

AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :

La Santé Mentale :
une urgence pour tous

Actu 1:

Déficit des hôpitaux:
les présidents des 32
CHU alertent

Actu 2:

PLFSS 2025: où en
est-on ?

Point cours :

Hémophilie

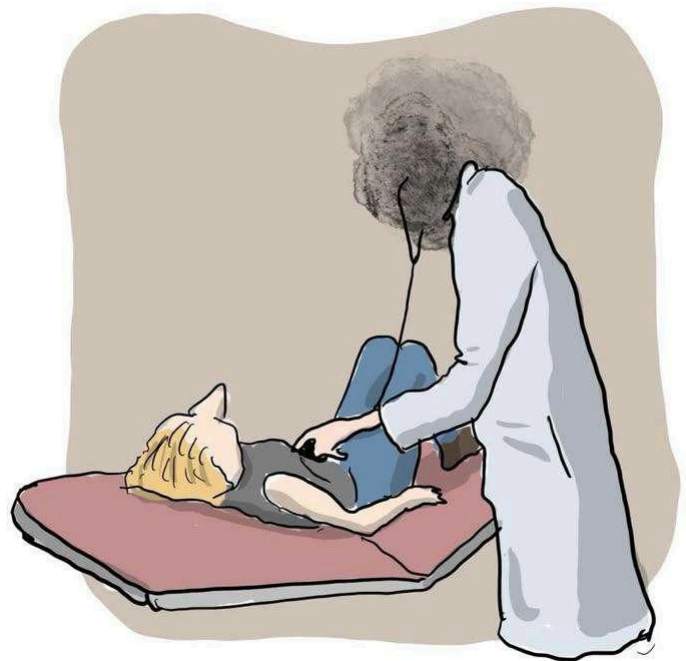
Agenda

Recommandations culturelles


Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS

Idées recettes rapides

Partenaires



Payetesurgences



L'EDITO :

Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Pour cette édition qui clôt l'année 2024, nous vous invitons à explorer des thématiques variées, avec un regard tourné autant vers l'analyse que vers l'action.

Nous ouvrons ce numéro avec un article sur la santé mentale des internes en médecine d'urgence, rédigé par Charlotte, notre VP Santé Mentale, qui met en lumière les défis et les solutions pour préserver l'équilibre dans une spécialité particulièrement exigeante.

Dans l'actualité récente nous nous pencherons sur les dernières décisions gouvernementales qui impacteront notre pratique.

Le point cours réalisé en collaboration avec les filières de santé maladies rares portera sur la prise en charge de l'Hémophilie aux urgences et en pré-hospitalier.

Le groupe IMADIS vous permettra ensuite à travers son pêle-mêle d'imagerie d'en savoir un peu plus sur les hémorragies abdominales non traumatiques, non extériorisées.

Vous pourrez pour finir retrouver l'agenda des prochains mois, nos recommandations culturelles, les offres d'emploi ainsi qu'une belle recette pour agrémenter votre quotidien.

Faustine



SOMMAIRE

Dossier : <ul style="list-style-type: none">● La Santé Mentale : une urgence pour tous	p.3
ACTUS: <ul style="list-style-type: none">● Déficit des hôpitaux: alerte des 32 présidents des CHU● PLFSS 2025: où en est-on ?	p.5 p.6
POINT DE COURS : <ul style="list-style-type: none">● Hémophilie	p.8
AGENDA : congrès et formations	p.14
PÊLE-MÊLE : <ul style="list-style-type: none">● Les hémorragies abdominales non traumatiques - les hémorragies non extériorisées	p.18
ON A VU, ON A LU	p.26
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE : Lasagnes épinards ricotta	p.27
ANNONCES	p.28



Dossier :

Santé mentale des internes en médecine d'urgence : une urgence vitale pour tous

En novembre 2024, une nouvelle étude sur la santé mentale des étudiants en médecine, menée par l'ISNI, l'ANEMF et l'ISNAR-IMG, en continuité avec celles de 2021 et 2017, renforce une réalité déjà bien documentée et toujours aussi inquiétante. Alors que la profession médicale est souvent idéalisée, l'étude met en évidence l'impact profond des conditions de travail sur la santé mentale des futurs médecins.

En tant qu'internes en médecine d'urgence, confrontés à des situations critiques et à la prise de décisions sous pression, il est nécessaire de pousser la réflexion au-delà des chiffres pour interroger le sens de nos choix.

Une réalité saisissante

L'étude 2024 révèle qu'une proportion significative des étudiants en médecine (environ 52 %) présenteraient des symptômes anxieux. Parmi eux, 27 % ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois et 21 % ont eu des idées suicidaires. Ces chiffres, bien qu'interpellants, ne sont qu'une manifestation d'une crise systémique touchant toute la chaîne des soignants. Chez les internes, le taux de burn-out culmine à 66 %, révélant une réalité où l'épuisement n'est plus une exception mais une norme tolérée.

Ces données reflètent une pression extrême :

- Une charge de travail importante, avec des semaines de 59 à 80 heures.
- La gestion d'urgences vitales, où l'erreur peut être fatale et donc avec une charge mentale extrême.
- Une position ambiguë entre apprentissage et responsabilité professionnelle.
- Des violences, qu'elles soient structurelles ou sexistes, qui fragilisent davantage.

Spécificités de la médecine d'urgence : quand l'urgence devient systémique

La médecine d'urgence illustre une tension constante entre rapidité et réflexion, entre humanité et déshumanisation. Chaque garde, chaque intervention, plonge les internes dans une intensité où les limites personnelles sont souvent testées. Certains témoignent d'un épuisement profond : « Je quitte chaque garde avec le sentiment d'être vidé, comme si je laissais une partie de moi dans chaque chambre, chaque urgence ». La confrontation à des échecs ou à des pertes humaines successives impose une charge émotionnelle extrême, trop souvent minimisée. Il ne s'agit pas seulement d'une question de gestion du stress, mais d'une réflexion profonde sur le sens même de notre engagement : « Peut-on sauver sans s'égarer soi-même ? »

Une pause pour mieux comprendre

Avant d'envisager des solutions, il est fondamental de comprendre les dynamiques en jeu. La santé mentale des internes en médecine d'urgence n'est pas seulement une question individuelle : elle révèle les fragilités d'un système hospitalier en tension permanente. La priorité actuelle est donc d'établir une cartographie complète des dispositifs de soutien, des pratiques efficaces, et des points de rupture.

Réfléchir collectivement permettrait de déceler des pistes : comment conjuguer formation et bienveillance ? Quelle place accorder à la parole dans un système où le silence est souvent de mise ?

Et surtout, comment redonner à chacun la capacité de s'épanouir dans un métier qui exige tout ?

Un engagement institutionnel

Face à l'ampleur de cette situation, une réponse institutionnelle s'est rapidement imposée. Cette année, la création d'un poste de Vice-Président en charge de la Santé Mentale marque une étape décisive dans la prise en charge des enjeux psychologiques des internes en médecine d'urgence. Ce rôle a été conçu dans l'objectif de donner une visibilité accrue à ces problématiques et d'y répondre de manière structurée.

L'une des premières missions est d'effectuer une cartographie complète des ressources à disposition, afin de dresser un état des lieux précis et d'identifier les zones de fragilité, souvent invisibles, dans le parcours des internes. Cette démarche permet de repérer les manques à combler et d'élaborer des projets concrets de soutien, qu'il s'agisse de structures d'écoute, de formations en gestion du stress ou de révisions des conditions de travail.

Ainsi, l'objectif va bien au-delà d'une simple gestion de crise : il s'agit d'instaurer une culture du bien-être au cœur des pratiques médicales, en construisant un environnement plus équilibré, où la bienveillance, l'écoute et la solidarité occupent une place centrale.

Conclusion

La santé mentale des internes en médecine d'urgence est bien plus qu'un enjeu professionnel : elle est une urgence humaine. Dans un environnement où chaque décision peut peser lourdement, il devient impératif de reconnaître la vulnérabilité de ceux qui portent une grande responsabilité. Il est essentiel de réinventer un système où soigner et se préserver ne sont pas des notions opposées, mais complémentaires. Les mauvaises habitudes sont bien ancrées et le chemin est long, mais c'est dans cette dynamique de réinvention collective que réside la véritable réponse à cette urgence vitale.

