

AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :

Dans les pensées d'une interne en médecine d'urgence

Actu :

Monkeypox, le retour

Congrès URGENCES 2024

Point cours :

Aplasie médullaire

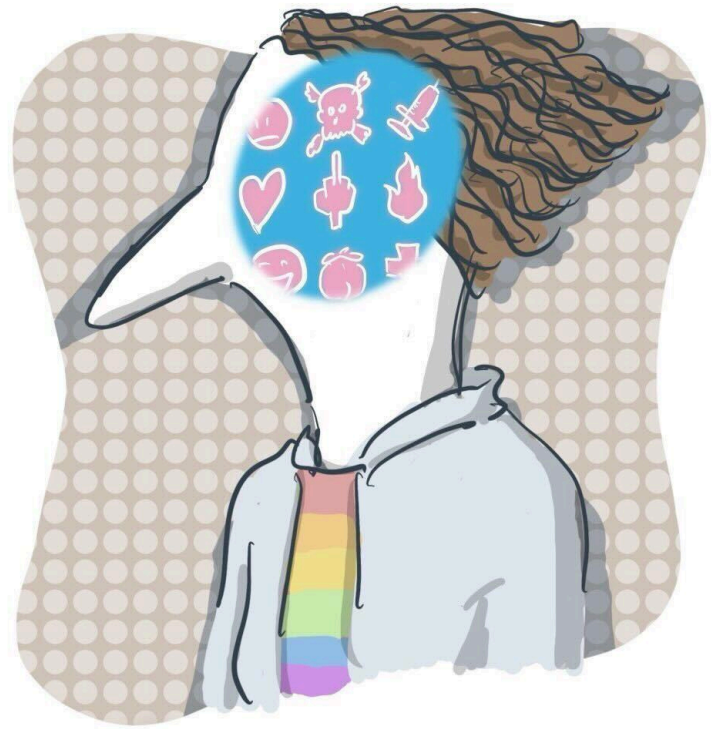
Agenda

Recommandations culturelles

Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS

Idées recettes rapides

Partenaires





Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Quoi de mieux en ces derniers jours d'août que de découvrir enfin notre magazine d'été ?

Entre confessions d'interne, cours, actu, imagerie et recommandations culinaires et culturelles, nous vous laissons partir à l'aventure page après page, en espérant que cela vous plaise autant qu'à nous.

Bonne rentrée !

Enza et Faustine



SOMMAIRE

Dossier : <ul style="list-style-type: none">● <i>Dans les pensées d'une interne en médecine d'urgence</i>	<i>p.3</i>
ACTU : <ul style="list-style-type: none">● <i>Monkeypox, le retour</i>	<i>p.5</i>
Congrès URGENCES 2024	<i>p.8</i>
POINT DE COURS : <ul style="list-style-type: none">● <i>Aplasie médullaire</i>	<i>p.10</i>
AGENDA : congrès et formations	<i>p.16</i>
PÊLE-MÊLE : <ul style="list-style-type: none">● <i>Traumatisme crânien de l'adulte</i>	<i>p.18</i>
ON A VU, ON A LU	<i>p.29</i>
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE : Gratin de courgettes	<i>p.31</i>
ANNONCES	<i>p.32</i>
PARTENAIRES	<i>p.35</i>



Dossier : Dans les pensées d'une interne en médecine d'urgence

Me voilà sur un banc au staff de réanimation. 19 lits de réa, 12 lits d'USC. C'est long. On discute des cas complexes. Pas de limitation thérapeutique aujourd'hui. J'adore ce stage mais mon cœur reste aux urgences. L'ambiance si particulière me manque. C'est aux urgences que j'ai compris ce qu'était le vrai travail en équipe. Du cas le plus simple au plus compliqué, il est important de rester soudés. Pas de barrière entre médecins et paramédicaux, nous ne sommes rien l'un sans l'autre.

J'ai su assez tôt que je voulais être urgentiste, au début de mon externat. S'en est suivi 3 ans de « mais pourquoi ? » « tu vas regretter » « tu ne tiendras pas jusqu'à tes 50 ans vu le rythme de travail » « va en anesth-réa ! ». J'ai persisté dans mon choix, enchaîné les gardes dans différents SAU parisiens et SMUR, et ce que j'ai découvert ensuite m'a rassurée sur mon futur et la charge de travail. Un temps de travail maximal de 48h/semaine globalement respecté, gardes de 12h possibles voir imposées, temps de travail partagé entre SAU, SAMU et régulation... Ainsi que le travail en dehors des structures hospitalières, les événements sportifs, EVASAN, pompiers, spécialisation avec les DU permettant d'être autonome sur la traumatologie, l'échographie, et bien plus encore. La médecine d'urgence est une jeune spécialité où il reste encore tout à faire, avec des possibilités infinies de recherche et d'axes d'amélioration de prise en soin des patients. Je me sens honnêtement perdue, c'est difficile de faire des choix avec cet internat qui passe si vite, projeté dans une année de DJ à être considéré sénior. J'ai peur de mal faire, de ne pas être assez formée, de ne pas savoir gérer la pression en situation critique, de perdre l'envie d'apprendre et de m'améliorer avec le temps.

Je suis en 4ème semestre et j'ai l'impression qu'il me reste tout à apprendre. Apprendre mon métier mais aussi apprendre des gens. Je suis reconnaissante de la confiance des patients. Je suis heureuse d'être en première ligne, de rassurer, consoler mais aussi rire avec les patients.

Je tente de garder le cap dans un système de santé qui s'effondre, où la maltraitance devient parfois inévitable, où la violence s'incruste dans un lieu où elle n'a pas sa place. Comme beaucoup d'entre nous, j'ai expérimenté les insultes et les violences physiques de la part de patients et proches, mais bien que inacceptables c'est autre chose qui m'attriste et reste dans mes pensées en lendemain de garde. J'ai honte de ne pas pouvoir donner un plateau repas aux patients, souvent âgés, passant des heures à attendre aux urgences. Ça ne rentre pas dans le budget, il paraît. J'ai honte de laisser des patients en détresse contentionnés pendant des heures dans des

locaux inadaptés en attente d'une place en psychiatrie. J'ai honte de laisser repartir chez eux des patients plâtrés à cloche-pied car le stock de béquilles est épuisé.

Parfois, il suffit de petites choses qui redonnent du sens : apporter un café à un patient qui attend depuis plus de 24h sur un brancard, soulager une douleur, entendre un « merci pour votre travail », prendre le temps de discuter avec les patients et écouter tout un tas d'histoires passionnantes et variées. Chaque jour est différent et apporte son lot de surprises. Mais nous sommes sans cesse rattrapés par le manque de moyen, l'impression de tout donner et de quand même foncer dans un mur.

Il y a ces gardes où j'ai ri aux éclats et celles où j'ai pleuré dans un recoin de couloir. Ces nuits où l'on assiste impuissant à la précarité, en sachant que nos efforts sont vains (entre nous, qui n'a jamais subtilisé une boîte de médicament dans la pharmacie pour que le patient puisse suivre son traitement ?). Voir revenir des patients, de plus en plus faibles et vulnérables le temps passant, puis un jour ne plus les voir du tout et savoir.

Notre métier c'est avoir son cœur plongé dans un océan et tenter de naviguer à vue. C'est serrer dans ses bras un nourrisson dans le bureau médical alors que sa maman se fait hospitaliser pour une dépression post-partum. C'est prendre la main d'une personne âgée pour l'accompagner dans ses derniers instants de vie. C'est voir des vies bouleversées par un accident de la route le jour de Noël. Perpétuellement jongler entre urgence vitale et tri 5, entre choc hémorragique et otite, entre panaris et ACR. Nous payons le prix d'une médecine de ville débordée et des lits d'aval qui ferment d'année en année. "Désolé de venir aux urgences, je ne savais pas où aller". Tous les jours. Est-ce qu'on peut vraiment leur en vouloir ? Je n'en sais rien. Après tout, nous faisons simplement face au reflet de la société.

Enza



ACTU' : Monkeypox, le retour

Actualité de cet été, nous allons nous pencher sur la résurgence de l'épidémie Monkeypox. En 2022, un état d'urgence de santé publique de portée internationale avait été déclarée suite à la propagation des cas dans de nouveaux pays notamment par rapports sexuels. Cette épidémie avait pris fin en mai 2023 suite à la baisse soutenue des cas dans le monde.

Ce 14 août, l'OMS déclenche de nouveau un état d'urgence de santé publique de portée internationale. Le Dr. Tedros directeur de l'OMS déclare : « L'émergence d'un nouveau clade (NDLR : variations du virus) de la mpox, sa propagation rapide dans l'est de la République Démocratique du Congo (RDC) et la notification de cas dans plusieurs pays voisins sont très préoccupantes. Si l'on ajoute à cela les épidémies imputables à d'autres clades de la mpox en RDC et dans d'autres pays d'Afrique, il est clair qu'une action internationale coordonnée est nécessaire pour enrayer ces épidémies et sauver des vies. »

Le Monkeypox virus c'est quoi ?

