

AJMU

LE MAGAZINE

Dossier : Eco-responsabilité au SAU

ACTU' :

- ◆ Annonces présidentielles : croit-on encore à une sortie de crise pour l'hôpital ?
- ◆ Retour sur l'épidémie Monkeypox

LES VOEUX DE MACRON AUX SOIGNANTS

To verras, on va supprimer la T2A

Point cours :
Thrombopénie

Recos culturelles

Agenda

Partenariats :
URG' DE GARDE nouvelle édition





Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Bon retour parmi nous et bonne année !

Entre deux gardes ou deux week-ends au ski, je vous propose ce mois-ci un magazine haut en couleur, de l'écologie hospitalière à la thrombopénie en passant par le monkeypox.

Actu' dont nous voulions vous parler dans cet éditto, en écho avec mon précédent article : les ambulanciers ont enfin obtenu le statut de soignant et les ARM sont sur le même chemin !

Par ailleurs, notre partenaire URG' DE GARDE renouvelle ses couleurs pour la nouvelle année. Pour plus d'information, rendez-vous en fin de magazine.

Bonne lecture,

Enza



SOMMAIRE

<i>DOSSIER : Place des pratiques écoresponsables dans les services d'urgences</i>	<i>p.3</i>
<i>ACTU'</i> <ul style="list-style-type: none"><i>• Annonces présidentielles pour la santé : croit-on encore à une sortie de crise ?</i><i>• Monkeypox : retour sur l'épidémie</i>	<i>p.10</i> <i>p.12</i>
<i>POINT DE COURS :</i> <ul style="list-style-type: none"><i>• Thrombopénie aux urgences</i>	<i>p.14</i>
<i>PÊLE MÊLE : Douleurs abdominales aiguës au scanner</i>	<i>p.18</i>
<i>ON A VU, ON A LU</i>	<i>p.20</i>
<i>AGENDA</i>	<i>p.22</i>
<i>ANNONCES</i>	<i>p.25</i>
<i>PARTENAIRES : URG' DE GARDE 2023-2024</i>	<i>p.26</i>



DOSSIER : Place des pratiques écoresponsables dans les services d'urgence

A l'heure de la crise climatique et de l'urgence à la transition écologique, il est important de se pencher sur l'hôpital et de réfléchir à des moyens de le rendre moins polluant, moins délétère pour l'environnement. Je vous propose quelques pistes dans ce dossier pour réfléchir aux différents leviers et pratiques pouvant rendre l'hôpital, et notamment les urgences, plus écoresponsables.

ÉCOLOGIE EN MÉDECINE... FANTASME OU RÉALITÉ ?

Face à l'urgence climatique et alors que la transition écologique se fait de plus en plus pressante, l'hôpital semble à la traîne. En France, l'hôpital représente 12% de la consommation énergétique du secteur tertiaire.

Fin 2021, le Ségur de la Santé déclare vouloir mettre en place une politique de développement durable dans les établissements de santé, et s'inscrire dans un dispositif d'« Eco-énergie tertiaire ». L'objectif est actuellement d'une réduction des consommations énergétiques de 40% d'ici 2030.

Nous vous proposons ci-dessous quelques pistes de réflexion et différents secteurs d'action.

PRATIQUES ÉCO-RESPONSABLES À L'HÔPITAL, APPLIQUÉES AU SAU

Gestion des déchets

La gestion des déchets est une question centrale à l'hôpital, d'autant plus depuis la crise du COVID-19 et l'explosion de l'usage de matériel à usage unique.

Il est estimé qu'un hôpital produit à lui seul 700 000 tonnes de déchets par an. Parmi ces déchets, les déchets de soin à risque infectieux (DASRI) représentent 170 000 tonnes. Sur un budget total de 600 millions d'euros estimé pour la gestion des déchets hospitaliers, la gestion des DASRI représente à elle-seule 40% soit 238 millions d'euros. En effet, le protocole d'acheminement des DASRI nécessite un tri, conditionnement et transport routier spécifique et onéreux.

(Guide pratique ; Ministère des affaires sociales et de la santé 2016)

Souvent mal connu à l'hôpital, le tri des déchets se fait souvent de manière exagérée vers le sac DASRI par excès de prudence.

• **Mais alors que met-on vraiment dans un sac DASRI ?**

Chaque déchet avec **présence d'un micro-organisme potentiellement pathogène ET existence d'une voie de pénétration** (= contamination par air, gouttelettes, contact) **chez l'homme**.

Beaucoup d'entre nous avons en tête : « sang, liquide biologique = DASRI ». Ce n'est pas le cas ! Seuls les matériels dit « 100 rouges » (compresse ou champ imbibés, tubulure remplie de sang), les prélèvements biologiques sans contenant ou les déchets à risque pathogène et contaminants comme vu plus haut sont à mettre dans un sac DASRI.

Quelques exemples (liste non exhaustive) :

DAS (Poubelle transparente)	DASRI (poubelle jaune)
<ul style="list-style-type: none"> - Déchets liés à la toilette (protection, gants, alèse, ...) sauf si diarrhée à C.Diff - Sondes urinaires vidées - Abaisse langue, compresses et pansements peu souillés, seringues sans aiguille, matériel de perfusion, masques, surblouses, gants, ... - Tubes et flacons de liquide biologique incassables 	<ul style="list-style-type: none"> - Déchets à risque d'écoulement ou très souillés (compresses ou pansements imbibés de sang, PSL) - Déchets anatomiques humains non aisément identifiables ou prélèvements biologiques sans contenant - Déchets d'isolement infectieux de groupe 3 ou 4* (donc pas le Sars-Cov2 !) - Matériel avec résidu médicamenteux sauf hydratation

* *Classement des agents biologiques INRS 2018 :*

« La liste des agents biologiques pathogènes a été fixée par l'arrêté du 18 juillet 1994 puis modifiée par les arrêtés du 17 avril 1997 et 30 juin 1998 et complétée par l'arrêté du 27 décembre 2017. Selon l'article R4421-3 du Code du travail, les agents biologiques sont classés en 4 groupes en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent :

- *Le groupe 1 comprend les agents biologiques non susceptibles de provoquer une maladie chez l'homme ;*
- *Le groupe 2 comprend les agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est peu probable et il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;*
- *Le groupe 3 comprend les agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace ;*

- *Le groupe 4 comprend les agents biologiques qui provoquent des maladies graves chez l'homme et constituent un danger sérieux pour les travailleurs. Le risque de leur propagation dans la collectivité est élevé. Il n'existe généralement ni prophylaxie ni traitement efficace. »*

- **Et que penser du matériel à usage unique ?**

De nombreuses situations ne le justifient pas :

- Draps et blouses jetables versus lavable
- Kits de sutures jetés et donc instruments métalliques parfaitement stérilisables aussi
- Plastique sur les plateaux-repas : couverts, gobelets, ...
- Les bouteilles d'eau en plastique dans les services vs fontaine à eau et gourdes pour les soignants...