Charlotte - VP Santé Mentale



ACTU 1 : Déficit des hôpitaux

La précarité du système de santé est au sujet de notre actu du mois. Effectivement fin novembre 2024, les présidents des conseils de surveillance des 32 centres hospitalo-universitaires de France ont alerté le premier Ministre alors en place Michel Barnier sur le déficit des CHU.

Le déficit cumulé des CHU de France devrait atteindre les “1.1 milliards d’euros en 2024, en progression beaucoup plus rapide que les autres hôpitaux publics” tandis que le déficit atteignait “200 millions d’euros en 2021” soit un déficit multiplié par 5,5.

Selon eux, un tel déficit ne viendrait pas d’une “dérive de gestion” mais serait la conséquence de “nouvelles charges exceptionnelles” au moment où les CHU “étaient eux-mêmes fragilisés par les effets induits par la crise Covid”.

Les présidents mettent en avant une “situation financière inquiétante” et sont en quête de pouvoir “préserver” leur capacité d’action. Effectivement de nombreux projets sont sous la menace d’être “au mieux décalés de plusieurs années et au pire abandonnés”.

Les présidents en appellent donc au premier ministre dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2025.


Ils déclarent notamment: “les financements qui manqueraient à nos CHU ces prochaines années auraient un impact sur la vie de nos concitoyens, la prise en charge des malades, les équilibres économiques et sociaux de nos territoires sans commune mesure avec l’économie engagée”.

Ils souhaitent que “la capacité d’action” de ces établissements “soit préservée et que les investissements nécessaires à leur avenir ne puissent plus être remis en cause”.

Références:

- <https://www.europe1.fr/sante/deficit-des-hopitaux-les-32-presidents-de-chu-alertent-michel-barnier-4282470>
- <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/crise-de-lhopital-lalerte-des-32-presidents-de-chu-a-michel-barnier-2134967>
- <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/une-situation-financiere-inquietante-les-32-presidents-de-chu-alertent-michel-barnier-5c28b898-ae99-11ef-b968-56ee5c51c9ef>

Faustine



ACTU 2: Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2025: où en est-on ?

Comme tous les ans, le mois de décembre est marqué par la construction puis le vote du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

Le PLFSS 2025 défendu par l'ancien premier ministre Michel Barnier:

Le déficit de la Sécurité Sociale fin 2024 devrait approcher les 18.5 milliards d'euros au lieu des 10.5 milliards d'euros attendus par le PLFSS 2024. Ce déficit serait essentiellement dû à une augmentation des dépenses de soins de ville avec un déficit des recettes.

En 2025, le budget prévisionnel serait lui établi à environ 18.3 milliards d'euros de déficit.

L'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie, est également modifié, il devrait avoisiner les 203.6 milliards d'euros en 2025 soit une augmentation de 2.4% par rapport à l'ONDAM modifié de 2024.

A propos de l'axe sur la prévention, la santé et l'accès aux soins, les mesures suivantes sont proposées dans ce projet de loi. La valorisation du médecin traitant serait de mise avec une augmentation du prix de la consultation à 30 euros, la création de maisons pluri-professionnelles serait de nouveau encouragée. Une "taxe lapin" serait mise en place pour les personnes ne se présentant pas à leurs rendez-vous sauf exception. Le suivi de l'enfant serait renforcé avec une augmentation du nombre de consultations de suivi médical comprenant une refonte du carnet de santé et des examens de santé.

Des crédits supplémentaires seront alloués pour une meilleure prise en charge palliative en développant l'accès aux unités de soins palliatifs sur tout le territoire.

Les tests et analyses de détection de soumission chimique seront remboursés pour 3 ans dans certaines régions.

Les dépenses de la branche autonomie permettraient de poursuivre le déploiement de solutions pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Toutes ces mesures pourraient avoir un impact sur notre prise en charge au sein des urgences.

Motion de censure:

Le 2 décembre, Michel Barnier, l'ancien premier ministre, annonce engager son gouvernement en faisant adopter le projet de loi (brièvement décrit précédemment) à l'Assemblée Nationale par application de l'article 49.3.

Ce choix a entraîné une motion de censure adoptée par les membres de l'Assemblée Nationale, obligeant Mr Barnier à déposer la démission de son gouvernement et l'avortement du PLFSS 2025 sous cette forme. C'est la première fois depuis la création du Budget de la Sécurité Sociale qu'un PLFSS est rejeté.

Problématiques futures:

En manque de stabilité ces dernières années, le système de santé est de nouveau le sujet de désaccord ce qui n'est pas sans conséquence pour des services d'urgence déjà à bout de souffle. La démission du gouvernement a entraîné la nomination d'une nouvelle ministre chargée de la Santé et de l'Accès aux soins, Mme Vautrin, déjà présente à ce poste début 2024. Elle succède à Mme Darrieussecq qui n'était nommée que depuis septembre 2024.

La non finalisation du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2025 entraîne une problématique d'emprunts comme nous l'explique la Sénatrice Elisabeth Doineau. " Seule une loi de finance de la Sécurité Sociale peut déterminer la capacité d'emprunt de l'Acoss (Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui gère la trésorerie des branches de la Sécurité Sociale) et de la CNRACL (la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales).

En attente de solution pour fixer le PLFSS 2025, à court terme le Conseil d'Etat pourrait fournir des décrets pour autoriser les emprunts.

En conclusion, cette nouvelle tourmente politique vient fragiliser notre système de santé déjà en mauvais état, en espérant que des solutions puissent être trouver rapidement pour réduire l'impact qu'il y aura sur les utilisateurs et les professionnels.

Faustine

Références:

- <https://www.vie-publique.fr/en-bref/296487-article-493-sur-le-plfss-2025-censure-du-gouvernement-barnier>
- <https://www.publicsenat.fr/actualites/economie/censure-du-gouvernement-barnier-quel-avenir-pour-le-budget-de-la-securite-sociale>
- <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/DECLANR5L17B0638.html>
- <https://www.vie-publique.fr/loi/295695-plfss-2025-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale>



POINT DE COURS : Hémophilie

Pour ce nouveau point cours, nous allons nous intéresser à l'Hémophilie

Fiche de régulation SAMU :

Mécanismes

Déficit en facteur VIII (hémophilie A) ou IX (hémophilie B) d'origine génétique, lié au chromosome X, empêchant une coagulation normale.

La gravité est mineure, modérée ou sévère selon le taux de facteur déficitaire (respectivement 5-40 %, 1-5 %, <1 %)

Risques particuliers en urgence

Pronostic vital susceptible d'être engagé par l'abondance (hémopéritoine, hématome du psoas) ou la localisation de l'hémorragie (traumatisme crânien ou rachidien, cou, plancher de la bouche).

Hématome de localisation dangereuse engageant le pronostic fonctionnel (œil, creux poplité, avant-bras...)

Accidents hémorragiques spontanés dans les formes sévères, voire modérées : articulaires (70 %), musculaires (15 %) ou viscéraux (15 %)

Accidents hémorragiques post-traumatiques ou iatrogènes dans les formes mineures

Traitements fréquemment prescrits au long cours :

- Traitement substitutif (facteur anti-hémophilique / FAH) : parfois disponible au domicile (carnet et carte d'hémophile à récupérer)
- Pour certains hémophiles A : Émicizumab (HEMLIBRA®) - anticorps monoclonal humanisé qui mime la fonction du facteur VIII activé, en assurant l'interaction entre le facteur IX activé et le facteur X et qui permet d'obtenir un niveau constant de coagulation, équivalent à celui d'un hémophile mineur ; utilisé en traitement de fond
- La plupart des hémophiles ont suivi des programmes d'éducation thérapeutique (ETP)

Pièges

- Se méfier d'un traumatisme, même minime, notamment cranio-rachidien
- Se méfier des hémorragies profondes difficiles à objectiver par l'examen clinique
- Les AINS sont contre-indiqués
- Certains hémophiles ont acquis des anticorps anti-FVIII ou anti-FIX et peuvent être traités par d'autres thérapeutiques (« agents by passants »)
- Ne jamais utiliser l'émicizumab (HEMLIBRA®) pour traiter l'accident hémorragique
- Les femmes peuvent être hémophiles : en général hémophilie mineure ; la prise en charge est identique à celle des hommes hémophiles.

Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière

- Récupérer le carnet de suivi et la carte d'hémophile, mobiliser avec prudence en toute circonstance. Examiner un membre traumatisé ou douloureux avec précaution

- Abord veineux périphérique uniquement (ni abord central, ni intramusculaire, ni abord artériel sans correction du déficit).
- Effectuer un prélèvement sanguin, pour un dosage du facteur VIII ou IX et une recherche d'anticorps Anti-facteur VIII ou IX, avant toute injection de produit de substitution (ne pas attendre le résultat pour traiter)
- PANSEMENT COMPRESSIF SUR LES POINTS DE PONCTION. Pas de prise de température rectale. Prendre en charge efficacement la douleur. Blocs plexiques déconseillés sans substitution
- Risque d'hématome bucco-pharyngé lors de l'intubation, justifiant une sédation parfaite et un opérateur expérimenté ;
- Traitement substitutif (FAH) : arrondir au flaconnage supérieur, ne rien jeter :
hémophilie A sévère ou modérée : 50 UI/kg facteur VIII
hémophilie B sévère ou modérée : 100 UI/kg facteur IX
hémophilie avec anticorps inhibiteur : avis spécialisé indispensable
- Ne jamais utiliser l'émicizumab (HEMLIBRA®) pour traiter l'accident hémorragique.
- La desmopressine n'est indiquée que chez l'hémophile A mineur déjà connu pour être répondeur. Contacter rapidement le centre de traitement de l'hémophilie (coordonnées sur carte et carnet) et le pharmacien du centre d'accueil pour mise à disposition du produit pour le traitement immédiat et son entretien
- Faire remplir l'autorisation d'opérer aux parents sur place, si enfant mineur
- Syndrome coronarien aigu : anti-plaquettaires et héparine possibles mais la coronarographie même en urgence doit être réalisée sous couvert d'une correction du déficit (H0, H12, H24, H48).

> Situation d'urgence 1 : Risque hémorragique pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic : Pas de particularité
- Évaluer la gravité: Pas de particularité
- Explorations en urgence :
 - Avant toute injection : faire un dosage de FVIII ou FIX et une recherche (ou un titrage) d'anticorps anti-FVIII ou anti-FIX ; Ne pas attendre les résultats pour traiter.
 - Biologie standard : NFS-P (faire le contrôle de l'hémoglobine sur l'hémo gramme), créatininémie, ionogramme...

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring: PA, FC, FR, SO2, température.
- Mesures symptomatiques
 - Antalgique local : Glace - cryothérapie gazeuse ;
 - Antalgiques par voie générale ;

- Anti-inflammatoires : préférer les corticoïdes pendant quelques jours (1 mg/kg) ou les anti-Cox 2 en l'absence de contre-indication.

▪ Traitements spécifiques :

Avis spécialisé en urgence avec hospitalisation à discuter. Les injections sont à effectuer dès l'arrivée du patient, avant tout examen complémentaire (imagerie, ...). Ces injections s'effectuent par voie intraveineuse directe lente (quelques minutes).

Objectif = obtenir immédiatement un taux de Facteur VIII ou IX de 80 - 100 %

Compenser complètement le déficit en facteur de coagulation par l'injection de :

- Facteur VIII : 50 UI/kg (pour un hémophile A sévère ou modéré)
- Facteur IX : 100 UI/kg (pour un hémophile B sévère ou modéré)

Toutes les injections de facteurs doivent être prescrites en chiffres ronds d'unités multiples de 500 ou 1000 : arrondir au flaconnage supérieur le plus proche, sans faire de dilution (ex : P=55 kg, 50 UI/kg, soit une dose de 2 750 UI, injecter alors 3 000 UI).

> Maintenir le taux de Facteur VIII ou IX 80 % pendant 1 semaine puis 50 % jusqu'à la guérison clinique.

- 1 injection de Facteur VIII de 30 - 50 UI/kg chez l'hémophile A sévère ou modéré :
 - toutes les 8h pour une FVIII de 1/2 vie standard ;
 - toutes les 12 à 24 h pour l'efmoroctocog alfa - facteur VIII recombinant (ELOCTA®).
- 1 injection de Facteur IX de 50 - 80 UI/kg chez l'hémophile B sévère ou modéré :
 - toutes les 12h pour les FIX de 1/2 vie standard ;
 - toutes les 24 h pour l'eftrénonacog alfa - facteur IX recombinant à demi-vie prolongée (ALPROLIX®) ;
 - toutes les 24- 48 h pour le concentré de facteur IX recombinant à demi-vie prolongée (IDELVION®) ;

Durée du traitement : variable en fonction de la cause et pouvant être poursuivi plusieurs semaines.

▪ Cas particulier de l'hémophile avec anticorps inhibiteur (anti-facteur VIII ou anti-facteur IX - titre exprimé en unités Bethesda / UB) :

Avis spécialisé en urgence indispensable.

Plusieurs schémas sont envisageables :

► Patient hémophile A sans HEMLIBRA® ou hémophile B

> *Inhibiteur saturable* (titre < 5 unités Bethesda [UB]) : Bolus = dose saturante + bolus correcteur.

- Dose saturante = titre de l'inhibiteur (UB /ml) x volume plasmatique (ml)

On considère habituellement que le volume sanguin est de 70 à 80 ml/kg. Le volume plasmatique est égal au volume sanguin x (1-Hématocrite).

- Bolus correcteur = 50 UI/kg de FVIII (pour un hémophile A) ou 100 UI/kg de FIX (pour un hémophile B).

Ex : un hémophile A de 60 kg ayant 3 UB et hématocrite 40 % : Dose saturante = $3 \times 0,6 \times 4\ 500 = 8\ 100$ UI arrondies à 8 000 UI. Bolus correcteur = $50 \times 60 = 3\ 000$ UI. Soit une dose totale de 11 000 UI.

> *Inhibiteur non saturable* (titre ≥ 5 ou 10 UB) :

Patient sous FEIBA® : injection de 70-80 UI/kg à renouveler toutes les 8-12 h si besoin.

Ne pas dépasser 200 UI/kg/24 h ;

Patient sous NOVOSEVEN® : injection initiale de 90-270 µg/kg (selon la dose utilisée habituellement par le patient) puis si nécessaire 90 µg/kg toutes les 2-4 h.

► Patient Hémophile A avec inhibiteur sous HEMLIBRA® :

NOVOSEVEN® : 90 µg/kg (ne pas dépasser 90µg/kg) toutes les 2 h ;

Le FEIBA® n'est pas recommandé ; des cas de thromboses et de micro angiopathie thrombotique ont été décrits lors de l'association avec le FEIBA®.

Si le FEIBA® est utilisé, la dose maximale autorisée est de 50 UI/kg ; l'utilisation de posologies bien inférieures ont été décrites telles que 12-25 UI/kg avec une très bonne efficacité hémostatique.

> **Situation d'urgence 2 : le patient est atteint d'un syndrome de Brugada, mais est pris en charge pour un autre problème médical**

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic : Pas de particularité
- Évaluer la gravité : Pas de particularité
- Explorations en urgence : Les contrôles biologiques seront demandés en fonction du contexte clinique et de l'antériorité des résultats présentés éventuellement par le patient ou la famille.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring: PA, FC, FR, SO₂, température, douleur, scope.
- Mesures symptomatiques

Le traitement de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë comprend :

- Anti-plaquettaires ;
- Héparine (non fractionnée ou HBPM) à dose anticoagulante.

▪ Traitements spécifiques:

Dans tous les cas, le médecin référent du patient doit être contacté pour la conduite à tenir au long cours (prophylaxie en FVIII ou FIX à vie par exemple pour certains patients).

Hémophile sévère ou modéré ayant son traitement à domicile Facteur VIII ou IX	Hémophile sévère ou modéré n'ayant pas de Facteur VIII ou IX à domicile ou Hémophile mineur < 10 %	Hémophile mineure > 10 %
1 injection de 40 UI/kg (FVIII) ou de 80 UI/kg (FIX) et Autoriser le traitement complet	Autoriser les anti-plaquettaires Puis à l'arrivée à l'hôpital Injection de facteur anti-hémophilique (FAH) 40 UI/kg (FVIII) ou 80 UI/kg (FIX) Puis Autoriser l'héparine et la coronarographie et couvrir par facteur anti-hémophilique (FAH) (H0, H12*, H24**, H48)	Autoriser les anti-plaquettaires + Héparine à dose isocoagulante Puis à l'hôpital Injection de facteur anti-hémophilique (FAH) 40 UI/kg (FVIII) ou 80 UI/kg (FIX) Puis Autoriser l'héparine à dose anti-coagulante et la coronarographie, et couvrir par facteur anti-hémophilique (FAH) (H0, H12, H24, H48)

* Ne pas faire d'injection à H12 si utilisation de FAH de 1/2 vie prolongée

** Ne pas faire d'injection à H24 si utilisation du concentré de facteur IX recombinant à demi-vie prolongée (IDELVION®) ;

PS : Ne pas oublier la couverture gastrique par un anti-ulcéreux à maintenir si nécessaire à la sortie du patient.