C'est un virus faisant partie des orthopoxvirus, classe regroupant également la variole. Après l'éradication de celle-ci, le Monkeypox virus est devenu l'orthopoxvirus le plus fréquent. Découvert pour la première fois en 1958 chez des simiens, le premier cas humain date de 1970 en République démocratique du Congo (RDC). L'incidence de ce virus est en augmentation ces dernières années, notamment dans les pays d'Afrique centrale (6000 cas par an en RDC). On différencie deux clades, le clade 1 en Afrique centrale/Congo et le clade 2 qui sévit préférentiellement en Afrique de l'Ouest. A l'épidémie de 2022, de nouveaux cas de clade 2 sans importation retrouvée ont été déclarés en Amérique du Nord, et en Europe.

Transmission :

La transmission du Monkeypox virus est initialement en lien avec les animaux tels que les rongeurs et des primates. La contamination fait suite à la consommation de viande insuffisamment cuite, de contact muqueux ou avec les liquides biologiques. La transmission interhumaine a lieu suite à des contacts prolongés par gouttelettes et contact.

Symptomatologie clinique :

Incubation de 5 à 21 jours. Suivie d'une phase fébrile durant de 1 à 3 jours puis une éruption cutanée pouvant atteindre toutes les parties du corps notamment cuir chevelu, paumes/plantes et muqueuses. Cette éruption est caractérisée par des vésicules/pustules ombiliquées puis la formation de croûtes cicatricielles dans un délai de 2 à 14 jours.



D'autres symptômes peuvent accompagner cette éruption tels qu'une asthénie, des céphalées, des maux de gorge, des courbatures et la présence de ganglions cervicaux ou inguinaux.

Les principaux risques sont : sepsis, surinfection, compression ORL, forme digestive, encéphalite, atteinte cornéenne.

A noter que le patient est contagieux durant toute la symptomatologie clinique.

Diagnostic :

Le diagnostic s'effectue grâce au prélèvement cutané par écouvillonnage des principales lésions mais également par prélèvement oropharyngé. Les tests RT-PCR feront le diagnostic.

De nombreux diagnostics différentiels sont à éliminer notamment les herpes virus, la variole, la rougeole, les infections cutanées bactériennes, la syphilis, la dermatite bulleuse, la gale ou les allergies.

Conduite à tenir:

En premier lieu, réalisation d'une déclaration obligatoire à l'ARS, puis identification précoce des cas contact en collaboration avec l'ARS.

Un vaccin est disponible depuis la première épidémie de Monkeypox Virus. Il peut être proposé aux cas contact dans les 4j suivant la contamination, au maximum dans les 14 jours par un schéma de deux doses (recommandations HAS).

Les précautions gouttelettes + contact sont recommandées .

Le traitement est quant à lui symptomatique dans la majorité des cas. Dans de rares cas, des antiviraux seront utilisés après avis du Haut Conseil de Santé Publique.

Situation en France :

En France, 107 cas ont été recensés du 1^{er} janvier 2024 au 30 juin 2024. Aucun cas de clade 1 n'a encore été déclaré et aucun décès à déplorer.

Une vaccination préventive est proposée pour :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples ;
- Les personnes en situation de prostitution ;
- Les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux.

Cette vaccination s'appuiera sur un schéma de deux doses espacées de 28 jours. La vaccination des professionnels de santé exposés n'est pas recommandée mais elle pourrait être envisagée au cas par cas.

Situation dans le monde :

En Afrique, 14 250 cas dont 456 décès ont été rapportés entre le 1^{er} janvier 2024 et le 28 juillet 2024. Le foyer principal étant toujours la République Démocratique du Congo avec 96.3% des cas, dont uniquement des souches de classe 1 (variant découvert en 2023 de transmission principalement sexuelle).

Ces dernières semaines, le Monkeypox virus a été déclaré pour la première fois en Ouganda, Burundi, Rwanda, Kenya, Côte d'Ivoire. En Europe, un premier cas d'importation de Monkeypox de clade 1 a été déclaré le 15 août 2024.

Conclusion:

L'incidence du Monkeypox virus progresse et le clade 1 pourrait être à l'origine de cette nouvelle vague épidémique. L'accès aux vaccins est facilité pour les pays à faible revenu pour enrayer celle-ci. En France, la surveillance de cette infection a été renforcée par Santé Publique France. Rappelons que le risque d'infection par un clade 1 est considéré comme faible en Europe d'après Santé Publique France même si quelques cas pourraient apparaître comme en Suède.

Faustine

Références :

- <https://www.who.int/fr/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/infections-sexuellement-transmissibles/cas-groupes-d-infection-par-le-virus-monkeypox#:~:text=Du%201er%20janvier%20au%2030%20mai%20et%2021%20en%20juin>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/mpox/donnees/#tabs>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/epidemies-de-mpox-point-sur-la-situation-sanitaire-et-preparation-du-systeme-de-sante-francais>
- https://www.has-sante.fr/icms/p_3351443/fr/monkeypox-une-vaccination-preventive-proposee-aux-personnes-les-plus-a-risque-d-exposition
- https://www.has-sante.fr/icms/p_3340419/fr/monkeypox-vacciner-les-adultes-et-professionnels-de-sante-apres-une-exposition-a-la-maladie
- <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/20240817-fichempox-soignant-v-actual.pdf>

Congrès URGENCES 2024 : nous y étions !

Chaque année se tient le congrès Urgences à Paris. Comme à notre habitude, nous vous faisons un retour sur le rendez-vous des Urgences à ne pas manquer.

En pratique :

Le congrès s'est tenu au palais des congrès Porte Maillot. Plus de 6000 personnes étaient présentes durant ces 3 jours de congrès du 5 au 7 juin 2024. Des urgentistes de la France entière se donnent rendez-vous chaque année, pour le plus grand congrès sur le thème de la médecine d'urgence. La participation au congrès est bien évidemment payante. Pour les internes, c'est 50 euros si adhérents à la SFMU et 100 euros hors adhésion. Bon à savoir : si vous êtes en stage aux urgences, il est possible de bénéficier des badges pris par certains chefs de service, n'hésitez pas à vous renseigner pour l'année prochaine. Par ailleurs, certains syndicats prennent en charge les inscriptions aux congrès; renseignez-vous !



Edition 2024 :

Votre asso préférée était bien évidemment de la partie. La grande majorité de notre bureau était présente pour vous faire découvrir la réalité virtuelle en collaboration avec l'association des gynécologues-obstétriciens ainsi que distribuer des goodies. Nous souhaitons remercier la SFMU de nous avoir d'ailleurs permis d'avoir un stand sur cette belle édition.

Des conférences riches, des ateliers pratiques et des animations de qualité étaient au programme de cette édition.



Nous avons testé pour vous la Sono's Cup qui était la nouveauté à ne pas manquer cette année. Le principe était simple et importé des Etats-Unis ; des équipes s'affrontaient dans des épreuves loufoques en lien avec l'échographie. Par exemple, nous avons dû faire une FAST-écho avec des gants de boxe. L'équipe de l'AJMU composée de Capucine TEDESCO

(past-présidente), Maya KHADRAOUI (VP communication) et Clarisse LE GUIFF (présidente), a réussi à se hisser à la 4ème place et nous avons même remporté un échographe.




Soirée des Jeunes Médecins Urgentistes (SAJ'MU) :

Pour la deuxième année consécutive, l'AJMU a également organisé la Soirée Annuelle des Jeunes Médecins Urgentistes. Vous avez été très nombreux à répondre à l'appel. La soirée avait lieu au Papa Cabane en face de l'Accor Arena Bercy. Ce moment de convivialité a permis de clôturer ce congrès de la meilleure des façons. Nous avons déjà hâte de la prochaine édition !



Maya et Clarisse



POINT DE COURS : Aplasie médullaire

Cette nouvelle édition marque le début de nouveaux points cours sur les maladies rares. En effet, vous pourrez retrouver dans chaque magazine à partir de ce jour une des fiches Orphanet Urgences. Mais les fiches Orphanet Urgences c'est quoi ? C'est un regroupement des recommandations pratiques de la prise en charge des malades atteints de maladies rares appliqué aux urgences. Elles sont produites par le Centre de Référence des Maladies Rares, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), l'Agence de la Biomédecine (ABM), et des associations de patients. Ces fiches sont mises à jour régulièrement, vous pourrez les retrouver sur www.orpha.net.