Médicaments et dispositifs médicaux

Nous ne sommes pas sans savoir que l'impact écologique des prescriptions est majeur et doit nous inciter à une gestion économe des médicaments, notamment des antibiotiques (Amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporine de 3^{ème} génération, Fluoroquinolone). Les nouvelles recommandations sont globalement en faveur d'une réduction des durées d'antibiothérapies (exemple : traitement de la pneumopathie acquise communautaire de 5 jours au lieu de 7 sur certains critères).

Mais il n'y a pas que les résistances bactériennes ! A titre d'exemple, les déchets à type de stupéfiants sont soumis à une réglementation particulière avec dénaturation par produits chimiques (Javel, détergent, ...) puis incinération ou enfouissement par centre qualifié. Un gros impact environnemental donc !

Concernant l'épargne antibiotique, ci-dessous les recommandations HAS 2014 :

- « L'utilisation de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) permet d'éviter des traitements antibiotiques inutiles quand il est négatif : test de diagnostic rapide (TDR) dans l'angine, bandelette urinaire dans la cystite.
- La présence de bactéries sur un prélèvement n'est pas synonyme d'infection.
- L'aspect purulent ou muco-purulent des sécrétions nasales n'est pas synonyme d'infection bactérienne.
- En l'absence de signe de gravité ou de terrain à risque le traitement antibiotique n'est pas urgent.
- En cas de doute sur l'utilité d'une prescription d'antibiotique, il est préférable de surseoir et de réévaluer à 48 heures.
- Certaines infections bactériennes ne relèvent pas d'une antibiothérapie mais d'une intervention chirurgicale, par exemple le drainage d'un abcès.
- Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique dans les infections suivantes, en majorité virales :
 - rhinopharyngite aiguë, angine virale ;

- épisode grippal ;
 - otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant de plus de 2 ans ;
 - otite moyenne aiguë congestive et otite séromuqueuse ;
 - otite externe (en dehors de l'otite externe maligne du diabétique) ;
 - otorrhée sur drain ;
 - bronchite aiguë de l'adulte sain, y compris chez le fumeur ;
 - exacerbation aiguë d'une bronchite chronique simple (sans obstruction) ;
 - exacerbation aiguë d'une bronchite chronique obstructive légère ou modérée, en l'absence de sécrétions purulentes ;
 - bronchiolite ou trachéobronchite d'évolution favorable dans les 72 heures, en l'absence d'OMA associée ;
 - sinusite maxillaire de l'enfant ou de l'adulte quand l'évolution sous traitement symptomatique est favorable.
- Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique dans les bactériuries asymptomatiques (colonisation urinaire) en dehors de la grossesse, y compris sur sonde »

• **Et l'impact économique ?**

Depuis plusieurs années, la prescription des génériques est rentrée dans les mœurs, et est de mieux en mieux acceptée par les médecins comme les patients. Par ailleurs, beaucoup de logiciels de prescription affichent maintenant le coût des médicaments prescrits. De quoi se rendre compte de l'impact de ses prescriptions !

Quelques comparaisons de prix :

- SIKLOS 315.6€ la boîte de 30cp vs HYDREA 500mg 3.90€ la boîte de 20
- DUPHALAC 1.64€ la boîte de 20 sachets vs MOVICOL 3.24€ la boîte de 20

En conclusion : toujours peser ses prescriptions et leur impact, à tous les niveaux !

Dématérialisation

A l'heure du « tout numérique », la tendance à l'hôpital comme en médecine de ville est de dématérialiser les dossiers médicaux et les prescriptions.

Si l'abandon du papier est une bonne nouvelle pour l'environnement, notamment pour les prescriptions papier de bilans, traitements et examens d'imagerie encore faites dans certains SAU, il est nécessaire de nuancer l'impact écologique du tout numérique. En effet, les émissions de gaz à effet de serre (GES) du secteur numérique ne sont pas nulles et continuent d'augmenter.

Un extrait du rapport ministériel sur l'impact environnemental du numérique en santé :

« À titre d'exemple, les seuls postes de travail informatiques utilisés dans les établissements publics de santé en France sont estimés à plus de 470 000 86 unités. Les émissions de GES de l'informatique interne (ceci exclut les dispositifs médicaux

connectés et les équipements informatiques extérieurs à l'établissement comme ceux du cloud par exemple) de l'ensemble des établissements publics de santé (soit 875 en 2018) sont estimées à plus de 190 000 tCO2e par an, soit l'équivalent de plus de 1 million d'allers/retours Paris-Marseille en avion pour une personne. »

De quoi se poser la question : qu'est-il pertinent de stocker dans un dossier médical informatisé ? Est-il réellement nécessaire de tout archiver ? Comment stocker les données de manière efficace avec le moins d'impact écologique négatif ?

Déplacements : transport en ambulance des patients, mais aussi unité mobile hospitalière (UMH), héliSMUR, véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), ...

En 2020, 61 millions de transports au titre sanitaire ont été effectués, représentant pour l'Assurance Maladie un budget passé de 2.3 milliards d'euros en 2003 à 4.3 milliards en 2020. Plusieurs explications à cela : vieillissement de la population, élargissement des droits au transport sanitaire, développement des hôpitaux de jour, raréfaction des centres hospitaliers (CH) de proximité, ...

