

Biblia!

selon l'AJMU

Novembre/Décembre 2022

NANOU Salomé

VP Recherche

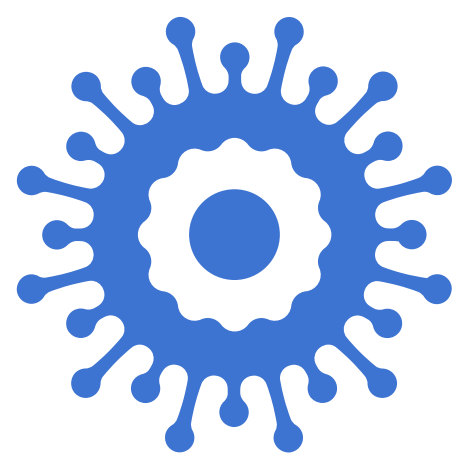
Effect of High-Flow Nasal Cannula Oxygen vs Standard Oxygen Therapy on Mortality in Patients With Respiratory Failure Due to COVID-19

Jean-Pierre Frat, MD, PhD; Jean-Pierre Quenot, MD, PhD; Julio Badie, MD; et al.

27/09/2022

JAMA[®]
The Journal of the American Medical Association





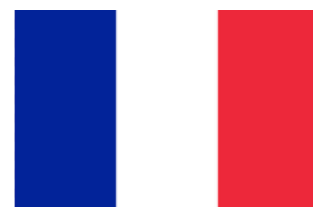
Sars CoV2 = 6 millions de décès dans le monde, 80% d'admission à l'hôpital, 45% admis en réanimation
En lien avec une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique traitée en 1ère intention par oxygénothérapie standard

Obj : Comparer la mortalité à 28 jours entre les 2 groupes de patients infectés à Sars- CoV2 présentant une insuffisance respiratoire *de novo* + hypoxémie modérée à sévère traités par OHD versus O2 standard

Essai *auxiliaire* de l'essai randomisé SOHO (*en cours*)

Essai contrôlé randomisé multicentrique (n=34)

Ouvert, en groupe parallèles.



Inclusion

- Âge ≥ 18 ans
- Diagnostic suspecté (*TDM thoracique*) ou confirmé (*RT-PCR*) d'infection au SARS-CoV-2
- Infiltrats pulmonaires
- Rapport PaO₂/FiO₂ ≤ 200 mmHg sous O₂ ≥ 10L/min pendant au moins 15 minutes

Critère de jugement principal : Mortalité à J28

Parmi les critères de jugement 2ndaires :

Proportion de patients avec IOT à J28

Population



n=497



n=214

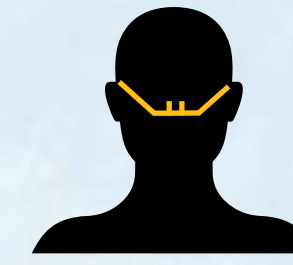
Âge moyen : 61 ans

Conclusion : L'OHD ne diminue pas la mortalité à J28 de façon significative par rapport à l'O2 standard chez les patients présentant une IRA hypoxémique à la Covid-19.

Limites : Résultats non significatifs sur la mortalité, probablement surestimée dans le protocole pour NSN (basée sur les données antérieures des DC des patients avec IRA hypoxémique « toutes causes » : plus fragiles, comorbites, ID ?)

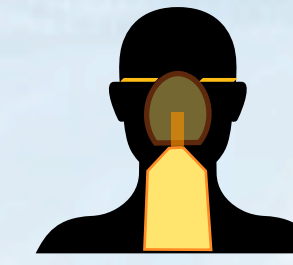
Intervention

Débit ≥ 50L/min
FiO₂ ajustée pour SpO₂ entre 92-96%



n = 357

Masque à O₂ avec débit ≥ 10L/min
pour SpO₂ entre 92-96%



n = 354

Résultats CDJ principal : Mortalité à J28

OHD : 36/357 = 10%

O2 standard : 40/354 = 11%



Différence absolue **-1,2%**
(95%CI, -5,8 à 3,4)
p = 0,60

Résultats CDJ 2ndaire : IOT à J28

OHD : 160/357 = 45%

O2 standard : 186/354 = 53%



Différence absolue **-7,7%**
(95%CI, -14,9 à -0,4)
p = 0,04

Defibrillation Strategies for Refractory Ventricular Fibrillation

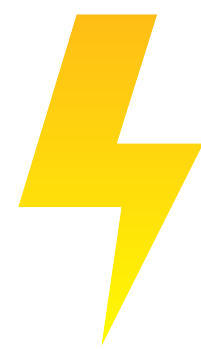
Sheldon Cheskes, M.D., P. Richard Verbeek, M.D., Ian R. Drennan, A.C.P., Ph.D., Shelley L. McLeod, Ph.D., Linda Turner, Ph.D., Ruxandra Pinto, Ph.D., Michael Feldman, M.D., Ph.D., Matthew Davis, M.D., Christian Vaillancourt, M.D., Laurie J. Morrison, M.D., Paul Dorian, M.D., and Damon C. Scales, M.D., Ph.D.