Aplasie médullaire :

Fiche de régulation SAMU :

Mécanismes

Ensemble de pathologies, auto-immunes, constitutionnelles ou iatrogènes, caractérisées par une diminution de la population de cellules souches hématopoïétiques médullaires et de la production des cellules sanguines matures, responsables le plus souvent d'une pancytopénie. Les symptômes sont liés à la diminution de la production des cellules sanguines par la moelle osseuse : anémie, saignements, infections

Risques particuliers en urgence :

Fièvre, Anémie, Syndromes hémorragiques, Risques iatrogènes

Traitements fréquemment prescrits au long cours

Souvent pas ou peu de traitement. Parfois : antibiotiques et antifongiques, chélateurs du fer, greffe de cellules souches, Immunosuppresseurs.

Pièges

Fièvre et ses étiologies variées. Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière. Pas de spécificité.

En savoir plus

- Fiches Orphanet Urgences : www.orphanet-urgences.fr
- Centre de référence des aplasies médullaires acquises et constitutionnelles : service d'hématologie - greffes, hôpital St-Louis, Paris
- Autres sites internet utiles : <https://marih.fr/>

Recommandations en urgence :

- Fièvre + neutropénie < 0,5 G/L :
Avis hospitalier + hospitalisation en urgence + antibiothérapie par voie intraveineuse ;
- Mauvaise tolérance hémodynamique : avis d'un réanimateur ;

- AM acquise + neutropénie < 0,5 G/L :

Prophylaxie antifongique par posaconazole ou voriconazole ; dans les AM constitutionnelles, où le risque d'infection fongique semble moindre, cette prophylaxie doit être évaluée, au cas par cas, et selon la sévérité de la neutropénie

> **Situation d'urgence 1** : fièvre liée à la neutropénie (infections : septicémies, méningites, méningoencéphalites, diarrhées, arthrites, ostéomyélites, abcès, infections cutanées, myocardites...)

1. Mesures diagnostiques en urgence :

▪ Éléments cliniques du diagnostic

Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$; Infection cutanée ; Syndrome méningé ; Diarrhée ; Arthrite septique ; Souffle cardiaque ; Foyer pulmonaire.

▪ Évaluer la gravité

Fièvre chez un patient neutropénique : Fièvre mal tolérée avec frissons ; Fièvre résistante aux antibiotiques à 48h d'évolution ; Fièvre $> 38,5^{\circ}\text{C}$, ne cédant pas aux antipyrétiques, chez un patient avec une voie veineuse centrale ; Choc septique (marbrures, hypotension artérielle, tachycardie) ;

Angine ulcéro-nécrotique ou résistante aux antibiotiques ; Insuffisance rénale aiguë ; détresse respiratoire ; Coma ; Défaillance cardiaque (infection virale aiguë-myocardite, endocardite).

▪ Explorations en urgence

Hémocultures (au moins 2 séries) sans retarder le début de l'antibiothérapie ; ECBU ; Antigénuries pneumocoque - Legionella ; ECBC si expectoration ; Prélèvement nasal : virus respiratoires en période d'épidémie [grippe, virus respiratoire syncytial (VRS), coronavirus...], voire PCR multiplex ; Ponction lombaire (PL), si signes neurologiques ; Hémocultures sur dispositif intraveineux de longue durée (DIVLD) ; Gazométrie artérielle, si nécessaire, en fonction de la saturation en oxygène ; Coproculture si diarrhée.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

▪ Monitoring

Courbe thermique ; Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO₂), fréquence respiratoire (FR).

▪ Mesures symptomatiques

Traitements symptomatiques et antalgiques classiques ; isolement protecteur.

▪ Traitements spécifiques : traitement anti-infectieux en urgence

- Antibiothérapie IV probabiliste à large spectre, après prélèvements microbiologiques, à discuter avec l'hématologue référent, en cas de signes de gravité

(céphalosporines de 3e génération, aminoside si suspicion d'infection à staphylocoque ou cocci Gram positif non staphylococcique ;

- Antiviral (oseltamivir) si suspicion de grippe ;

-Traitements adaptés, selon les recommandations actualisées, si infection à Covid-19...

Situation d'urgence 2 : anémie

1. Mesures diagnostiques en urgence

▪ Éléments cliniques du diagnostic

Pâleur cutanéomuqueuse avec ictère ou subictère ; Coloration des urines (foncées / porto en cas d'hémolyse), douleurs lombaires ± fièvre ou symptômes ; Conscience ; Retentissement cardiovasculaire : tachycardie, lipothymie ; Dyspnée ; Difficultés à parler.

▪ Évaluer la gravité

Gravité clinique : Douleur thoracique (ischémie coronarienne) et/ou signes d'insuffisance

cardiaque ; État de choc, signes circulatoires (fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence cardiaque, marbrures...) ; Troubles de la conscience - score de Glasgow (pédiatrique si enfant < 5 ans) ; Voies aériennes ; Signes respiratoires ; Hémorragie extériorisée (saignement gynécologique abondant, épistaxis, etc.) ou interne (cérébro-méningée, abdominale) ;

Fièvre, foyer infectieux (qui peut majorer le risque anémique).

Gravité biologique de l'anémie :

Constitution rapide (vitesse de déglobulisation = - 2 points en quelques heures).

▪ Explorations en urgence

Taux d'hémoglobine - groupes sanguins - agglutinines irrégulières (RAI) ; Radiographie du thorax ; ECG.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

▪ Monitoring

Courbe thermique, Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène

(SpO₂), fréquence respiratoire (FR).

▪ Mesures symptomatiques

Transfusion : concentré globulaire en cas d'intolérance clinique ou à titre systématique, si taux d'hémoglobine < 7 g/dL (seuil plus élevé, en cas de saignement actif, de mauvaise tolérance clinique, > 60 ans, en cas d'antécédent de cardiopathie ischémique ou chez les femmes enceintes) ;

Oxygénothérapie systématique, pour obtenir une saturation à 100 % ; chélation.

- Traitements spécifiques
Pas de traitement spécifique.

Situation d'urgence 3 : hémorragies liées à la thrombopénie

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic

Risque hémorragique spontané : si plaquettes < 10 G/L, thrombopathie associée, traitement anticoagulant ou antiagrégant associé, ou processus favorisant un saignement (lésion digestive, HTA mal contrôlée...).

- Évaluer la gravité

Bulles hémorragiques endobuccales ; Troubles neurologiques faisant suspecter un saignement intracrânien.

- Explorations en urgence

NFS-plaquettes, réticulocytes (prévenir le laboratoire du diagnostic) : interpréter le taux de plaquettes selon le taux habituel du patient ;

Bilan pré-transfusionnel : groupe, rhésus, phénotypage érythrocytaire (si non disponible) - RAI (recherche d'agglutinines irrégulières) ; Hémostase : TP, TCA, fibrinogène ;

Selon l'orientation clinique : imagerie, si suspicion d'hémorragie profonde (discuter avec le radiologue pour programmer l'examen le plus adapté) : TDM cérébral ou du massif facial - TDM abdomino-pelvienne ;

Fond d'œil, si anomalies du champ visuel.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring

Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO₂) ; Conscience, score de Glasgow (pédiatrique, si enfant < 5 ans) ; Voies aériennes, signes respiratoires ;

Abondance et évolutivité d'une hémorragie extériorisée (ménométrorragies, épistaxis...) ou interne (cérébro-méningée, abdominale: examen clinique minutieux).

- Mesures symptomatiques

Restaurer l'hémodynamique, si anémie ou hypovolémie associée :

- Remplissage : sérum physiologique ou soluté cristalloïde balancé type isofundine en attendant les concentrés de globules rouges / CGR ;

- Contre-indiquer les gestes invasifs susceptibles d'aggraver les saignements :

- Pose d'une voie veineuse profonde ; pose d'une perfusion veineuse dans un site où artère et veine sont proches ou impossible à comprimer (jugulaire interne, pli du coude, fémorale) ;

- Injections intramusculaires (voie sous-cutanée possible, avec injection sur la face externe du bras, suivie d'une compression locale prolongée (10 minutes) ;
- Prise de température rectale ; rasage ;
- Contre-indication de l'aspirine, des AINS et des anticoagulants, en l'absence d'indication formelle (infarctus récent avec angioplastie, valve cardiaque mécanique).

▪ Traitements spécifiques

- Transfusion concentrés plaquettaires (CP) : en cas de saignement patent (purpura extensif, hémorragie cutanéomuqueuse, épistaxis, hématurie...), si thrombopénie < 10 G/L, via l'hématologue référent ou l'urgentiste du centre hospitalier d'accueil ;
- Contacter l'Établissement français du sang (EFS) et la pharmacie hospitalière pour : plaquettes et/ou de culot globulaire (si anémie associée, aggravation rapide ou mal tolérée) : Concentré de Plaquettes d'Aphérèse (CPA) / concentré de plaquettes standard (CPS) : 1 UI/10 kg poids, avec évaluation du rendement ;
- Risque d'allo-immunisation ;
- Contacter les services spécialisés à mobiliser selon la localisation du saignement : neuro-imagerie, neurochirurgie, gastro-entérologie, gynécologie, radiologie interventionnelle vasculaire...