Il est estimé qu'une réponse d'ambulance à une demande patient produit en moyenne 31kg de CO2 (*Scoping ambulance emissions : recommendations for reducing engine idling time, Amber Sheldon, 2019*).

Un bilan rapidement très lourd pour l'environnement, qui pousse à l'épargne des transports sanitaires.

Quelques questions à se poser aux urgences et à la régulation du 15 :

- Le patient qui appelle le 15 et demande une ambulance est-il capable de se déplacer seul, est-il véhiculé, peut-il être amené par un proche ?
- Le patient venu sur ses pieds aux urgences a-t-il réellement besoin d'un retour à domicile en transport sanitaire ?
- Puis-je privilégier un taxi conventionné (tarif moyen 55€) ou un véhicule sanitaire léger VSL (tarif moyen 34€) à une ambulance (tarif moyen 100€ et émission GES plus élevée) pour ce patient ?

• **Initiatives : le transport partagé et les salons de sortie**

Le transport partagé consiste en un transport sanitaire simultané de plusieurs patients, permettant une épargne écologique et financière de transport. Il représentait en 2019 15% du total des dépenses de transport en VSL.

La création des salons d'entrée et de sortie aux urgences est également une initiative intéressante en termes de régulation des flux de patients, donc utilisation optimisée des transports sanitaires et par la même occasion optimisation des espaces et brancards.

Il convient aussi de ne pas oublier le coût économique et écologique des transports préhospitaliers de l'urgence type VSAV, UMH, héli-SMUR, ...

Difficile de diminuer le nombre de transports de ceux-ci mis à part en investissant davantage dans la régulation du SAMU et l'éducation de la population vis-à-vis de la consommation des soins. Mais il existe quelques pistes existant comme le carburant électrique pour les véhicules roulants, l'allègement du poids des véhicules, l'épargne des sirènes la nuit dès que possible (pollution sonore).

Infrastructures

Quelques mots sur la consommation énergétique de l'hôpital liée à ses infrastructures, souvent en mauvais état.

Au total sur le secteur de la santé en France, la consommation d'énergie annuelle est de 21.5 TWh soit 2% de la consommation nationale. Le chauffage et la climatisation représentent environ 60% de la consommation totale énergétique du milieu hospitalier. (*Source : Agence de la transition écologique*)

Autant de perspectives de rénovation et optimisation des infrastructures afin de réduire le coût énergétique de l'hôpital !

FOCUS SUR LA MÉDECINE « DÉFENSIVE »

Connaissez-vous le concept de médecine défensive ?

Il émerge de la judiciarisation des soins, notamment aux Etats-Unis, et par conséquent l'apparition depuis les années 70 d'une médecine « de couverture » avec la prescription d'exams abusifs à but de protection médico-légale.

Concept largement critiqué mais toutefois intéressant et pertinent face à un sujet tel que les pratiques médicales éco-responsables, voici un petit focus sur celle-ci.

La médecine défensive peut se résumer comme le fait de penser la médecine en termes de risque judiciaire. C'est donc une médecine coûteuse sur le plan écologique comme économique, de sélection (évitement des patients ayant facilement recours au contentieux), avec une perte de chance pour le patient montrée dans certaines études (cf travaux de Kessler et MacClellan en 1996) car frilosité du médecin à pratiquer des techniques innovantes avec un risque d'échec.

• *Pratiquons-nous la médecine défensive aux urgences ?*

A l'évidence : oui !

Nous l'avons tous entendu : « il n'a pas besoin de l'examen et il sera normal mais fais-le pour te couvrir s'il se retourne contre toi plus tard ». Scanners non indiqués, bilans biologiques « au cas-où », les examens de cinq heures du matin sur une garde de 24h où on n'arrive plus trop à réfléchir, ...

La difficulté du travail de l'urgentiste avec les fréquences de passages élevées et la peur de passer à côté de LA fois où ce sera grave nous amène rapidement vers ce type de médecine.

Afin de l'éviter, en plus des compétences et sens clinique de chacun, les **recommandations et les scores** sont de bons outils pour ne pas sur-prescrire (ex : critères de Masters pour l'indication du scanner cérébral dans le traumatisme crânien, score de Wells dans la suspicion d'embolie pulmonaire, ...).

Enza

Références :

- *Guide pratique : pour une bonne gestion des déchets médicaux produits par les établissements de santé et médico-sociaux. Ministère des affaires sociales et de la santé (2016)*
- *Rapport parlementaire sur les transports sanitaires. Assemblée nationale, commission des affaires sociales. Février 2022*
- *The Effects of the U.S. Malpractice System: A Review of the Empirical Literature Daniel P. Kessler, 1996*



ACTU' 1 : Annonces présidentielles pour la santé : croit-on encore à une sortie de crise ?

Les gros titres des journaux se ressemblent tous en ce moment concernant la crise sanitaire et le constat semble toujours le même : l'hôpital est au bord du gouffre et pour le moment nous n'avons pas de plan de sortie de crise. A l'occasion des vœux du Président de la République le 6 janvier 2023 aux acteurs de la Santé, nous revenons sur les points principaux évoqués dans son discours.

Pour combler le manque de médecin généraliste, monsieur le président de la République propose de **faciliter le cumul emploi/retraite** pour dissuader les généralistes de partir à la retraite et ainsi permettre de gagner un peu de temps. Cette décision est une solution précaire et il semble injuste pour les médecins qui travaillent depuis plus de 40 ans de leur demander de travailler encore afin de palier à un manque de médecin prévisible causé par des politiques de santé désastreuses.

Il revient également sur la **suppression du *numerus clausus***, qui n'aura ses effets que dans 5 à 8 ans. Nous vous rappelons que le *numerus clausus* a été remplacé par un *numerus apertus*, qui est, contrairement au premier, un nombre minimal de candidat à accepter. La subtilité de ce changement de nom est perfide. Le *numerus clausus* a bel et bien disparu mais nous ne formons pas beaucoup plus d'étudiant puisque les facultés et CHU dans la majorité des cas n'ont pas les infrastructures nécessaires à la formation de beaucoup plus d'étudiants. Pour preuve, en 2018, 8 552 étudiants étaient admis en deuxième année de médecine versus 10 675 en 2021. La différence est louable mais certainement insuffisante pour les besoins actuels.