24/11/2022



The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE





FV réfractaire aux chocs est **courante** lors de l'ACR extra-hospitalier (50% des FV) alors que la FV (ou TV) ont un meilleur pronostic que les autres TdR de l'ACR
Propositions faites : défibrillation séquentielle double (**DSED**) et changement de position des patchs (passage en antéro-postérieur, **VC**), déjà étudiées dans des séries de cas, en **dernier recours** et donc avec un biais de temps long de réanimation... Lien vers le positionnement des patchs : [ici](#)

Obj : Evaluer l'efficacité de la DSED et de la VC par rapport à la défibrillation externe standard lors de l'ACR extra-hospitalier

Essai randomisé en grappes (3 groupes)
6 services paramédicaux (4000 paramedics)
 Mars 2018-mai 2022



Inclusion


- Âge ≥ 18 ans
- ACR extra-hospitalier
- FV réfractaire de cause cardiaque présumée


FV réfractaire = ACR en FV ou TV après 3 analyses de rythme consécutives et des défibrillations standards séparées de 2 min de RCP

Critère de jugement principal : **Survie jusqu'à la sortie de l'hôpital**

Critères de jugement 2ndaires : Absence de FV lors de l'analyse du rythme après la défibrillation + intervalle de RCP de 2min ; retour de la circulation spontanée ; bon résultat neurologique à la sortie de l'hôpital (Rankin ≤ 2)

Population (405 patients randomisés)


 n= 342 (84,4%)


 n= 63 (15,6%)

Âge moyen : 63,6 ans

RCP initiale par témoins : 58%

Proportion de patients ayant bien reçu les chocs assignés aléatoirement : 87,7%

Intervention

Standard

n= 136 (33,6%)

VC

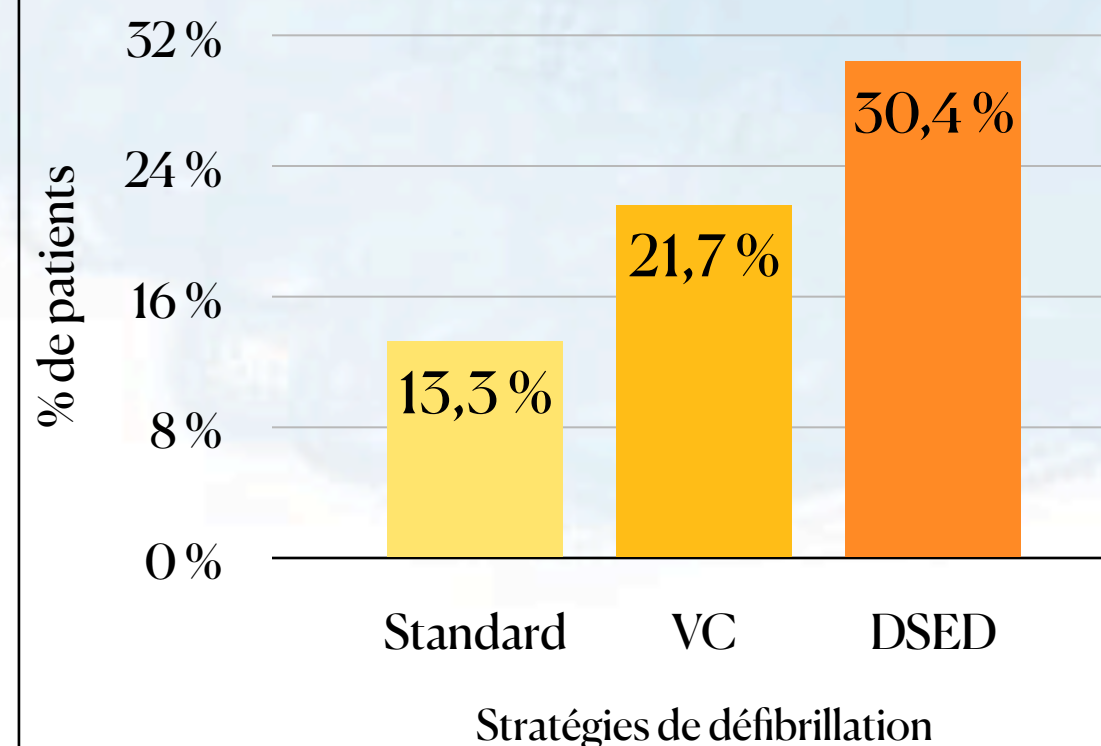
n=144 (35,6%)

DSED

n=125 (30,9%)

Résultats CDJ principal

Survie à la sortie d'hospitalisation



Par rapport au groupe de référence (def standard)

VC : RR **1,71** (95%CI, 1,01 à 2,88)

DSED : RR **2,21** (95%CI, 1,33 à 3,67)

Conclusion : En pré-hospitalier, chez les patients présentant une FV réfractaire, la DSED et la VC sont associées à une survie plus importante par rapport à la défibrillation standard.

Limites : Caractéristiques des patients ? (antécédents, traitements...) = facteur de confusion ; effet surestimé du fait du peu de nombre de patients inclus ; soins lors de l'hospitalisation en réanimation ? (hypothermie, angioplastie...) ; arrêt prématuré à cause de la Covid-19...