

AJMU

LE MAGAZINE

Dossier

Antalgie à la sortie des urgences

Actu :

Revalorisation des gardes : c'est gagné !

Point cours :

SAFE MARCHÉ RYAN

Agenda

Recommandations culturelles

✦ **NOUVEAU** : Idées recettes rapides

✦ **NOUVEAU** : Anecdote sur la médecine d'urgence d'autrefois

Pêlemêle en partenariat avec

 **IMADIS**
Urgence d'urgence, pour tout le monde, partout, tout le temps.



Payetesurgences



Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Début de semestre et début d'une nouvelle année avec l'AJMU !

Au programme entre autres ce mois-ci : antalgie à la sortie des urgences adultes, revalorisation des gardes (spoiler : c'est gagné !), point cours sur le SAFE MARCHÉ RYAN ainsi qu'un pêle-mêle * Céphalées * made in IMADIS.

Un peu de fraîcheur pour cette année, nous vous proposons deux nouvelles rubriques dans le magazine : une rubrique "recette facile et rapide", et une rubrique "anecdote sur la médecine d'urgence d'autrefois".

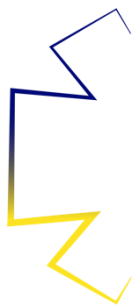
En espérant que cela vous plaise,

Enza et Faustine



SOMMAIRE

DOSSIER	
● <i>Antalgie à la sortie des urgences</i>	<i>p.3</i>
ACTU :	
● <i>1 : Revalorisation des gardes : c'est gagné !</i>	<i>p.11</i>
TEMOIGNAGE :	
● <i>Médicaliser le GP Explorer 2 du Mans</i>	<i>p.12</i>
POINT DE COURS :	
● <i>SAFE MARCHÉ RYAN</i>	<i>p.14</i>
AGENDA : congrès et formations	<i>p.17</i>
PÊLE MÊLE : imagerie de la céphalée	<i>p.20</i>
ON A VU, ON A LU	<i>p.25</i>
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE	<i>p.27</i>
LE SAVIEZ-VOUS ? Anecdote de la médecine d'urgence d'autrefois	<i>p.28</i>
ANNONCES	<i>p.29</i>
PARTENAIRES	<i>p.31</i>



DOSSIER : Antalgiques au retour à domicile des urgences

La prescription des antalgiques chez les patients sortant des urgences pose régulièrement problème et les pratiques sont par conséquent très hétérogènes dans les différents services d'urgence français. Dans ce dossier vous trouverez donc quelques pistes de réflexion et recommandations pour vos prescription d'antalgiques de sortie.

Antalgiques fréquemment utilisés aux urgences

Il est pratique courante aux urgences d'utiliser un panel d'antalgiques variés, du paracétamol à la kétamine en passant par le tramadol ou le néfopam.

Les protocoles antalgiques étant malheureusement peu protocolisés malgré les recommandations HAS et SFMU, les méthodes dans les services d'urgence varient et il est difficile pour les urgentistes de s'accorder.

Mais qu'en est-il de la prescription antalgique de sortie des urgences, une fois le patient soulagé en intrahospitalier ?

Coliques néphrétiques, lombosciatiques, entorses, douleurs abdominales, fractures, plaies, ... Petite revue de la littérature sur les différentes prescriptions d'antalgiques et leur bénéfice/risque pour les patients douloureux retournant à domicile.

Ordonnance de sortie : que mettre ?

- **Palier 1 : une valeur sûre**

Les antalgiques de palier 1 sont les plus utilisés comme premier recours et à raison. Le paracétamol est utilisé comme "traitement symptomatique des douleurs d'intensité légères à modéré et/ou des états fébriles" d'après la Commission de Transparence de la HAS qui lui attribue un SMR important (1). Il présente un effet plafond c'est à dire qu'au delà de 4g par jour une augmentation de dose ne sera pas plus efficace mais augmentera les effets secondaires.

Le mécanisme d'action du paracétamol est encore mal compris mais il réduirait la synthèse de prostaglandines centrale par le biais d'une inhibition de la COX-3, l'hypothèse d'une action sérotoninergique est en cours d'évaluation.

Il a été montré dans la "réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR 1999" (2) que le paracétamol serait un potentialisateur en association avec la morphine car n'agissant pas sur le même récepteur. En effet, il permettrait une épargne

morphinique de 20% sans pour autant diminuer les effets secondaires. Les experts recommandent également d'associer le MEOPA au paracétamol chez l'enfant et de privilégier le paracétamol chez la femme enceinte puisqu'il présente un des meilleurs profil de tolérance.

On peut donc penser qu'associer du paracétamol aux autres antalgiques permettrait une analgésie multimodale en agissant sur plusieurs récepteurs.

● **Faut-il encore prescrire des antispasmodiques ?**

Antispasmodique régulièrement prescrit pour les douleurs abdominales aiguës, le phloroglucinol (Spasfon®) et ses apparentés n'ont pourtant pas prouvé leur efficacité dans la majorité des cas (3), telles que les colites, gastroentérites aiguës, pancréatites, ... , avec un rapport bénéfice/risque modeste et un SMR modéré.

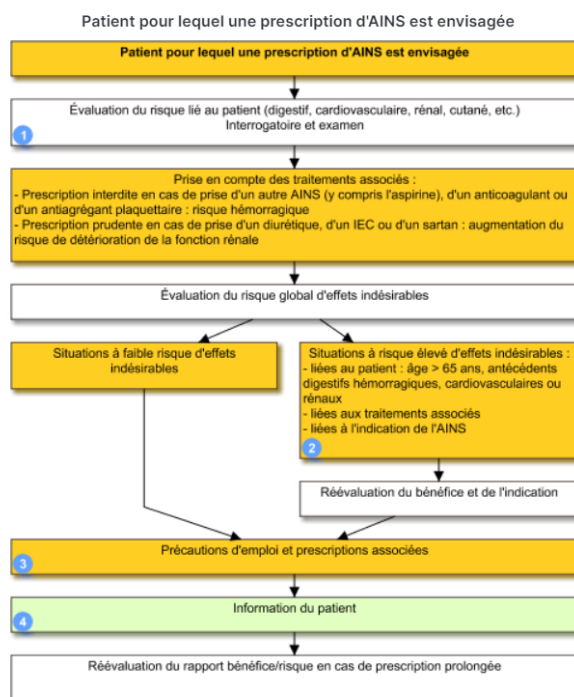
Cette molécule reste cependant intéressante dans les douleurs abdominales spastiques telles que celles de la colique néphrétique ou hépatique, comme le conclut l'étude de Corvino et al. en 2022 (4) : *“Oral and parenteral preparations based on phloroglucinol are as effective in reducing pain and spasms associated with renal or biliary colic as current therapeutic options.”*

● **AINS et décontractants musculaires, un intérêt ?**

◇ Les AINS sont des anti-inflammatoires et antalgiques régulièrement prescrits en sortie d'hospitalisation chez les patients traumatisés. Mais ont-ils leur place dans toutes les situations ?

Chez les traumatisés légers et notamment dans l'entorse, ceux-ci n'ont pas montré de supériorité par rapport au paracétamol (5) et restent donc à prescrire en prenant en compte les comorbidités du patient et la balance bénéfice/risque. Quant à l'usage des AINS pour soulager la douleur liée à une fracture, les données scientifiques restent encore contradictoires. En effet, ceux-ci pourraient avoir une action délétère sur l'inflammation qui participe au remodelage osseux (5).

Attention, pas d'AINS chez les traumatisés crâniens (risque de majoration d'un potentiel saignement) !



Concernant les douleurs abdominales liées aux menstruations ou endométriose, ainsi que pour la colique néphrétique, l'usage d'AINS sur quelques jours a prouvé son efficacité en cas de crise.

◇ Les décontractants musculaires tels que la thiocolchicoside (MIOREL®), régulièrement prescrits pour les contractures et douleurs musculaires, présentent un SMR faible et leur niveau de preuve reste très faible avec une balance bénéfique/risque défavorable dans les études récentes notamment dans le lumbago (6).

◇ Association avec les benzodiazépines :

Fréquemment utilisés dans le traitement du lumbago ou dans les suites d'un AVP léger, les benzodiazépines ne font pourtant pas consensus. L'étude randomisée de Friedman et al. (7) en 2017 conclut que *"Chez les patients avec une lombalgie aiguë, non traumatique et sans radiculopathie [...] montre que le diazépam associé au naproxène, versus placebo associé au naproxène, n'améliore ni les résultats fonctionnels ni la douleur, ni à 1 semaine, ni à 3 mois."*

● Palier 2 : le Tramadol, ennemi numéro 1 ?

Le Tramadol, largement prescrit dans les services d'urgence et sur les ordonnances de sortie des patients, est pourtant un médicament fortement décrié notamment aux Etats-Unis. En effet, ce dérivé des opioïdes présente un risque d'addiction et accoutumance important, et sa prescription sur des ordonnances non sécurisées laisse place à de nombreuses dérives et un mésusage croissant ces dernières années.

De plus, ses effets indésirables tels que la sédation, le risque épileptique, les nausées et vomissements, l'insuffisance respiratoire, le syndrome sérotoninergique, ne sont pas négligeables.