Toujours dans cette volonté de suppléer au manque de médecins, **l'arrivée de 6 000 assistants médicaux est prévue** avant la fin de l'année, alors qu'actuellement il en existe 4 000 en activité. Si l'idée est noble, la réalisation pose question. Leur rôle théorique serait de se charger des tâches administratives et logistiques qui polluent le temps médical. Nous attendons maintenant la mise en place de ces assistants sauveteurs et la définition plus précise de leur rôle.

Monsieur le Président propose également **d'interdire l'intérim en sortie d'études pour le personnel médical et paramédical** en garantissant un nombre d'année dans un poste associé bien sûr à une revalorisation salariale, sans toutefois donner de chiffre, ni un calendrier d'application de cette revalorisation. Nous ne sommes pas favorables à cette limitation d'accès à l'intérim en sortie d'études. Nous craignons également que certains territoires et services se retrouvent encore plus en difficulté puisqu'ils dépendent parfois quasi-exclusivement de médecins intérimaires.

Par ailleurs, monsieur le président Macron explique vouloir **revenir sur les 35h** légales considérées comme trop « rigides ». Nous attendons des précisions rapidement.

Un des autres axes abordés est **la fin de la tarification à l'acte**. Pour le moment il s'agit uniquement d'une annonce de la refonte du financement de l'hôpital, le chantier n'a pas débuté mais nous ne pouvons que saluer l'initiative même si le projet est annoncé depuis 2018, freiné par l'épidémie de Covid-19. L'objectif serait de favoriser la coopération ville-hôpital ainsi que privé-public. Aucun calendrier législatif n'a été évoqué pour l'instant.

Quelques sujets sont énoncés rapidement sans précision ou calendrier : un **plan de logement pour les soignants** vivant dans des zones où le coût des logements est élevé (Paris et région parisienne particulièrement) ; poursuite de la **formation et définition du rôle des IPA** (infirmiers en pratique avancés) ; la **pénibilité du travail** des soignants pris en compte pour la retraite ; rémunération préférentielle des médecins libéraux qui participeront activement à la **permanence des soins en ville** ; valorisation de la **rémunération des généralistes** ; lutte contre les rendez-vous médicaux non honorés ; généralisation de la **régulation par le SAS du 15**.

Afin de rendre le travail de nuit attractif et permettre la poursuite de la permanence des soins, le Président annonce une **revalorisation des gardes de nuit** (jusqu'au mois de mars 2023, c'est déjà certain). Nous sommes impatients de connaître les détails de cette revalorisation prétendue.

Ces annonces sont un pas dans la bonne direction, nous serons là pour scruter leur élaboration et application. Peut-être aurons-nous plus de détails lors du discours du ministre de la Santé monsieur Braun le 30 janvier 2023.

La suite au prochain épisode.

Clarisse

ACTU' 2 : Monkeypox, retour sur l'épidémie

Elle a occupé notre été aux urgences, l'épidémie à virus Monkeypox (anciennement appelée variole du singe), est-elle toujours présente et active en France ?

PHYSIOPATHOLOGIE ET MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le virus monkeypox est un **orthopoxvirus** qui se transmet initialement d'animaux aux hommes, puis entre hommes par contact (cutanéomuqueux) et gouttelettes, ainsi que par contact indirect (literie, vêtements).

La maladie se présente généralement sous forme cutanée avec la présence de vésicules ou pustules, douloureuses et parfois prurigineuses. Les régions privilégiées sont les mains, les plantes des pieds, la région génito-anale, ainsi que les muqueuses. On peut toutefois retrouver des lésions cutanées sur tout le reste du corps.

Le tableau clinique peut comprendre par ailleurs une fièvre, une asthénie, ainsi que des adénopathies inflammatoires. La maladie dure deux à trois semaines pendant lesquelles il faut maintenir un isolement.

La documentation biologique se fait par PCR à partir d'un prélèvement d'une lésion cutanée ou prélèvement oro-pharyngé.



SITUATION ÉPIDÉMIQUE : UNE DÉCROISSANCE MONDIALE

19 mai 2022 : le premier cas de mpox est déclaré sur le territoire français.

Cette maladie, endémique en Afrique centrale et de l'Ouest via les rongeurs et les primates, sévit pour la première fois en France sans réelle explication, mais également au Royaume-Uni, en Espagne, en Suède, en Amérique du Nord, ...

Rapidement le nombre de cas confirmés augmente. **Au 5 juillet 2022, 577 cas sont recensés** depuis le début de l'épidémie en France. **Au 23 août 2022, 3 421 cas sont identifiés.**

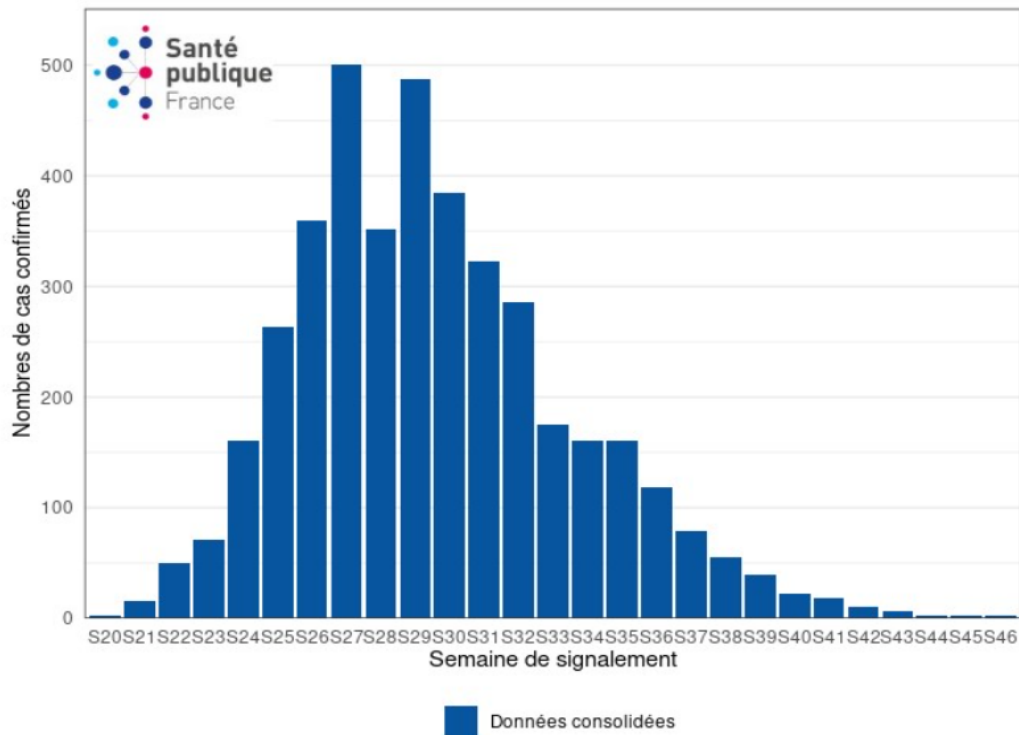
Une ascension qui semble attendre son pic en juillet et entamer une franche baisse à partir de septembre.