Orientation

> Transport du domicile vers le service d'accueil des urgences

▪ Où transporter ?

- La régulation pré-hospitalière (Samu, centre 15) est parfois nécessaire et permet d'orienter la destination hospitalière selon la gravité et/ou la pathologie décompensée (unité de soins intensifs, de réanimation, soins intensifs de cardiologie, service d'urgence...), pour une prise en charge optimale sans transfert secondaire ;
- Aux urgences du centre hospitalier du centre de référence maladies rares ou centre de compétence, ou d'un CHU comportant un service d'hématologie, par admission directe après accord préalable entre praticiens ;
- Pour les urgences potentiellement vitales, l'orientation vers le centre hospitalier de proximité est possible, lorsque celui-ci dispose d'un service de réanimation et des compétences et plateaux techniques nécessaires ;
- Contacter un médecin expert senior du centre de compétence régional qui a la connaissance de ces structures peut aider à la régulation.

▪ Comment transporter ?

- En ambulance non médicalisée ou un vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité.

▪ Quand transporter ?

- Immédiatement si urgence vitale ou fonctionnelle.

> Orientation au décours des urgences hospitalières

▪ Où transporter ?

Médecine, chirurgie, soins continus ou réanimation selon l'atteinte.

▪ Comment transporter ?

- En ambulance non médicalisée ou vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité ;
- La décision du choix du transport (terrestre ou hélicoptère) revient au régulateur selon le lieu où se situe le patient (accessibilité, distance par rapport aux différents CH) et selon la gravité du patient.

▪ Quand transporter ?

- Une fois la situation clinique stabilisée ;
- Le patient ne doit pas quitter une structure d'urgence sans un avis au moins téléphonique auprès d'un médecin senior expert pour cette maladie.

Et pour en savoir plus sur les numéros en cas d'urgence, les mesures préventives et le don d'organe, vous pouvez retrouver la fiche complète ci-après :

http://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/fr/AplasiaMedullaire_FR_fr_EMG_ORPH_A182040.pdf

Faustine



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 les 12-13 octobre 2024. Ce sera l'AG de passation avec un changement de bureau.

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 9 septembre 2024** : Commission jeune - prise en charge transversale du brûlé
- **Lundi 14 octobre 2024** : Urgences cardiologiques
- **Lundi 12 novembre 2024** : Nouveautés dans la gestion des voies aériennes

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_allevents&task=display&view=event&layout=default&ei=211:cours-dinitiation-a-lechographie-durgence-44-03-2023&Itemid=87



**Congrès de la Société Française de Médecine Polyvalente
Les 3 et 4 octobre à Paris**

Informations pratiques : medpocongres.com



**Congrès de la Société Française
de Médecine Polyvalente**

3 & 4 octobre 2024 Espace REUILLY PARIS

MEDPOcongres.com **#SoMEDPO**

**Les JTI par la SFMU - Urgences vitales : gestion de la première heure
les 16-17-18 octobre 2024 à Rennes**

Inscription : <https://jti.sfm.u.org/inscrivez-vous-aux-journees-de-la-sfm/u/>

Tarif interne adhérent SFMU : 100€



**JOURNÉES
THÉMATIQUES INTERACTIVES**
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE
URGENCES VITALES : GESTION DE LA PREMIÈRE HEURE

**16.17.18
OCTOBRE
2024**

RENNES
COUVENT DES JACOBINS
Centre des congrès
de Rennes Métropole
www.jti.sfm.u.org

sfmu
Société Française de
Médecine d'Urgence

**CMU
BREIZH**

PÊLE-MÊLE : Traumatisme crânien de l'adulte

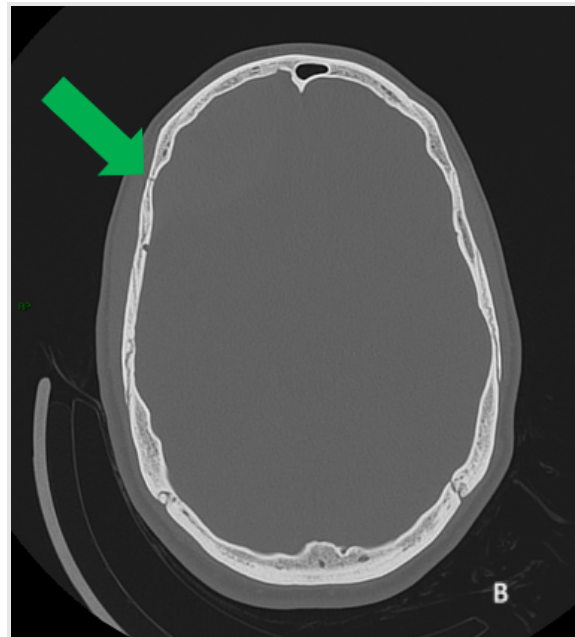
Les traumatismes crâniens constituent un problème majeur de santé publique car ils représentent la 3ème cause de décès dans la population générale, après le cancer et les affections cardiovasculaires. Dans la population jeune adulte (15-24 ans), les TC représentent même la 1ère cause de décès et d'invalidité. Le scanner est l'imagerie de référence du TC. Disponible 24h/24 et 7j/7, il permet d'effectuer un bilan lésionnel rapide, précis et d'orienter la prise en charge des patients traumatisés crâniens.

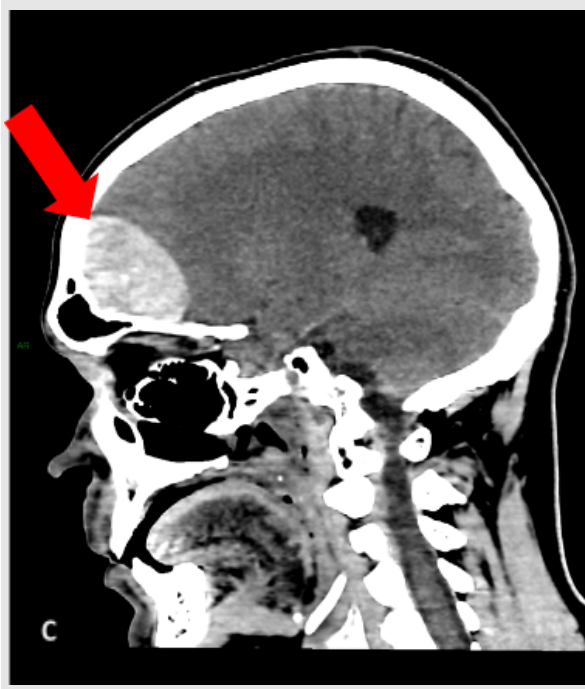
Sauf exception, cet examen est réalisé sans injection de produit de contraste avec une reconstruction en filtre mou pour l'analyse du parenchyme cérébral et des espaces péri-cérébraux et une reconstruction en filtre os pour l'analyse des pièces osseuses.

Voici une revue de cas didactiques illustrant quelques affections traumatiques typiques accompagnées avec de brèves données physiopathologiques et quelques implications cliniques :

Cas n°1

- Patiente de 25 ans présentant un traumatisme crânien avec brève perte de connaissance initiale suivi d'un intervalle libre de quelques heures puis d'une dégradation rapide de la vigilance, Glasgow 12
- Scanner cérébral sans injection en coupes axiales (*a*, *b* et *d*), sagittales (*c*), avec reconstruction en filtre mou (*a*, *c* et *d*) et en filtre os (*b*)





Collection extra-axiale frontale droite spontanément dense en lentille biconvexe ne traversant pas les scissures osseuses, correspondant à un **hématome extra-dural**.

Trait de fracture de l'os frontal droit.

En *a*, *c* et *d*, important effet de masse sur le lobe frontal droit qui se voit refoulé mais sans signe actuel d'œdème cérébral et sans déviation des structures de la ligne médiane ni d'engagement cérébral.

