

# AJMU

## LE MAGAZINE

### Dossier

Situations palliatives aux urgences

### Actu :

Nouveau ministre de la santé : c'est reparti pour un tour !

### Point cours :

Pratique de l'échographie ostéoarticulaire

### Agenda

Recommandations culturelles

Idées recettes rapides

Anecdote sur la médecine d'urgence d'autrefois

Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS





Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Bonne année et meilleurs voeux à tous !


Pour débiter cette année 2024, nous aborderons un sujet essentiel - bien que pas des plus réjouissants -, les situations palliatives aux urgences.

Un autre sujet d'actualité et pas des moindres : une nouvelle ministre de la Santé !

Vous aurez également la chance de trouver un point cours sur l'échographie en traumatologie réalisée par Olivia Fraigneau, ainsi qu'un pêle-mêle d'imagerie sur l'AVC ischémique.

Pour épicer tout cela, vous retrouverez comme à votre habitude l'agenda, des idées recettes, anecdotes de la médecine d'autrefois, recommandations culturelles ...

Enza et Faustine



# SOMMAIRE

<b>DOSSIER</b>	
● <i>La prise en charge palliative aux urgences</i>	<i>p.3</i>
<b>ACTU :</b>	
● <i>Nouveau ministre de la Santé : c'est reparti pour un tour !</i>	<i>p.11</i>
<b>POINT DE COURS :</b>	
● <i>Pratique de l'échographie ostéoarticulaire en traumatologie d'urgence</i>	<i>p.12</i>
<b>AGENDA : congrès et formations</b>	<i>p.20</i>
<b>PÊLE-MÊLE : AVC ischémique à l'imagerie</b>	<i>p.24</i>
<b>ON A VU, ON A LU</b>	<i>p.29</i>
<b>IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE</b>	<i>p.31</i>
<b>LE SAVIEZ-VOUS ? Anecdote de la médecine d'urgence d'autrefois</b>	<i>p.32</i>
<b>ANNONCES</b>	<i>p.34</i>
<b>PARTENAIRES</b>	<i>p.37</i>



## DOSSIER : La prise en charge palliative aux urgences

Pour ce dossier, nous aborderons la question des soins palliatifs aux urgences. Nous sommes amenés à gérer de plus en plus de situations palliatives aux urgences notamment du fait de la crise hospitalière actuelle. Ce dossier a pour but de mettre en lumière les différentes approches possibles à la fois sur le versant médicamenteux et le versant psychologique.

### I. Être à l'écoute :

Les soins palliatifs aux urgences peuvent se présenter sous des formes multiples et variées. Cela peut être des patients avec des comorbidités, une maladie chronique qui se dégrade plus ou moins brutalement, des patients sans aucune comorbidités mais faisant face à un événement aigu engageant leur pronostic vital à court ou long terme. Ce peut aussi tout simplement être, bien que plus rare, un patient pris en charge à domicile dans une démarche palliative et qui ne souhaite pas décéder chez lui ou une famille inquiète de la gestion d'un décès à domicile. Il arrive également que certains patients soient adressés par des médecins généralistes ou bien même des EHPAD à court de solution pour gérer ces prises en charges complexes. L'adaptation au système de santé actuel est une préoccupation majeure dans ce cas, mais n'oublions pas que des équipes qualifiées sont aussi à même de prendre soin de ces patients. Il ne faudra pas hésiter à se rapprocher de l'unité d'hospitalisation de soins palliatifs, de l'équipe mobile de soins palliatifs ou encore des HAD à domicile qui proposent des soins pertinents et adaptés aux différentes situations.

Une des premières choses à penser lors de la prise en charge de chacun de nos patients est de connaître son état antérieur et de songer à son avenir en prenant en compte la situation actuelle. C'est comme cela que l'on repère les patients nécessitant des soins palliatifs. A la base du métier d'urgentiste, l'anticipation est ici la clé.

Attention ! Nous rappelons ici que "soins palliatifs" ne veut pas dire arrêt des soins curatifs.

La prise en charge palliative s'appuie sur des principes communs avec toutes les spécialités médicales. Il est nécessaire de se préoccuper de la volonté du patient et de son entourage afin d'adapter au mieux sa prise en charge. Nous devons nous enquérir des peurs du patient et de sa volonté de prise en charge à court ou long terme. Dans le rythme effréné des urgences, il est parfois difficile d'avoir le temps pour cette démarche mais il faut prendre le temps, puisque la démarche palliative est encore trop souvent négligée aux urgences.

Prendre le temps d'expliquer au patient la situation aiguë et ce qui en découle participe à la réduction du stress engendré par la prise en charge.

## II. Thérapeutiques disponibles :

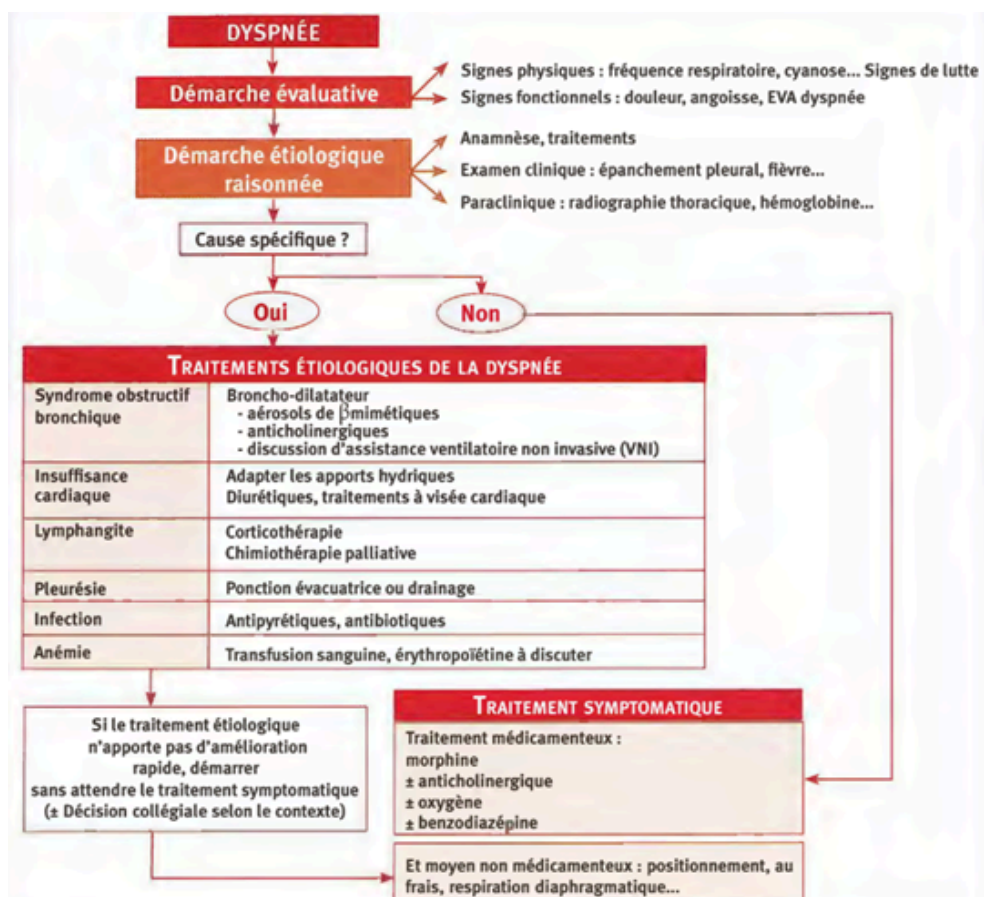
En pratique, comment soulager un patient ? Quelle est la démarche en fin de vie à moyen ou très court terme ? La réponse à toutes ces questions se trouve dans le paragraphe ci-après.

### - Douleur :

Évaluer la douleur est systématique pour chaque patient entrant aux urgences, mais il faut également penser à bien réévaluer la douleur une fois le patient pris en charge. Le recours à une analgésie multimodale est essentiel. La prise en charge de la douleur est à adapter à chaque patient, pour cela on dispose de plusieurs moyens comme vu précédemment dans le dossier du magazine de novembre.

### - Dyspnée :

La dyspnée est une sensation d'inconfort respiratoire subjective, elle peut s'accompagner de polypnée et d'inconfort respiratoire et peut être majorée par l'anxiété. La première étape de la prise en charge consiste en une installation confortable du patient, de préférence en position semi-assise, et une réassurance. En parallèle, la recherche rapide d'une cause réversible pour soulager au plus vite le patient est indispensable.



On peut par la suite introduire des thérapeutiques médicamenteuses :

- ❖ Morphine : Elle agit sur les centres respiratoires et peut être utilisée chez les patients n'en ayant jamais reçu mais également chez les insuffisants respiratoires en surveillant les signes d'hypercapnie
- ❖ Benzodiazépines : Le plus souvent utilisées lorsque la dyspnée est associée à de l'anxiété, on s'en sert également en dernier recours comme sédatif en cas de syndrome réfractaire. Les benzodiazépines à demi-vie courte sont à privilégier, elles peuvent s'administrer sous forme orale, IV ou SC.
- ❖ Oxygénothérapie : il faut différencier un patient dyspnéique d'un patient qui désature, l'oxygène n'étant pas systématique lorsqu'un patient est dyspnéique. Sa mise en place est dictée par le ressenti du patient, en sachant que cela peut provoquer un assèchement des muqueuses et donc un inconfort supplémentaire. Il est également important de prendre en compte le ressenti des familles qui pourraient mal vivre un retrait brutal de l'oxygène et avoir l'impression qu'on "abandonne" le patient.

Les thérapeutiques seront à adapter à la cause. Lors d'une insuffisance cardiaque on adaptera les diurétiques et les apports, pour une obstruction bronchique on réalisera des nébulisations de bronchodilatateurs voire de la VNI dans de rares cas. Suite à des discussions pluridisciplinaires et toujours dans l'intérêt du patient, si besoin en cas d'anémie, une transfusion pourra être réalisée, une pleurésie ponctionnée, une infection traitée par antibiothérapie, une lymphangite carcinomateuse par chimiothérapie et corticothérapie (à visée antalgique par exemple).