En décembre 2022, alors que 4 967 cas sont recensés depuis le début de l'épidémie en France, on note l'addition de seulement 5 cas par rapport au mois de novembre.

Au niveau mondial, la régression semble être similaire avec une diminution de 49% des nouveaux cas recensés en semaine 50 (12/12/22) versus 49.

Cas confirmés de variole du singe par semaine de signalement

(Mai – novembre 2022)



Source : Santé Publique France

TRAITEMENT ET VACCINATION

Depuis le 8 juillet 2022, un traitement pour les formes graves est mis à disposition des soignants sous ‘circonstances exceptionnelles’ : le **tecovirimat**, un antiviral inhibiteur de la protéine VP37 des orthopoxvirus.

Et la vaccination ?

D’après Santé Publique France :

« Depuis le 11 juillet 2022, en plus des personnes qui ont eu un contact à risque avec une personne malade, les personnes entrant dans les indications retenues par la HAS peuvent prendre rendez-vous pour se faire vacciner sur l’ensemble du territoire :

- Les **hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes** rapportant des **partenaires sexuels multiples**
- Les **personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples**
- Les **travailleurs du sexe**
- Les **professionnels exerçant dans les lieux de consommation sexuelle**

La vaccination peut aussi être envisagée **au cas par cas pour les professionnels de santé** amenés à prendre en charge les personnes malades. »

Enza

POINT DE COURS : Thrombopénie

Anomalie biologique fréquemment rencontrée aux urgences, la thrombopénie est piégeuse à la fois par sa banalité et sa potentielle gravité. Je vous propose donc un topo sur celle-ci, ses étiologies, ses traitements de l'urgence.

Définitions et signes de gravité

Thrombopénie : plaquettes < 150 G/L (à faire vérifier sur tube citraté)

Anomalie biologique souvent asymptomatique à un taux de plaquettes > 50 G/L.

⇒ Evaluer le retentissement hémodynamique et clinique dès l'arrivée aux urgences.

Signes de gravité à rechercher :

- Thrombopénie < 20 G/L
- **Syndrome hémorragique** : lésions cutanéomuqueuses (purpura extensif, pétéchies et bulles intrabuccales), saignement extériorisé (hémorragie génitale/urinaire/digestive, épistaxis, gingivorragie, hémorragie cérébrale)
- **Anémie et mauvaise tolérance** : dyspnée, malaise, douleur thoracique, ictère (*anémie hémolytique ++*)
- **Signes de complication hémorragique organique** (céphalées ++, troubles neurologiques, douleur abdominale)
- **Signes de défaillance hémodynamique** : recherche signes de choc hémorragique (hypotension, tachycardie, marbrures, oligoanurie)

⇒ Si présence de défaillance hémodynamique ou saignement organique : SAUV, scope, VVP (1 à 2), monitoring SpO2, hemocue, ECG

Bilan biologique de base :

- NFS, plaquettes (tube citraté), frottis sanguin avec recherche de schizocytes
- TP/TCA, fibrinogène
- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie
- CRP
- BHC
- LDH, haptoglobine, *test de Coombs (anémie hémolytique ++)*
- *D-dimères, facteurs de la coagulation (si suspicion CIVD)*
- Groupe, RAI

Le bilan étiologique sera réalisé en deuxième intention.

Etiologies nécessitant une prise en charge urgente et traitements

◆ Purpura thrombopénique immunologique

Destruction périphérique des plaquettes via un processus auto-immun
Diagnostic d'élimination après bilan exhaustif
PTI récent < 3 mois, PTI chronique défini par une persistance après 12 mois

Traitement d'un PTI affirmé/connu aux urgences :

- Avec syndrome hémorragique : calculer score de Khellaf

Si > 8 :

- IgIV (*Tégéline, Clairyg*)
- Corticothérapie (bolus méthyprednisolone 15mg/kg 3 jours)
- Risque vital : transfusion de concentrés plaquettaires +/- culots globulaires
- Hospitalisation en réanimation ou USC

Si < 8 :

- Corticothérapie per os (prednisone 1mg/kg) ou IV (methylprednisolone 15mg/kg)
 - Hospitalisation conventionnelle
- Sans syndrome hémorragique :
 - Plaquettes > 30 G/L : abstention thérapeutique, hospitalisation non indispensable, selon facteurs de risque (antiagrégants, anticoagulants, âge >60 ans)
 - Plaquettes < 30 G/L : Corticothérapie per os (prednisone 1mg/kg) ou IV (methylprednisolone 15mg/kg) et hospitalisation conventionnelle

PTI corticorésistant : IgIV

◆ **Microangiopathie thrombotique (syndrome de MAT)**

Purpura thrombotique thrombocytopénique (déficit en ADAMTS13)

Présentation clinique à type de fièvre, troubles neurologiques, douleur abdominale, signes cliniques d'hémolyse. Atteinte multiviscérale.