Orientation

> Transport du domicile vers la structure 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 compétences 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 compétences 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 ;

- En hélicoptère (selon les possibilités et disponibilités locales) si chirurgie cardio-vasculaire, immédiatement nécessaire, hémorragie intracrânienne, traumatisme ou hémorragie engageant le pronostic vital.

▪ Quand transporter ?

- Immédiatement si urgence vitale ou fonctionnelle après injection d'une première dose de FAH.

> Orientation au décours des urgences hospitalières

▪ Où transporter ?

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

▪ Comment transporter ?

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

- Au sein de la structure hospitalière : transfert simple, paramédicalisé ou médicalisé.

▪ 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.

Pour en savoir plus sur la prise en charge des urgences associées à un risque modéré/faible/minime, de l'hémophilie A mineure, sur les précautions médicamenteuses/anesthésiques, la prévention, le don d'organe et les numéros en cas d'urgences, suivez les liens ci-après :

https://www.orpha.net/pdfs/data/patho/Emg/Int/fr/Hemophilie_FR_fr_EMG_ORPH_A448.pdf

<https://mhemofr.fr/les-pathologies/lhemophilie/>

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



La prochaine assemblée générale aura lieu les 11-12 janvier 2025. Lors de cet AG nous ferons le point sur le nouveau mandat et les projets à venir.

Urgences - le mensuel par la SFMU

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



A venir :

- **Lundi 13 janvier 2025** : Commencez l'année à jour : les dernières recommandations
- **Lundi 10 février 2025** : Les urgences dans la peau

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



Conférences pré-hospitalières de la BSPP saison 2024-2025

Programme complet disponible ici :
<https://anmitrha.fr/programme-conferences-bspp-2024-2025/>

BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS
DIVISION SANTÉ

CONFÉRENCES MÉDECINE D'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE 2024-2025

Division santé :
MC S. TRAVERS, MC O. BON, MC G. BURLATON, PHIC F. KRAMP
Service de santé des Armées.

Comité d'organisation :
PR TRAVERS, MC BON, MC BURLATON, MC LEMOINE, MC FRAUDIN, MCE FONTAINE,
MED ARNOUX, MC CORCOSTEGLI, MCE DUBOURDIEU

Mardi 24 septembre 2024

12^e RENCONTRE OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE DE L'EVDG

Sous la direction du **Dr LEMOINE (BSPP)**
08 h 30 - 12 h 00 : séance plénière

Lundi 25 novembre 2024 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

ENJEUX ÉTHIQUES ET DÉFIS DE DEMAIN

Président : **Général Arnaud DE CACQUERAY (BSPP)**
Coordinateur : **MC Adrien FRAUDIN (BSPP)**

- Formation initiale et continue du sapeur-pompier à l'éthique comportementale - **Général Arnaud DE CACQUERAY (BSPP)**
- Fin de vie et médecine d'urgence - **Dr Alexis BURNOD** (médecin urgentiste et soins palliatifs à l'Institut Curie de Paris)
- La médecine du futur : entre utopie et bouleversement - **Pr Didier SICARD** (Ancien chef de service de médecine interne de l'Hôpital Cochin, Professeur émérite à l'Université Paris Descartes)
- Ethique et recherche scientifique - **Pr Frédéric ADNET (SAMU 75)**

Mardi 17 décembre 2024 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

RETEX JO 2024, SÉANCE COMMUNE BMBP/BSPP

Président : **M. Pierre MAUGER (Paris 2024)**
Coordinateurs : **MC Pierre-Olivier VIDAL (BMBP)** et **MCE David FONTAINE (BSPP)**

- De la conception à la conduite - **M. Pierre MAUGER (Paris 2024)**
- Les enjeux de la préparation opérationnelle - **SCH Anne GODEFROY (BSPP)**
- Retour d'expérience - **MCE David FONTAINE (BSPP)** - **Dr Agathe FANTOU (SAMU 75)** - **MC Pierre-Olivier VIDAL (BMBP)**



Mardi 11 février 2025 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

SECOURS ET SOINS PRÉHOSPITALIERS : RISQUES POUR LES INTERVENANTS ET MESURES DE PRÉVENTION

Président : **Pr Laurent GERAUT (DCSSA - Division santé de Défense)**
Coordinateur : **MC Catherine LOUYOT (BSPP)**

- Composition et toxicité des fumées d'incendie - **Pr Jean Ulrich MULLOT** (chef du bureau sciences en santé - Division santé de Défense)
- Exposition aux fumées et à la chaleur : quels risques et quelles mesures de prévention pour les sapeurs-pompiers ? - **MC Alexandre ALLONNEAU (BSPP)**
- Les procédures d'hygiène post incendie au sein de la BSPP - **ADC Samuel MERCIER et Raphaël SUNEN (BSPP)**
- Prévention et suivi des traumatismes psychologiques - **Psy HC Matthieu PETITCLERC (BSPP)**
- Gestion de la fatigue et du manque de sommeil : actualités et perspectives - **Pr Fabien SAUVET** (chef du département recherche, expertise et formation aéromédicale - IRBA)

“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

i 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 de 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 : entrée 7€ sur place (5€ en ligne par CB sur <https://smurbmpm.fr>), repas 15€

INSCRIPTION OBLIGATOIRE EN LIGNE OU PAR TELEPHONE

JEUDI 14 NOVEMBRE 2024

MÉDECINE CIVILE ET MILITAIRE : NOUVELLE DYNAMIQUE DE PARTAGE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
Coordonateur : MC RENARD (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran/CESPA, Marseille)
Président : Pr MICHELET (Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Conception, Coordination Universitaire DES Médecine d'Urgence)

MATIN

- De la lutte contre les grandes endémies à la lutte contre le COVID : quel rôle a joué le SSA dans l'histoire ? MC FICHO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran/CESPA, Marseille)
- Crise humanitaire et coopération civilo-militaire : exemple d'EBOLA et du DIXMUDE. MC SAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)
- Comment l'expérience des conflits récents a fait évoluer la traumatologie civile. Pr RAUX (SSA Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université)
- Conflit à haute intensité : comment les structures civiles doivent s'y préparer ? Pr VELY (Chef de service réanimation polyvalente, CHU Timone) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef de service Réanimation-USP, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Et demain : quel avenir pour la coopération civilo-militaire ? Pr TAZAROURTE (Chef de service SAMU 63, urgences, médecine polyvalente d'urgence, Centre de Médecine Hyperbare, Groupement Hospitalier Centre Hôpital Edouard Belin, Lyon)

APRÈS-MIDI : TABLES RONDES

- Formation des médecins militaires à l'urgence : FST / DESMU : quelle place pour chacun ? Pr RAUX (SSA Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef de service Réanimation-USP, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Crise sanitaire infectieuse : quelle coopération civilo-militaire ? MC FICHO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran/CESPA, Marseille) et MC SAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)

JEUDI 20 MARS 2025

PARA-MÉDICALISATION D'ICI ET D'AILLEURS

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
Coordonateur : Infirmier de Sapeur-Pompier Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDIS 13 et SDIS 83) • Président : MC JOSEPH, ISIGIG PELAPRAT (BMPM)

MATIN

- L'enseignement et la simulation chez les paraméd : ONE BATAILLE (Infirmier, Adjoint au chef de la division des formations spécialisées et de simulation en santé, ENSOSP Aix en Provence) et LTN GONZALES (Infirmier, SAMU 83)
- L'infirmier isolé en situation d'exception : l'exemple de l'armée. Mr CAMILIERI (Infirmier en reconversion)
- Gérer l'élongation sans médecin : l'exemple du Canada. Mr POULIN-MOORE et Mr ROBITAILLE-FORTIN (Paraméd, CRF de Québec)
- Mise en place des Unités Mobiles Hospitalières Paramédicalisées : des prémisses en 2003... à 2025 : l'exemple du Var. Dr VELY (Chef de Pôle Samu-Urgences, CHU Ste-Musse, SAMU 83)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- PHLTS par Life Support France
- ACLS par Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDIS 13 et SDIS 83)
- PALS par Code Rouge Formation

