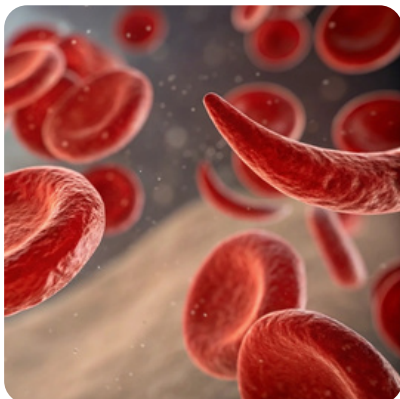


# NEWSLETTER



## L'ACTUALITÉ

### DREPANO : CE QU'IL FAUX SAVOIR



### SOUS LE CHOC



### DRONES & TRAUMA



La drépanocytose (ou Sickle-cell disease en Anglais) est une pathologie fréquente (Marseille = environ 500 patients 50/50 enfants/adultes) dont la prise en charge aux urgences vient d'être actualisée par une équipe française. Il ne faut pas hésiter à ramener un très jeune adulte en pédiatrie si son parcours de soin n'a pas encore été basculé côté adulte.

**Complications :** AVC, atteinte hépatique avec séquestration (cholestase, troubles de la coag), atteinte médullaire avec bi-cytopénie (anémie + thrombopénie < 100 ; marqueur = LDH > 2000), méningite, femme enceinte, priapisme, atteinte sensorielle/surdité), choc septique.

**Critères diag. de syndrome thoracique aiguë (STA) :**

1. Douleur tho
2. T > 38.5°C
3. Polypnée / râles, toux, sifflements, signes de lutte
4. Hypoxémie (SpO2 diminuée de 2% ou PaO2 < 60mmHg)
5. + apparition d'une image d'infiltration pulmonaire

- **Antalgie :** tableau spécifique dans les recos
- **Ventilation :** **Obj SaO2 > 95%**. Oxygène ++, utilisation de la CPAP / VS-AI-PEP / Optiflow si défaillance respi (mais pas consensus).
- **Imagerie :** Place ++ de l'écho à visée diag. On cherche : lignes B / ep. pleuraux / bronchogramme + éval VD (rech cœur pulmonaire aigu/HTAP). TDM pour éliminer une thrombose des AP.
- **Hydratation :** déshydratation et hypovolémie aggravent la CVO (crise vaso-occlusive). En aigu = **emplissage (préférer Ringer)**, puis une normo hydratation. Attention au **sur-emplissage** (enfant : 1.5L/m<sup>2</sup>/j, max 2L/m<sup>2</sup>/j)
- **Medocs :** **pas de CTC en routine, ni anticoagulation curative hors thrombose (mais préventif oui)**, ni NO haute dose en routine. Pour les STA graves, on choisira un ATB probabiliste **actif sur le pyo**.
- **Transfusion :** si signes de gravité. **Attention au DHTR** (pour Delayed Haemolytic Transfusion reaction, réaction différée d'hémolyse due à la transfusion).
  - Risque à priori = Narbey predictive score.
  - Temps réel = nomogramme de Mekontso Dessarp.
- Last but not least, le **priapisme** sera pris en charge de manière **agressive et rapide** (tableau spécifique dans les recos).

L'ESICM a sorti en 2025 de nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'état de choc. Elles préconisent une approche plus personnalisée des patients.

Elles abordent 4 grands domaines : **définition du choc, fluidothérapie, monitoring hémodynamique et échocardiographie.**

- **La nouvelle définition** parle d'une défaillance circulatoire aiguë menaçant le pronostic vital, caractérisée par la diminution de la perfusion tissulaire.
  - Les caractéristiques typiques sont **l'hypotension, la tachycardie et des signes d'hypoperfusion, tels qu'une perfusion cutanée anormale, une diminution du débit urinaire et une altération de l'état mental.**
  - Bien que **l'hypotension soit fréquemment présente, elle n'est pas nécessaire pour définir un état de choc.** Le taux de lactates est généralement augmenté (>2mmol/l).
  - **Ces recommandations insistent donc sur l'utilisation d'une évaluation multimodale.**
- **Fluidothérapie :** Il faut **évaluer systématiquement la réponse au remplissage vasculaire** avant de poursuivre la réanimation liquidienne. De nombreuses études ont mis en évidence que le remplissage vasculaire systématique, sans évaluation de la réponse, est potentiellement dangereux. Pour prédire la réponse à la perfusion, il est recommandé d'utiliser des variables dynamiques, en particulier le test de lever de jambes passif chez les patients intubés ventilés (en ventilation spontanée ou non). **Par ailleurs, le débit cardiaque et/ou le volume d'éjection systolique doivent être surveillés chez les patients ne répondant pas au traitement initial afin d'évaluer le type de choc, l'état hémodynamique et la réponse thérapeutique.** Concernant la pression artérielle cible, elle doit être individualisée lors de la réanimation de ces patients en état de choc.
- Il est suggéré de réaliser une ou plusieurs échocardiographies chez les patients en état de choc circulatoire.