A la biologie : insuffisance rénale aiguë, thrombopénie périphérique, anémie hémolytique mécanique avec schizocytes mais test de Coombs négatif

⇒ Rajouter une radiographie de thorax et une imagerie cérébrale au bilan de base (recherche hémorragie intra-alvéolaire, saignement intracérébral)

Traitement aux urgences :

- **Ne pas transfuser de plaquettes (risque thrombotique ++)**
- Transfusion culots globulaires (objectif Hb 8-10g/dL)
- Supplémentation en folates
- IOT si altération de l'état de conscience GSG<8
- Transfert en réanimation ou USC selon état neurologique et nécessité dialyse

- En réanimation : échanges plasmatiques quotidiens jusqu'à taux de plaquettes > 50 G/L

SHU

Présentation associant thrombopénie, insuffisance rénale aiguë avec oligoanurie, hémolyse, diarrhée.

Contexte infectieux (Shigelle, E.Coli).

Traitement symptomatique réanimatoire.

CIVD

Contexte évocateur : sepsis, état de choc, polytraumatisme, contexte post-opératoire, cancer solide ou hématologique, complication obstétricale, ...

Diagnostic : plaquettes < 50 G/L ou TP < 50%, d-dimères > 500mg/ml, fibrinogène < 1g/l

Traitement aux urgences :

- Traitement de la cause
- Support par PFC 10-15 ml/kg et transfusion de concentrés plaquettaires si hémorragie active

◆ **SAPL**

Présentation thrombotique au premier plan

Thrombopénie rarement majeure

◆ **Thrombopénie médicamenteuse**

Thrombopénie à l'héparine notamment de type 2 (sévère), d'apparition retardée

Risque thrombotique majeur mais thrombopénie le plus souvent asymptomatique.

- Dosage anticorps anti-PF4
- Switch héparine pour traitement non-héparinique anti-facteur Xa (danaparoïde, fondaparinux) ou inhibiteurs directs de la thrombine

Autres : anti-arythmiques, antibiotiques, antidépresseurs, ...

Rarement majeures.

◆ **Causes centrales**

Hémopathie ou envahissement médullaire : Support symptomatique (transfusion) en attendant le bilan étiologique si découverte ainsi que le traitement de la cause.

Aplasie médullaire : isolement protecteur et support transfusionnel si besoin

En conclusion :

Thrombopénie rarement symptomatique au-dessus de 50 G/L

Causes multiples avec prise en charge à la fois symptomatique et curative aux urgences.

Critères de gravité du PTI à connaître pour orientation et traitement.

Garder en tête le syndrome de MAT et sa contre-indication aux transfusions de concentrés plaquettaires.

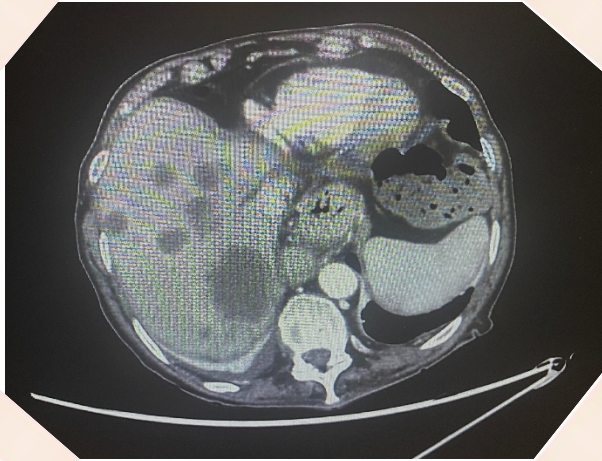
Enza

Références :

- *SRLF : microangiopathie thrombotique ; Recommandations. Décembre 2015*
- *Société française d'hématologie : référentiels hémostases. Microangiopathies thrombotiques*
- *PNDS : Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte*
- *Orphanet : Thrombopénie induite par l'héparine*

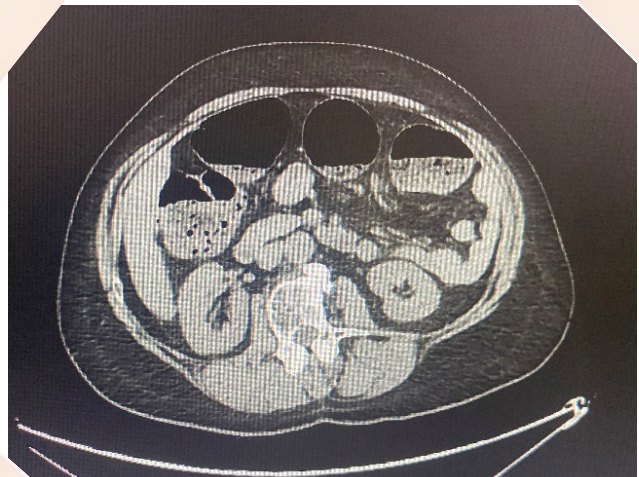
PÊLE MÊLE : Douleurs abdominales aiguës au scanner

Racontez-nous vos meilleures sorties SMUR, vos histoires aux SAU et partagez vos plus belles photos ! Via contact@ajmu.fr



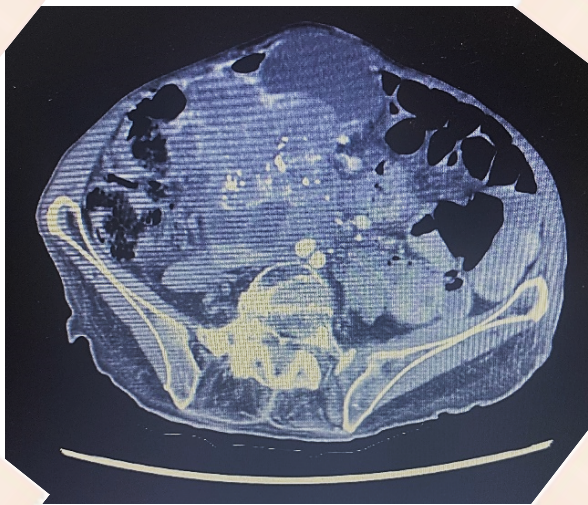
- Femme, 78 ans
- ATCD d'anémie hémolytique auto-immune
- Bilan de cytolyse dans un contexte de bactériémie à Staph hominis
- Découverte de métastases hépatiques multiples

