bave + yeux réversibles et larmoiement.

CST : FC 100bpm, apyrétique, TA 108/58,
eupnéique en AA
AVPU-U, myosis réactifs, yeux ouverts,
clignement à la menace, mouvement
anormaux à type "haussement de sourcil",
RAS par ailleurs.
PEC : 1 mg RIVOTRIL devant suspicion de
comitialité.

Réévaluation en SAUV : constantes idem.
Ouverture et fermeture des yeux à la
demande.
Diagnostic de locked-in syndrome.
HbCO = 26%, notion de narguillé dans la
soirée...
IRM et PL normales
Transfert au caisson, amélioration complète
après la séance.
Donc : locked-in syndrome sur intoxication CO.

Epilogue :
Reconsultation pour syndrome post-PL dans les
suites

MADE IN BMPM

Pas mal de publications en ce début d'année !

- Nicolas C. répond :
 - L'adjonction de kétamine à la morphine chez les patients victimes de plusieurs fractures costales ne doit pas être remise en cause ! La publi initiale est trop imprécise pour que leurs résultats soient considérés avec un niveau de preuve élevé.
 - Le TDM AP n'a pas d'intérêt dans les plaies abdo par arme à feu car c'est toujours chirurgical, concluait Vasquez et al. Pas si vite !
 - Le TDM AP conditionne la PEC thérapeutique immédiate
 - C'est un outil de triage majeur, même en cas d'afflux, notamment avec les nouvelles générations de scanner, plus rapides.
 - Le TDM évite les laparo blanches et aide à prioriser (le thorax? L'abdo?) lorsque les plaies touchent plusieurs cavités.
- Pierre B, avec le Board Innovation de la SFMU, propose une mise au point sur l'IA dans la médecine d'urgence
- Aurélien R. et Daniel M., pour la Cochrane, font une revue de la littérature (respectivement) sur l'antibiothérapie dans l'appendicite et sur l'efficacité de l'érythromycine dans l'hémorragie digestive

OUTILS / INNOVATIONS

- Mise à jour de l'application avec nouveaux visuels pour les médicaments
- Protocole facteur humain dans l'appli
- Check-list intervention en milieu maritime (Arnaud Serre et Pierre-Olivier Vidal) = <https://rdv.bmpm13.fr/smur-maritime/>