Une étude de Bartels et al. retrouvait que : **"Excess opioid pills are commonly stored in unsecured locations and represent a potential source for non-medical opioid use and associated morbidity and mortality in patients and their families."** (8)

Encadré 2 - "Un mésusage croissant du tramadol ces dernières années selon plusieurs enquêtes du réseau d'addictovigilance (CEIP-A)" [ANSM, 16 janvier 2020]

- 1^{er} antalgique opioïde cité dans une enquête de 2018 sur les usages problématiques à la fois chez les usagers de drogue, mais également dans la population générale pour le traitement de la douleur. Les usages problématiques observés sont notamment une dépendance avec des signes de sevrage survenant même lors de prises à doses recommandées et sur une courte période, entraînant une prise persistante par des patients qui ne présentent plus de douleur.
- 1^{er} antalgique impliqué dans les décès liés à la prise d'antalgiques, devant la morphine (enquête DTA**).
- 2^e antalgique le plus fréquemment retrouvé sur les ordonnances falsifiées présentées en pharmacie, derrière la codéine (enquête OSIAP***).

*CEIP-A : Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance
**DTA : Décès Toxiques par Antalgiques (données 2017) : enquête qui recueille les cas de décès liés à la prise d'antalgiques et rapportés aux experts toxicologues analystes volontaires et au réseau d'addictovigilance
***OSIAP : Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible (données 2018) : enquête annuelle sur les ordonnances falsifiées

Source : VIDAL

<https://www.vidal.fr/actualites/24168-tramadol-per-os-prescription-limitee-a-3-mois-a-partir-du-15-avril-2020.html>

Bon usage du tramadol : l'ANSM renouvelle ses recommandations

En parallèle de l'information sur les nouvelles règles de prescription du tramadol par voie orale, l'ANSM rappelle les recommandations de bon usage aux professionnels de santé :

- rester vigilants lors de la prescription ou la délivrance des médicaments contenant du tramadol ;
- respecter l'indication : uniquement dans le traitement des douleurs modérées à intenses ;
- ne pas prescrire dans le traitement de la migraine ;
- pour limiter le risque de dépendance, prescrire pendant la durée la plus courte possible ;
- délivrer les plus petits conditionnements possibles adaptés à la prescription ;
- pour éviter un syndrome de sevrage, diminuer progressivement la posologie avant l'arrêt du traitement ;
- outre le risque de dépendance, le tramadol expose à des risques de convulsions et de baisse de la vigilance.

La situation est relativement similaire concernant la codéine, à éviter sur une prescription de sortie.

Le Néfopam est quant à lui un antalgique qui a prouvé son efficacité dans le traitement de la douleur aiguë modérée à sévère et qui peut être prescrit à la sortie des urgences. Il a cependant des effets secondaires à ne pas négliger, notamment dans les populations gériatriques, épileptiques et psychiatriques. Une étude de Durrieu et al. en 2007 s'est intéressé à la question (cf tableau) (9).

N'ayant l'AMM que IV/IM, ce médicament est cependant souvent prescrit en per os (hors AMM), avec une efficacité controversée. La prescription de celui-ci se fait donc selon la responsabilité du médecin. Le néfopam est également contre-indiqué si risque de glaucome ou rétention aiguë d'urines, en cas d'épilepsie connue, de traumatisme crânien (risque majoré d'épilepsie) et chez l'enfant de moins de 15 ans.

Table II Nefopam-induced 'serious' ADRs reported in the French Pharmacovigilance database from 1995 to 2004.

Serious ADRs	Number	Imputability score
<i>Expected</i>		
Cardiovascular		
Tachycardia	1	I2
<i>Unexpected</i>		
Neuropsychiatric		
Confusion	1	I2
Hallucinations	3	I3, I2, I2
Convulsions	2	I3, I2
Delirium	1	I3
Cutaneous		
Pruritus	2	I2, I2
Urticaria	2	I3, I4
Erythema	3	I2, I2, I2
Anaphylactic		
Angioedema	2	I3, I4
Anaphylactic shock	4	I3, I3, I3, I4
Cardiovascular		
Heart failure	1	I3
Arterial hypotension	1	I3
Miscellaneous		
Syncope	1	I3
Mydriasis	1	I2
Dyspnea	1	I3

I2, 'plausible'; I3, 'likely'; I4, 'very likely'.

Concernant la Lamaline® (paracétamol 500mg/poudre d'opium 25mg), la Commission de Transparence de la HAS pose une indication dans le « **Traitement symptomatique de la douleur aiguë d'intensité modérée à intense et/ou ne répondant pas à l'utilisation d'antalgiques de palier 1 utilisés seuls** » « **Il n'existe pas de données d'efficacité et de sécurité au-delà de 10 jours de traitement** ». (2012)

Cette molécule peut être utilisée chez les insuffisants rénaux avec DFG > 10 et les sujets âgés en espaçant les prises (toutes les 8h par ex.), et est contre-indiquée chez les enfants de moins de 15 ans.

- **Quelles indications pour la morphine au retour à domicile ?**

Recommandations HAS 2022 : *“Il est recommandé de prescrire des antalgiques opioïdes seulement dans le cadre des indications de leurs AMM et si l’intensité de la douleur reste modérée à sévère, soit parce que le traitement étiologique est différé, soit parce que son délai d’action est long. **À la sortie des urgences ou d’un séjour court à l’hôpital, seuls les opioïdes à libération immédiate sont recommandés, à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte (2 à 3 jours).”***

Prescrite sur ordonnance sécurisée, la morphine est bien moins à risque de mésusage.

Chez la personne âgée, l’usage de morphine per os à faible dose semble plus sécuritaire que l’usage des antalgiques tels que le tramadol ou le néfopam, mal tolérés dans cette population. En effet, plusieurs études ont montré que la morphine était mieux tolérée que les antalgiques de palier 2 (10).

La lombosciatique aiguë sur chronique déjà traitée par plusieurs palier 2 répondant bien aux opiacés aux urgences est un bon exemple. En effet, une épargne antalgique est alors possible en utilisant une association paracétamol/morphine sur quelques jours à domicile permettant de limiter les interactions médicamenteuses.

Dans une cohorte prospective américaine de 2021 (11), une étude a étudié l’usage et le bénéfice sur la douleur en comparant une population “opioïdes au domicile” et une autre “pas d’opioïdes au domicile” (paliers 1 ou 2). Celle-ci retrouvait : *“Patients who consumed opioids reported higher average pain intensity scores as compared to those who used non-opioid analgesics or no pain medication. Furthermore, **patients who used opioids were more likely to report relief of pain after controlling for pain intensity prior to pain medication intake.**”*

◇ Les contre-indications au domicile :

- Crise migraineuse (recommandations HAS 2022) : *“les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés, même en deuxième intention, dans la crise migraineuse, quelle que soit l’intensité de la douleur.”*
- Insuffisance respiratoire chronique
- Antécédent d’addiction aux opioïdes (discutable selon la pathologie)
- Traumatisme crânien
- Mauvaise compréhension de l’usage du médicament, situation de précarité/isolément avec absence de surveillance possible

◇ Effets indésirables :

- Somatiques (12) : Troubles du transit : nausées/vomissements, constipation +++, somnolence

Table 3

Side effects reported for opioid users and non-users during the two-week follow-up.

Side effect	Opioid use (N = 310) % (95%CI)	No opioid use (N = 76) % (95%CI)	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Constipation	38 (33–43)	8 (2–14)	7.2 (3.0–17.0)	7.5 (3.1–17.9)
Nausea/vomiting	27 (22–32)	9 (3–15)	3.5 (1.6–8.0)	4.1 (1.8–9.5)
Dizziness	30 (25–35)	8 (2–14)	5.0 (2.1–11.9)	5.4 (2.2–13.2)
Drowsiness	51 (45–57)	18 (9–27)	4.7 (2.5–8.7)	4.6 (2.5–8.7)
Sweating	13 (9–17)	4 (0–8)	3.6 (1.1–12.0)	3.3 (0.99–11.2)
Weakness	21 (16–26)	7 (2–12)	3.7 (1.4–9.5)	4.2 (1.6–11.0)
Other side effect	16 (12–20)	15 (7–23)	1.1 (0.6–2.3)	1.0 (0.5–2.1)
Any side effect	79 (75–83)	38 (27–49)	6.1 (3.6–10.5)	6.4 (3.7–11.1)

OR: odds ratio; 95%CI: 95% confidence interval; AOR: adjusted odds ratio for age, sex, and pain condition; other side effects: skin rash, diarrhea, headache, dry mouth, numbness.

- Risque addictif : Dans une méta-analyse américaine de 2023 étudiant l'impact d'une prescription d'opioïdes pour douleur pariétale/musculaire à la sortie des urgences, il était retrouvé que : ***“Among opioid-naïve patients who received an opioid prescription, 6.8-7.0% reported recent opioid use at 3-12 months after discharge, 4.4% filled ≥ 5 opioid prescriptions and 3.1% filled > 90-day supply of opioids within 6 months.”*** (13)

● Et les méthodes non médicamenteuses ?

Les méthodes non médicamenteuses telles que l'immobilisation, le glaçage, l'utilisation de “chaud” (bouillotte, patch chauffant) sont à évoquer systématiquement lors de la remise de prescription au patient douloureux, afin de favoriser l'épargne médicamenteuse (cf protocole RICE dans l'entorse).