POINT CLE

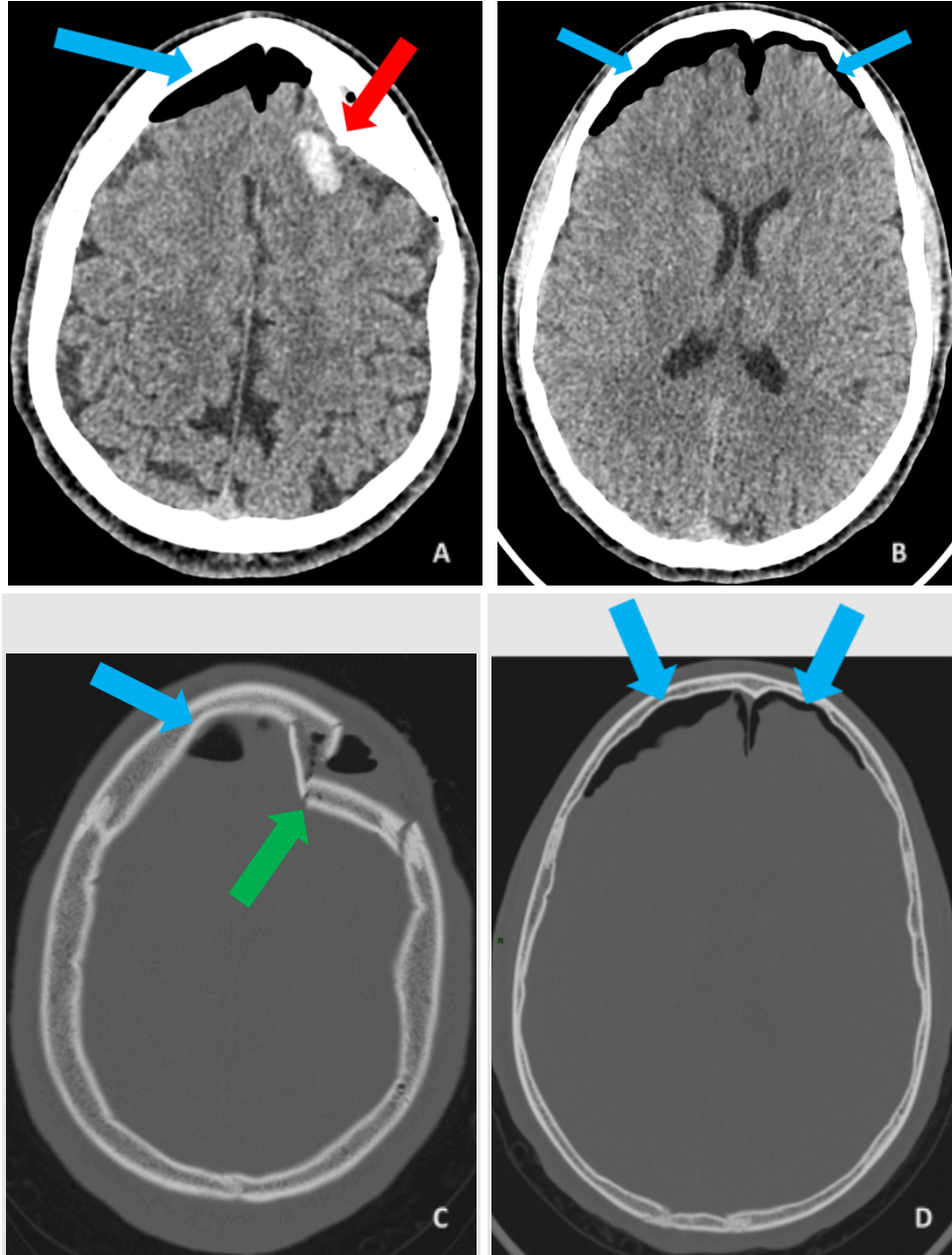
L'hématome extra-dural est une urgence neurochirurgicale. En imagerie, il représente environ 2 à 3% des traumatisés crâniens.

Il s'agit d'une collection hématique localisée dans l'espace épidural, c'est-à-dire entre la table interne de la voûte crânienne et le feuillet externe de la dure-mère. Du fait de sa localisation anatomique, il ne traverse pas les scissures osseuses (zones de solides attaches de la dure-mère) sauf s'il existe une fracture ou un diastasis à ce niveau.

Il résulte d'un saignement artériel dans 90% des cas (plaie de l'artère méningée moyenne ou de ses branches) et d'un saignement veineux dans 10% des cas (plaie d'un gros sinus veineux).

Cas n°2

- Patient de 30 ans présentant un traumatisme crânien, Glasgow 13
- Scanner cérébral sans injection en coupes axiales, avec reconstruction en filtre mou (a et b) et en filtre os (c et d).



On retrouve une **contusion œdémato-hémorragique** frontale gauche située en regard d'une **fracture de l'os frontal gauche** avec enfoncement des pièces osseuses = **embarrure**. Sur toutes les images on voit une **importante pneumocéphalie** des convexités frontales antérieures droite et gauche.

POINT CLE

Une **embarrure** est une fracture avec enfoncement résultant d'un choc violent appliqué sur une faible surface, avec dépression au niveau du point d'impact et propagation centrifuge de l'onde de choc.

Les lésions associées sont fréquentes :

→ **Les lésions de coup en regard de la fracture**

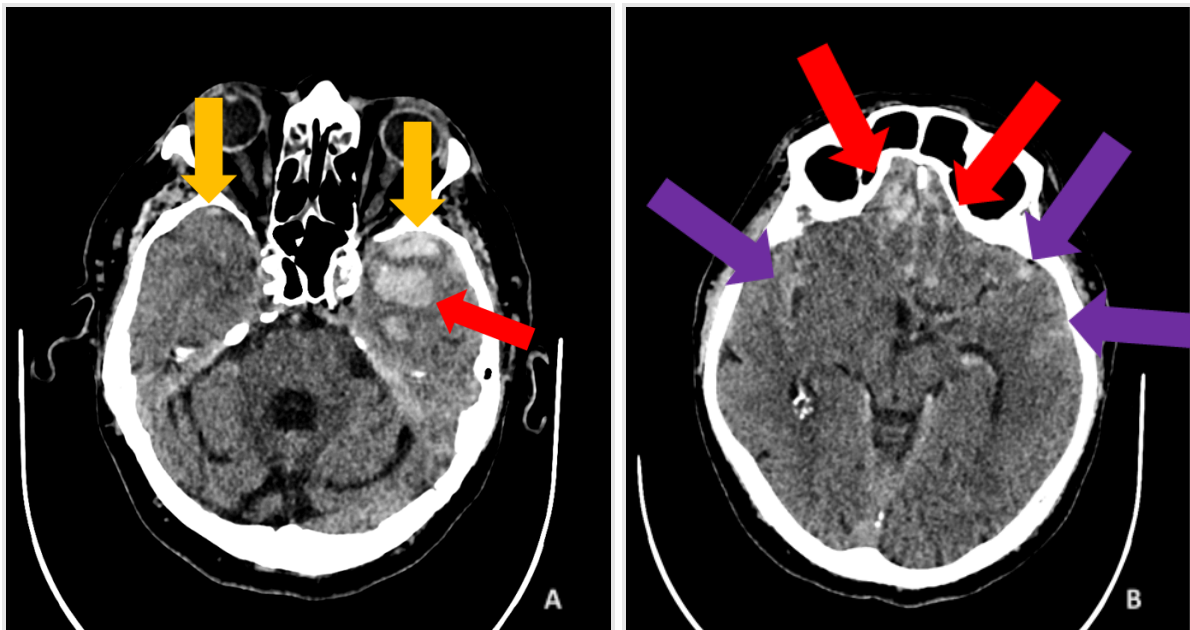
- Les contusions parenchymateuses (risque d'épilepsie secondaire)
- Les lésions vasculaires veineuses (thrombose d'un sinus veineux, plaie veineuse responsable d'une hémorragie sous-durale ou d'une hémorragie sous-arachnoïdienne) et artérielles (plaie de l'artère méningée moyenne responsable d'un hématome extra-dural +++)

→ **Les lésions de contre-coup** associant essentiellement les contusions parenchymateuses et l'hémorragie sous-arachnoïdienne

Une embarrure entraîne souvent une lésion de la dure-mère avec brèche de LCR pouvant se traduire par une pneumocéphalie ce qui constitue une porte d'entrée infectieuse avec risque secondaire d'abcès, d'empyème ou de méningite.

Cas n°3

- Patiente de 75 ans, présentant un traumatisme crânien dans les suites d'une chute mécanique en avant, Glasgow 14
- Scanner cérébral sans injection avec reconstruction filtre mou en coupes axiales





Contusions oedémato-hémorragiques temporo-polaire et basifrontale droite et gauche. Il s'y associe une **lame d'hématome sous-dural** temporo-polaire droite et gauche et antérieure de la faux du cerveau ainsi qu'une **hémorragie sous-arachnoïdienne** éparses des vallées sylviennes et des sillons des convexités temporales et frontales.

POINT CLE

Une **contusion parenchymateuse cérébrale corticale** est une lésion traumatique résultant d'un mécanisme de coup/contrecoup lié à une impaction du cerveau contre les reliefs osseux endocrâniens avec écrasement et dilacération du parenchyme cérébral.