- Femme, 38 ans
- Polyhandicapée, non communicante
- Arrêt des matières depuis 10 jours.
- Syndrome occlusif avec vomissements fécaloïdes sur fécalome





- Patient de 30 ans, ayant émigré de Chine il y a 1 an
- Masse abdominale évoluant depuis 7 ans, jamais explorée
- Se présente pour douleur abdominale
- Au scanner : image évocatrice de liposarcome



- Femme, 90 ans
- Kyste pancréatique connu non surveillé
- Se présente pour douleur abdominale et constipation
- A l'examen clinique : masse dure douloureuse à la palpation
- Au scanner : kyste pancréatique polylobé calcifié, suspect de transformation néoplasique

ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que ! On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une œuvre à nous partager ? —> contact@ajmu.fr

◆ Séries ◆



After life de Ricky Gervais (3 saisons, disponible sur *Netflix*)

Tony, un quarantenaire veuf depuis quelques semaines à peine, pleure la mort de sa femme et ne trouve plus d'autre raison de vivre que de nourrir le chien. Il décide alors de vivre la vie avec cynisme, désintérêt, au rythme de sa tristesse et des boîtes de pâtée pour chien. Au fil des jours et des rencontres, celui-ci retrouve petit à petit une envie de vivre, ou en tout cas peut-être, pourquoi pas. Et si finalement la vie n'était pas finie ?

Cette série réalisée et jouée par Ricky Gervais lui-même, un auteur britannique connu et apprécié pour son humour satirique et ses précédentes réalisations (Extras, Derek, ...), vous emmènera dans un univers que je qualifierais de « comédie noire ». Vous aussi aux côtés de Tony partagerez ce cheminement touchant, de deuil, de vie, de renouveau, qui vous fera passer du rire aux larmes avec une intelligence émotionnelle perçante.

Enza

◆ Films ◆

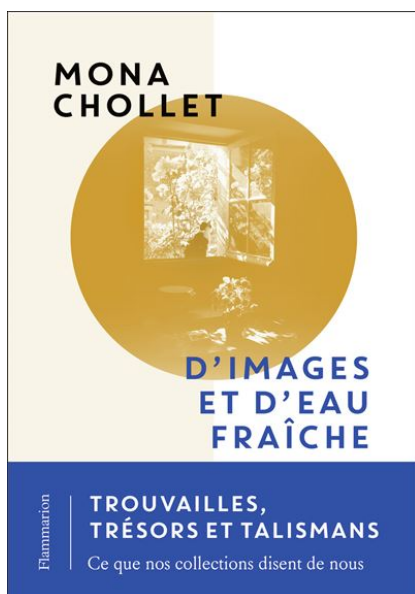
L'innocent de Louis GARREL :

Nous connaissons le talent de l'acteur et avec ce film nous découvrons également son talent de réalisateur. Le synopsis est loufoque : Abel est embarqué dans un braquage familial par son beau-père qui sort tout juste de prison. Le casting est excellent que ce soit Louis GARREL, Roschdy ZEM ou Anouk GRINBERG. L'humour est décalé et savoureux, c'est le film idéal pour lutter contre la morosité hivernale.

Clarisse



◆ Livres ◆



D'images et d'eau fraîche de Mona Chollet

Que révèlent nos murs pinterest et autres collections d'image à propos de nous ? De nos envies ? Ce sont les questions posées par Mona Chollet, célèbre essayiste féministe suisse que l'on ne présente plus. Cet écrit est très original et onirique, il expose au travers de peintures, de photos, de constructions, les envies profondes de l'auteur. Finalement, cet ouvrage, unique en son genre, est une plongée intime dans le monde des images que nous collectionnons tous depuis l'avènement des réseaux sociaux.

Clarisse

AGENDA

Pour ne rien louper !

EVÉNEMENTS AJMU



Notre Assemblée générale a lieu le 28-29 janvier 2023

URGENCES - LE MENSUEL PAR LA SFMU

Rendez-vous mensuel le 2^{ème} lundi de chaque mois avec les webinars de la SFMU afin de discuter d'un sujet de médecine d'urgence. Accessible en replay quand vous le souhaitez pour les adhérents.



A venir :

- **Lundi 13 février 2023** : urgences onco-hématologiques
- **Lundi 13 mars 2023** : urgences toxicologiques

CONGRÈS ET FORMATIONS

POUR LES MEDECINS THESES

WIN FOCUS – Formation à l'échographie clinique d'urgence



Prochaines dates :

- **7-8 février 2023 (CHU de Nantes)** : perfectionnement en évaluation hémodynamique
- **7-8 mars / 4-5 avril 2023** : Les bases de l'échographie d'urgence

Programmes et inscriptions sur ce lien : https://winfocus-france.org/index.php?option=com_alloevents&task=display&view=event&layout=default&ei=211:cours-dinitiation-a-lechographie-durgence-44-03-2023&Itemid=87

CONFÉRENCES DES SAPEURS-POMPIERS DE PARIS : PROCHAINE DATE 14 FÉVRIER 2023

BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS
DIVISION SANTÉ

CONFÉRENCES RÉANIMATION PRÉHOSPITALIÈRE 2022 - 2023

Division santé :

MC S. TRAVERS, MC O. STIBBE, MC G. BURLATON, PHC F. KRAMP
Service de santé des Armées.