- **Encombrement :**

Adapter les apports hydriques est une étape importante. On peut introduire de la scopolamine pour diminuer les sécrétions bronchiques. A noter que l'aspiration bronchique n'est pas recommandée en fin de vie.

- **Anxiété :**

L'anxiété peut être isolée, faire partie d'un syndrome psychiatrique ou découler d'une cause organique. Le soutien émotionnel est essentiel dans ce cas. Si l'approche comportementale n'est pas suffisante, des thérapeutiques sont disponibles. Les benzodiazépines de demi-vie courte sont les plus utilisées dans ce cas, une dépendance n'est pas à craindre. En cas de contre-indication / d'échec des anxiolytiques ou d'hallucinations, les neuroleptiques peuvent être prescrits.

L'hydroxyzine peut également être utilisée pour son action sédatrice

- **Confusion :**

Des causes fréquentes de confusion sont à rechercher systématiquement. Le globe urinaire, le fécalome, une douleur mal contrôlée ou un sevrage alcoolique/médicamenteux peuvent s'observer à l'examen clinique. D'autres causes telles que les troubles ioniques, les causes infectieuses ou neurologiques nécessitent des examens complémentaires. Enfin, il faut toujours se poser la question de la iatrogénie.

La première approche consiste en des mesures simples telles qu'une réassurance, un environnement calme et éclairé, pas de contention, réévaluer la tolérance à la douleur, une nutrition et hydratation correcte.

Si ces mesures ne suffisent pas, nous pouvons introduire des thérapeutiques médicamenteuses. En cas d'agitation on mettra en première intention de l'halopéridol et en 2<sup>ème</sup> intention les neuroleptiques atypiques tels que rispéridone et olanzapine.

On limitera la prescription de benzodiazépines aux situations nécessaires comme le sevrage alcoolique.

- **Occlusion intestinale sur carcinose péritonéale :**

La prise en charge consistera en une réhydratation IV, une mise à jeun, des antalgiques de palier 1 à 3 dans un premier temps. La sonde nasogastrique n'est pas indispensable, elle sera mise en place en cas de vomissements importants et sera retirée au plus vite.

Les thérapeutiques suivantes seront également proposées :

Antiémétique (halopéridol, chlorpromazine IVL ou IVSE, métoclopramide CI si occlusion complète), IPP en IV, anticholinergique (scopolamine SC ou IV), voire analogue de la somatostatine si occlusion persistante (octréotide), corticothérapie en cure courte de 5-10 jours IV ou SC.

A noter qu'en cas d'occlusion de cause non déterminée, la première démarche sera la réalisation d'un scanner abdominopelvien, puis une discussion pluridisciplinaire avec radiologues, gastro-entérologues, réanimateurs et urgentistes pourra éclairer sur la conduite à tenir au cas par cas.

- **Nausées, vomissements :**

Les traitements médicamenteux disponibles sont :

- Les antiémétiques prokinétiques tel le métoclopramide ou la dompéridone (à éviter si occlusion)

- Les neuroleptiques tel que l'halopéridol ou la chlorpromazine
- Les corticoïdes
- Les antagonistes de 5HT3 = sétrons ou les antagonistes NK1 = aprépitant
- Les benzodiazépines ont également un effet sur les vomissements en lien avec une anxiété.

- **Symptômes buccaux :**

En cas de bouche sèche des soins de bouche seront proposés à intervalle régulier. On traitera la bouche mycosique à l'aide d'un traitement antifongique (amphotéricine B). En cas de bouche douloureuse on optera pour des bains de bouche à l'aspirine ou au sucralfate si ulcération, en cas de saignements de la lidocaïne pourra être appliquée.

- **Sédation profonde et continue jusqu'au décès :**

Selon la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 : « A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

- Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. »

Une anticipation de la situation devra dans la mesure du possible être réalisée en discutant avec le patient et son entourage. Lorsque le patient est non communicant, une discussion collégiale pourra être mise en place entre plusieurs urgentistes, l'équipe de soins palliatifs, les réanimateurs...et sera à tracer dans le dossier médical.

En pratique, on réalisera la sédation grâce aux thérapeutiques suivantes :

❖ Midazolam (Hypnovel) : en 1<sup>ère</sup> intention

-> Voie IV recommandée : action en 1 à 3 minutes, 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention de l'objectif visée, dose de 0.5mg toutes les 5 à 6 minutes chez le sujet âgé ou fragilisé. Sédation continue par 50% horaire de la dose d'induction en IVSE +/- interdosages si réveil

-> voie SC en 2<sup>ème</sup> intention : action en 5 à 10 minutes. Dose de charge entre 0.05 et 0.1mg/kg, entretien continue par 50% horaire de la dose d'induction +/- interdoses si réveils.

-> les voies IM, rectales, sublinguales sont également possibles.

L'objectif de la sédation est autour de -4 à -5 suivant l'échelle de Richmond ci-après.

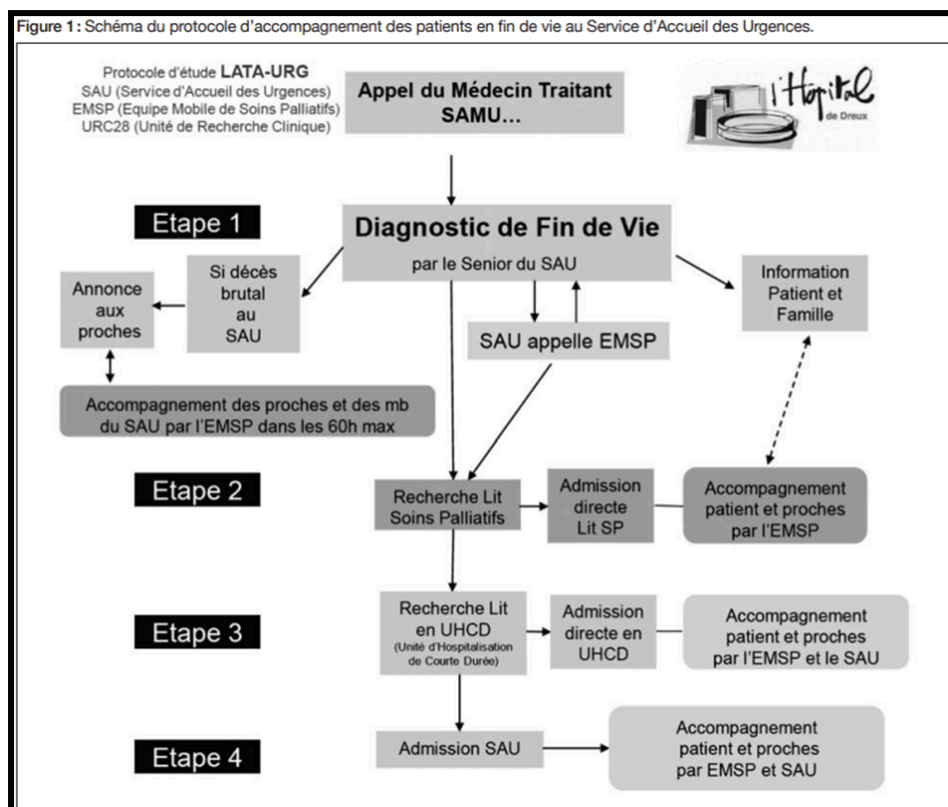
❖ **Analgésie :**

La sédation est systématiquement associée à une analgésie, le plus souvent un morphinique. Une titration est alors nécessaire, une analgésie multimodale est aussi à envisager.

**III. Etudes disponibles :**

- Claude Grange et al. *Accompagnement de la fin de vie aux urgences (7)*:

Cette étude parue dans la revue internationale des soins palliatifs de 2012 a testé sur douze mois le protocole suivant pour la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs aux urgences.



- Rapport ONFV 38 (5) :

Ce rapport de l'observatoire national de la fin de vie met en avant le peu de prise en charge palliative aux urgences. **Alors que 64% des patients hospitalisés pour une pathologie ou symptômes nécessitant des soins palliatifs seulement 7.5% avaient**

**un séjour identifié comme soins palliatifs** (2% en motif principal et 5.5% en tant que motif complémentaire)

- Étude rétrospective sur 3 ans, réalisée en 2005 au CHR de Metz **(1)** :

Elle a retrouvé 227 décès au sein des urgences dont 26% de personnes en situation de fin de vie. **Un tiers d'entre eux, alors que la situation du patient était inconnue de l'urgentiste, ont reçu des soins lourds de réanimation injustifiés.**

- Etude multicentrique de 2010, prospective menée dans 174 services d'urgences concernant la limitation des thérapeutiques actives précédant les décès aux urgences (2).

La limitation des thérapeutiques actives a été évoquée dans 78,8% des cas, la plupart concernant des patients âgés de plus de 80 ans, atteints de cancers multi-métastatiques ou ayant une autonomie limitée. La famille du patient a participé à la discussion seulement dans 56,7% des cas et dans 19,9% des situations, c'était une **décision prise de façon non collégiale**, par un seul médecin urgentiste.

- Etude multicentrique de 2012, sur des données existantes dans 174 services d'urgences français et belges (3):

Cette étude porte sur la proportion de patients ayant reçu des soins palliatifs aux urgences, avant leur décès. Les soins palliatifs aux urgences ont été administrés à 56.7% des patients et comprenaient antalgie, sédation, soins de confort et soutien psychologique du patient et/ou de son entourage. Les soins étaient plus souvent réalisés en UHCD (66,2%) qu'en box (33,8%).

- Les soins palliatifs aux urgences : une réalité inévitable. Analyse des passages aux urgences du centre hospitalier de Cayenne des patients en soins palliatifs suivis par l'HAD Guyane (4) :

L'étude a montré que **47,5% des passages aux urgences de Cayenne de patients en soins palliatifs suivis par l'HAD Guyane étaient « évitables ».**

## **Conclusion :**

La prise en charge palliative aux urgences est présente sous plusieurs formes et nécessite en théorie une anticipation importante. Or, cela pose problème à beaucoup de services d'urgence en France car l'organisation des soins n'est pas adéquate pour l'accueil de ces patients. Il faut toutefois garder en tête qu'une adaptation de notre pratique est nécessaire, en espérant des politiques de santé adaptées à venir.