Les méthodes de prévention, notamment pour la lombalgie aiguë et entorses de cheville, sont également à proposer aux patients afin d'éviter la récurrence et la chronicité.

Compréhension du patient sur la gestion douloureuse à domicile et impact sur le moyen terme

Souvent négligées, les explications sur les médicaments prescrits, leur intérêt et effets secondaires, mènent chez les patients ayant subi un traumatisme à une mauvaise gestion de leur douleur à domicile.

En effet, dans l'étude de Goldsmith et al. en 2017 (14), il était dit que **“This study of the experiences and understandings of managing injury pain in recently discharged trauma patients, highlighted that patients were not given adequate information at hospital discharge to make effective decisions about their pain management practices at home [...]”**.

Il était retrouvé dans cette étude notamment une sous-utilisation des antalgiques par peur des effets secondaires ou à cause d'*a priori* sur le médicament prescrit.

Pour conclure

En somme, beaucoup d'antalgiques sont prescrits pour de mauvaises indications à la sortie des urgences, avec des conséquences plus ou moins graves pour les patients. De quoi réfléchir pour mieux prendre en charge nos patients douloureux et limiter les évènements iatrogènes !

Pour aller plus loin sur la gestion de la douleur des patients à la sortie des urgences :

- Romdhane et al. **Mobile Phone-Based Telemonitoring for Improving Adherence to Analgesic Treatment in Trauma Patients After Emergency Department Discharge: A Randomized Controlled Trial.** *Clin J Pain.* 2023 Oct 1;39(10):546-550. doi: 10.1097/AJP.0000000000001145. PMID: 37440334.

Enza

Références :

1) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3145057/fr/dafalgan-paracetamol

2) *Réanimation* (2015) 24:542-550. DOI 10.1007/s13546-015-1109-8

3) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-4950_spasfon_.pdf

4) Corvino A, Magli E, Minale M, Autelitano A, Valente V, Pierantoni GM. *Phloroglucinol-Derived Medications are Effective in Reducing Pain and Spasms of Urinary and Biliary Tracts: Results of Phase 3 Multicentre, Open-Label, Randomized, Comparative Studies of Clinical Effectiveness and Safety.* *Adv Ther.* 2023 Feb;40(2):619-640. doi: 10.1007/s12325-022-02347-3. Epub 2022 Nov 29. PMID: 36443585; PMCID: PMC9898402.

5) Espinosa, N., F., Uebelhart, B., Abrassart, S., *Du bon usage des AINS en traumatologie, Rev Med Suisse,* 2014/436 (Vol.0), p. 1390–1394. URL: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-436/du-bon-usage-des-ains-en-traumatologie>

6) *Considerable uncertainty exists about the clinical efficacy and safety of muscle relaxants. Very low and low certainty evidence shows that non-benzodiazepine antispasmodics might provide small but not clinically important reductions in pain intensity at or before two weeks and might increase the risk of an adverse event in acute low back pain, respectively.*

7) Bartels K, Mayes LM, Dingmann C, Bullard KJ, Hopper CJ, Binswanger IA. *Opioid Use and Storage Patterns by Patients after Hospital Discharge following Surgery.* *PLoS One.* 2016 Jan 29;11(1):e0147972. doi: 10.1371/journal.pone.0147972. PMID: 26824844; PMCID: PMC4732746.

8) Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, Khankel N, Zapata J, Zias E, et al. *Diazepam Is No Better Than Placebo When Added to Naproxen for Acute Low Back Pain.* *Annals of Emergency Medicine.* 1 août 2017;70(2):169-176.e1.

9) Durrieu G, Olivier P, Bagheri H, Montastruc JL; French Network of Pharmacovigilance Centers. Overview of adverse reactions to nefopam: an analysis of the French Pharmacovigilance database. *Fundam Clin Pharmacol*. 2007 Oct;21(5):555-8. doi: 10.1111/j.1472-8206.2007.00499.x. PMID: 17868209.

10) <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/institut-upsa-douleur-programme-urgences-protau-20-prise-en-charge-sujet-age.pdf>

11) Daoust R, Paquet J, Cournoyer A, Piette É, Morris J, Lessard J, Castonguay V, Lavigne G, Huard V, Chauny JM. Opioid and non-opioid pain relief after an emergency department acute pain visit. *CJEM*. 2021 May;23(3):342-350. doi: 10.1007/s43678-020-00041-3. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33959920.

12) Daoust R, Paquet J, Cournoyer A, Piette É, Morris J, Lessard J, Castonguay V, Williamson D, Chauny JM. Side effects from opioids used for acute pain after emergency department discharge. *Am J Emerg Med*. 2020 Apr;38(4):695-701. doi: 10.1016/j.ajem.2019.06.001. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31182367.

13) Chen Q, Maher CG, Han CS, Abdel Shaheed C, Lin CC, Rogan EM, Machado GC. Continued Opioid Use and Adverse Events Following Provision of Opioids for Musculoskeletal Pain in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs*. 2023 Nov;83(16):1523-1535. doi: 10.1007/s40265-023-01941-1. Epub 2023 Sep 28. PMID: 37768540; PMCID: PMC10624756.

14) H. Goldsmith, et al., The experience and understanding of pain management in recently discharged adult trauma patients: A qualitative study, *Injury* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.09.027>



ACTU' : Revalorisation des gardes : c'est gagné !

Bonne nouvelle dans cette actu, la pérennisation de la revalorisation des gardes a enfin été annoncée.

Le 02/11 par le biais du mail suivant envoyé aux syndicats nationaux, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) reconnaît l'implication des internes dans le système français en prononçant la pérennisation de la revalorisation des gardes.

Objet : Revalorisation des gardes au 1er janvier 2024

"Bonjour,

Par le présent mail, je vous confirme que la pérennisation de la majoration du montant des indemnités de garde à hauteur de 50%, annoncée par le Président de la République lors de ses vœux aux professionnels de santé le 6 janvier et réaffirmée par la Première ministre le 31 août, sera également étendue aux étudiants de 3ème cycle à compter du 1er janvier 2024.

Pour mémoire, cette mesure de revalorisation exceptionnelle avait été mise en place au 1er juillet 2022 dans le cadre de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés et a fait l'objet de reconductions successives depuis. Sa pérennisation doit permettre d'ancrer une meilleure valorisation des périodes de travail effectuées la nuit et, le cas échéant, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. En y intégrant les praticiens en formation et non uniquement les praticiens seniors, il s'agit là de réaffirmer la place qu'ils occupent en stage au sein de notre système de santé.

La DGOS et son bureau RH5 reste à votre disposition pour toute question.

Bien cordialement,

Email de la DGOS, novembre 2023"

Cette pérennisation attendue depuis le premier décret le 01 juillet 2022, nous inclut dans le décret global de revalorisation du travail de nuit à l'hôpital.

En pratique, si certains n'ont pas pu lire le magazine d'octobre 2023, voici les salaires bruts que nous percevons et que nous allons continuer de percevoir:

- Gardes en semaines: 231.33€ la nuit, 115.67€ la demi garde
- Gardes de samedi/dimanche/jours fériés et garde supplémentaire: 253.07€ la garde, 126.53€ la demi garde
- Gardes de 24h de dimanche et jours fériés: 506.14 €

A noter que le dernier décret avait reconduit la majoration jusqu'au 31 décembre 2023.

Faustine



TÉMOIGNAGE : Médicaliser le GP Explorer 2 du Mans

Nous vous présentons le témoignage de Romain, ancien VP événementiel de l'AJMU et sénior à Tours depuis novembre en médecine d'urgence, qui a eu la chance cette année de médicaliser de GP Explorer du Mans. On vous emmène avec lui !

Comment me suis-je retrouvé à médicaliser le GP Explorer 2 au circuit du Mans ?

Pour ceux qui ne connaissent pas le GP explorer, il s'agit d'une course de Formule 4, entre créateurs de contenu sur Youtube (ou "youtubeurs"), organisée par Squeezie. La seconde édition s'est tenue comme la première, sur le mythique circuit du Mans. Pour comprendre l'ampleur de l'évènement, le GP explorer c'est 60000 spectateurs + les équipes de courses + les coureurs + les invités des coureurs (les VIP).

Pour commencer, j'ai intégré l'équipe médicale du circuit du Mans.

Comment ai-je fait ? Tout simplement en envoyant ma candidature à l'Automobile Club de l'Ouest (ACO), gestionnaire du Circuit du Mans. Le fait d'être interne n'est pas un frein à la candidature. L'intégration est totalement bénévole avec quelques avantages quand même : places et accès entre autres.

Une fois l'équipe intégrée, il est possible de médicaliser un grand nombre d'évènements comme le GP moto de France, les 24h du Mans voiture, moto, camion, le GP explorer etc.

Parlons un peu plus du GP explorer :

Arrivé le 8 septembre au soir, j'ai pu découvrir les locaux et le circuit avant le jour de la course afin de commencer à prendre mes marques et de pouvoir me familiariser avec le circuit et en comprendre les rouages.

