NEWSLETTER

L'ACTUALITÉ

HEARTBREAKER



Nouvelles RFE sur le choc cardiogénique !
Ces RFE contiennent 23 recommandations, principalement centrées sur les PEC en cardiologie et en hospitalier.
Message clé : faites une écho !
Rappel : la majorité de nos OAP ne sont pas en choc, et font leur OAP sur une poussée d'HTA ; **ces patients-là ne sont pas ceux ciblés par ces recommandations.**

- **Diurétiques non indiqués** en aigu en cas d'instabilité hémodynamique, en dehors de quelques cas (congestion ++ ou syndrome cardio-rénal – penser au score VEXUS)
- Vasopresseurs **(dominante : hypoTA) : la noradrénaline** est le vasopresseur à utiliser (Grade 1+). Si besoin d'un autre = vasopressine.
- Inotropes : **la dobutamine est l'inotrope de 1ère intention**. La **milirone** est aussi efficace, mais son accessibilité moindre, et sa demi-vie (qlq h VS qlq min) fait préférer la dobutamine. Le **levosimendan** fait débat, et semble bénéfique chez les patients traités par BB-
- **Pas de position sur la sédation procédurale** chez le patient en détresse respi, pour diminuer la consommation en 02. Motif : les agents utilisés (la morphine…donc pas de la sédation procédurale…) provoquent des pauses respiratoires (no shit, Sherlock). **Un bref coup d'œil à la biblio montre que les papiers cités datent de 1988 ou 1995… Aucune crédibilité pour cette position, donc.**
- Transfusion si Hb < 8g/dL (obj : 8g/dL. Pas trop vite quand même pour éviter le TACO)
- Si le choc cardio est dû à un STEMI, **la priorité est la coronarographie (oui, on peut faire une coro sous VNI).**
- **Pas de position sur les méthodes de ventilation** : IOT, VNI, OHD. Dans tous les cas, une réévaluation horaire doit être faite (pensez au score ROX !)
- **Aucune des thérapies « lourdes » (dialyse, Impela, ECMO-VA, BCPA) n'aboutit à un consensus**
- Les ttt habituels du patient pour son insuffisance cardiaque seront arrêtés pendant l'épisode aigu.

HYPERKALIEMIE



Mise à jour sur l'hyperkaliémie :

Le papier fait la part belle aux mécanismes physiopathologiques, en soi très interessants, mais pour cette newsletter, retenons :

- **Différencier l'hyperkaliémie vraie de la pseudo-hyperkaliémie,** liée aux conditions de prélevement et/ou de conservation (la liste est disponible)
- Prendre en compte à la fois **les facteurs prédisposants**, et **les causes médicamenteuses** ou exogènes (liste dans l'article). **Mention spéciale pour nos patients insuffisants cardiaques chroniques, consommateurs de "sels sans sel" (ce sont des sels de potassium), associés à des IEC, qui diminuent l'excrétion rénale de K+.**
- Clinique : les paresthésies et la faiblesse musculaire constituent des signes d'alerte.
- Aspect ECG : attention à l'aspect "sinusoïde", trompeur et très grave.
- PEC en urgence :
  - **GluCa 2-3g. ClCa 1g si ACR.**
  - **5-10 UI insuline rapide avec 25-50g de glucose +/- 10-20mg Salbutamol (en nébu)**
  - **Si acidose sans surcharge volémique = Bicarbonates**
  - **Si hypervolémie : Furosémide 20-40mg ou bumetanide (Burinex) 0.5-1 mg**
- Les résines échangeuses type SPS (Kayexalate) restent citées mais perdent de la vitesse au profit de chélateurs type SPZ (Lokelma) ou des molécules plus récentes (type Patiromer) ; elles ne constituent en aucun cas la première ligne de la prise en charge en urgence

PIM-PON



Article américain intéressant et original, dans lequel les auteurs avaient regardé pour un trajet donné (sinistre → hôpital) :

- Durée prévue par Google Maps
- Durée réelle, SANS gyro - 2 tons
- Durée réelle AVEC gyro - 2 tons
- Le rythme (km/min) pour les 3 cas précédents.

La durée réelle avec gyro - 2 tons était soustraite à la durée réelle sans gyro et la différence entre les deux était imputée à l'effet des gyros - 2 tons.
L'étude se faisait sur un sytème de taille moyenne, avec majoritairement de l'urbain et un peu de rural.
Notons quand même que sur les 25,902 interventions prises en compte, seules 21.0% étaient réalisées avec gyro - 2 tons !
Les gyro - 2 tons étaient associés à une durée de trajet plus courte (3,3 min) et à un rythme de déplacement plus rapide (0,3 min/km).
L'effet était plus marqué pour les distances longues, et quasi inexistant pour les petites distances (la majorité, dans l'étude).
L'étude ne portait pas sur le public marseillais…