JEUDI 12 DÉCEMBRE 2024

LE SMUR, VU PAR LES AUTRES

EN VISIOCONFÉRENCE
Coordonateur : Dr PILARCZYK (PH, service de réanimation polyvalente CH Nord, SAMU 13, APHM) et Dr MARTIN (BMPM) • Président : Pr LEONE (Chef de service de réanimation polyvalente, Hôpital Nord, Marseille)

MATIN

- Actualités dans les thérapeutiques de recanalisation des infarctus cérébraux. Pr FAIVRE (Service de neurologie, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Les troubles psychopharmacologiques et situations de crises. Dr KORCHIA (Service de psychiatrie, APHM)
- Prise en charge initiale des patients traumatisés crâniens. Pr DURANTEAU (Service d'anesthésie - Réanimation, Médecine Péri Opératoire, Hôpital Bicêtre, Paris)
- Troubles du rythme et de la conduction : de la régulation à l'hôpital. Dr BARRAUD (Cardiologie, Centre Hospitalier du Pays d'Aix)

JEUDI 24 AVRIL 2025

LA GUERRE DE L'ACR

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
Coordonateur : Dr BALAZZ (BMPM) • Président : Pr DESBAY, Professeur de Médecine d'Urgence, Chef de Service du SAMU de l'Isère au CHU Grenoble Alpes, président du board Arrêt cardiaque de la SFMU)

MATIN

- Épisode 1 : Le massage fantôme (RCP téléphonique). Mr BORGUESI (Assistant de régulation médicale, SAMU 13)
- Épisode 2 : LATA des clones (quand faut-il arrêter la réanimation en régulation). Dr MAHBOUBI (PH responsable UF Régulation médicale, SAMU 13)
- Épisode 3 : La revanche des SIC (ACR à rythme choquable). Dr CAPIELLO (Cardiologue, USC CHU Nord, Marseille)
- Épisode 4 : Un nouvel espoir (ACR traumatique : pronostic et perspective). Dr PILARCZYK (PH réanimation polyvalente, responsable de la filière traumatisme péroratoire CHU Nord, et PH SAMU 13)
- Épisode 5 : Le MAR contre-attaque (ACR récupéré : et après). Dr BOURENNE (PH responsable de la filière ACR, CHU Timone)
- Épisode 6 : Le retour des Jeudis. À vous de jouer à votre retour dans vos SAU/SAMU

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Atelier RCP avec Laerdal

JEUDI 16 JANVIER 2025

DYSPNÉE : LA D-STRESS LIST POUR URGENTISTES

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
Coordonateur : MC MARTINEZ-LORENZI (BMPM) • Président : Pr GANNIER (PUFH, Président du COSESPS groupe 3 (CCMA) chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone, Marseille)

MATIN

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Dyspnée : c'est pas cardiaque (P2). Dr SPYCHAJ (Cardiologue coronarographe, médecin adjoint, service de cardiologie Hôpital Européen, Marseille)
- Trachéotomie et catastrophes respiratoires ou hémorragiques : que faire ? MC MORVAN (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre de la SFORL et du collège français d'ORL, Chirurgien ORL, médecin adjoint, service d'ORL de l'HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Accès difficile aux voies aériennes : alternatives et tips anti-stress. MC CUNGI (Médecin adjoint, service d'anesthésie-réanimation de l'HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Ventilation mécanique au cours de l'insuffisance respiratoire aigüe : les réglages de première ligne. Pr HRAËCH (Médecin Chef de service adjoint, service de Médecine Intensive Réanimation APHM, CHU Nord, membre de la Société de Réanimation de Langue Française)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Comment ventiler invasivement un patient porteur d'un syndrome obstructif sévère : atelier pratique sur respirateur. Pr GANNIER (PUFH, Président du COSESPS groupe 3 (CCMA) chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone)

JEUDI 22 MAI 2025

DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE TACTIQUE : ENTRE RUSTICITÉ ET INNOVATION

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL) - SESSION COMMUNE AVEC LA BSPP
Coordonateur : MC GALANT (BMPM)
Président : MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)

MATIN

- Laprise de décision en situation exceptionnelle. MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)
- Les 30 premières minutes d'une fusillade : les leçons de la médecine de guerre pour le primo-intervenant. MC HAAR (BMPM)
- La coordination avec les secours conventionnels : le médecin des FI est un accélérateur de flux. (Médecin du R4D)
- Triage en situation nombreuse victimes, les leçons du CoTCCC. Colonel SHACKELFORD, Trauma Medical Director, Defense Health Agency Colorado, Member of CoTCCC (en visio depuis le Colorado)
- Nouvelle-Calédonie, Sainte-Soline : la médecine tactique au cœur des violences urbaines. (Médecin du GIGN / 1^{er} Antenne Médicale Spécialisée)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Les premières minutes sur les lieux lors d'une fusillade : conduite à tenir en attendant les forces d'interventions spécialisées.
- SIM-TRIAGE : simulation de triage en réalité virtuelle (un serious game made in Institut de Recherche Biomédical des Armées et Service de Santé des Armées)

JEUDI 27 FÉVRIER 2025

LES NOUVEAUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

EN VISIOCONFÉRENCE
Coordonateur : MIP MONTAIGU (BMPM)
Président : Pr CARLES (PUFH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)

MATIN

- Le risque biologique en 2025. Pr CARLES (PUFH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)
- Envenimations : morsures de serpents exotiques en France hexagonale. MC LARCHE-É (PhD, Biologiste, HIA Bégin, Saint Mandé)
- Le bioterrorisme. MC FICHO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran/CESPA, Marseille)
- La pratique de la médecine d'urgence en conditions climatiques extrêmes : l'expertise des médecins de la brigade de montagne. MC GINON (Urgentiste, médecin chef de l'antenne médicale de Gap)

JEUDI 12 JUIN 2025

JOURNÉE DU SECOURISME

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
Une affiche paraîtra ultérieurement avec le programme

JEUDI DU SECOURISME

Ces journées sont réalisées avec l'aimable soutien de :



Congrès COPACAMU 2025 à Marseille les 3 et 4 avril 2025

COPACAMU
2025 | 24^{ES} JOURNÉES MÉDICALES
DU COLLÈGE PACA DE
MÉDECINE D'URGENCE

Jeudi 3
Vendredi 4
Avril 2025

Restez connecté, les inscriptions
vont bientôt ouvrir



MARSEILLE CHANOT, PALAIS DES CONGRÈS & DES EXPOSITIONS

PÊLE-MÊLE : Les hémorragies abdominales non traumatiques - les hémorragies non extériorisées

Dr Nicolas DE ABREU, IMADIS Clermont-Ferrand



Les hémorragies abdominales non traumatiques peuvent être séparées en deux groupes distincts :

- **Les hémorragies extériorisées** (vu dans le Mag' précédent)
- **Les hémorragies non extériorisées**, de diagnostic beaucoup plus difficile compte tenu d'une symptomatologie peu spécifique, se résument le plus souvent à des douleurs abdominales potentiellement accompagnées d'un syndrome hémorragique. L'exploration scanographique est fondamentale, tant pour poser le diagnostic que pour juger des possibilités thérapeutiques.

Protocole scanner

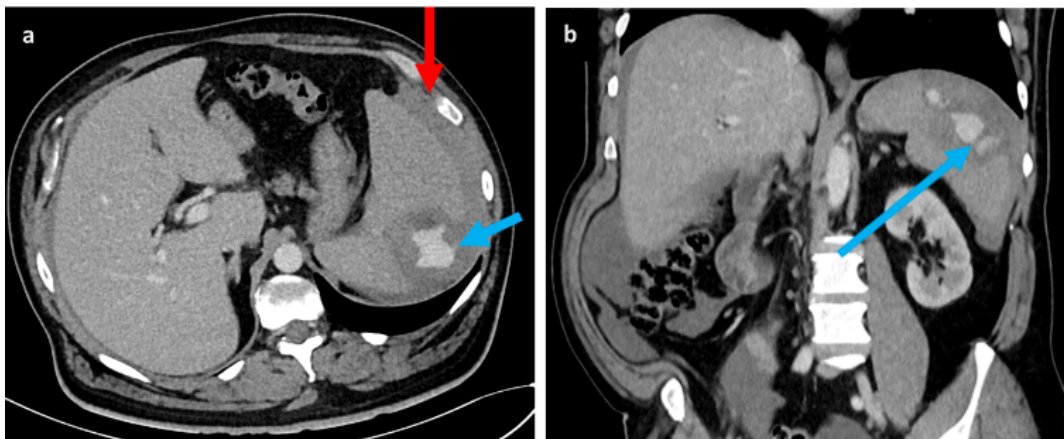
Scanner thoraco-abdo-pelvien injecté multiphasique +++

- > Acquisition temps artériel = analyse des artères : saignement artériel, débit extravasation, informe sur la localisation et l'abondance. Permet également une cartographie en vue d'une embolisation
- > Acquisition temps veineux : saignement veineux
- > Possible temps tardif, meilleure visualisation de l'extravasat de PDC, notamment si le débit est modéré

Découvrez ci-dessous les principales causes sous forme de quizz !