L'équipe médicale du circuit est logée dans un bâtiment au milieu des pistes. Il est composé d'un déchocage, de deux salles d'examen/traumatologie, d'une salle de radiologie, d'une salle avec un kiné et enfin d'une grande salle de contrôle avec un retour de toutes les caméras afin d'avoir un visuel sur l'ensemble du circuit. Cette soirée a également été l'occasion de visiter une partie des paddocks et de voir un exercice d'extraction d'urgence d'une Formule 4. Au cours de ce premier soir, j'ai découvert également une équipe soudée et entraînée avec une grande expérience du terrain qui m'a intégré rapidement.

Nous voici le 9 septembre 2023, jour de course :

La journée commence tôt afin de tout mettre en place et de revoir le planning. Nous nous occupons des pilotes, du staff des pilotes et des VIP. Les spectateurs sont gérés

par les équipes de la protection civile et de la croix rouge. Il y a également une équipe du SMUR du Mans postée sur place pour gérer les urgences du côté des spectateurs.

En termes d'organisation, nous sommes postés en équipe sur la piste, sur les paddocks, ou au déchocage et les box de consultations. Les équipes sur le circuit sont postées à des endroits stratégiques pour pouvoir se rendre au lieu de l'incident le plus rapidement possible. Durant cette journée, j'ai été posté pour les paddocks le matin puis au déchocage l'après-midi. La piste étant réservée à ceux ayant le plus d'expérience.

C'est une journée intense et stressante par l'ampleur de l'évènement, des personnes à prendre en charge, mais aussi par le fait d'être filmé lors des prises en charges médicales sur les pistes. Je vous assure que savoir évaluer un/une pilote pour savoir s'il/elle est capable de reprendre la course, avec ce-dernier/dernière voulant absolument remonter dans sa voiture, n'est pas chose facile. Mais participer à ce type d'évènement a été enrichissant en termes de travail, de prise en charge et de rencontre.

Étant également intéressé par le sport automobile, j'ai pu profiter pendant mes pauses de la course et des différentes animations proposées sur le site.

Je pourrais encore parler longtemps de cette journée mais en résumé, je dirais que c'était une incroyable expérience, dans un cadre extra-ordinaire. C'est également une autre manière d'aborder le sport automobile.

N'hésitez pas contacter l'ACO si médicaliser ce type d'évènement vous intéresse !

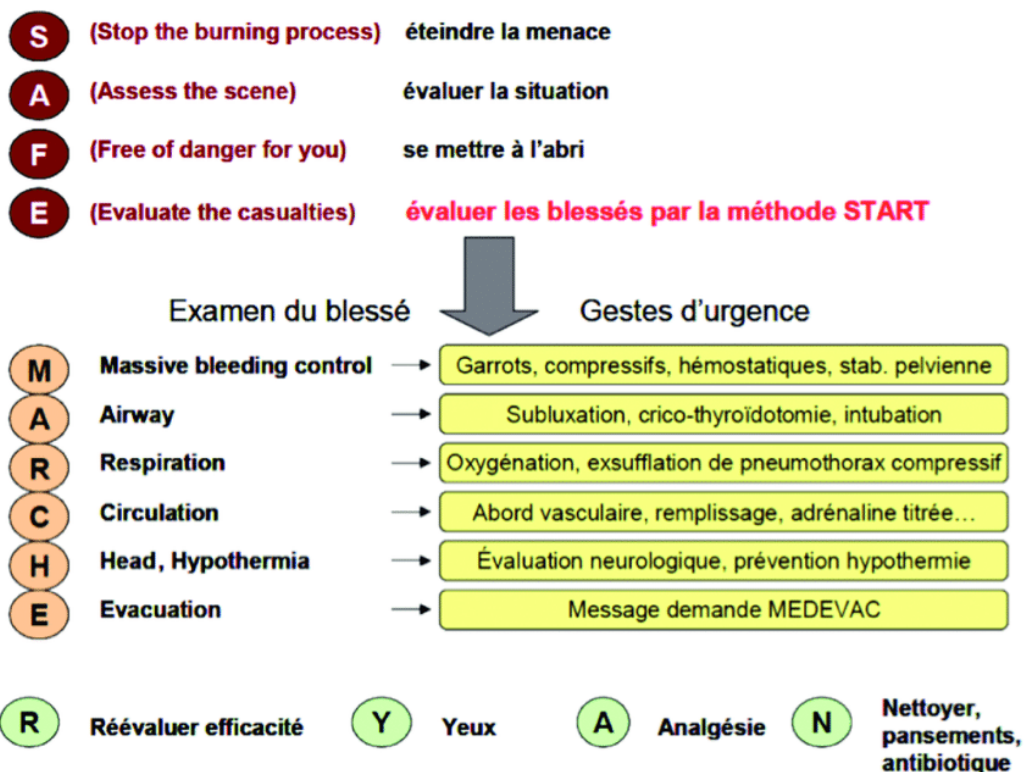
Romain

POINT DE COURS : SAFE MARCHE RYAN

Le point de cours de ce mois de novembre porte sur la méthode standardisée SAFE MARCHE RYAN utilisée en médecine de guerre mais également pour aborder les situations sanitaires exceptionnelles.

Origine :

La méthode **SAFE MARCHE RYAN** a été développée initialement par le Service de Santé des Armées pour la prise en charge des blessés de guerre. Cette technique permet aux soldats de gérer les premières minutes de la prise en charge d'un blessé dans des conditions hostiles (l'extrême avant"). Cette technique permet d'avoir un support standardisé et rapide dans des moments où les capacités de réaction des soignants peuvent être réduites du fait de l'environnement. Cette méthode s'est ensuite étendue à la médecine civile notamment pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, puis à des situations plus "classiques" telles que la prise en charge du polytraumatisé sévère en extra et intra-hospitalier.



Source : la-résilience.fr

SAFE :

S: STOP THE BURNING PROCESS. Il s'agit d'éliminer la menace, en situation de guerre par la riposte armée. Dans toutes autres situations, c'est évaluer la situation, le nombre de blessés, les mettre à l'abri, il s'agit du premier tri des victimes.

A : ASSESS THE SCENE. C'est évaluer la situation de manière globale, le blessé est déplacé dans un endroit sécurisé selon la technique "*pick and run*".

F : FREE OF DANGER FOR YOU. Se mettre en sécurité est primordial, mais également savoir de quel matériel on dispose.

E : EVALUATE. Évaluer rapidement suivant la méthode ABC : airways, bleeding, cognition.

MARCHE :

M : MASSIVE BLEEDING CONTROL. Contrôle des hémorragies massives. La recherche de l'hémorragie se fait par le toucher avec vérification des mains, de la tête aux pieds du patient et de face comme de dos. En fonction de la blessure on peut utiliser la compression directe, le pansement compressif, le garrot tourniquet, la gaze hémostatique.

A : AIRWAY. Retrait des équipements de protection individuelle et libération des voies aériennes supérieures avec des gestes simples.

R : Respiration. Recherche des signes d'insuffisance respiratoire aiguë et d'un éventuel pneumothorax. Vérifier l'intégralité et le soulèvement symétrique du thorax de face, de dos, sur les flancs. Limiter un pneumothorax avec un pansement à valve et si besoin décompression manuelle en retirant le caillot obstruant le pansement à valve, ou exsufflation à l'aiguille.

C : CHOC/CIRCULATION. Recherche du pouls radial, recherche visuelle des signes de choc. Évaluer si des lésions hémorragiques internes sont possiblement présentes. Comprimer les plaies. L'administration de l'EXACYL peut se faire à ce moment de la prise en charge.

H : HEAD/HYPOTHERMIA. Rapide évaluation neurologique, recherche d'éventuelles lésions et prévention de l'hypothermie (couverture de survie ou chauffante). Examen neurologique succinct avec réflexe photomoteur, déficit sensitif à minima, puis s'assurer que le blessé bouge le moins possible pour ne pas majorer d'éventuelles lésions.

E : EVACUATION. Étape d'évacuation rapide. Réassurance morale. Si extériorisation des viscères, ne pas les rentrer mais les rincer afin d'éviter le dessèchement puis les couvrir d'un film plastique. Stabiliser les éventuels corps étrangers par exemple lors d'un empalement. Trouver une solution d'évacuation, du type brancard avec sangle ou filet.

Le **MARCHE** doit être effectué en moins de 5-10 minutes.

RYAN :

R : RÉÉVALUATION. Recommencer le **MARCHE** pour s'assurer de ne rien avoir oublié et que les soins prodigués sont encore efficaces (garrot inefficace par exemple)

Y : YEUX et OREILLES. Inspection oculaire avec rinçage si nécessaire. Préserver la vue du patient, ne pas retirer de corps étranger, rincer, protéger via un pansement imbibé de sérum physiologique sans comprimer.

A : ANALGESIE/ANTIBIOTHERAPIE. Traitement de la douleur avec recours éventuel à une syrette de morphine (tous les soldats disposent en général d'une syrette de 10 mg de morphine à s'injecter eux-mêmes en cas de blessure). Pose d'éventuelles attelles, refroidissement des brûlures. Antibiothérapie si indiqué (par amoxicilline-acide clavulanique 1g IV le plus souvent)

N : NETTOYAGE. Nettoyer les plaies et les désinfecter avec les solutions adéquates. Changement des pansements si nécessaire.