Faustine

Références :

- 1) Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. J Eur Urgences. 2005;18(1):3–9
- 2) Conte PL, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. Intensive Care Med. 2010 Mar 13;36(5):765–72.
- 3) Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, et al. Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. Emerg Med J EMJ. 2012 Oct;29(10):795–7.
- 4) Clémence Wong ten Chin. Les soins palliatifs aux urgences : une réalité inévitable ? Analyse des passages aux urgences du centre hospitalier de Cayenne des patients en soins palliatifs suivis par l'HAD Guyane. Médecine humaine et pathologie. 2015. ffdumas-01275139f
- 5) Rapport Observatoire National de la Fin de Vie 2011
- 6) Collège douleur soins palliatifs et accompagnement 5ème édition actualisée
- 7) Revue internationale de soins palliatifs 2012; 27 (3): 85-90: Accompagnement de la fin de vie aux urgences, Claude Grange, Eric Revue, Anne Héron.

# ACTU' : Nouveau ministre de la Santé : c'est reparti pour un tour !

Il y a quelques mois à peine, nous vous présentions notre nouveau ministre de la Santé. Cela n'aura pas duré, car depuis le 14 janvier 2024 suite au remaniement ministériel, nous nous retrouvons désormais avec Mme Catherine Vautrin aux commandes. Rapide topo sur son parcours, ses idées, et son rapport à la santé.

## Une politicienne avant tout

Lors de la passation de pouvoir le 11 janvier 2024, c'est Catherine Vautrin - présidente de la communauté urbaine du grand Reims - qui se voit prendre un rôle particulièrement large : celui de la Santé, mais aussi du Travail et des Solidarités. Pas de ministre dédié à la Santé, donc, mais une femme politique de droite sans lien évident avec le monde de la santé.



Catherine Vautrin, diplômée dans le domaine du droit, démarre une carrière essentiellement politique et vaste : de députée de la Marne en 2002 (UMP-RPR, auquel elle est adhérente entre 1980 et 2019) à secrétaire d'Etat aux personnes âgées (2004) puis ministre déléguée à la Cohésion sociale et à la Parité en 2005. En 2013, celle-ci vote contre la loi ouvrant le mariage aux personnes de même sexe et participera activement à la "Manif' pour tous", ce pour lequel elle exprimera des regrets plus tard sur les réseaux sociaux. Pressentie Premier Ministre en 2002, ce sera finalement Elisabeth Borne qui sera nommée à ce poste.

## Et pour la Santé, quel programme ?

De nombreux challenges font face à la ministre : loi sur le grand âge, hôpitaux sous tension, maintien de l'AME... Elle évoque lors d'un premier entretien public avec Ouest France publié le 20/01 que "la santé ne peut pas être entièrement gratuite".

Sa position concernant la loi anti-IVG est également surprenante, avec une tendance à lutter contre les avancées de la loi dans ce domaine.

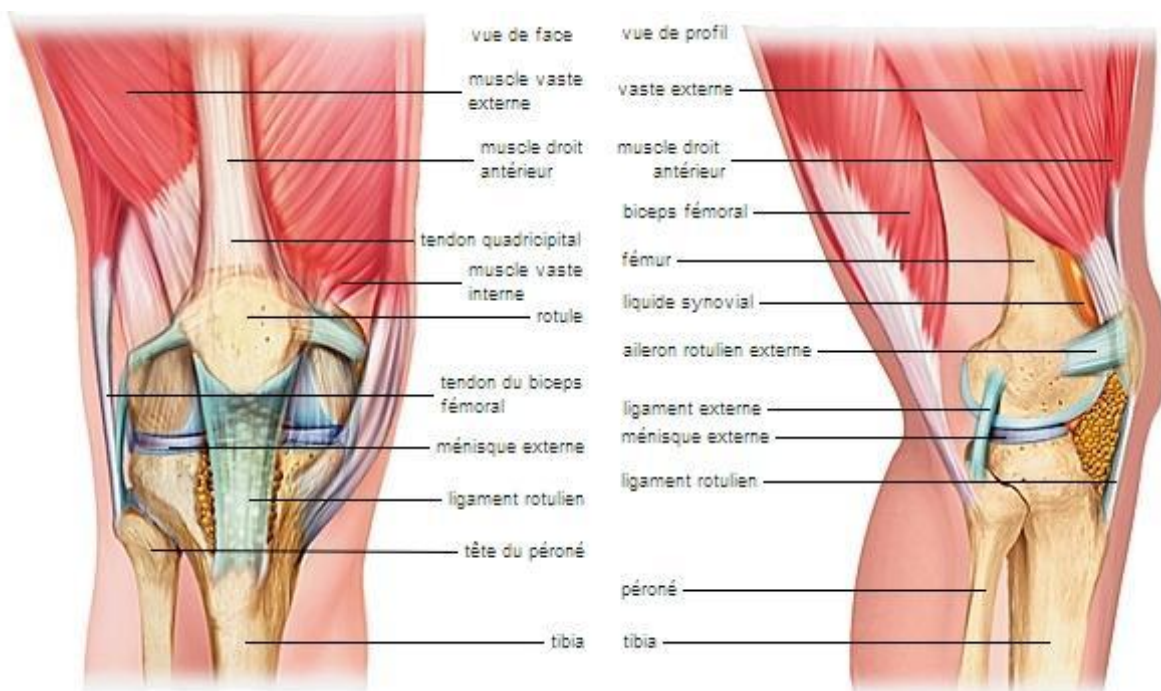
Pour finir, Catherine Vautrin s'était opposée en 2005 à une loi concernant "l'euthanasie active" dans le cadre des débats de la loi Leonetti.

Inquiétude partagée dans le milieu de la santé, espérant des avancées sociales et médicales et non pas un retour en arrière dans un contexte particulièrement tendu.

# POINT DE COURS : L'échographie ostéo-articulaire en traumatologie aux urgences

La traumatologie aux urgences, ce n'est pas toujours facile, et la radiographie a ses limites. Alors, pourquoi ne pas étendre notre amour de l'échographie à l'ostéo-articulaire pour se sortir de certaines situations ? Voici un mini topo pour te convaincre de te lancer toi aussi !

## 1. Échographie de l'appareil extenseur du genou



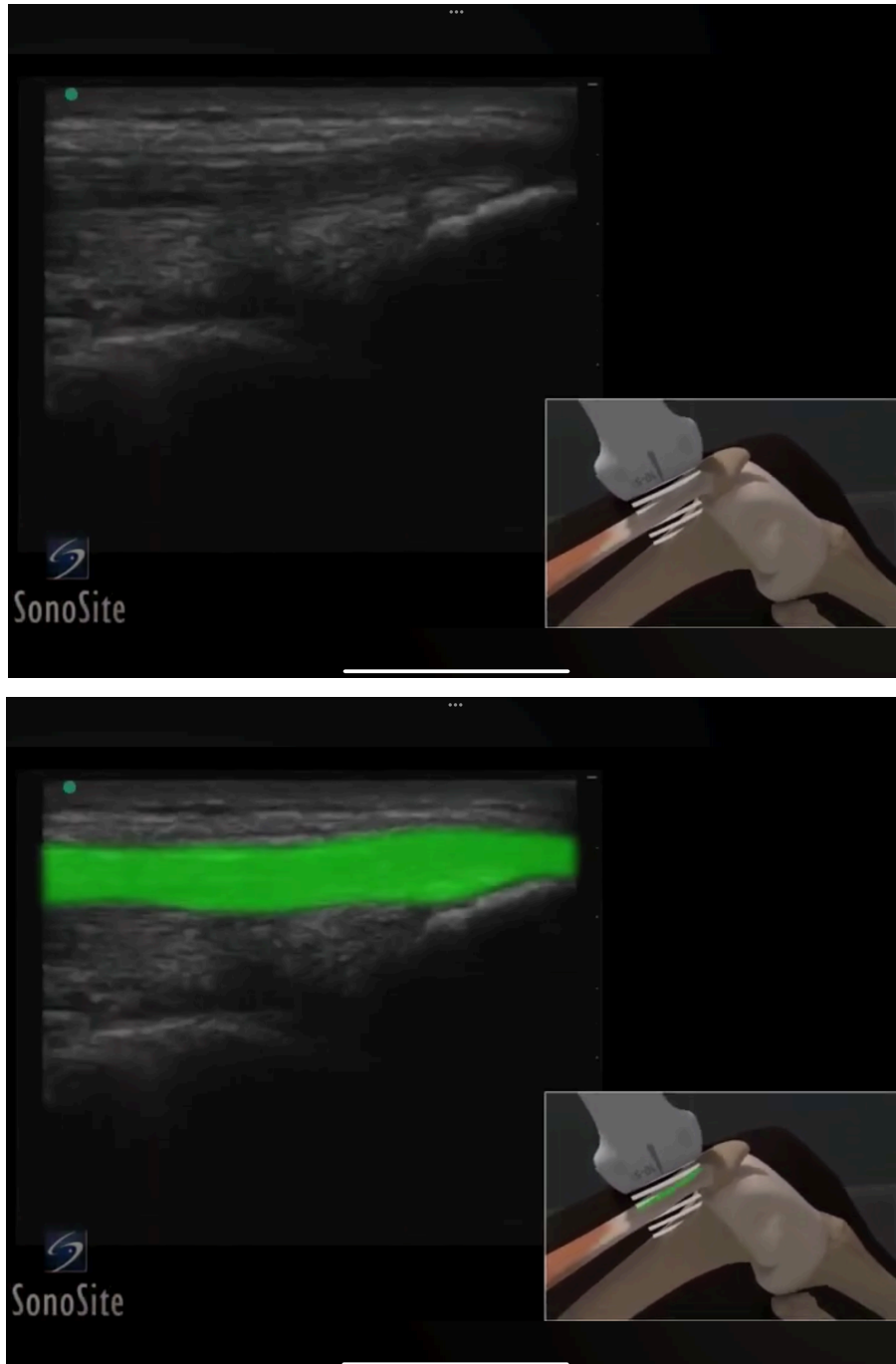
Tout d'abord, pour comprendre l'échographie du genou, petit rappel de son anatomie 🙌 et ce qui va particulièrement nous intéresser aux urgences, ce sont le tendon quadricipital et le ligament rotulien (surlignés en jaune)