Cas n°1

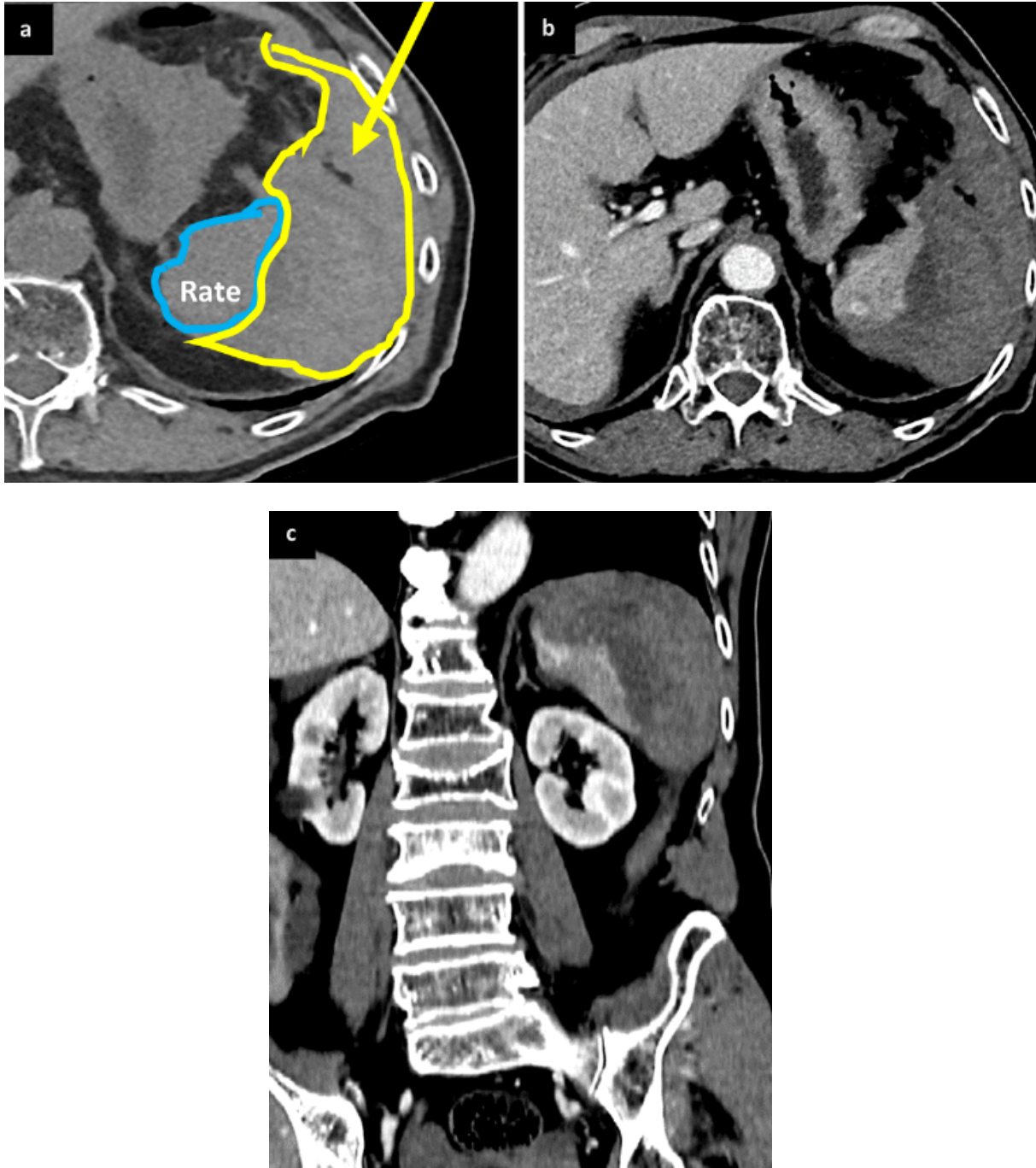
Patient de 60 ans, présentant une douleur abdominale brutale résistante à la morphine, sans autre point d'appel.



Épanchement liquidien péri-splénique dense = **hémopéritoine** (a).
Hématome intra-parenchymateux avec large extravasation de produit de contraste (a, b).

Cas compagnon

Patient de 64 ans, hospitalisé pour une endocardite. Apparition durant l'hospitalisation d'une douleur abdominale en hypochondre gauche avec déglobulisation.



Épanchement liquidien péri-splénique dense = **hémopéritoine** (a)
Discrète extravasation de produit de contraste = saignement actif à bas débit (b, c).