L'AGENDA

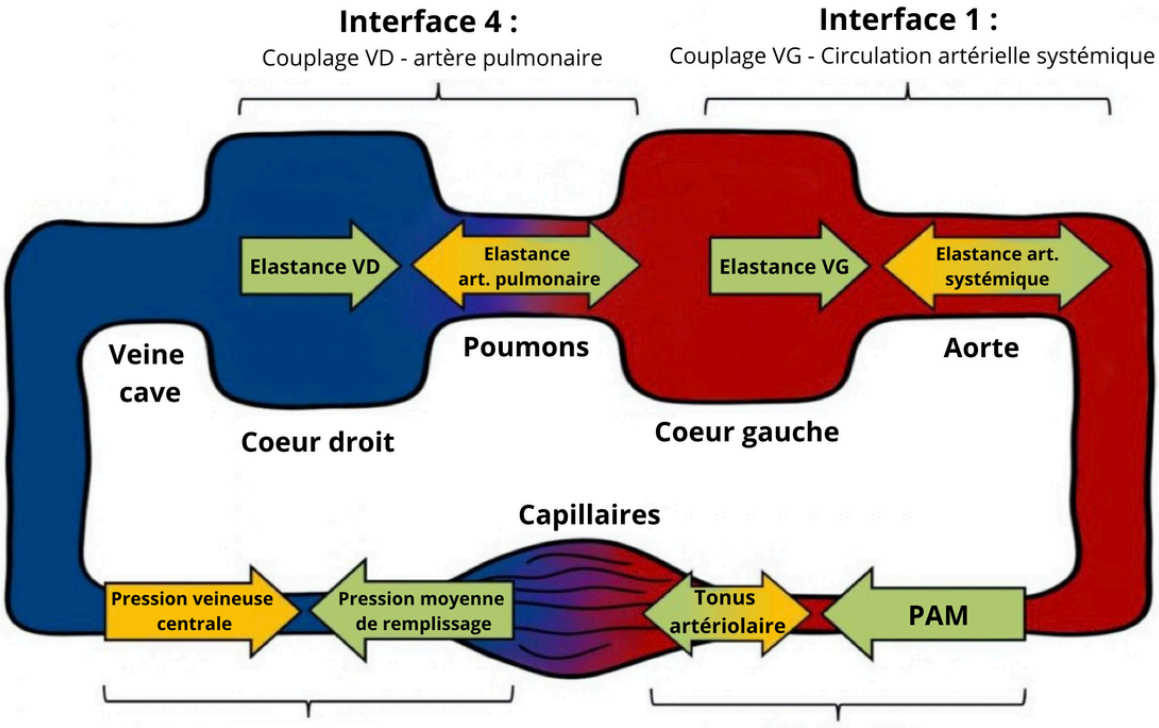
ACEP 2026	COPACAMU 2027	JMTP 2027	URGENCES 2027	EUSEM 2027
5-8/10 CHICAGO	25-26/03 MARSEILLE	21/05 MARSEILLE	1-4/06 PARIS	OCTOBRE HELSINKI

2026 | 2027

INFOGRAPHIE

Les 4 interfaces hémodynamiques

NDLR : Il s'agit d'une approche sur les chocs. Chaque choc peut être expliqué par la défaillance de 1 ou plusieurs interfaces.



Interface 3 :
Couplage capillaires - réseau veineux

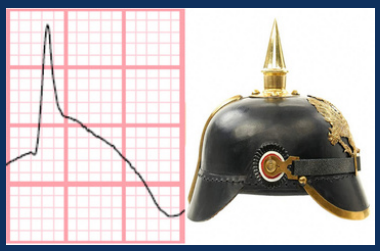
Interface 2 :
Couplage macro circulation - micro circulation

Traduit de l'anglais depuis : Doi:10.20944/preprints202503.1988.v1 et www.francofoam.com

L'EXPLICATION COMPLETE EN FRANCAIS EN PODCAST DEPUIS WWW.FRANCOFOAM.COM

Connaissez-vous...

Le Pickelhaube Sign



Diagnostic : le patient est grave...

Décrit en 2011 par Littmann, il s'agit d'une élévation de la ligne isoélectrique avant le QRS, puis une onde R abrupte, puis un ST+ concave.

Sans que la physiopathologie soit clairement élucidée (hyperadrénergie ?), on le retrouve dans les hyperpressions thoraciques et abdominales brutales, mais aussi dans le sepsis et les HSA.

En bref : sur la série de 8 patients de l'AHA, 6 sont morts dans les 10j...

MADE IN BMPM

Grosse activité de publication cet été pour le SMUR BMPM !
Pour les mois de mai et juin 2026, on retrouve :

- Du rétrospectif, en contexte interventionnel (GIGN) ;
- Une réflexion sur la pose systématique de VVP ;
- Une réflexion sur la luminosité (et l'utilisation) du vidéolaryngo en contexte militaire tactique ;
- L'étude MARS E-ECG (la thèse de Mathilde, notre ancienne interne !) sur l'utilisation et la plus-value des ECG en pré-hospitalier ;
- Le travail de Saad (notre ancien interne aussi !) qui a permis de développer l'aide cognitive du premier médecin sur les lieux.

OUTILS / INNOVATIONS

- Connaissez vous FrancoFOAM ? Ce site fait par nos cousins canadiens est très riche, et propose gratuitement des contenus de qualité sur la médecine d'urgence. Le contenu FOAMed (pour Free Open Access Medical Education) francophone est rare et mérite d'être salué !
- L'infographie du mois n'est d'ailleurs qu'une version traduite de la leur (dispo ici)

WEBINAIRE SFMU
POURQUOI LE SCA ST+ N'EXISTE PLUS ?