(Source : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/genou/13297>)

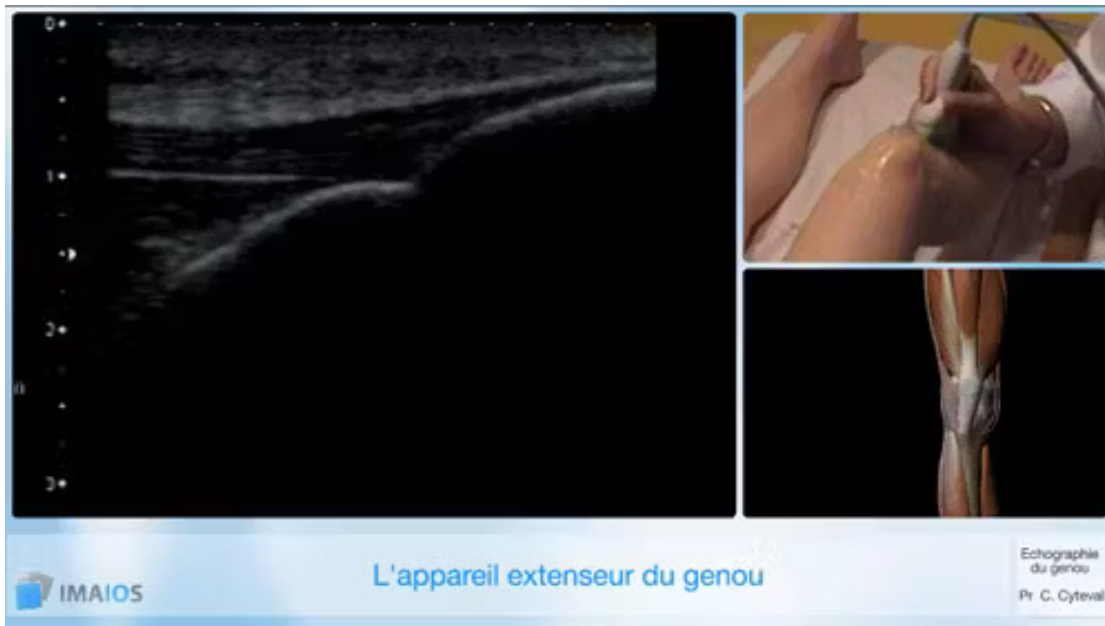
La principale pathologie à éliminer, en dehors des différentes fractures, c'est la **rupture de l'appareil extenseur**. Rarement lié à un choc direct sur le genou, le traumatisme le plus fréquemment rapporté est une soudaine contraction réflexe excentrique du quadriceps, avec le pied ancré au sol et le genou fléchi, par exemple en se rattrapant après avoir trébuché sur une marche ou un trottoir.

La rupture de l'appareil extenseur s'exprime par une perte du verrouillage principalement. A l'examen clinique, il y aura donc une impossibilité à atteindre l'extension complète du genou ± un « trou » à la palpation.

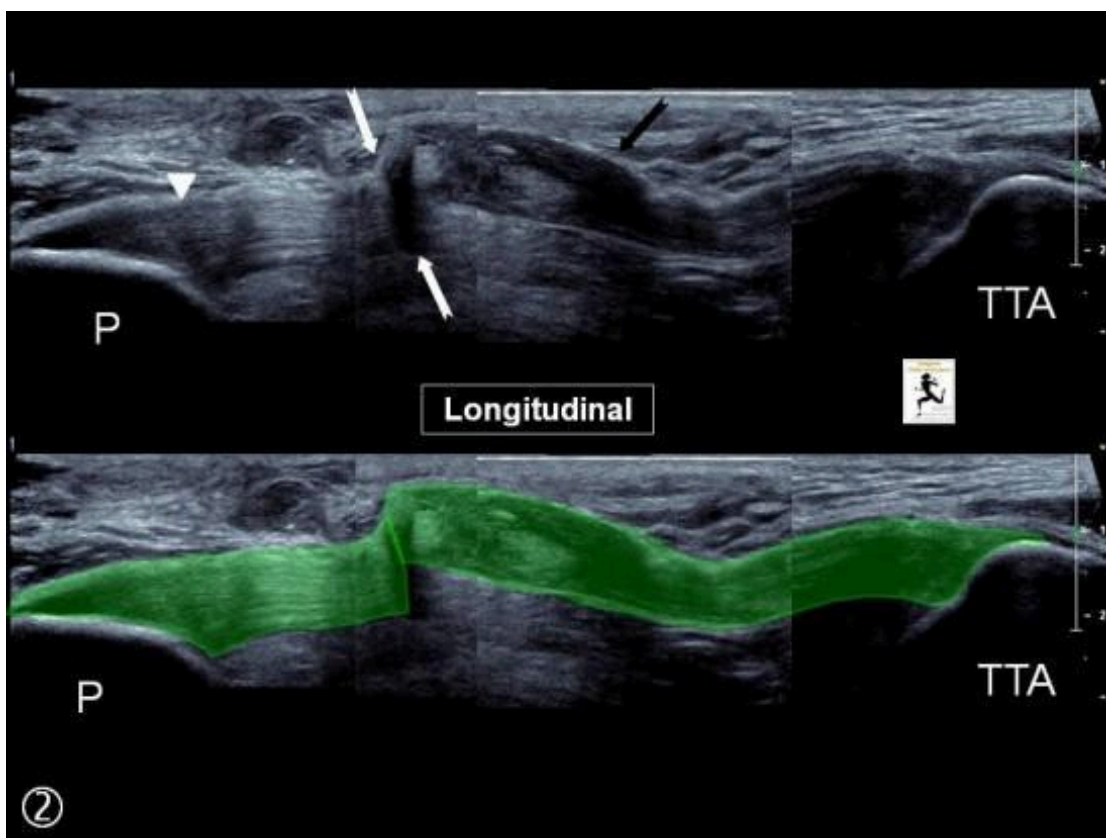
L'échographie se réalise en décubitus dorsal avec une sonde linéaire à haute fréquence placée en longitudinal (une sonde courbe peut être envisagée si le genou est très oedématié). Le diagnostic de rupture se fait devant la perte de l'aspect fibrillaire du tendon. Quelques images ci-dessous :



*Ci-dessus : échographie normale du tendon quadricipital (en vert fluo) ; la ligne hyperéchogène en bas de l'image est le fémur distal, celle à droite de l'image est la patella (source : <https://youtu.be/iS6VrCQYQgw?si=wr7PjhNOF2E2IG00>)*



*Ci-dessus : échographie normale du ligament patellaire (source : <https://www.clinicalelearning.com/fr/Formations-DU-DIU/imagerie-osteo-articulaire/imagerie-genou/Echographie-du-genou/echographie-genou>)*



*Rupture complète du ligament patellaire vu à l'échographie (source : <https://www.image-echographie.net/?r=5&ssr=5> ; P = Patella ; TTA = tubérosité tibiale antérieure)*

## 2. Imagerie de la douleur du mollet post-traumatique

Zoom sur une pathologie que vous rencontrerez aux urgences : le « **tennis leg** ». Elle touche essentiellement les hommes entre 40 et 50 ans, en particulier les tennismen, d'où le nom. Le tennis-leg survient à l'occasion d'une impulsion brutale et correspond à un décollement entre le jumeau interne et le soléaire : il se forme un hématome qui est douloureux.

Petit rappel anatomique ici aussi :



Source :

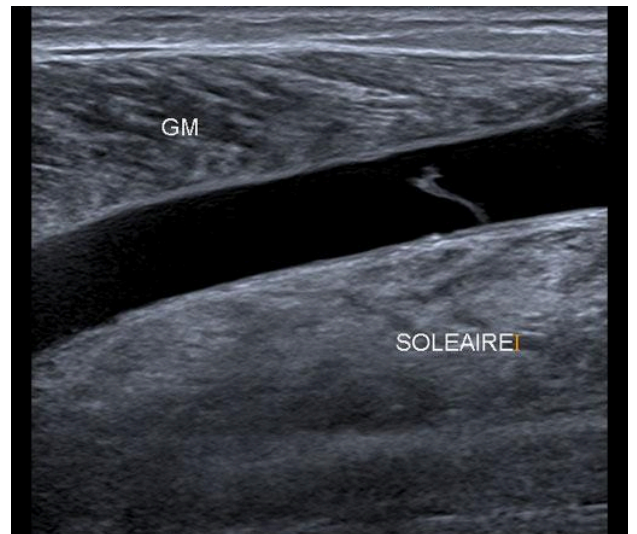
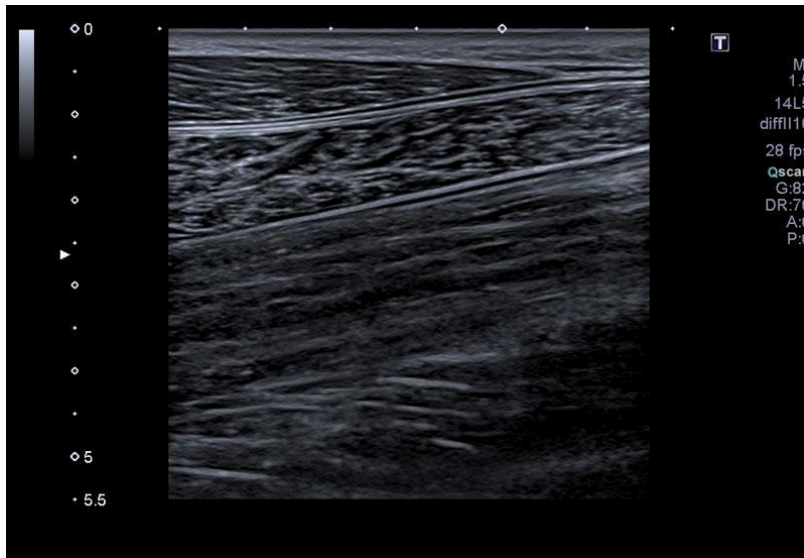
[https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Muscles\\_et\\_tendons\\_superficiels\\_de\\_la\\_jambe/1001941](https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Muscles_et_tendons_superficiels_de_la_jambe/1001941)

Cliniquement, le sportif à l'impression d'avoir reçu un coup ou une balle de tennis dans le mollet. Il apparaît ensuite une boiterie et une impossibilité de poser le pied par terre.