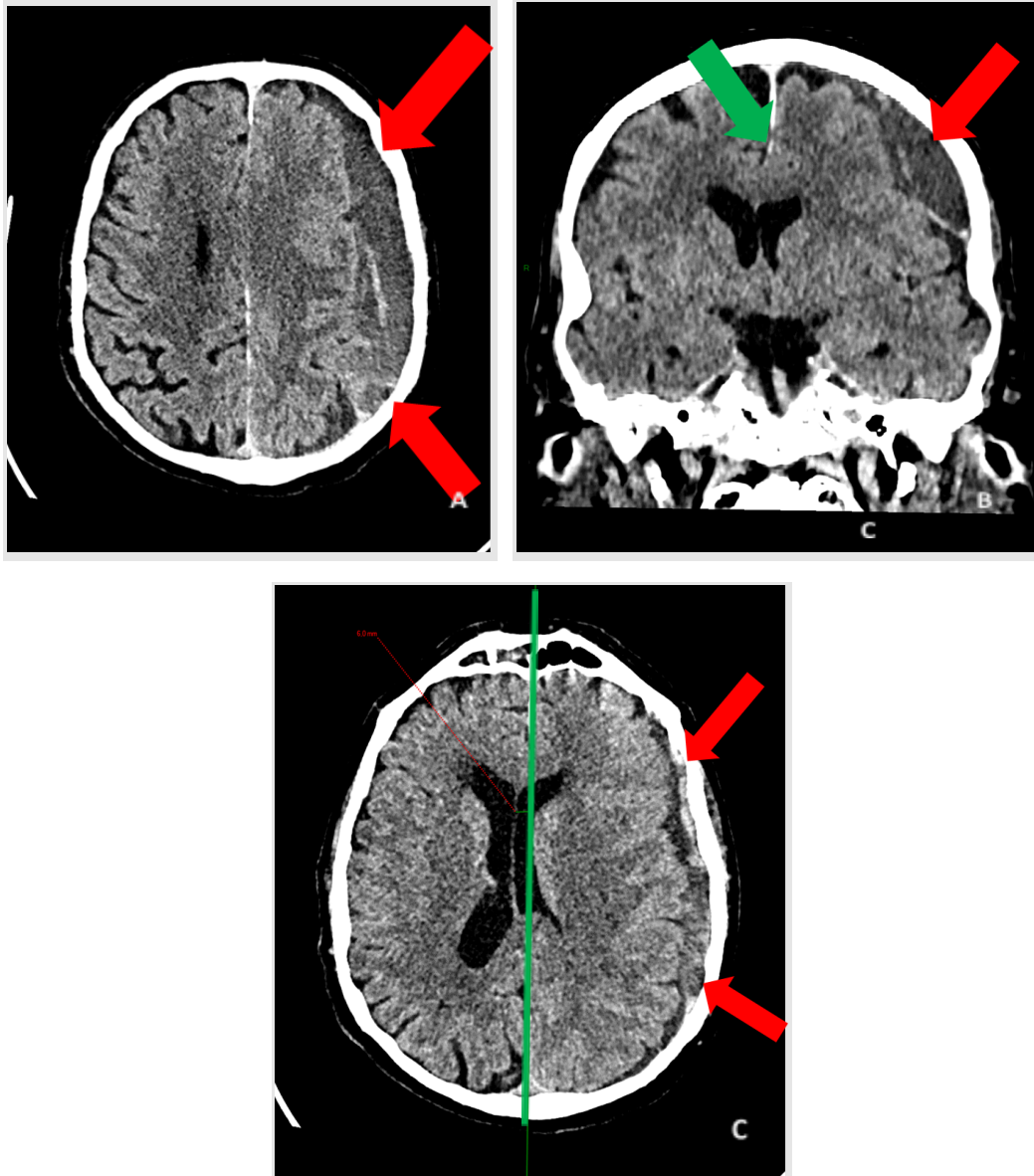
Il existe fréquemment des associations lésionnelles avec une fracture en regard, un hématome sous-dural et une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Ce cas clinique illustre les localisations anatomiques typiques de ces contusions

- Temporales (50%) : temporo-polaires (impaction sur la grande aile du sphénoïde) et temporales inférieures (impaction sur l'os pétreux)
- Frontales (30%) : Fronto-orbitaires (impaction sur la petite aile du sphénoïde) et basifrontales (impaction sur l'ethmoïde)

Cas n°4

- Patient de 83 ans sous anticoagulation curative présentant un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale, Glasgow 15
- Scanner cérébral sans injection avec reconstruction filtre mou en coupes axiales (a et c) et coronales (b)



Collection extra-axiale de la convexité fronto-pariétale gauche spontanément dense en lentille biconcave, traversant les scissures osseuses, correspondant à un **hématome sous-dural**.

À noter la composante hétérogène de cet hématome qui présente un contingent hypodense (« plus foncé que le parenchyme cérébral » ; saignement chronique : > 3 mois), isodense (saignement subaigu : 3 jours - 3 semaines) et hyperdense (« plus clair que le parenchyme cérébral » ; saignement aigu : 6 heures - 3 jours).

Effet de masse significatif sur les sillons des convexités frontale et pariétale gauches, sans signe actuel d'œdème cérébral mais avec une déviation des structures de la ligne médiane (b et c) et **début d'engagement sous-falcoriel**.

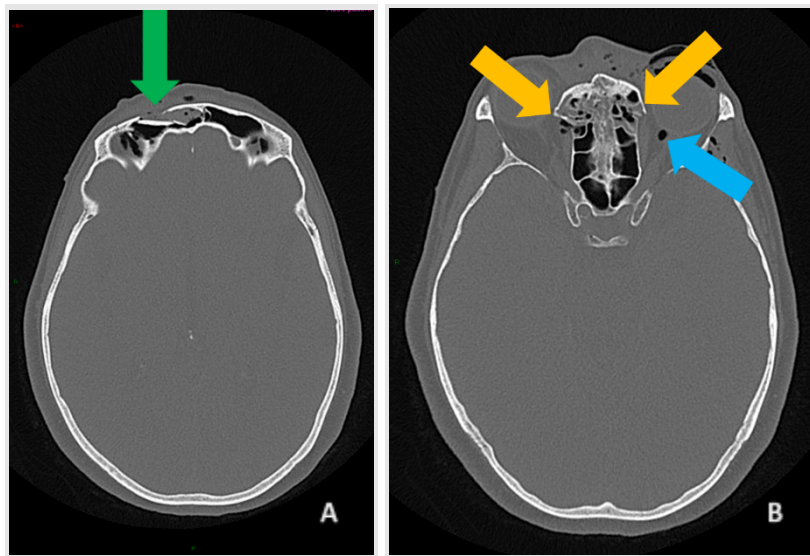
POINT CLE

L'hématome sous-dural correspond à une collection hématique localisée entre le feuillet interne de la dure-mère et l'arachnoïde.

Il résulte d'un saignement veineux dans 90% des cas et est favorisé par l'élargissement des espaces péri-cérébraux (physiologique chez le nouveau-né et par atrophie chez les personnes âgées et/ou chez les patients éthyliques) qui met en tension les "veines-pont" et favorise leur rupture.

Cas n°5

- Patient de 41 ans présentant un traumatisme crânien et facial, Glasgow 15
- Scanner cérébral sans injection avec reconstruction filtre os en coupes axiales (a, b et c), coronales (d) et reconstruction volumique 3D (e, f et g)



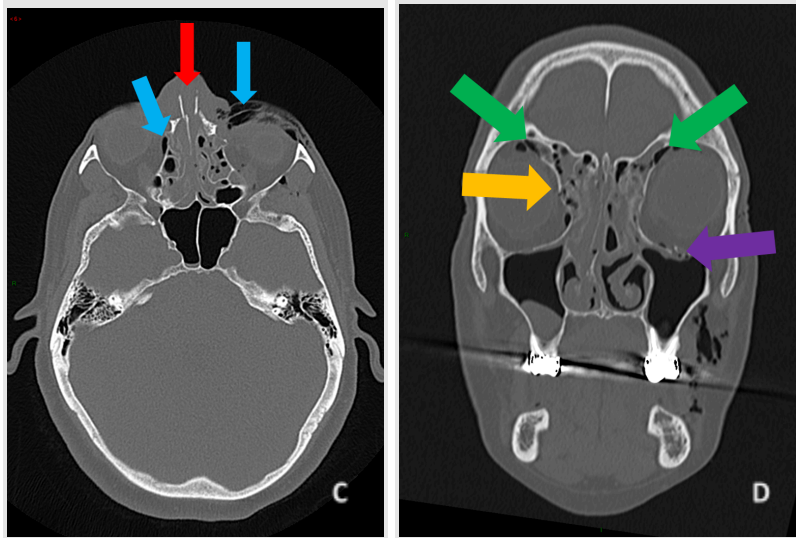
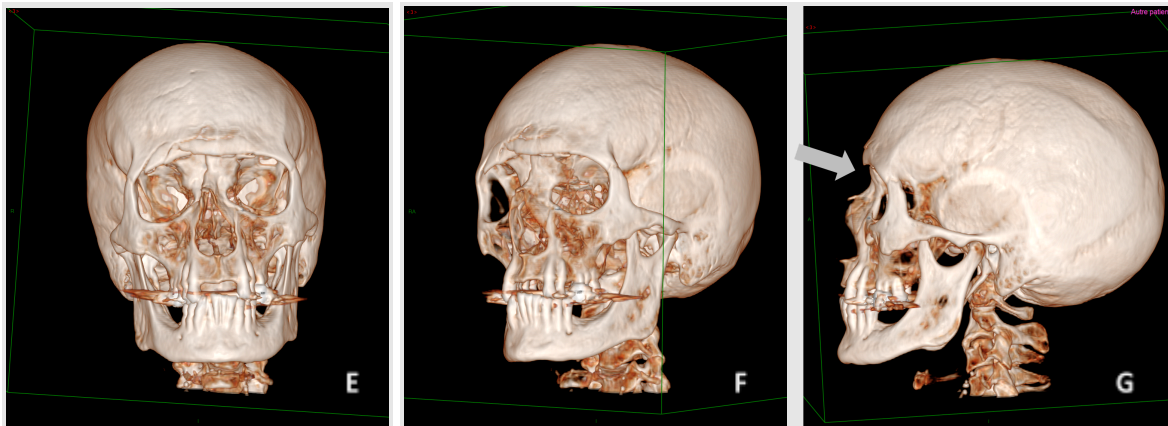


Illustration d'une **fracture du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO)** avec atteinte des **os propres du nez**, des **sinus frontaux**, des **lames papyracées** de l'ethmoïdes (= parois internes des orbites), des **sinus maxillaires**, avec un **enfoncement naso-ethmoïdo-frontal** (g).



