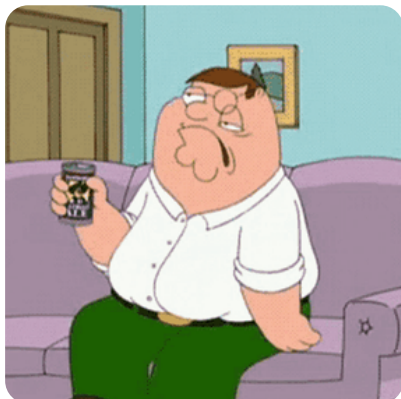


NEWSLETTER



L'ACTUALITÉ

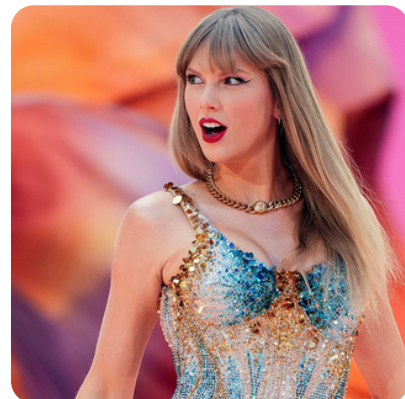
RFE AVC



INTERVALLES ADRÉ



SWIFT



L'AHA publie ses nouvelles recos sur l'AVC !

L'évolution se fait principalement vers **l'élargissement des délais** de prise en charge, au cas par cas.

- Après avoir été un temps décriées (cf newsletters de 2021...), les MSU (pour Mobile Stroke Unit) -sortes d'UMH pour AVC, équipées d'une IRM et de thrombolyse- ont maintenant le vent en poupe et sont conseillées si disponibles.
- L'insuline IV pour normaliser la glycémie chez les patients hyperglycémique n'est plus recommandée ; pour autant, **l'hyperglycémie > 4g/L reste une contre indication à la thrombolyse.**
- Délais : la phrase est alambiquée (notion de délais entre le milieu de la nuit et le réveil avec symptômes) , mais retenons que **les AVC du réveil ne sont plus systématiquement exclus. En gros, si la personne s'est couchée sans symptômes = à discuter (imagerie +++ pour la zone de pénombre)**
- Dans certains cas (occlusion proximale et/ou basilaire, âge < 80ans, NIHSS >6, mRS 0-1, ASPECTS 3-5) **la thrombectomie peut être indiquée jusqu'à 24h après le début des symptômes.**
- AIT haut risque (score ABCD²) d'origine athérosclérotique (et pas embolique) = **Biantiagrégation pendant 21j puis monoantiagrégation**

Il s'agissait simplement d'une lettre à l'éditeur, mais l'impact de cette publication va possiblement être énorme : l'équipe Française de F. Lapostolle a publié le **ADRE-TIME-LINE study**, qui englobe 5096 patients, se base sur le registre Reac et **s'intéresse aux intervalles entre les injections d'adré dans l'ACR.**

L'étude distingue 3 catégories

- Intervalle < 3min
- Intervalle 3-5min (recos actuelles)
- Intervalles > 5min

Et évalue 3 paramètres :

- RACS
- Survie à 30j
- Survie à 30j + bon pronostic neuro

Les résultats ont de quoi surprendre : de façon statistiquement significative, **les plus mauvais résultats sont retrouvés dans la catégorie "3-5min", et ce pour les 3 critères étudiés.**

Les meilleurs résultats sont dans la catégorie "<3min". La différence est flagrante pour le RACS (43% vs 21%), et reste marquée pour la survie à 30j avec bon pronostic neuro (2.9% vs 1.2%)

Cette étude doit-elle immédiatement changer nos pratiques ? Non, mais elle met le doigt sur un aspect encore non étudié jusque là, et qui mérite toute notre attention.

L'étude SWIFT est sortie !

Rappelez vous : cette étude pré-hospitalière londonienne très attendue comparait de façon prospective, multicentrique, ouverte, contrôlée et randomisée **le sang total (WB, pour whole blood) vs les composés séparés (standard = 2 CGR + 2 plasma).**

641 patients étaient inclus, majoritairement des hommes (76%), victimes de trauma fermé (71%). L'ISS médian était élevé (33).

Le critère d'évaluation était composé de la mort ou de la nécessité d'une transfusion massive dans les 24h après randomization.

Aucune différence n'était mise en évidence, ni pour le critère composite, ni pour chaque critère pris à part.