Le diagnostic de cette pathologie par l'échographie permet de réaliser une **ponction de l'hématome écho-guidée** et donc d'**améliorer la cicatrisation et la récupération**.

Pour faire le diagnostic échographique, on utilise une sonde linéaire en longitudinale, avec le patient installé en décubitus ventral. On se place à la face postéro-interne du mollet (*astuce : on part de la cheville et on longe le gastrocnémien médial et le soléaire sur tout leur trajet*).

En image :



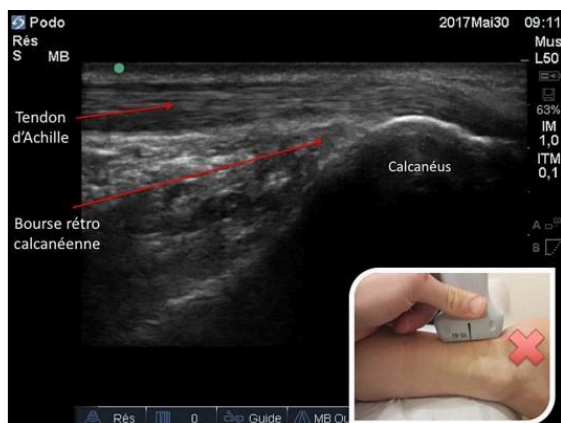
*Ci-dessus : image normale lors d'une échographie du mollet à gauche et hématome entre le gastrocnémien médial et le soléaire, signant le tennis-leg (source : <https://www.im2s.mc/le-tennis-leg/>)*

Le traitement est axé sur le **repos**, la **compression** et le **glacage**. Les HBPM sont à discuter devant l'augmentation importante du risque de phlébite de part la nette diminution de la marche et la compression veineuse par l'hématome.

Pensez-y la prochaine fois que vous concluez « claquage musculaire » 😊

***A noter :*** ponctionner tous les hématomes de déchirure musculaire ne sert à rien ! Ici, c'est intéressant car il y a un décollement entre deux fascia mais sinon cela a assez peu d'intérêt.

### 3. Échographie du tendon d'Achille

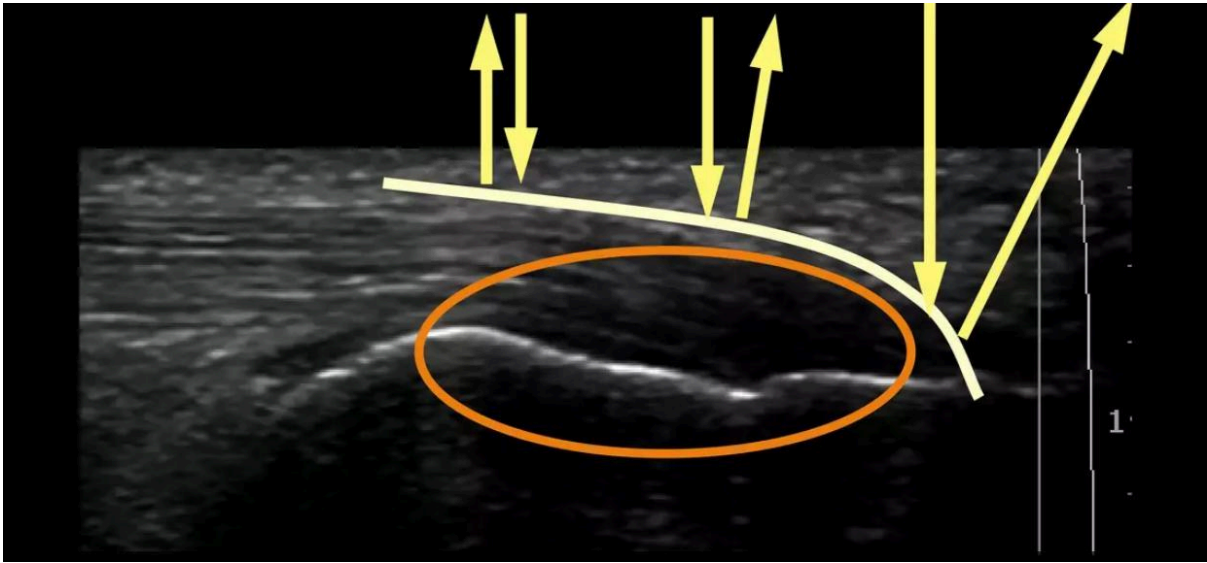


Le principal but de cette échographie est de diagnostiquer la **rupture du tendon d'Achille**.

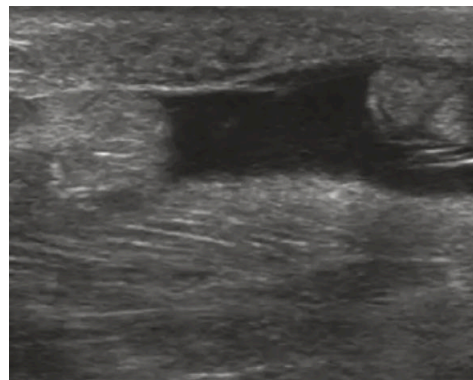
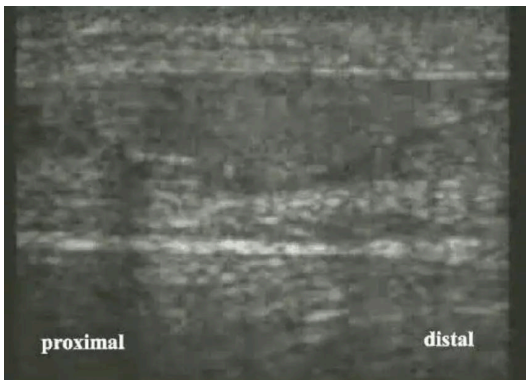
On place le patient en décubitus ventral sur la table d'examen avec le pied dans le vide. On utilise une sonde linéaire haute fréquence en longitudinal.

*Ci-dessus : images normale du tendon d'Achille en échographie (source :*

*<https://www.ks-mag.com/article/11372-l-echographie-musculo-squelettique-du-membre-inferieur-se-miologie-et-applications-echographiques-de-la-tendinopathie-d-achille>)*



**Attention à l'artéfact d'anisotropie** qui survient si la sonde n'est pas perpendiculaire aux fibres tendineuses et mime des zones pathologiques : bien balayer et bécquer la sonde pour s'assurer que ce l'image visualisée n'est pas un artéfact.



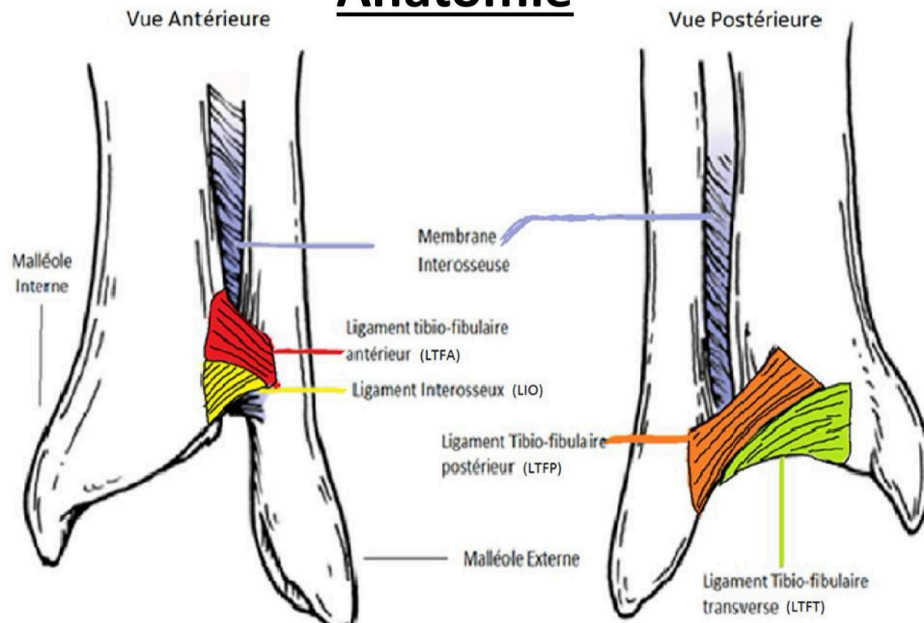
*Ci-dessus : image représentant l'artéfact d'anisotropie en échographie (source : <https://fr.slideshare.net/orange222/ecographie-tendon-dachille>)*

*Ci-dessus : deux images de rupture de tendon d'Achille. On note, dans les deux cas, une perte de l'aspect fibrillaire régulier signant la rupture.*

#### 4. Échographie de la cheville aux urgences.

Ici, on se concentre sur une lésion qu'il est important d'identifier en cas d'entorse de la cheville : **la lésion de la syndesmosse tibio-fibulaire antéro-distale.**

# Anatomie



**Figure 1** Ligaments de la tibio-fibulaire distale

Comme toujours, un peu d'anatomie d'abord :

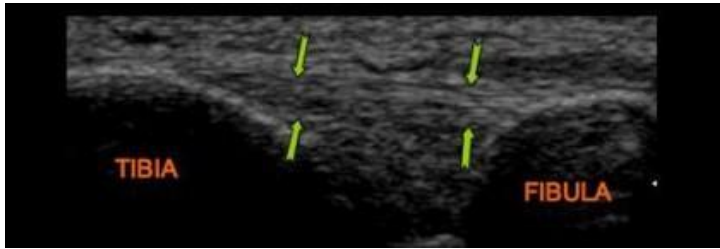
Source :

[https://readaptation.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/21/2017/09/Affiche\\_18\\_Nadeau\\_Marie-Josee.pdf](https://readaptation.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/21/2017/09/Affiche_18_Nadeau_Marie-Josee.pdf)

Cette lésion survient sur un « coup de pied arrêté » avec un **mécanisme d'hyperextension dorsale de la cheville**. Il est important de la connaître car elle est **fréquente**, d'autant plus chez les patients sportifs et que, mal prise en charge, elle peut donner des arthroses de cheville importantes avec une perte de mobilité pouvant devenir un véritable handicap au quotidien.