Les conflits modernes sont caractérisés par l'emploi de nouvelles technologies et les difficultés d'accès aux victimes d'extraction, ce qui engendre des schémas de blessures distincts, dominés par les traumatismes liés aux **explosions et aux éclats**. L'utilisation extensive de drones, notamment les drones FPV (**First Person View**) et les **drones de type MAVIC** modifiés pour larguer des grenades ou d'autres explosifs, est un facteur déterminant de cette nouvelle typologie de blessures. Ces systèmes, peu coûteux et faciles à manœuvrer, permettent de cibler précisément le personnel, même à couvert. Une étude menée à l'hôpital Mechnikov de Dnipro (MDRCH) a révélé que la proportion de traumatismes crâniens pénétrants (TCP) causés par des éclats (missiles d'artillerie, mortiers et drones) est passée de 87,1% (période 2014-2022) à 96,5% (période 2022-2025). Inversement, la part des blessures par balle à la tête a chuté de 12,9% à 3,5%. Près de la moitié des blessés (45,9%) **présentent des lésions sur 2 sites anatomiques distincts, et 21,07% sur 3 sites. Seules 33% des blessures touchent un site unique.** Une analyse menée par le "Medical Forces and Sustainment Group" des forces armées Ukrainiennes dans la région de Zaporija, sur une période de "faible" intensité de combat (01/01/2024 - 30/09/2024), fournit des données précises sur l'impact des attaques de drones FPV:

- **Mortalité : 3,6% des soldats touchés par des drones sont tués au combat (KIA - Killed-In-Action).**
  - **Part des décès : Les décès liés aux drones représentent 26,3% de tous les décès au combat.**
- **Répartition des blessures par site anatomique.**
  - Tête & Cou = 21,88 %
  - Membres Inf = 19,33 % // Membres Sup = 14,36 %
  - Barotraumatisme isolé = 19,46 %
  - Thorax / Haut du Dos = 11,14 %
  - Tissus Mous = 6,04 %
  - Abdomen / Bas du Dos = 5,37 %
  - Bassin / Fesses = 1,34 %
  - Lésion par Inhalation = 1,07 %

Data saves lives : à nous d'adapter les doctrines actuelles !