Comité d'organisation :

P. TRAVERS, MC STIBBE, MC LEMOINE, MC FRAUDIN, D. CAZES,
MC FRANCHIN, MC ABRIAT, ADJ LEMOINE, MP BRAMI, MCE DUBOURDIEU.

Mardi 14 février 2023 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

ANALGÉSIE ET SÉDATION EN PRÉHOSPITALIER

Président : **D^r Virginie Eve LVOVSCHI** (Présidente board douleur SFMU)
Coordinateur : **MC Amandine ABRIAT** (BSPP)

Sédation procédurale en préhospitalier - **D^r Agnès RICARD-HIBON** (SAMU 95)
Utilisation de la voie intranasale - **D^r Marc BLANCHER** (Grenoble)
Analgésie sédation en préhospitalier chez l'enfant - **D^r Mathias RATEAU** (Necker)
Antalgie en situations particulières - **D^r Amaury SERRUYS** (Chambéry)

Mardi 18 avril 2023 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

INFIRMIERS ET SOINS D'URGENCE - ACQUISITION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Président : **M^{me} Evelyne MALAQUIN-PAVAN** (Infirmière spécialiste clinique, cadre supérieur de santé, CNPI)
Coordinateur : **ADJ Frédéric LEMOINE** (BSPP)

Formation et emploi des IPA urgence - **D^r Youri YORDANOV** (AP-HP)
Parcours de formation des infirmiers BSPP : quelles compétences pour quels besoins de santé ? - **ADC Fabien ROBARDET** (BSPP)
Adapter nos formations aux spécificités du milieu : l'exemple des infirmiers sous-marinières - **Infirmier sous-marinière SSA**
Le processus d'acquisition des compétences : promoteur de la performance d'équipe au service de l'organisation - **ADC Jérôme PALLIER** (BSPP)

Mardi 13 juin 2023 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

DISSECTION AORTIQUE, DE L'APPEL AUX SECOURS AU BLOC OPÉRATOIRE

Président : **P^r Jean-Marc ALSAC** (chirurgien vasculaire HEGP, co-fondateur du réseau SOS Aorte Paris)
Coordinateur : **MP Elise BRAMI** (BSPP)

Introduction de la problématique des DAO en préhospitalier : présentation de l'Algorithme préhospitalier SOS Aorte de l'HEGP - **D^r Baptiste DUCEAU** (MAR, La Pitié, créateur de l'Algorithme préhospitalier de l'HEGP)
Phase préhospitalière : présentation des 1^{ers} résultats du registre SAAP - **MP Elise BRAMI** (BSPP)
Phase diagnostique radiologique : diagnostic radiologique - **D^r Gilles SOULAT** (Radio-diagnostic, HEGP)
Phase hospitalière : accueil au réveil d'une suspicion de DAO - **D^r Deborah BENCHETRIT** (MAR, La Pitié)
Chirurgien vasculaire : prises en charge chirurgicales des DAO - **D^r Willy SUTTER** (chirurgie vasculaire, HEGP)

École du Val-de-Grâce - 1, place Alphonse-Laveran - 75005 PARIS - REP Port-Royal
Secrétariat des conférences : BSPP/BMU - 1, place Jules-Renard - BP 31 - 75823 PARIS CEDEX 17 - Tél. : 01 56 79 67 53 - Courriel : stephane.dubourdieu@pompierparis.fr
Prévoir une pièce d'identité pour l'accès à l'École du Val-de-Grâce

© BSPP/BMU 2022-103357A.M. BOUFFEQUOUM/Impression BSPP

Congrès virtuel SFMU – formation à la régulation médicale : Mardi 21 mars 2023

Interne : 10€ / Médecin thésé 50€ (70€ non adhérent SFMU)

Lien d'inscription : <https://masterclasregulation2023.mycongressonline.net>

CONGRES VIRTUEL

MASTERCLASS
RÉGULATION MÉDICALE

PRATIQUES ET PERSPECTIVES

www.urgences-lecongres.org

MARDI 21 MARS

2023

SFMU
Société Française de
Médecine d'Urgence

ORGANISATION GÉNÉRALE : MCO Congrès
Villa Gaby - 285 Carnot - F. Kennedy - 13007 Marseille - Tél. : +33(0)4 91 04 36 00 - www.mcocongres.com

Congrès COPACAMU 2023, Marseille
50€ si inscription avant le 1^{er} mars
congres.copacamu.com



Congrès URGENCES 2023, Paris
50€ pour les adhérents SFMU,
100€ sinon
urgences-lecongres.org



29^{ème} congrès du Congrès Aquitain de Médecine d'Urgence : 5 et 6 avril 2023

29^{ème}
Congrès Aquitain
de Médecine
d'Urgence

2023
CAMU
COLLEGE AQUITAIN
DE MEDECINE D'URGENCE

5 & 6 AVRIL
PESSAC (33)
INSTITUT DES MÉTIERS DE LA SANTÉ
HÔPITAL XAVIER ARNOZAN

www.camu.mcocongres.com

ORGANISATION GÉNÉRALE : MCO Congrès - Villa Gabry - 285 Corniche JF Kennedy - 13007 Marseille
Tel. : +33(0)4 95 09 39 00 - info@urgences-lecongres.org

Logos: sfmu, SFMC, CHU, SAME

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet : ajmu.fr

La **polyclinique Grand Sud à Nîmes** recherche un **urgentiste remplaçant régulier**.
SAU 70 passages par jour. Activité variée, maternité adjacente.
Offre détaillée sur <https://ajmu.fr/postes/>



Crédit photo : IMMED Radiologie



PARTENAIRES : URG' DE GARDE 2023-2024

Notre partenaire URG' de garde sort sa nouvelle édition 2023-2024 de son livre ainsi que son application.

L'ouvrage reprend les protocoles d'Avicenne, un des hôpitaux de l'APHP. Ce livre n'est pas une aide au diagnostic mais à la prise en charge. Il te rappelle les examens complémentaires et les traitements à faire selon la pathologie. Sa taille a été pensée pour rentrer dans les poches des blouses. Son application, quant à elle, n'oublie pas les services des urgences au rez-de-chaussée sans réseau.

L'édition est coordonnée par le Professeur Adnet, médecin urgentiste et chef de service des urgences de Bobigny (93). Nous sommes honorés de sa présence lors de notre réunion de bureau fin janvier 2023 pour nous présenter la nouvelle édition.

Si tu es jeune urgentiste et adhérent à notre association, tu auras le droit, lors de plusieurs opérations ciblées, de faire partie des chanceux bénéficiant de remises exceptionnelles sur l'application !

Pour ne rien louper : suis-nous sur nos réseaux sociaux !



PARTENAIRES

Tu trouveras plus d'informations sur notre site avec les avantages détaillés :
<https://ajmu.fr/partenaires/>



TRANSFERT OPTIMISÉ DES PUBLICATIONS EN MÉDECINE D'URGENCE