Principales causes

Rupture spontanée de rate

-> Entité rare mais classique

-> Concerne toutes les maladies ayant un tropisme splénique

-> Souvent en 2 temps

o Syndrome douloureux abdominal : hématome sous capsulaire

o Syndrome hémorragique +/- choc : rupture

-> Douleurs abdominales diffuses ou localisées en hypochondre gauche

-> **Signe de Kehr** : irritation diaphragmatique gauche

-> Traitement : chirurgie ++, rarement embolisation

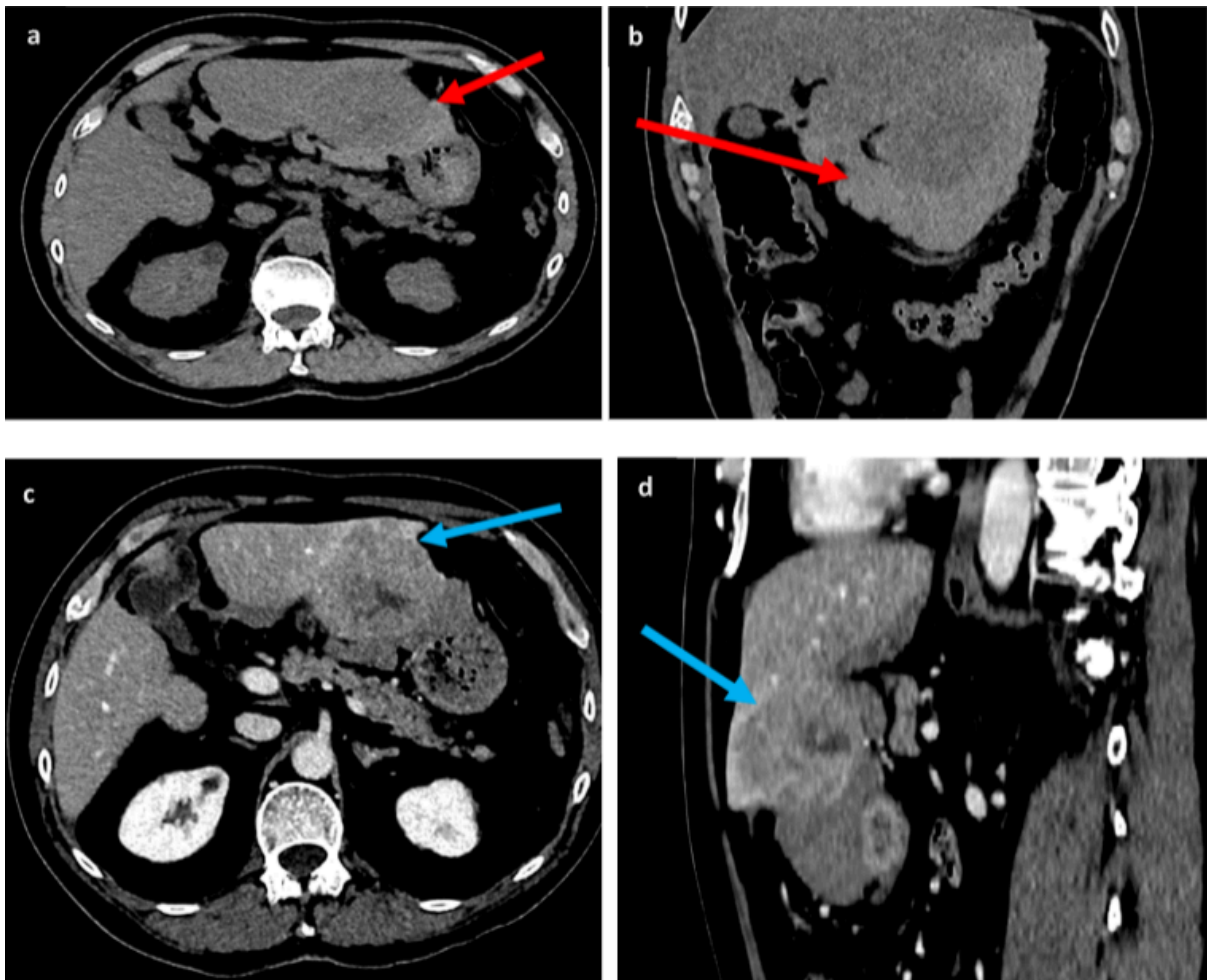


POINT CLE

Y penser devant toute douleur abdominale grave ou déglobulisation sans cause évidente chez un patient présentant une maladie à tropisme splénique.

Cas n°2

Patient de 72 ans suivi pour une cirrhose mixte OH et NASH. Admis aux urgences pour des douleurs abdominales intenses. Child B8. CHC du segment III connu.



Épanchement liquidien péri-hépatique dense = **hémopéritoine**.
Masse tumorale du foie gauche avec franc Wash Out : **très probable CHC**.

Rupture tumorale hépatique

- > Contexte : cirrhose (OH et virale)
- > CHC +++ et adénome
- > Souvent spontanée et inaugurale
- > FdR : lésion protrusive, diamètre 5 cm, thrombose vasculaire
- > Clinique :
 - o Douleurs abdominales brutales et intenses
 - o Etat de choc hémorragique si grave
- > TDM :
 - o Masse tumorale hépatique souvent sous capsulaire
 - o Hémopéritoine au contact ou diffus
 - o +/- saignement actif

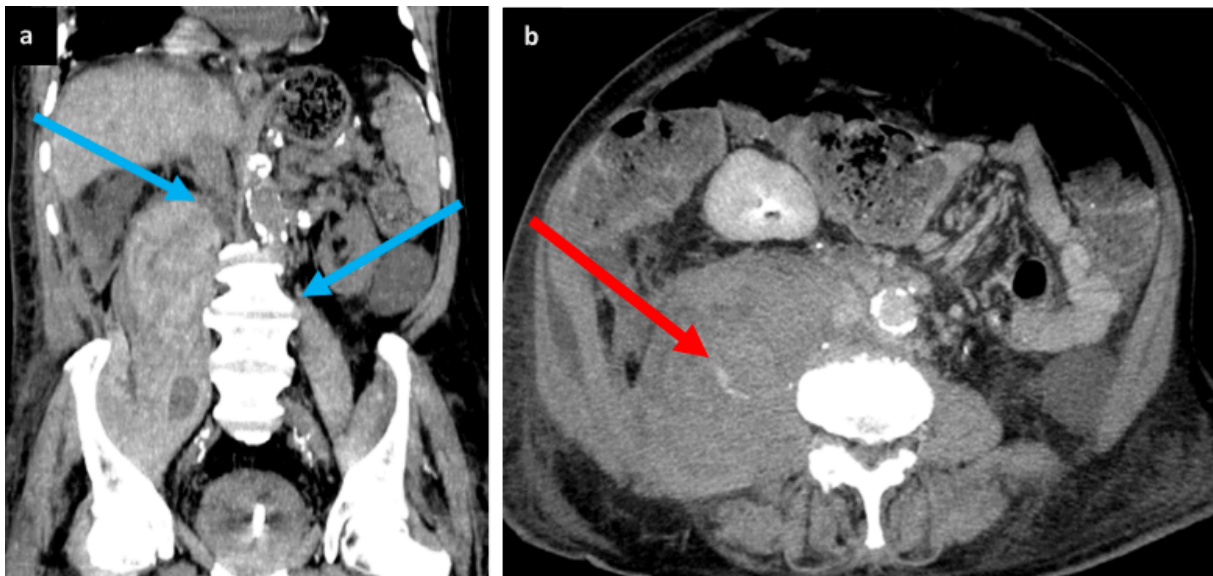


POINT CLE

Y penser devant toute douleur abdominale grave ou déglobulisation sans cause évidente chez un patient cirrhotique surtout si une lésion tumorale est connue.

Cas n°3

Patient de 86 ans présentant une déglobulisation et une douleur abdominale droite avec psöitis. Hémoglobine à 7 g/dl.



Asymétrie des muscles psoas avec **volumineuse collection dense du psoas droit**.
Extravasation de produit de contraste « blush » = **saignement actif**.

Hématome musculaire : ex. du Psoas

- > Contexte : ANTICOAGULANTS +++

-> Hématome spontané

-> Clinique :

- o Douleurs abdominales
- o Psoïtis
- o Déficit sensitivo-moteur (compression extrinsèque)
- o Etat de choc hémorragique si grave

-> TDM :

- o Asymétrie des muscles
- o Collection spontanément dense intramusculaire
- o Hémorétropéritoine si rompu
- o +/- saignement actif

-> Autres : hématomes des grands droits, hématome iliaque

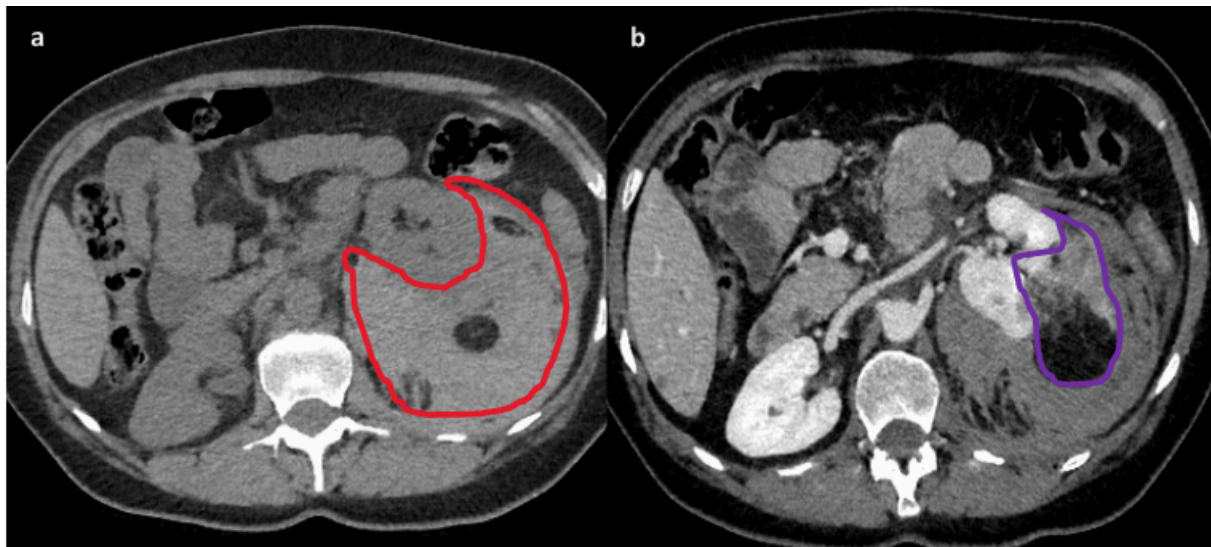
-> Traitement : réversion des anticoagulants, prise en charge de la déglobulisation, +/- embolisation



POINT CLE

Y penser devant toute douleur abdominale grave ou déglobulisation sans cause évidente chez un patient sous anticoagulant.

Cas n°4



Volumineux hématome périrénal gauche spontanément dense centré sur **une tumeur graisseuse** raccordée au rein = angiomyolipome rompu.