Sur les **radiographies de la cheville**, on peut constater un **diastasis**, mais il peut ne pas se voir ! Il convient de penser à faire des radio comparatives de face en charge en rotation interne modérée pour ne pas passer à côté.

**L'échographie est à réaliser, a minima, devant toute entorse du Ligament Collatéral Médial.** Elle se réalise pied à plat avec une sonde linéaire à hautes fréquences en longitudinal.



*A gauche, on peut voir l'aspect normal du ligament tibio-fibulaire antéro-distal en échographie. A droite, on peut voir son aspect en cas d'atteinte. Source : <https://www.image-echographie.net/?r=1&ssr=54>*

En cas de diagnostic positif, il conviendra **d'immobiliser la cheville**, une botte de marche pouvant suffire, mais avec une **décharge complète initiale pendant 2 à 4 semaines**.

Olivia

## 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<sup>ème</sup> 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 12 février 2024** : Réorganiser l'accueil des urgences : un enjeu majeur

### 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](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)



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

# « 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-Obstétricien, 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)
- APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES
- Ateliers accouchement eutocique, dystocique avec le concours des gynécologues précitées 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 B5PP

Coordinateur : MC FRANCHIN (B5PP), 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 B5PP se prépare au risque NRBC ?** Médecin de classe exceptionnelle FONTAINE, (B5PP)
- **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.** Dr YORDANOV (PUPH à la Sorbonne et SAU St-Antoine, APHP) et Mr BOIS (IPAU, Clinique Via Dominica, Lunel)
  - **T2IH : 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 B5PP : méthode, enjeux et perspectives.** ADC PALLIER (Cadre de santé, Bureau de médecine d'urgence B5PP)
- APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES
- **Cathéter intra-osseux** par TELEFLEX
  - **Tubes laryngés LTSD** par IDM médical
  - **VVP échoguidée** par généraliste encadré par le Dr BALAZ (BMPM), Mr SOGHOMONIAN et Mme ABÉLAUD (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 santé 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 KEDZIEREWICZ (Médecin chef à l'Ulis7, Brignoles)
- **Historique du Magen David Adom, présentation de l'organisation et stratégies de secours employés en matière d'urgence pré hospitalières.** Mr KLEN (Directeur du département international MDA, Israël)

### JEUDI 14 MARS 2024

#### URGENCES ET CARDIOLOGIE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC VANOYE (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 préhospitalier.** 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)
- APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES
- **Intérêt de l'échographie dans la prise en charge de la dyspnée.** Dr MARKARIAN (SAU La Timone, Marseille)
  - **L'ECG.** 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-LORENZI (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, accortant à l'Unité d'immunopathologie IRBA, Brétigny-sur-Orge)
- **Arrêtons 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)
  - **Œdème 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)
- APRÈS-MIDI : 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 QUIZ 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 :



## Sessions SFMC à venir en 2024 :

- Le 6 février 2024 à Paris (Magenta) : Triage médical en médecine de catastrophe et SSE - Session DPC ouverte aux médecins

Inscription : <https://www.sfmc-formation.eu/categorie/sessions-sfmc-a-venir/>

- Le 8 février 2024 à l'Ecole du Val de Grâce à Paris : Colloque – Catastrophes et dérèglement climatique

Inscription : <https://www.sfmc-formation.eu/catastrophes-et-dereglement-climatique/>



## Congrès COPACAMU 2024 à Marseille le 28 et 29 mars 2024 :



**Tarif internes : 50€ les deux jours (avant le 2 mars 2024), 60€ les deux jours (à partir du 3 mars 2024)**

Inscription : <https://congres.copacamu.com/inscriptions-copacamu-2024/>

**Vous pourrez nous y retrouver sur notre stand !**



## Congrès URGENCES les 5-6-7 juin 2024 à Paris

Inscription et tarifs :

<https://urgences-lecongres.org/inscription/frais-dinscription-a-urgences-le-congres-2024/>



**Vous pourrez nous y retrouver sur notre stand !**

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

Informations pratiques : [medpocongres.com](http://medpocongres.com)

PÊLE-MÊLE : AVC ischémique

Pathologie fréquente aux urgences et particulièrement urgente à repérer à cause de son évolution défavorable rapide (le temps, c'est du cerveau !) et le risque de séquelles à long terme. Nous vous laissons découvrir le topo radiologique de notre partenaire IMADIS à ce sujet.

## Imagerie diagnostique de l'AVC ischémique à la phase aiguë

Quel examen réaliser ?

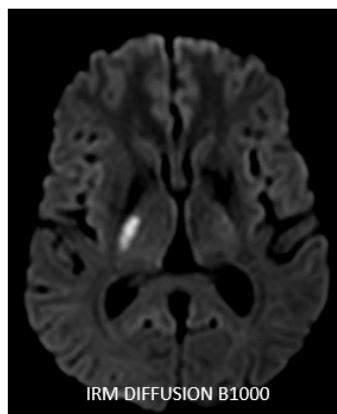
Devant un déficit neurologique brutal, non ou partiellement résolutif, **l'IRM est l'examen le plus sensible** pour le diagnostic et notamment la détection très précoce de l'ischémie.

Le protocole comprendra généralement :

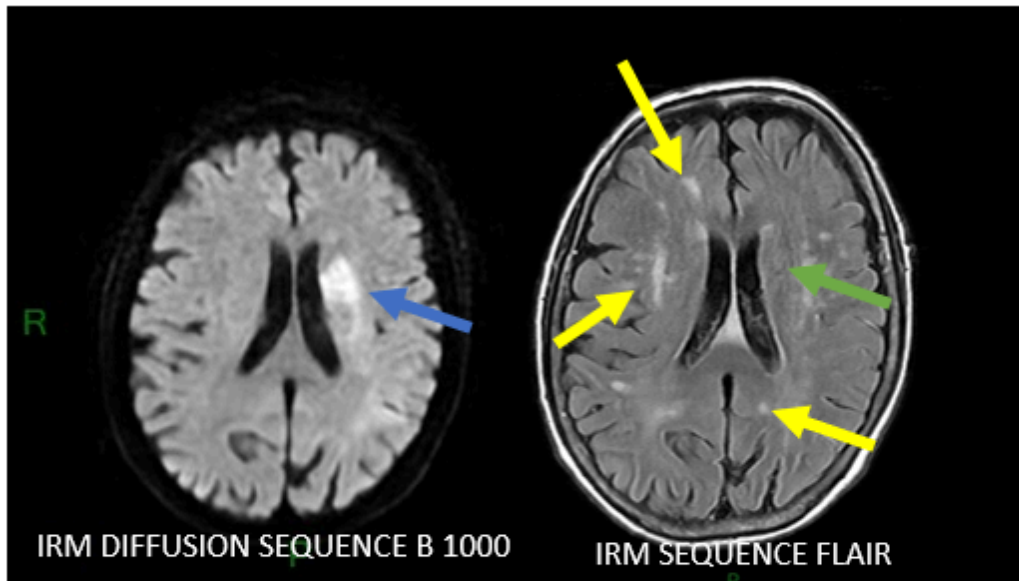
- **Une séquence de diffusion**, recherchant une ischémie et appréciant sa topographie et son étendue
- **Une séquence FLAIR**, permettant de dater l'ancienneté de la lésion ischémique (initialement sans traduction en FLAIR puis en hypersignal après 4 à 6 heures)
- **Une séquence T2\***, recherchant une hémorragie
- **Un TOF** (pour Time Of Flight), permettant de visualiser des artères du polygone de Willis sans injection de contraste et de rechercher une occlusion proximale qui ferait discuter une thrombectomie.

La durée de l'examen sera optimalement comprise entre 15 et 30 minutes. Il est indispensable d'avoir un patient coopérant et calme. **L'injection de produit de contraste n'est pas systématique** et son utilité sera appréciée au cas par cas par le radiologue sur la base des renseignements du correspondant clinicien prescripteur.

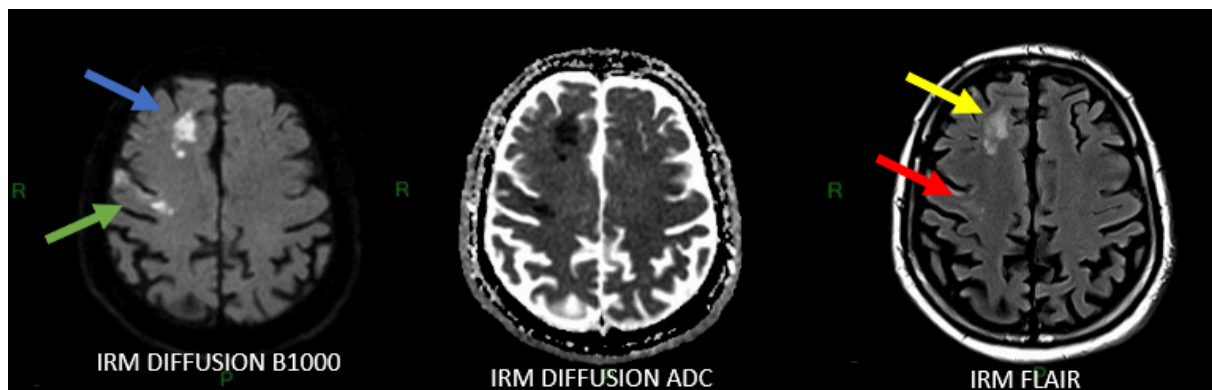
**La sensibilité de l'imagerie pour la détection des lésions ischémiques est excellente et dépasse les 90%**. Les faux négatifs concernent les lésions récentes (< 30 minutes), peu étendues et celles atteignant la fosse cérébrale postérieure.