2025 | 2026

## L'AGENDA

TRAUMA  
2030

EMERGENCY  
MEDECINE  
MASTERCLASS

COPACAMU  
2026

URGENCES  
2026

EUSEM  
2026

JTI  
2026

15-16/12  
LONDRES

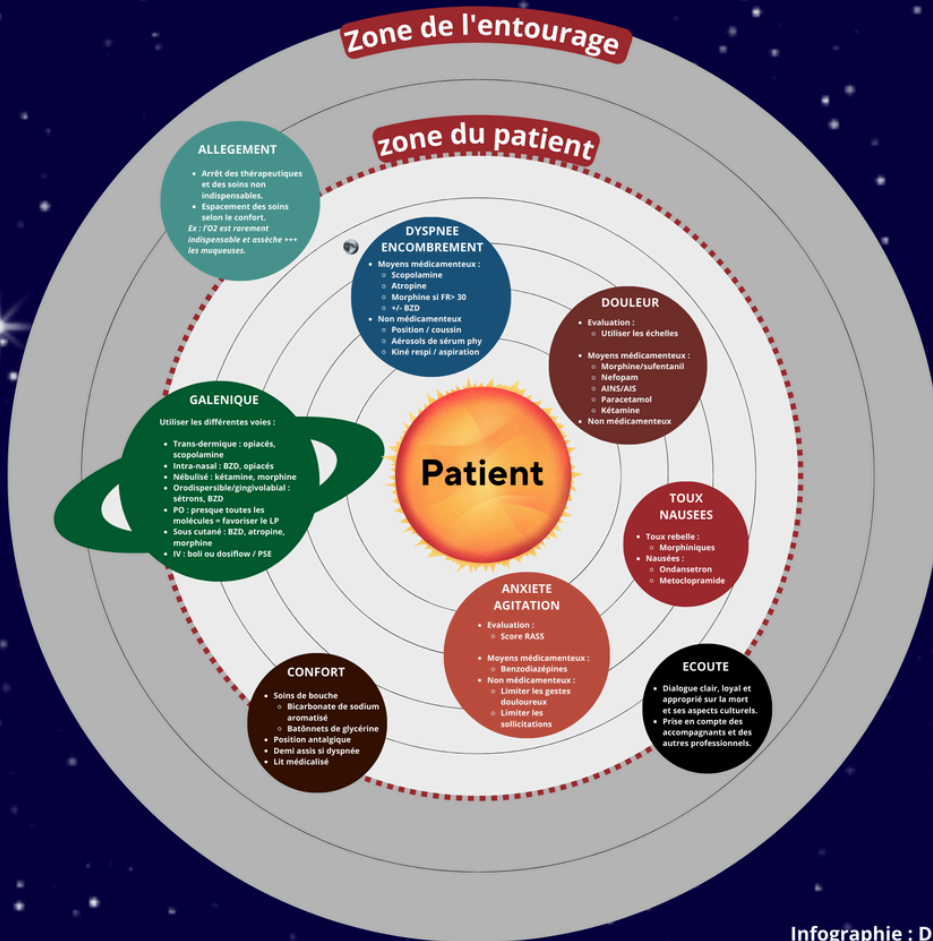
12-13/03  
MARSEILLE

26-27/03  
MARSEILLE

3-4-5/06  
PARIS

25-26-27/09  
PARIS  
**Inscription :**  
**janvier**

7-8-9/10  
MARSEILLE



Infographie : Dr DES ROBERT & Dr BALÁZ (BMPM)

## LE SYSTEME DES SOINS PALLIATIFS

IL EST CENTRÉ SUR LE PATIENT ; LES SOIGNANTS GRAVITENT AUTOUR DE LUI ET DE SA FAMILLE. CE SYSTÈME N'EST PAS FIGÉ ET ÉVOLUE DANS LE TEMPS.



Rappel du cadre légal des SPCJD et de la sédation proportionnée : **Loi "Fin de vie" du 2 février 2016.**

"Ce n'est pas la sédation qui conduit au décès mais l'évolution naturelle de la maladie. Il est important de clarifier l'intentionnalité de la prescription de la sédation et ses finalités : celle-ci intervient pour soulager la souffrance et améliorer le confort de la fin de vie."

Ce document a vocation à proposer un cadre de prise en charge ; les posologies exactes sont détaillées dans l'application SMUR BMPM

## Le pense-bête

*Il est bizarre cet ECG... Et si mon patient avait un situs inversus ?*

Comme souvent, vous aurez la réponse sur le site de Pierre Taboulet : [e-cardiogram.com](http://e-cardiogram.com)

Le diagnostic ECG repose sur les signes suivants :

- En DI, une onde P négative et le QRS est d'aspect inhabituel rS, similaire à celui observé en V6
- En précordiales, l'onde R diminue de V1 à V6 (à l'inverse d'un ECG normal).

Et comment je pose mes électrodes alors ?

Il faut :

- inverser les électrodes frontales (gauche versus droite)
- inverser V1 et V2
- et disposer les quatre autres électrodes précordiales en regard de l'hémithorax droit dans les espaces intercostaux habituels.

## MADE IN BMPM

Une fin d'année 2025 et un début d'année 2026 variés, avec plusieurs interventions sur plusieurs thématiques :

- Présentations par Nicolas C, Julien G. et Emilien M; lors des Journées Monothématiques de la COPACAMU, sur le thème de la "gestion des voies aériennes en médecine d'urgence"
- Présentation de Aurélien R. lors des CPCMU (Poitou-Charentes), sur le thème "Montée de la violence : Comment doivent se préparer les équipes d'Urgence ?"
- Mise au point en équipe EMC sur la rhabdomyolyse, dirigée par Emilien M. et prochainement publié !
- Diffusion par la SFMU du jeu NRBC (à télécharger en PDF sur le site de la SFMU ou sur [smurbmpm.com](http://smurbmpm.com))

## OUTILS / INNOVATIONS

- Janvier 26 : début étude Thermomars au BMPM : évaluation des pratiques de réchauffement actif chez le traumatisé sévère en pré-hosp (plastron chauffant "Therm'up")
- Escape traum : l'escape game de traumatologie et facteur humain revient avec une version nautique !

## WEBINAIRE SFMU