CONCLUSION :

Vous savez maintenant tout de cette méthode. Elle vous permettra de mieux appréhender aussi bien les interventions sur patient polytraumatisé que lors des situations sanitaires exceptionnelles.

Faustine

Références :

- 1) <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/safe-marche-ryan-bons-gestes-souver-vie>
- 2) <https://mouton-resilient.com/secourisme-safe-marche-ryan/>
- 3) <https://www.la-resilience.fr/2019/12/organiser-ses-moyens-de-secours-avec-marche-ryan/>

AGENDA

Pour ne rien louper ! Les listes de Diplômes Universitaires (DU) auxquels tu peux prétendre sont listées sur notre site internet AJMU.

Evénements AJMU



Notre prochaine assemblée générale aura lieu le 13-14 janvier 2024.

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 11 décembre 2023** : Les outils du préhospitalier
- **Lundi 8 janvier 2024** : Un patient "dangereux", est-ce que ça existe vraiment ?

Congrès et formations

POUR LES MÉDECINS THÉSÉS WIN FOCUS – Formation à l'échographie clinique d'urgence

Programmes et inscriptions sur ce lien :

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



23^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest : du 1^{er} au 2 décembre 2023 à Bordeaux

Inscription : <http://www.jupso.fr>



USIC 2023 : du 7 au 8 décembre 2023 à Issy-les-Moulineaux (proche Paris)

Lien d'inscription : <https://www.usic.sfcadio.fr/inscription>



Tarifs d'inscriptions	avant le 20-nov-2023	à partir du 20-nov-2023
Plein Tarif - Médecin <i>Médecins de toutes spécialités</i>	350 Euros	450 Euros
Tarif Préférentiel - Paramédical <i>sur upload d'un justificatif (2)</i>	150 Euros	200 Euros
Tarif réduit - Interne DES ou Etudiant DIU USIC 2023/2024 <i>sur upload d'un justificatif (1)</i>	30 Euros	30 Euros

**Conférence de consensus 2023 : L'Oxygénothérapie
Le 13 décembre à la Maison de la Réanimation à Paris**

Lien d'inscription : <https://www.srlf.org/civicrm-event/645>

Oxygénothérapie au cours de l'Insuffisance Respiratoire Aiguë

Date: 13 décembre 2023

Emplacement: Maison de la Réanimation
(48, Avenue Claude Vellefaux
PARIS
75010)

Catégorie: Journée

Thème: Respiratoire / Ventilation

Organisation: SRLF

Public: Jeune, Médecin, Paramédical

« Les jeudis de l'urgence » par le SMUR BMPM à Marseille



LES JEUDIS DE L'URGENCE

04 95 05 40 82

lesjeudisdelurgence@gmail.com

BATAILLON DE MARINS-POMPIERS DE MARSEILLE
137, boulevard de Plombières - 13003 MARSEILLE

www.smurbmpm.fr



Certaines journées sont organisées en présentiel et d'autres en visioconférence. Cela est mentionné pour chaque journée sous son titre. Pour les journées organisées en présentiel, l'inscription en ligne ou par téléphone est obligatoire 48 heures avant la date de la réunion. Il est possible que les conditions des repas proposés notamment le prix soit modifié en fonction de la situation économique. Vous en serez informé si tel est le cas par courrier électronique et sur le site de MERMED (SMURBMPM). Les journées seront organisées dans le strict respect des gestes barrières.

LIEU : KEDGE BUSINESS SCHOOL, EUROMED Management,
Domaine de Luminy, rue Antoine Bourdelle, 13009 MARSEILLE
(face à la caserne de marins-pompiers de LUMINY)

HORAIRES : 9h à 12h30 / 14h à 16h

TARIFS : participation 5€, repas 10€

JEUDI 23 NOVEMBRE 2023

URGENCES GYNÉCO-OBSTÉTRICALES

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Dr PRADEL (BMPM) • Président : Dr DESSEAUVE (Gynécologue Obstétricien, maternité de la Croix Rousse, Hospices civils de Lyon, université Claude Bernard Lyon 1)

MATIN

- **Prise en charge des métrorragies en urgence ; de la régulation aux urgences.** Dr TOURETTE (Gynécologue Obstétricienne, Hôpital de la Conception, Marseille)
- **Accouchement inopiné en pré-hospitalier.** Dr PRADEL (BMPM)
- **Accouchement dystocique.** Dr DESSEAUVE (Gynécologue Obstétricien, maternité de la Croix Rousse, Hospices civils de Lyon, université Claude Bernard Lyon 1) et Dr GACHON (Gynécologue Obstétricien, Centre GynécoMarseille et Clinique Bouchard, Marseille)
- **ATELIERS PRATIQUES**
- **Ateliers accouchement eutocique, dystocique avec le concours des gynécologues précités et de Mme BINTZ, sage-femme à l'hôpital de la Conception.**

JEUDI 14 DÉCEMBRE 2023

PRÉPARATION AUX GRANDS ÉVÉNEMENTS

EN VISIOCONFÉRENCE, SESSION COMMUNE AVEC LA BSPP

Coordinateur : MC FRANCHINI (BSPP), MC GALANT (BMPM) • Président : Pr VIVIEN (SAMU 75)

- **Comment les jeux se préparent à la crise ?** Dr MAUGER (Comité d'Organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques COJOP Paris 2024)
- **Mouvements de foule : y faire face.** Pr SOULAT (SAMU 35)
- **Comment la BSPP se prépare au risque NRBC ?** Médecin de classe exceptionnelle FONTAINE, (BSPP)
- **Apport de la simulation en inter services : l'expérience Marseillaise des test events.** MC VIDAL (BMPM)

JEUDI 18 JANVIER 2024

PARAMÉDICALISATION ET URGENCES

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Dr MARTIN (BMPM) et MP COUREON (Infirmière, BMPM)
Président : Pr YORDANOV (PUPH à la Sorbonne et SAU St-Antoine, APHP)

MATIN

- **IPA Urgences : de la théorie à la pratique.** Pr YORDANOV (PUPH à la Sorbonne et SAU St-Antoine, APHP) et Mr BOIS (IPAU, Clinique Via Dominica, Lunel)
- **TEIH : mode dégradé ou réponse graduée ?** Mr DEHAYE (Infirmier, SAMU 13)
- **Mes premiers pas en recherche clinique : du questionnement à l'élaboration d'un projet.** Mme TIBERTI (IPAU, CH Aix-en-Provence)
- **Stratégie de mise en place des VLI à la BSPP : méthode, enjeu et perspectives.** ADC PALLIER (Cadre de santé, Bureau de médecine d'urgence BSPP)
- **ATELIERS PRATIQUES**
- **Cathéter intra-osseux** par TELEFLEX
- **Tubes laryngés LTSD** par IDM médical
- **VVP échoguidée** par générateur électrique encadré par le Dr BALAZ (BMPM), Mr SOGHOMONIAN et Mme ABELAUD (Infirmiers, réanimation polyvalente Hôpital Nord, Marseille)

JEUDI 15 FÉVRIER 2024

PETITE HISTOIRE DE LA MÉDECINE D'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE, D'ICI ET D'AILLEURS

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : Dr LARGER (BMPM) • Président : Dr LAFORGE (Médecin CMA CGM, Marseille)

- **Il était une fois le SMUR.** Dr LAFORGE (Médecin CMA CGM, Marseille)
- **Le SMUR du BMPM, l'histoire d'une vie.** Dr MEYRAN (Conseiller sortant au BMPM)
- **250 ans d'histoire du service de santé des pompiers de Paris.** Pr PRUNET (Anesthésiste-réanimateur des Hôpitaux des Armées, professeur agrégé du Val de Grâce, Chef du service d'anesthésie, chef du Pôle Bloc opératoire/anesthésie / réanimation / urgences, HIA Laveran, Marseille)
- **ESCRIM, outil pionnier devenu modèle (fragile) de la réponse médicochirurgicale face à des catastrophes internationales.** MC KEDJIERE-WICZ (Médecin chef à l'USC-7, Brignoles)
- **Historique du Magen David Adom, présentation de l'organisation et stratégies de secours employées en matière d'urgence pré hospitalières.** Mr KLEIN (Directeur du département internationale MDA, Israël)

JEUDI 14 MARS 2024

URGENCES ET CARDIOLOGIE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC VAINOYE (BMPM)
Président : Pr TABOULET (Service de cardiologie, Hôpital Saint-Louis, Paris)

MATIN

- **Insuffisance cardiaque aigue : stratégie thérapeutique.** Dr MOYSE (Service de cardiologie et SAMU 13, Hôpital La Timone, Marseille)
- **Cardioversion en pré-hospitalier.** Pr RENARD (Professeur agrégé du val de grâce, Médecin chef adjoint du BMPM)
- **Stratification des risques du SCA non ST*.** Dr DEHARO (Service de cardiologie, Hôpital La Timone, Marseille)
- **Équivalent SCA ST*.** Pr TABOULET (Service de cardiologie, Hôpital Saint-Louis, Paris)
- **ATELIERS PRATIQUES**
- **Intérêt de l'échographie dans la prise en charge de la dyspnée.** Dr MARKARIAN (SAU La Timone, Marseille)
- **L'ECC.** Pr TABOULET (Service de cardiologie, Hôpital Saint-Louis, Paris)