Notons tout de même certaines limites :

- 2CGR + 2 plasma, c'est peu. Chez ces patients très hémorragiques, on pourrait penser que la différence -si elle existe- se ferait pour de plus gros volumes de PSL.
- Comme dans la majorité des études de ce type, les ¾ des patients présentent du trauma fermé. Les effets bénéfiques de la transfusion en pré-hosp, quel que soit le produit, peinent à être mis en évidence, en dehors du sous groupe des trauma pénétrants.

Pour aller plus loin : [RebelEM](#).

L'AGENDA

JMTP
2026

URGENCES
2026

EMC2

EUSEM
2026

JTI
2026

29/05
MARSEILLE

3-4-5/06
PARIS

10-11/09
MONACO

25-26-27/09
PARIS

7-8-9/10
MARSEILLE

ETUDE EN COURS : THERMOMARS

Défi : l'hypothermie du traumatisé sévère

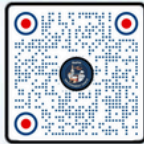
L'hypothermie est une composante de la triade létale. L'utilisation d'un **dispositif de réchauffement actif** pourrait avoir un **impact positif**. L'objectif de cette étude est de **comparer** des dispositifs pouvant **influencer la température centrale**.

Méthodologie de mesure



Recueil de données : du 19 janvier au 30 avril 2026.

Critère de jugement : delta de température centrale en T0 et T finale.



Recueil de données

T0 début de prise en charge

T +10 min du début de réchauffement

T finale à Hospitalisation



Prise de la température épitympanique initiale par le VSAV
Mise en place **monitorage T° centrale** SMUR

Suivi continu et relevé ponctuel de la température centrale par le SMUR

Relevé de la température finale à l'arrivée au centre de traumatologie

Protocole d'étude comparative

Critères d'inclusion : traumatisé sévère, transport SMUR, > 18 ans.
Critères d'exclusion : ACR, hypotherme <32°, C.I au réchauffement actif.

Groupe AR PLB et AR END (Therm'up)



Plaстрon chauffant actif Therm'up® + Couverture de survie

Groupe AR LVN (Standard BMPM)



Système chimique auto-chauffant Ready Heat + Couverture de survie

COSINUSS : Suivi continu de température centrale



Un capteur multifonctions avec mesure continue de la température centrale.



ÉTAPE 1: PRÉPARATION
S'assurer que le canal auditif est propre et dégagé



ÉTAPE 2: INSERTION ET ORIENTATION
Insérer le capteur, LED de mesure vers l'arrière de la tête. Il doit remplir le canal auditif



ÉTAPE 3: VALIDATION
Position correcte si la lumière de la LED N'EST PAS DIRECTEMENT VISIBLE DE L'EXTÉRIEUR



SCAN ME



SCAN ME

[RETROUVEZ LES ÉTUDES /](#)
[PROTOCOLES / PERPH EN COURS ICI](#)

Connaissez-vous...

Le syndrome de Poland (Le SMU à l'honneur !)



Un cas clinique en cours de publication par le SMU (service médical d'unité) !

Il s'agit d'une agénésie complète ou partielle d'un des faisceaux du muscle grand pectoral, parfois associé à une hypoplasie des muscles petits pectoraux. Dans certains cas (1% des 1/30 000 patients touchés), cette agénésie peut être bilatérale ; c'était le cas ici.

Ce cas est remarquable par l'âge de découverte très tardif, et ce dans un contexte d'entraînement physique intense ayant fini par créer une arthropathie.

MADE IN BMPM

- **COPACAMU 2026** : une forte présence, avec pas moins de 11 présentations sur des thèmes divers : traumatologie vitale, toxicologie, voies aériennes, facteurs humains...
Le RDV est pris pour l'édition 2027 !

- **SIM CUP 2026** : Félicitations à la nouvelle équipe du BMPM, dont la performance permet de remporter la coupe de France pour la seconde année consécutive ! Ils auront ainsi l'honneur de représenter la France et défendre ses couleurs contre des équipes du monde entier à l'Euro Sim Cup qui se déroulera lors de l'EUSEM 2026, à Paris cette année. Challenge supplémentaire, ils disputeront le titre de champions d'Europe aux gagnants de l'année dernière : l'équipe de France, déjà représentée par... l'autre équipe du BMPM !



OUTILS / INNOVATIONS

- Mise en ligne de la check-list "Premier médecin sur les lieux" disponible sur l'application SMURBMPM !
- Mise en ligne de [l'infographie sur les soins palliatifs](#) en contexte d'urgence

[WEBINAIRE SFMU](#)
[QUEL PARCOURS POUR LES AIT ?](#)