Lésion ischémique aiguë choroïdienne antérieure droite

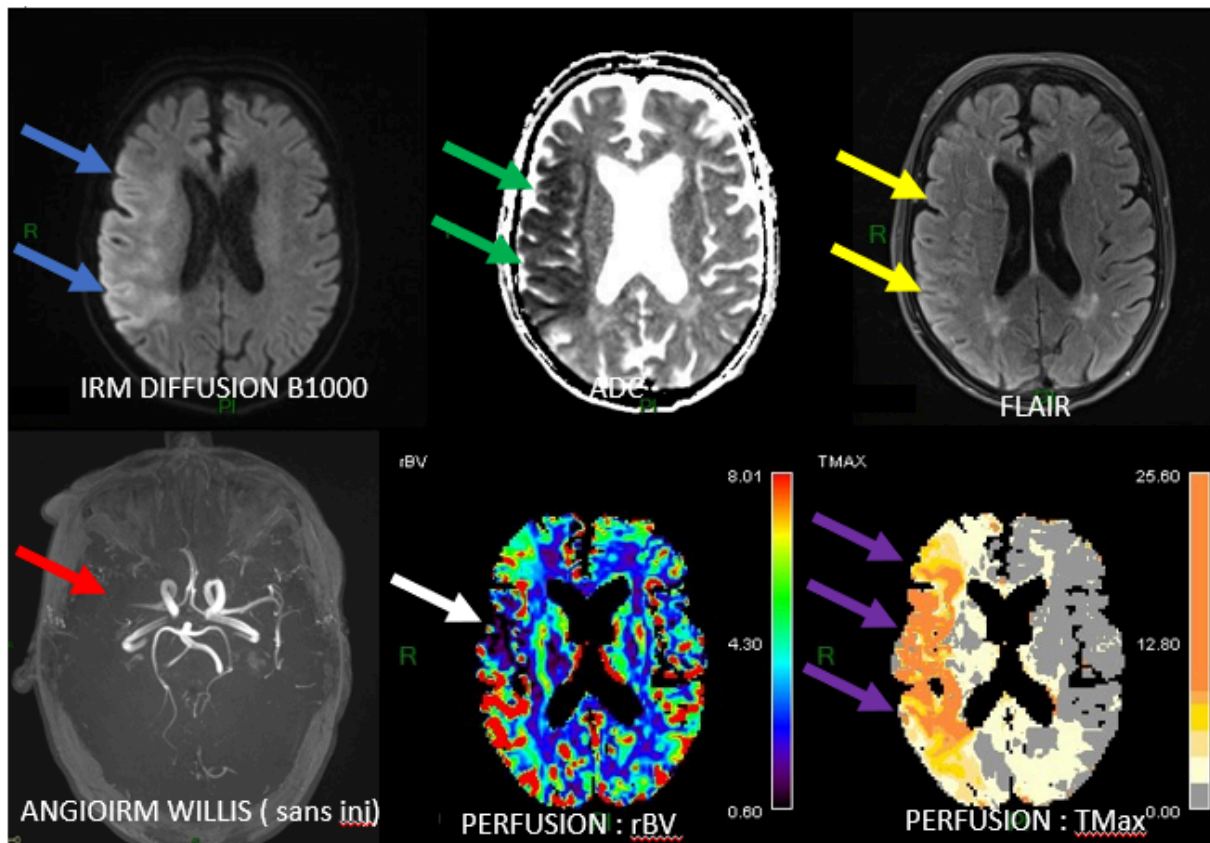


Lésion ischémique aiguë profonde gauche apparaissant en hypersignal B1000 (**flèche bleue**), sans traduction sur la séquence FLAIR (**flèche verte**), en faveur de son caractère aigu. Attention, présence d'autres hypersignaux FLAIR (**flèches jaunes**), en faveur d'une leucopathie vasculo-dégénérative sous-jacente.



Lésion ischémique récente cérébrale antérieure (**flèche bleue**) et sylvienne superficielle droite (**flèche verte**), apparaissant constituée en cérébral antérieur (hypersignal FLAIR, **flèche jaune**), et en cours de constitution en sylvien superficiel droit (**flèche rouge**).

Une séquence de perfusion cérébrale en IRM, à distinguer d'une série avec injection simple de produit de contraste, est également possible pour mieux apprécier la zone d'ischémie (mismatch diffusion – perfusion).



Lésion ischémique aiguë sylvienne droite présentant une restriction de diffusion (hypersignal B100, **flèche bleue**, avec chute de signal sur l'ADC, **flèche verte**).

Minime hypersignal FLAIR débutant du ruban cortical (**flèche jaune**).

Occlusion de l'artère sylvienne droite à son origine visible sur la séquence d'angio IRM sans injection (**flèche rouge**).

Les séquences de perfusion cérébrale retrouvent un mismatch (chute de signal dans la zone de nécrose ischémique constituée apparaissant en blanc) : bonne indication de thrombectomie !

Il est également **possible d'injecter pour opacifier les troncs supra-aortiques (TSA)**, cette séquence étant le plus souvent réalisée lorsqu'une lésion ischémique est diagnostiquée, à la recherche d'une étiologie ou d'une association thrombotique carotidienne et pour éventuellement guider un geste endovasculaire. En dehors de cette situation, on privilégiera alors la réalisation en semi-urgence d'un **angioscanner** des TSA pour sa résolution spatiale, voire d'une **échographie doppler** des TSA.

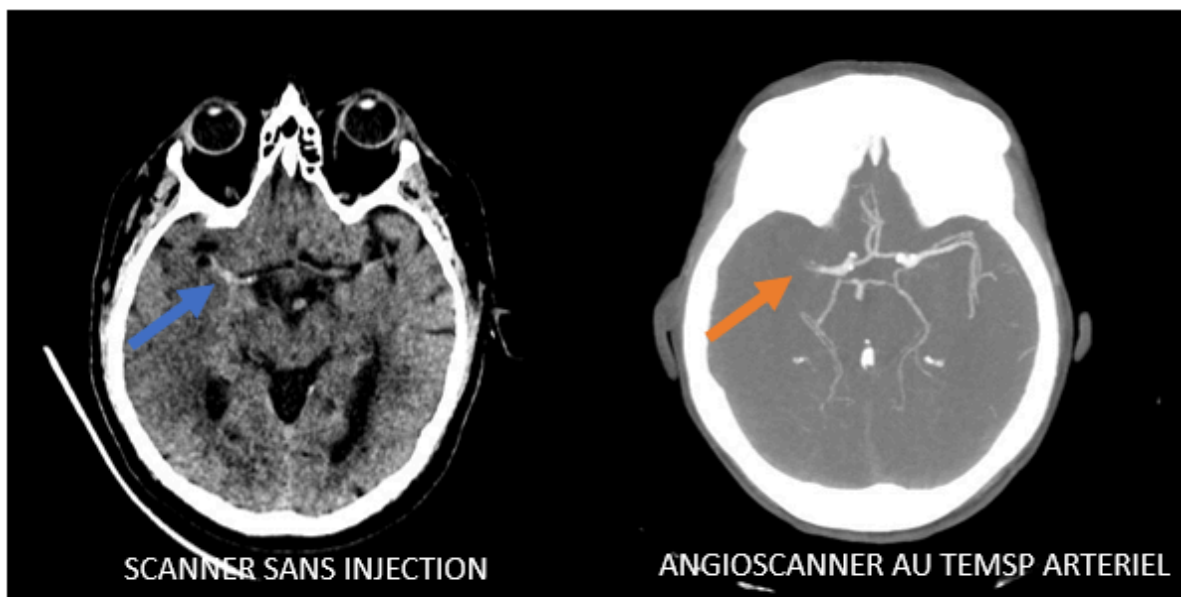
Avec le développement des scanners multi-détecteurs avec imagerie de perfusion, le parc de machines plus étendu et son accessibilité technique plus grande, le **scanner** peut constituer une alternative intéressante à l'IRM lorsqu'elle n'est pas disponible ou que le patient n'est pas apte à un examen IRM en urgence (contre-indication, agitation...).

L'acquisition comprend :

- **Une acquisition sans injection** : rechercher des lésions hémorragiques intracrâniennes, et des signes précoces de lésion ischémique cérébrale : dédifférenciation substance blanche-substance grise, effacement ruban cortical, effacement des noyaux gris centraux, signes néanmoins peu sensibles. Pour les AVC sylviens, ces signes permettent de calculer le score ASPECTS : score de 0 à 10 (10 étant le score normal), guidant la prise en charge thérapeutique
- **Une acquisition injectée sur les TSA** permet d'apprécier leur perméabilité ainsi que celle du polygone de Willis jusqu'en distalité et de dépister une sténose significative.
- Possiblement selon les centres une **séquence de perfusion cérébrale** : permet d'apporter des précisions sur la viabilité du parenchyme ischémié. Peut également apporter des informations pour un diagnostic différentiel (migraine avec aura, épilepsie...)



Lésion ischémique aiguë sylvienne droite avec hypodensité cortico-sous-cortical insulaire droite (**flèche bleue**), temporale droite (**flèche verte**), fronto-pariétale (**flèche violette**)



Thrombus M1 droit apparaissant spontanément dense (**flèche jaune**), avec défaut d'opacification artériel après injection (**flèche orange**)

#### Un peu de lecture ?

- JF Meder, *Neuro-imagerie - Pathologies de l'encéphale*, Edition Sauramps Medical
- F Heran, F Lafitte, *IRM pratique en neuroradiologie*, Edition Elsevier Masson

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>

Et pour des rappels d'anatomie : <https://www.imaios.com/fr/e-anatomy>

## ON A LU, ON A VU

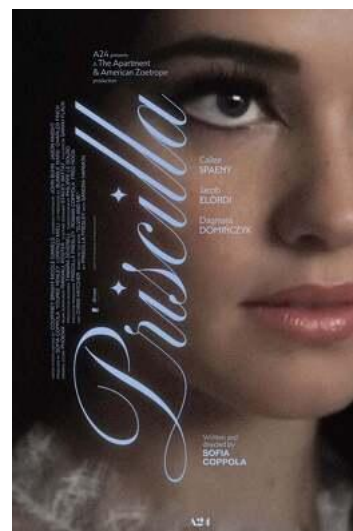
Parce qu'on est urgentiste, mais pas que ! On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une œuvre à nous partager ? —> [contact@ajmu.fr](mailto:contact@ajmu.fr)

### ◆ Films ◆

« *Priscilla* » de Sofia Coppola.