JEUDI 11 AVRIL 2024

LES ACTUALITÉS DE LA MÉDECINE D'URGENCE EN INFECTIOLOGIE

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : MP MARTINEZ-LORENZ (BMPM) • Président : MC SAVINI (Chef de service du service de pathologies infectieuses et tropicales, HIA Laveran, Marseille)

MATIN

- **Les épidémies : un game changers sociétal ?** MC SAVINI (Chef de service du service de pathologies infectieuses et tropicales HIA Laveran, Marseille)
- **L'oxygénothérapie haut débit dans les Ambulances de Réanimation : les avancées du COVID-19.** Dr ARNAUD (PH, SAMU 13)
- **No Time to Die.** MP LE DAULT (Service de pathologies infectieuses et tropicales, HIA Laveran, doctorant à l'Unité d'immunopathologie IRBA, Brétigny-sur-Orge)
- **Arrêtés d'être septiques sur le sepsis en pré-hospitalier.** Dr JOUFFROY (PhD, PHTP, médecine intensive réanimation, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne)
- **Les arboviroses aux portes des SAU en métropole.** MC JAVELLE (PhD, unité de parasitologie et entomologie IRBA, Service de pathologies infectieuses et tropicales, HIA Laveran, Marseille)

JEUDI 16 MAI 2024

JOURNÉE DE MÉDECINE SUBAQUATIQUE ET HYPERBARE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC HAAR (BMPM) • Président : Pr BLATTEAU (Service de Médecine hyperbare et d'expertise Plongée HIA Ste-Anne Toulon) et Dr COULANGE (Centre hyperbare de Sainte-Marguerite, Marseille)

MATIN

- **Accident de désaturation : actualités et régulation médicale.** Pr BLATTEAU (SMHEP - HIA Ste-Anne, Toulon)
- **Cédème pulmonaire d'immersion : apport de l'échographie et principe de prise en charge.** Dr MORIN (SMHEP - HIA Ste-Anne, Toulon)
- **Prise en charge des urgences hyperbares sans immersion.** Dr COULANGE (Centre hyperbare de Sainte-Marguerite, Marseille)
- **Le labyrinthe des abysses : oreille et plongée.** Pr MORVAN (ORL - HIA Ste-Anne, Toulon)
- **État des lieux sur les thérapeutiques hyperbares hors plongée.** Dr POUSSARD (Centre hyperbare de Sainte-Marguerite, Marseille)
- **ATELIERS PRATIQUES**
- **Prise en charge d'une victime dans la grotte COSQUER.** SOS AQUA BMPM - MP CLIMENT (BMPM)
- **Stand statique :** présentation du matériel de relevage nautique et du matériel de plongée en Surface Non Libre (SNL)
- **Cas cliniques et QUIZZ sur les accidents de plongée.** Dr HAAR (BMPM) et Dr MORIN (SMHEP - HIA Ste-Anne, Toulon)

JEUDI 13 JUIN 2024

JOURNÉE DU SECOURISME

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Une affiche paraîtra ultérieurement avec le programme

Ces journées sont réalisées avec l'aimable soutien de :



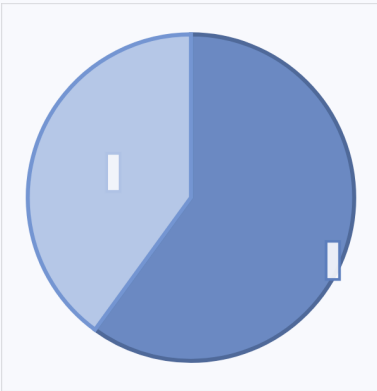
PÊLE MÊLE : Imagerie d'urgence de la céphalée

En ce début de semestre, on se creuse les méninges et on pense céphalées !
Nous vous laissons découvrir le topo radiologique de notre partenaire **IMADIS**.

Symptôme fréquent de consultation aux urgences, avec une grande majorité de céphalées dites primaires (sans cause reconnue) et/ou secondaire d'origine extra-neurologique (exemple : fièvre, HTA...), ne nécessitant aucun examen d'imagerie particulier, il ne faudra néanmoins pas banaliser la potentielle **céphalée secondaire neurologique** qui pourra représenter une véritable urgence thérapeutique.

Avec notre partenaire IMADIS, nous proposons pour cet opus de balayer le spectre des céphalées secondaires, commenté par un radiologue !

• QUELQUES CHIFFRES CLEFS !



- o **60%** de céphalées **PRIMAIRES** : sans cause identifiée (céphalées de tension, migraines...)
- o **40%** de céphalées **SECONDAIRES**, mais seulement 5% de céphalées **SECONDAIRES NEUROLOGIQUES**, qui devront bénéficier d'une imagerie

• QUELS SONT LES **RED FLAGS** QUI DEVRONT MOTIVER UN EXAMEN D'IMAGERIE ?



- o Céphalée nouvelle, différente de celles connues ou considérée comme la « pire de tous les temps »
- o Nausées et vomissements
- o Troubles neurologiques focaux : déficit sensitif et/ou moteur, ataxie, réponse pupillaire anormale
- o Céphalées matinales au réveil ou changements de posture
- o Confusion ou somnolence
- o Troubles de vigilance
- o Nouveaux maux de tête chez les plus de 50 ans

- **Les 7 QUESTIONS SYSTÉMATIQUES :**

1. Début des symptômes ? **caractère récent**
2. En combien de temps la douleur a-t-elle été maximale ? **apparition soudaine (coup de tonnerre) – rapidement progressive**
3. Expérience nouvelle ou différente de la céphalée ? **caractère inhabituel**
4. Quelle circonstance au moment du début des symptômes ? **effort physique, traumatisme...**
5. Symptômes associés ? **fièvre, épilepsie, déficit focal, troubles de la vigilance...**
6. Contexte particulier ? **grossesse, > 50 ans, chimiothérapie, substances vasoactives, traitement anticoagulant...**
7. Caractère positionnel ? **céphalées soulagées ou aggravées par le décubitus ?**

- **6 SITUATIONS CLINIQUES A DEPISTER à l'examen clinique**

1. Troubles de la vigilance ?
2. Fièvre ?
3. HTA ?
4. Syndrome méningé ?
5. Pathologie ORL ?
6. Déficit neurologique focal : moteur, sensitif, diplopie, anomalies pupillaires ou du champ visuel ?

- **QUEL BILAN D'IMAGERIE ?**

- **SCANNER AVEC INJECTION :**

- **Idéal dans le contexte d'urgence**, du fait de sa disponibilité et haute performance diagnostique
- Comporte une hélice sans injection pour dépister le sang frais en particulier, une sinusite, une hydrocéphalie...
- Comporte une phase artérielle devant inclure les carotides internes à partir de leur origine jusqu'au vertex, pour éliminer un anévrisme, une dissection, une disparité de calibre (vascularite dont SVCR)
- Comporte une phase veineuse précoce (45-60 secondes) pour recherche de thrombose veineuse
- Peut comporter dans certains cas particulier un temps parenchymateux (3-5 minutes) pour l'étude du rehaussement d'une masse intra-crânienne par exemple

o SCANNER SANS IV ?

- OUI mais seulement si forte suspicion de sinusite maxillaire simple.
- Les autres présentations cliniques doivent motiver une injection de produit de contraste iodé.

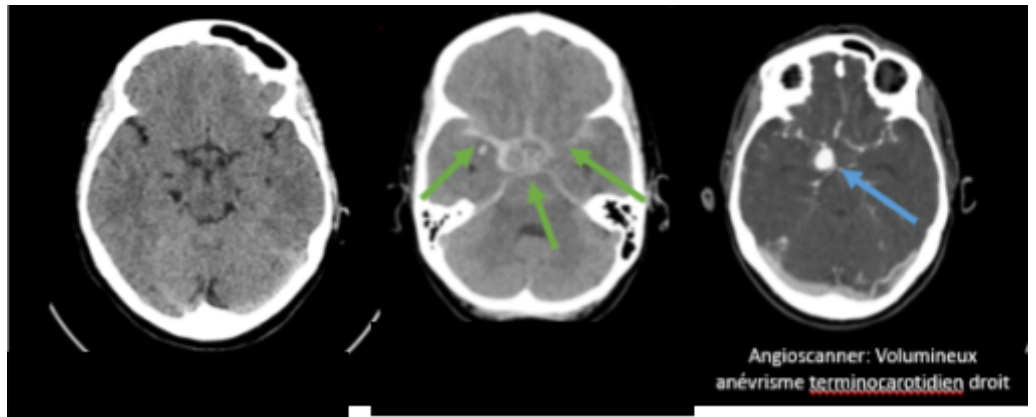
o IRM SANS ET/OU AVEC INJECTION

- Difficilement disponible en nuit profonde et en urgence
- A peine plus performant que l'angioscanner
- Doit être privilégiée dans la population pédiatrique et chez les femmes jeunes et/ou enceintes
- Apporte une plus-value diagnostique concernant quelques rares étiologies
- L'injection n'est pas systématique