Infiltration gazeuse des orbites (**pneumorbitie**) en rapport avec l'atteinte des lames papyracées et des parois des sinus frontaux.

POINT CLE

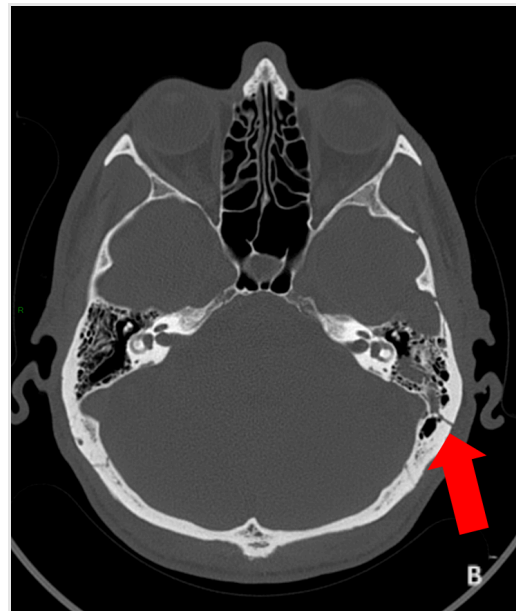
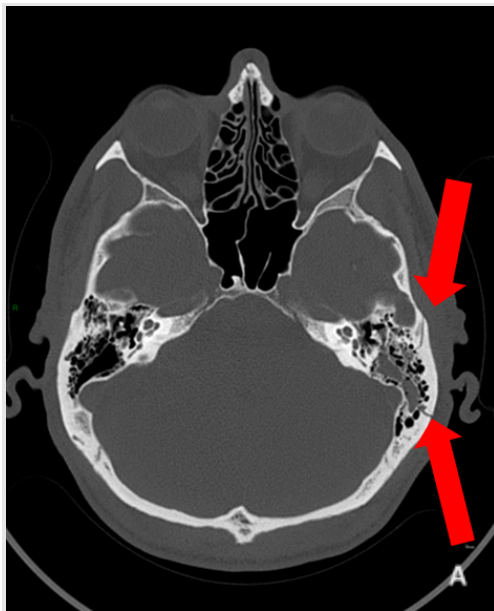
La **fracture du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO)** résulte d'un choc direct antéro-postérieur centré sur la racine du nez avec enfoncement naso-ethmoïdo-frontal à travers les orbites.

Les complications associées sont multiples

- Télécantus (augmentation excessive de la distance entre les commissures palpébrales médiales) avec risque de diplopie et d'énophtalmie
- Brèche ostéoméningée avec risque de méningite
- Mucocèle frontal par rupture du canal de drainage fronto-nasal
- Anosmie par lésion des bulbes olfactifs situés au sein d'une gouttière anatomique creusée dans la paroi supérieure de l'ethmoïde
- Lésion du canal lacrymo-nasal avec risque de dacryocystite

Cas n°6

- Patiente de 38 ans présentant un traumatisme crânien temporel, Glasgow 15
- Scanner cérébral sans injection avec reconstruction filtre os en coupes axiales (a, b et c), coronales (d).



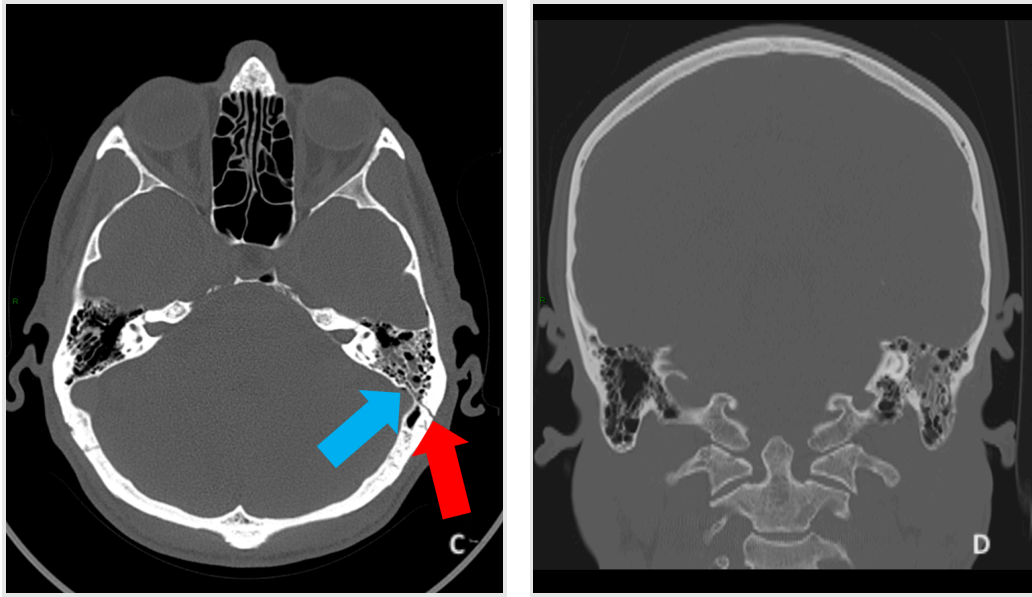


Illustration d'une **fracture du rocher gauche** et du comblement associé des cellules mastoïdiennes. A noter l'existence d'une **microbulle de pneumencéphalie** traduisant une brèche ostéoméningée.

POINT CLE

Les **fractures du rocher** sont classées en deux catégories permettant d'apprécier le pronostic fonctionnel

- Trans-labyrinthique, avec atteinte du labyrinthe osseux comportant les structures de l'oreille interne : vestibule, cochlée, canaux semi-circulaires, fenêtres ronde et ovale
- Extra-labyrinthique

Le bilan lésionnel précis (protocole d'acquisition spécifique en coupes inframillimétriques) est généralement différé après la disparition de l'hémotympan (fréquent et gênant l'analyse de la chaîne ossiculaire) et la disparition des phénomènes œdémateux.

Les complications à rechercher :

- Hémotympan et perforation du tympan
- Lésion de la chaîne ossiculaire responsable d'une surdité de transmission
- Paralysie faciale par atteinte du ganglion géniculé ou du canal du nerf facial
- Fracture du labyrinthe avec risque de fistule périlymphatique (hypoacousie, vertiges et/ou acouphènes)
- Brèche ostéoméningée
- Thrombose traumatique (sinus veineux sigmoïde, veine jugulaire interne)

Pour aller plus loin :

- Épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique, avril 2016. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 66 p. (www.santepubliquefrance.fr)
- TDM en traumatologie, Ingrid Millet-Cenac, Patrice Taourel, 28/10/2009, 978-2-294-70846-6, ISBN 978-2-294-70846-6

Dr BEYRAGUED, Dr BERGEROT, Mme SEUX et Mme ARISTIZABAL

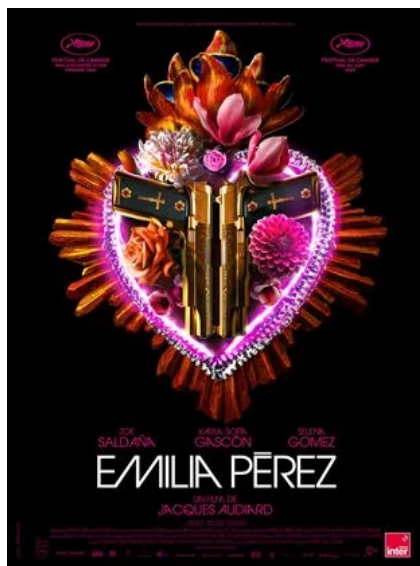
Vous voulez consulter d'autres cas d'imagerie d'urgence ?
Allez sur www.imaios.com/fr/e-cases ou scannez le QR code
Pour des rappels d'anatomie www.imaios.com/fr/e-anatomy



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

◆ Films ◆



"Emilia Pérez" de Jacques Audiard.