C'est LE nouveau film de Sofia COPPOLA. Outre le fait d'être réalisé par une femme, la réalisation de ce film est excellente. Les acteurs sont d'une grande justesse et l'histoire, plus que fascinante. Ce film dévoile la relation entre Priscilla, une jeune femme de 14 ans lors de leur rencontre et Elvis Presley qui est déjà sous les feux de la rampe. Leur histoire est dérangeante mais nous tient en haleine durant l'entièreté du film. Foncez !

Clarisse



### ◆ Séries ◆



« *D'argent et de sang* » de Xavier Giannoli, disponible sur Canal +.

Une nouvelle série passionnante sur une affaire réelle qui a eu lieu en 2008 : l'arnaque à la TVA sur les quotas carbone. Le coeur de l'histoire : c'est la rencontre entre 3 gars du quartier de Belleville et un riche ..., qui à eux seuls parviennent à monter "l'arnaque du siècle" sur les quotas carbone. Mais les choses ne vont pas vraiment se passer comme prévu... Déjà racontée dans le livre "De l'argent et de sang" de Fabrice Arfi en 2018, on découvre cette fois l'adaptation cinématographique où l'on retrouvera entre autres au casting le talentueux Vincent Lindon.

Enza

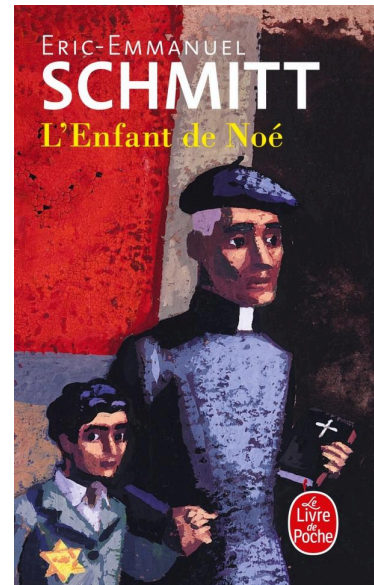
## ◆ Livres ◆

« *L'enfant de Noé* » d'Eric Emmanuel Schmitt.

Un court roman touchant datant de 2004, racontant l'histoire d'un petit garçon juif lors de la seconde guerre mondiale. Triste mais pas que, on apprécie dans ce livre des notes d'humour et d'innocence à travers la vision de cet enfant de 8 ans qui se réinvente une vie chez le prêtre qui l'abrite et le cache.

Tolérance, amour et résilience sont les mots qui me restent de ce récit !

Enza



## RECETTES FACILES ET RAPIDES : Légumes rôtis

Pas d'inspiration pour le repas de ce soir, et des légumes qui commencent à faire la tête sur le comptoir ? Pas de panique, un four et le tour est joué.

### Ingrédients :

- Légumes de saison variés
- 3 gousses d'ail
- Sel, poivre
- Huile d'olive
- Herbes de provence



### Recette :

1. Découper grossièrement les légumes en dés
2. Répartir les légumes et les gousses d'ail sur la plaque de cuisson et asperger généreusement le tout d'huile d'olive
3. Saler, poivrer et ajouter des herbes de provence ou épices de votre choix
4. Faire cuire au four 40 minutes à 190°C chaleur tournante
5. Dégustez ! (*Conseil du chef : n'hésitez pas à ouvrir les gousses d'ail rôties afin d'étaler leur contenu sur les autres légumes 😊*)

Petit plus : pour accompagner, vous pouvez réaliser une sauce à la crème fraîche avec du jus de citron, du basilic, de la ciboulette, sel-poivre et de l'huile d'olive.

Enza

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

Une information importante souvent oubliée lors de l'anamnèse parmi notre jeune génération de médecins : "Avez-vous été soigné dans un sanatorium ?". Focus sur ces bâtiments construits afin de lutter contre la tuberculose, avec plus ou moins de succès.

A la fin du XIXème siècle jusqu'au début du XXème siècle, la tuberculose fait des ravages. Aussi appelée "peste blanche", on estime son nombre de victimes à plusieurs millions, touchant particulièrement la classe ouvrière : les populations pauvres, vivant dans la promiscuité, mais également par conséquent les populations bourgeoises où la tuberculose devient alors "la maladie des petites bonnes".



<https://fr.wikipedia.org/wiki/Sanatorium>

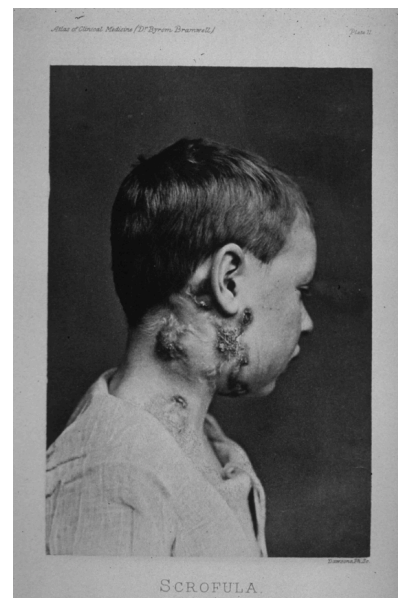
L'hôpital maritime de Beck (Pas-de-Calais), fut le premier sanatorium construit en France.

On pouvait y compter au XXème siècle plus de 250 sanatoriums construits, avec une extension exponentielle dans le reste du monde devant cette épidémie croissante à transmission aérienne.

Ces lieux visaient à isoler les malades dans un environnement pensé "sain" notamment au niveau aérien, autrement dit en montagne, au soleil, face à la mer ou encore en pleine forêt principalement pour les vertus respiratoires attribuées aux plantes.

On y trouvait toutes formes de tuberculoses, notamment la scrofule (atteinte ganglionnaire et cutanée).

Quant aux "phtisiques" (forme pulmonaire), ils étaient souvent regroupés dans des sanatoriums différents, souvent pour jeunes hommes. Un système de lettres de A à D était établi pour définir le degré de contagiosité des patients et restreignait alors leurs mouvements.



*Scrofule apparue dans un livre médical de référence en 1983*

Les patients bénéficiaient de nombreux examens, tels que des radiographies thoraciques, prélèvements respiratoires, confinement dans des “salle de cure” aérées, les traitements pouvant même aller jusqu’à la lobectomie.

**WHAT IS**

# **SCROFULA**

It is that impurity in the blood, which, accumulating in the glands of the neck, produces unsightly lumps or swellings; which causes painful running sores on the arms, legs, or feet; which develops ulcers in the eyes, ears, or nose, often causing blindness or deafness; which is the origin of pimples, cancerous growths, or the many other manifestations usually ascribed to “humors;” which, fastening upon the lungs, causes consumption and death. Being the most ancient, it is the most general of all diseases or affections, for very few persons are entirely free from it.

**How Can It Be CURED**

By taking Hood's Sarsaparilla, which, by the remarkable cures it has accomplished, often when other medicines have failed, has proven itself to be a potent and peculiar medicine for this disease. Some of these cures are really wonderful. If you suffer from scrofula, be sure to try Hood's Sarsaparilla.

“Every spring my wife and children have been troubled with scrofula, sores breaking out on them in various places. My little boy, three years old, has been a terrible sufferer. Last spring he was one mass of sores from head to feet. I was advised to use Hood's Sarsaparilla, and we have all taken it. The result is that all have been cured of the scrofula, my little boy being entirely free from sores, and all four of my children look bright and healthy.” W. B. ATHERTON, Passaic City, N. J.

**Hood's Sarsaparilla**  
Sold by all druggists. \$1; six for \$5. Prepared only by C. I. HOOD & CO., Apothecaries, Lowell, Mass.

**100 Doses One Dollar**

Suite à la découverte de la streptomycine en 1943 par Albert Schatz, les sanatoriums ont progressivement été abandonnés et voués à d'autres fonctions.

Un sujet passionnant sur lequel vous pourrez approfondir vos connaissances avec les références ci-dessous, mais n'oubliez pas : les témoignages de vos patients seront les plus précieux de tous !

Enza

### Références :

- <https://aadl.org/node/93340>
- <https://teachingwiththemes.com/index.php/2020/03/18/what-is-scrofula-can-it-be-cured/>
- <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/1719/sanatorium-mont-joli-epidemie-tuberculose-coronavirus-lecons-temoignage-histoire>
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sanatorium>

## ANNONCES : offres d'emploi

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

### ◆ **Les Hôpitaux Drôme Nord proposent une mission de remplacement dans le service des Urgences, site de Saint-Vallier.**

Service d'urgences situé à moins d'1h de Lyon et accessible en train à la journée

Ouverture en journée uniquement . Plage de travail sur des créneaux 8h30 – 20h30 ( fermeture au public à 19h)

Accueil non programmé essentiellement – 20 patients / jour en moyenne

Rémunération au tarif intérim ( 680 € / jour + frais de déplacement et hébergement le cas échéant) ou Possibilité de Prime de Solidarité Territoriale

Possibilité de mise à disposition d'un logement sur site

Besoins : du 1er au 20 août 2023



Crédit photo: [hopitaux-drome-nord.fr](http://hopitaux-drome-nord.fr)

### ◇ **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](http://reseauprosante.fr)

◆ **La Polyclinique médipole St Roch à Cabestany , en périphérie de Perpignan, recherche un remplaçant du 01/01 au 31/03.**



En journée : 2 praticiens actuellement -> 1 de 8h à 20h et 1 de 10h à 22h

Objectif: 3ème praticien en journée sur place pour soulager l'équipe

La nuit : 1 praticien de 20h à 8h le lendemain  
9 urgentistes composent l'équipe avec le souhait d'intégrer de nouveaux confrères/consoeurs => Compagnonnage des + seniors

*Crédit photo: santeenfrance.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**

Etablissement 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/>



TRANSFERT OPTIMISÉ DES PUBLICATIONS EN MÉDECINE D'URGENCE