● LES GRANDES CAUSES À NE PAS RATER

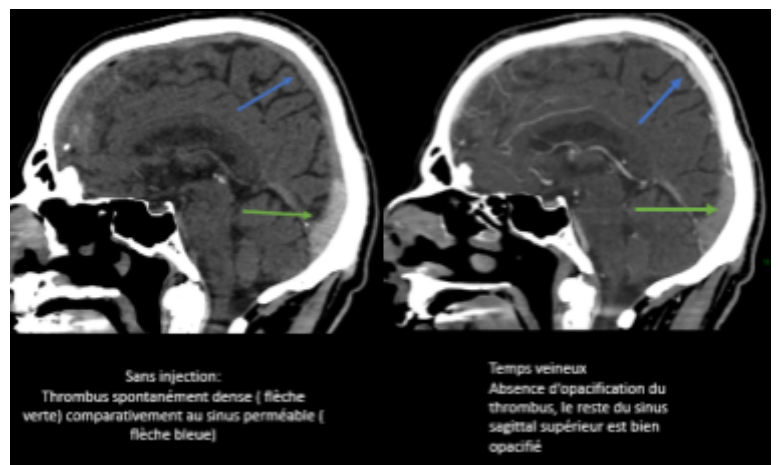
o Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée

- Epanchement hématique dans les espaces sous-arachnoïdiens
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- **Hyperdensité** dans les espaces méningés sous-arachnoïdiens
- Visible sur le scanner **SANS INJECTION**
- 70-80% : rupture d'un anévrisme intra-crânien
- Angioscanner cérébral **indispensable**



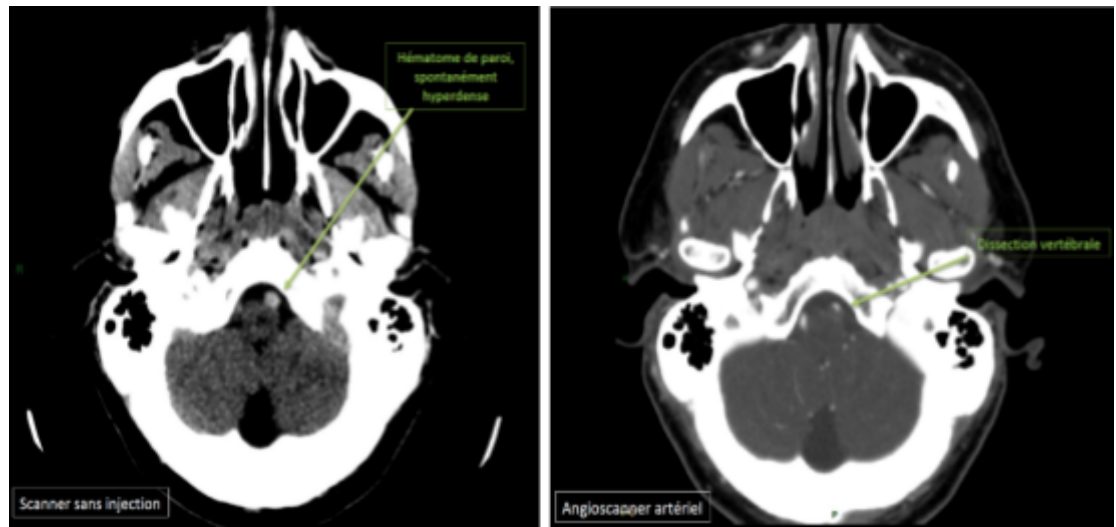
o Thrombose veineuse cérébrale

- Thrombus cruorique au sein d'une veine cérébrale et/ou d'un sinus dural
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Hyperdensité spontanée d'un sinus dural ou d'une veine
- « Signe du delta » avec hypodensité triangulaire et défaut d'opacification du sinus après injection
- Peut s'associer à un hématome ou un ramollissement ischémique sans systématisation artérielle, souvent satellite de la thrombose



o Dissection artérielle

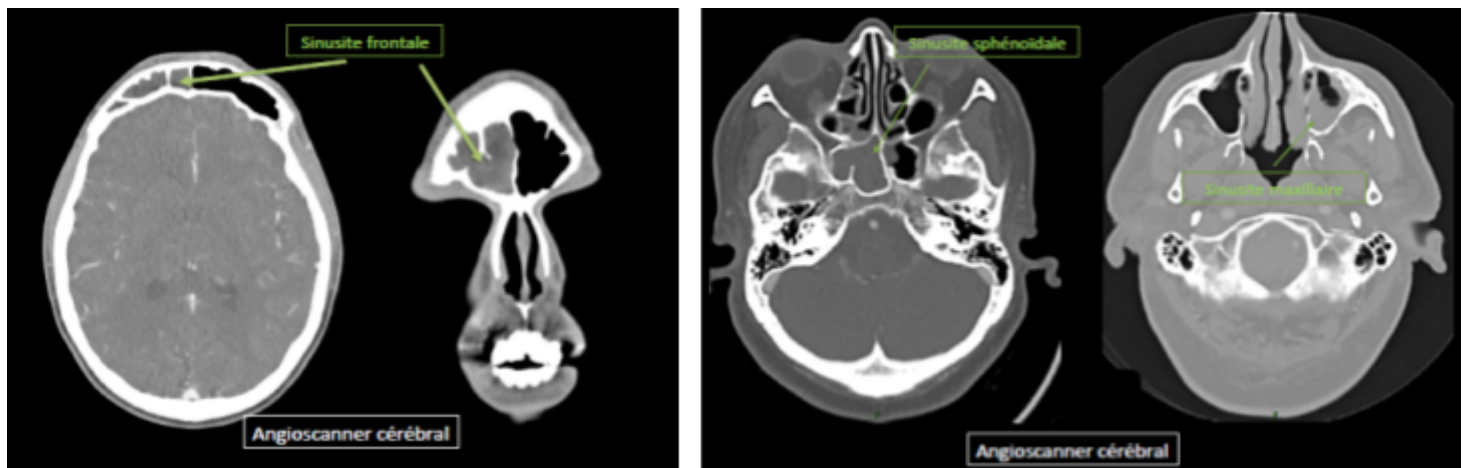
- Cervicalgies, céphalées, signe de Claude Bernard Horner...
- Injection indispensable en scanner
- Imagerie : augmentation du calibre global du vaisseau, diminution de la lumière interne voir occlusion, visualisation d'un hématome de paroi (hyperdensité spontanée de la paroi au TDM mieux vu en IRM) ou d'un flap endoluminal.
- Recherche d'ischémie parenchymateuse associée



• D'autres causes !

- Sinusites :

- Comblement des cavités sinusiennes
- Avec possible niveau hydro-aérique
 - Contenu sinusien spumeux

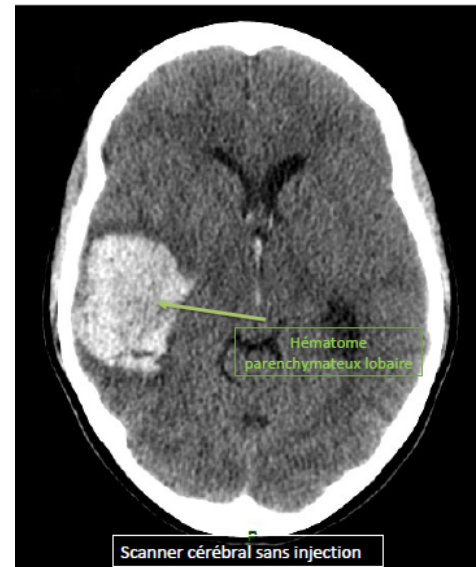
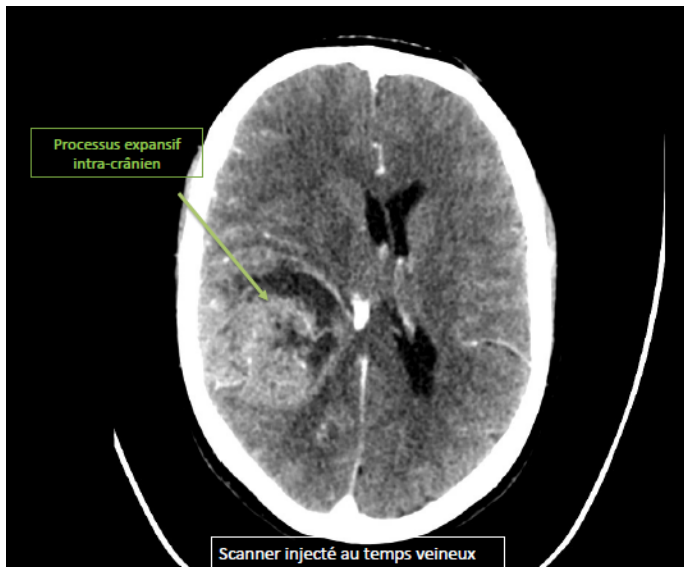


- **Processus expansifs intracrâniens :**

- Lésion intra ou extra-axiale, qui peut être visible en contraste spontané
- Intérêt de l'injection +++ pour caractérisation.

- **Hématome lobaire :**

- Lésion spontanément dense, non réhaussée par l'injection de contraste
- Injection permet de rechercher une lésion vasculaire sous-jacente (artérielle ou veineuse)



Un peu de lecture ?