Sans trop de surprise, j'ai été conquise par cette comédie musicale dramatique. Les actrices sont formidables et d'une grande justesse. Nous assistons au travers de ce film à la métamorphose d'un baron de la drogue en une femme qu'il a toujours rêvé d'être. Les sujets abordés sont poignants : la transidentité, l'amour filial, la rédemption et l'amitié. Un film indéfinissable mais qui mérite certainement d'être vu.

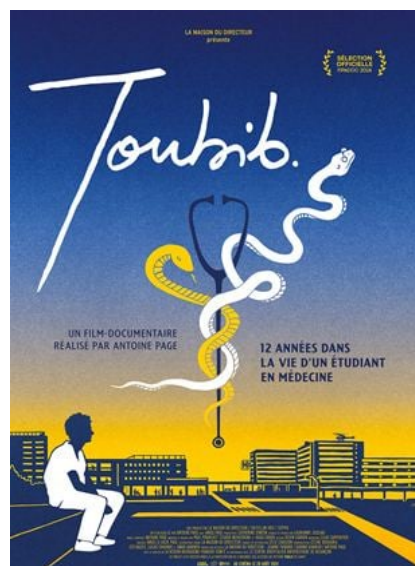
Clarisse

◆ Documentaire ◆

"Toubib" d'Antoine Page.

Il s'agit certainement du documentaire le plus touchant que j'ai vu ces dernières années. Nous ne pouvons qu'être émus et attendris par Angel filmé par son frère dès les premiers instants de ses études de médecine. Nous suivons pendant 12 ans ce jeune homme alors qu'il fait ses études à Marseille puis devient médecin généraliste. Le voyage est plaisant et nous replonge dans notre histoire personnelle, attention la nostalgie peut vous atteindre à tout instant. A regarder avec plaisir pour un moment hors du temps.

Clarisse



◆ Revue ◆



La Déferlante, “la revue des révolutions féministes”

La Déferlante est une revue trimestrielle consacrée au féminisme et au genre, créée et dirigée par des femmes. Elle n’hésite pas à se plonger au cœur de l’actualité et à soulever des problématiques sociales majeures, en prenant soin de donner la parole aux minorités et à ceux que l’on entend peu.

<https://revueladeferlante.fr/>

Enza

RECETTES FACILES ET RAPIDES : Gratin de courgettes

Amateurs de fromage et/ou de légumes, cette recette vous comblera de bonheur peu importe quand vous la dégusterez.

Ingrédients :

- 6 courgettes volumineuses ou 8 petites courgettes
- 2-3 pommes de terre
- 1 bûche de chèvre ou 1 boule de mozzarella.
- 15cl de crème fraîche liquide entière.
- 25g de beurre salé
- 3 c.à.s d'huile d'olive



Source : Un jour, une recette

Recette :

1. Préchauffez le four à 180°C (thermostat 6).
2. Tranchez le fromage en fines tranches
3. Lavez les pommes de terre, faites-les cuire dans de l'eau bouillante puis tranchez-les finement.
4. Coupez les extrémités des courgettes. Epluchez-les ou non suivant vos préférences. Coupez les courgettes en deux dans le sens de la longueur, puis enlevez les graines avec une petite cuillère. Réalisez de fines rondelles.
5. Faites les revenir dans une poêle avec le beurre, l'huile d'olive et une pincée de sel/poivre. Remuez régulièrement jusqu'à obtenir une coloration translucide. Puis ajoutez la crème et les tranches de pommes de terre à la préparation et porter à ébullition.
6. Mettez le tout dans un plat à gratin puis ajoutez les rondelles de fromage sur le dessus.
7. Enfournez pour 15 minutes et c'est prêt !

Astuce : Recette inépuisable car peut être réalisée avec les légumes et le fromage de votre choix.

Faustine



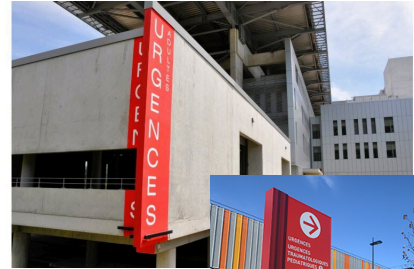
ANNONCES : offres d'emploi

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

◆ Poste de médecin Urgentiste temps plein/partiel, praticien contractuel au CHU de Grenoble

- Site Nord:

Un médecin d'accueil et d'orientation aux urgences 7j/7. Secteur scopé de 12 lits + 2 SAUV. Une UHCD. 3 séniors en nuit profonde. Trauma center de niveau 1.



Crédit photo: Ledauphine.com et chu-grenoble.fr

SAMU: 2 lignes SMUR terrestre H24, 1 SMUR hélicoptée (sanitaire/montagne), 1 SMUR hélicoptée spécialisé dans les secours de montagne, 1 ligne de régulation d'aide médicale urgente H24 (en plus des lignes de régulation).

- Site Voiron : semi-rural à 30 minutes de Grenoble

2 postes de déchocage, 4 box de traumatologie et 5 box de médecine. Une organisation en circuit court.

Une garde médicale libéral prévue dans les locaux.

Une filière traumatologie individualisée.

Une UHCD de 12 lits.

- Offre:

Recherche Praticien Contractuel ou Assistant Spécialiste

Postes d'urgentiste partagé Urgences/SAMU-SMUR hélicoptés. Possibilité de poste partagé avec MPU/USIC/Neurovasculaire.

◆ Le SAU Antoine Béclère recrute. Possibilité de postes partagés avec la SAU pédiatrique ou le SAMU/SMUR de Garches.



- 3400 passages par an / UHCD de 22 lits

- L'unité polyvalente d'aval de court séjour géré par la médecine interne.

- Plages de 10h en journée (9-19h ou 10-20h) et des gardes ou demi-gardes jusqu'à minuit.

- Service accueillant des DESMU, des docteurs juniors et des DESMG.

- Les plus : laboratoire de simulation sur place. Echographie fixe dans le service et tablette à disposition. Participation à la recherche clinique.

◇ **L'équipe du SAU de l'HEGP au cœur de Paris, dans l'hôpital le plus récent de l'APHP cherche un urgentiste.**

Activité temps plein ou temps partiel, possibilité de temps partagé avec le SAMU.

Le SAU HEGP

- 48000 patients par an
- 4 boîtes de déchoquage, 11 boîtes d'examen au circuit long, un circuit court
- UHCD de 20 lits avec 1 médecin senior et 2 internes
- Plateau technique de très haut niveau sur place
- Activité adulte exclusive diversifiée
- 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: reseauprosante.fr

◆ **Le SAU SMUR de l'Hôpital Simone Veil recrute !**



Structure dynamique en pleine restructuration, venez rejoindre une équipe conviviale et vous former sur 2 grandes thématiques de prédilection du service : l'échographie clinique et la simulation en santé !

Crédit photo: hôpital.fr

◆ **Recherche Urgentiste au Centre Hospitalier intercommunale de Manosque**

Établissement et équipements neufs.

Activité : 30 000 passages aux urgences/an, 3 700 entrées en UHCD (8 lits – DMS 1.04 jour), 700 sorties SMUR – 4 lignes de jour et 2 de nuit (dont une ligne de SMUR) – Service agréé pour l'accueil des internes MG et DESMU recevant régulièrement 5 internes par choix.

Exercice complémentaire possible avec SAMU 04 et secours en montagne basés à Digne les Bains.



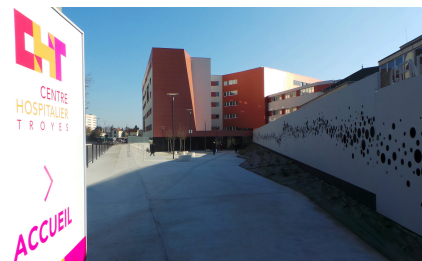
Crédit photo: laprovence.com

◆ **La filière SAU – SAMU – SMUR – POST-URGENCES du CH de Troyes recrute des urgentistes**

Diversité des profils patients, avec un bassin de population de 300 000 habitants

Accès à toutes les spécialités sur site hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie

Chiffres 2022 : 60 000 passages, 2500 sorties SMUR, 200 000 appels reçus au Centre 15, dont 130 000 prises en charge



Crédit photo: hopitauxchampagnesud.fr

◆ **Le Centre Hospitalier de SAVERNE recrute un praticien urgentiste, titulaire de la CAMU, du DESC ou DES de médecine d'urgence, pour compléter l'équipe des urgences adultes et du SMUR.**

Crédit photo: etablissements.fhf.fr





PARTENAIRES

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



Mutuaide