- The International Classification of Headache Disorders : <https://ichd-3.org/>
- <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/>
- French Guidelines For the Emergency Management of Headaches : <https://www.em-consulte.com/article/1069460/alertePM>

Vous souhaitez voir des cas d'imagerie d'urgence annotés ? N'hésitez pas à consulter la page Imaios d'IMADIS : <https://www.imaios.com/fr/e-cases/imadis-imagerie-d-urgence/l-imagerie-d-urgence>

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 ◆



« **LUPIN** » de Isabelle Degeorges, Nathan Franck, Martin Jaubert, disponible sur Netflix.

La série à succès française est de retour pour une 3ème saison. Entre intrigues, humour et rebondissements, elle captive toujours l'œil du public. Sans trop de complexité, elle réussit encore et toujours à nous faire découvrir la vie de Lupin avec des mises en scène dignes de la littérature. La saison 3 s'achève en donnant l'espoir d'une saison 4...

Faustine

« **TAPIE** » de Laurent Lafitte, disponible sur Netflix .

N'étant pas vraiment une aficionado des séries politiques, j'ai vraiment été happé par le jeu d'acteur de Laurent Lafitte et le scénario haletant durant l'entièreté de la série. Je recommande vivement cette série même si le personnage de Bernard Tapie ne vous passionne pas, Netflix nous le vend, comme à son habitude, très bien.

Clarisse



◆ Livres ◆

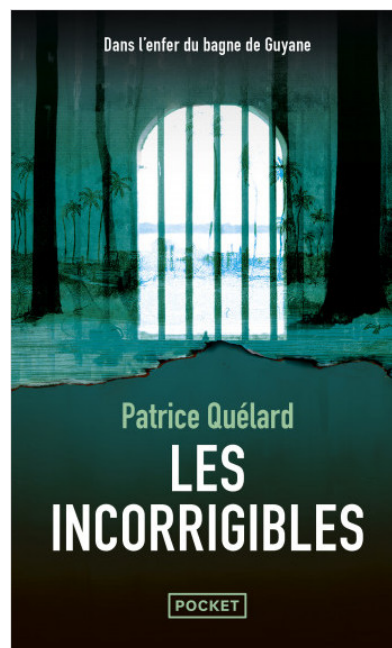
« *Les incorrigibles* » de Patrick Quélard

Ce roman historique nous plonge au cœur des tristement célèbres bagnes de Guyane autour des années 1920.

Les bagnards étaient des êtres humains, souvent innocents, bafoués par un système pénitentiaire injuste comme c'est retranscrit ici.

Je recommande ce livre pour tout féru d'histoire mais également pour les plus curieux , il permet de percevoir les limites du système français. Le descriptif du bagne et de la végétation sauvage autour est si authentique, que l'on comprend la difficulté d'une possible évasion, et l'acceptation par certains bagnards de voir leurs Droits De l'Homme être autant inexistantes .

Faustine



RECETTES FACILES ET RAPIDES : Cake à la banane

Nouvelle rubrique pour **prendre soin de notre corps**. En tant qu'urgentiste, concentré sur notre travail, on oublie souvent l'impact de notre alimentation sur notre corps. Il est parfois difficile de ne pas manger sur le pouce entre deux patients. Cette rubrique a pour but de vous proposer plats et desserts rapides à cuisiner (qui seront toujours meilleurs que les plats industriels de l'hôpital !). Recettes **gourmandes, healthy, économiques**, au fil des magazines il y en aura pour tous les goûts. N'hésitez pas à nous partager vos merveilleuses recettes sur contact@ajmu.fr pour les ajouter à la rubrique si le cœur vous en dit.

Quoi de mieux qu'un bon cake à la banane pour débiter un nouveau semestre plein d'énergie ? A déguster sans modération, en dessert, goûter, en-cas de garde ou devant un bon film de Noël.

Cake à la banane

Ingrédients :

- 3 bananes bien mûres de taille moyenne 🍌	- 50g de lait 🥛
- 200g de farine	- 1 sachet de levure chimique
- 100g de sucre	- 2 c. à s. d'huile 🥄 🥄
- 2 oeufs 🥚	

Recette :

- 1) **Préchauffer** le four à 180° (thermostat 6)
- 2) **Écrasez** 2 bananes et demi avec une fourchette dans un récipient assez grand pour contenir toute la préparation. Garder la moitié de la banane pour plus tard.
- 3) **Cassez** les œufs (gare aux coquilles, pas très digestes), puis mélanger les œufs avec le sucre et les bananes.
- 4) **Ajouter** le lait et l'huile
- 5) **Incorporez** la farine petit à petit, et place aux biscottes pour tout mélanger ! Un peu de sport, ça fait du bien. Pour ceux qui ont des crampes aux bras, vous pouvez aussi passer le tout au mixeur
- 6) C'est l'heure de mettre la levure et de recommencer à mélanger pour avoir une préparation bien homogène
- 7) **Remplissez** votre moule en silicone avec la préparation. Si vous n'avez pas de moule en silicone, un moule beurré suffit ! Couper le reste de banane mit de côté en morceaux et disperser les au milieu de la pâte.
- 8) **Enfournez** au four 30-35 minutes. Enfoncez délicatement la pointe de votre couteau dans le cake, s'il ressort intact c'est cuit. Plus qu'à déguster !



Pour les plus gourmands : à la fin de l'étape 7, vous pouvez rajouter quelques morceaux de chocolat dans la préparation.

Faustine

LE SAVIEZ-VOUS ? : Anecdote de la médecine d'urgence d'autrefois

Un petit retour dans le passé, ça vous tente ? Chaque mois, nous vous ferons désormais (re)découvrir d'anciennes méthodes de soin en médecine d'urgence, de la préhistoire aux temps modernes.

Les saignées

Établie par Hippocrate au Ve siècle avant J.C., la théorie des humeurs est à la base de la pratique des saignées. En effet, celui-ci avait établi que la bonne santé d'un individu reposait sur l'équilibre de quatre humeurs : la bile, le sang, le flegme et la bile noire. Lorsque l'une de ces humeurs se retrouvait en excès ou manque, il y avait alors apparition d'un déséquilibre et donc d'une maladie.

Les saignées, pratiquées pour de multiples motifs médicaux par "excès de sang", avaient également leur place en médecine d'urgence !

En effet, on lit dans l'ouvrage du Professeur Georges François, *Histoire de la saignée* : "Sur certaines illustrations, on dénombre jusqu'à quarante points de saignée. On saignait la veine frontale pour les maux de tête, à l'angle de l'œil pour les ophtalmies ou à la base de la langue pour les maux de gorge. On saignait au cou la veine jugulaire dans l'asphyxie des noyés."



Source : Histoire de la saignée, Professeur Georges François

Une pensée pour les asphyxiés qui n'ont pas dû bénéficier de cette méthode très longtemps !

Enza

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces détaillées d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet : <https://ajmu.fr/postes/>

- ◆ **Le CHU de la Pitié-Salpêtrière** recherche un CCA pour un poste partagé de recherche et clinique via le FHU IMPEC (IMproving Emergency Care) à **partir de Novembre 2023**



Crédit photo : icm-institute.org

- ◆ **L'Hôpital Pitié-Salpêtrière (HEGP) à Paris** recherche des **médecins urgentistes** pour agrandir leurs équipes, avec une activité mixte SAU/SMUR.

- 48000 patients par an
- 4 boxes de déchoquage, 11 boxes d'examen au circuit long, un circuit court
- UHCD de 20 lits avec 1 médecin senior et 2 internes
- Un médecin d'accueil et d'orientation
- Plateau technique de très haut niveau sur place
- Activité adulte exclusive diversifiée : cardiologie, pneumologie, oncologie, infectieux, chirurgie, vasculaire ... (pas de neurologie)
- Trauma center, SOS main, SOS aorte
- Plages de 10h ou 14h, demi garde
- Présence d'Internes de médecine d'urgence, de gériatrie et de médecine générale, Docteurs Juniors et étudiants hospitaliers



Crédit photo :hopital-georgespompidou.aphp.fr

- ◆ **Les Urgences du CH Alpes Léman en Haute-Savoie recherchent des médecins urgentistes (AS, PHC, PH).**



Crédit photo : c.a.u.e - Haute Savoie

Pratique polyvalente SAU, SMUR, UHCD
90 passages en basse saison, 170 en haute saison

- ◆ **Le SAU du GH de Montelimar recherche des PH urgentistes pour agrandir son équipe avec une activité mixte SAU/SMUR.**

54000 passages par an / 900 sorties SMUR
8 déchocs, 11 box circuit long, 6 box circuit court, 16 lits d'UHCD
6 internes/DJ par semestre environ



- ◆ **Les urgences pédiatriques de l'Hôpital de Pau recrutent un pédiatre ou médecin généraliste avec formation en urgences pédiatriques, à partir du mois de novembre 2023. Le projet étant de monter une garde H24 aux urgences, en plus du pédiatre de garde en réanimation.**



Crédit photo : www.larepubliquespyrenees.fr

Le service accueille les urgences pédiatriques médicales, chirurgicales, et la traumatologie (22 000 passages par an).

- 4 salles de consultations, dont une dédiée aux sutures et plâtres
- 1 salle de prise en charge des urgences vitales
- 1 salle d'accueil et d'orientation du patient
- ZSTCD

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