Hématome rénal spontané

-> Angiomyolipome (=AML) +++ ; rarement un primitif rénal (plus souvent responsable d'une hématurie) ; malformation vasculaires

-> Angiomyolipome :

- o 1-2% des tumeurs rénales
- o Tout âge
- o Découverte fortuite ou sur complication hémorragique

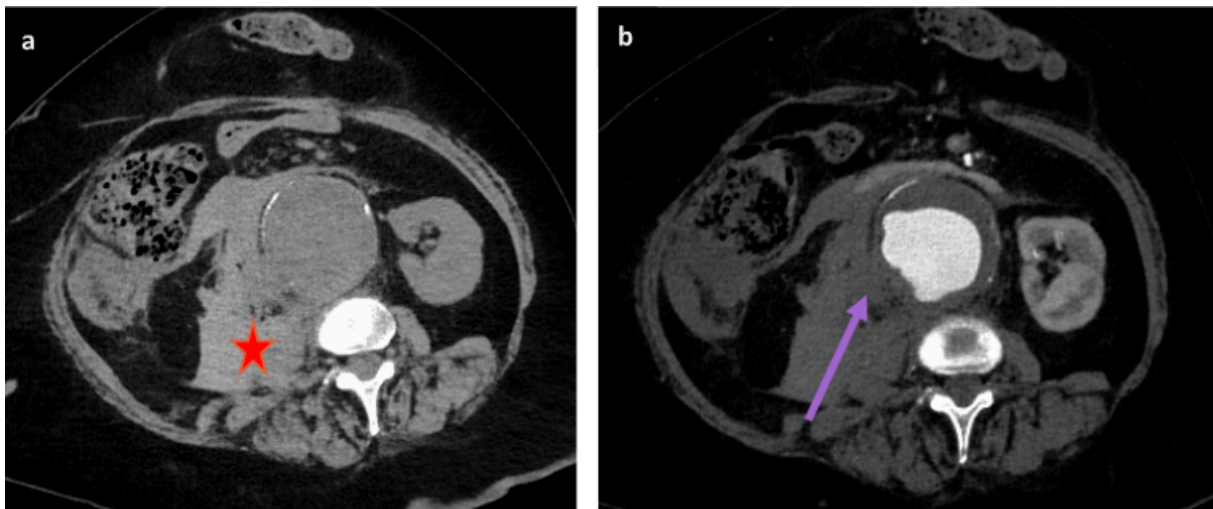
- o 90% de forme sporadique / fortement associé à la Sclérose tubéreuse de Bourneville
- o Contingent tissulaire graisseux, musculaire et vasculaire
- > Triade clinique classique :
 - o Douleur aiguë du flanc
 - o +/- Masse palpable du flanc
 - o +/- choc hypovolémique
- > TDM :
 - o hématome rénal sous capsulaire étendu à l'espace périrénal
 - o Lésion tumorale rénale avec contingent macroscopique graisseux et tissulaire + néo angiogénèse marquée



POINT CLE

Y penser devant toute douleur du flanc grave avec déglobulisation sans cause évidente. Fortement associé à la Sclérose Tubéreuse de Bourneville. Aspect TDM souvent typique.

Cas n°5



Volumineux anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale avec irrégularité pariétale et hémorétropéritoiné : rupture / fissuration d'AAA.

Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale

- > Contexte : Homme, > 50 ans, FdR cardio-vasculaires
- > Etiologie : athérosclérose, vasculaires, anévrisme mycotiques
- > Fdr de rupture :
 - o entre 4 et 5 cm : risque de 1 – 3%/an
 - o entre 5 et 7 cm : risque de 11%/an
 - o 7 cm : risque de 20%/an
- > Clinique :
 - o En l'absence de rupture : souvent asymptomatique

o Rupture : Douleur abdominale dorso-lombaire, médiane, pouvant irradier vers les OGE. Tableau proche d'une colique néphrétique (principal diagnostic différentiel)

-> TDM :

o Anévrisme de l'aorte abdominale d'aspect discontinu et irrégulier

o Hyperdensité spontanée du thrombus mural : remaniements hémorragiques récents

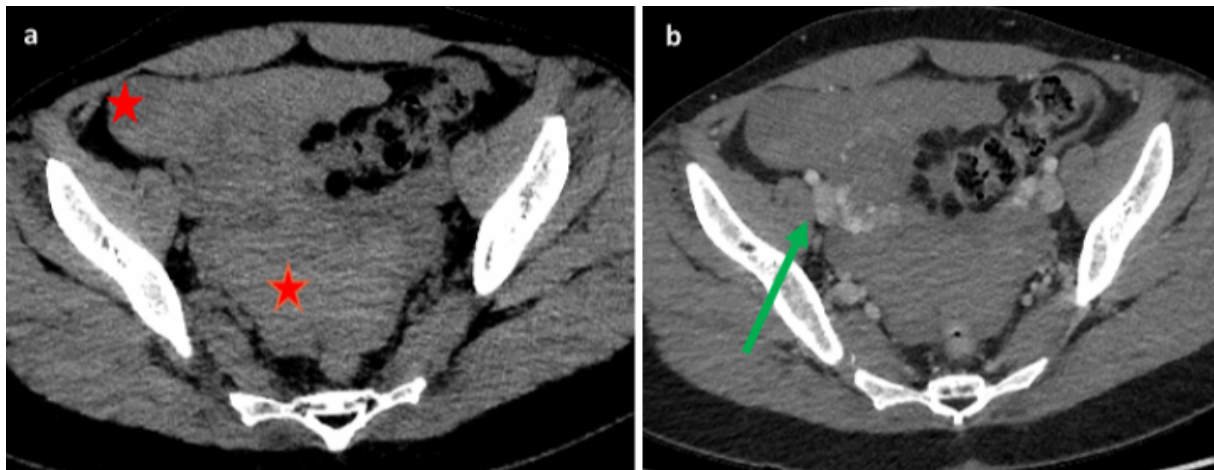
o Hématome rétropéritonéal contenu

o Rarement, hémopéritoine témoignant d'une rupture ouverte : décès rapide

POINT CLE

Une colique néphrétique inaugurale >50 ans sans hématurie est une rupture d'AAA jusqu'à preuve du contraire.

Cas n°6



Masse hypervasculaire annexielle droite avec hémopéritoine de moyenne abondance + bêta-hCG augmentés = grossesse extra-utérine rompue.

Rupture de GEU

-> Femme en âge de procréer

-> 9% des décès liés à la grossesse par rupture annexielle

-> FdR : ATCD de GEU, âge, ATCD d'infection gynécologique, ATCD chirurgicaux...

-> Clinique :

o Douleurs abdominales basses ou pelviennes, brutales et intenses

o B-HCG > 1500 UI/l

o Etat de choc hémorragique

-> Echographie +++ :

o En première intention

o Absence de sac gestationnel intra-utérin

o Masse latéro-utérine +/- hyper vascularisation en Doppler (couronne vasculaire trophoblastique)

o Hémopéritoine ++

-> TDM :

- o En cas de tableau clinico-biologique discordant ou trompeur et si l'état clinique le permet
- o Hémopéritoine
- o Hématome latéro-utérin/annexiel +/- centré sur une zone kystique
- o Si injection : prise de contraste périphérique intense et précoce (couronne vasculaire trophoblastique)

-> Coelioscopie d'emblée en cas d'état de choc grave

POINT CLE

Premier diagnostic à envisager devant un syndrome douloureux pelvien aiguë chez une femme en âge de procréer.

Tableau de choc hémorragique hyperalgique chez une femme en âge de procréer + hémopéritoine = GEU

Pour aller plus loin

- Sandomenico F, Arpaia V, De Rosa F, Catalano O, Buonaiuto RA, Notarangelo M, Iovino M, Giovine S, Brunetti A, Scaglione M. Spontaneously Ruptured Hepatocellular Carcinoma: Computed Tomography-Based Assessment. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Mar 7;13(6):1021.
- Gedik E, Girgin S, Aldemir M, Keles C, Tuncer MC, Aktas A. Non-traumatic splenic rupture: report of seven cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2008 Nov 21;14(43):6711-6.
- Isselbacher E et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022.
- Lopater J, Daniel L, Akiki A, Boissier R, Lechevallier E, Coulange C. Angiomyolipome épithélioïde rénal [Renal epithelioid angiomyolipoma]. *Prog Urol*. 2009 Jul;19(7):457-61. French. doi: 10.1016/j.purol.2009.01.010. Epub 2009 Mar 14. PMID: 19559375.
- Taran FA, Kagan KO, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Oct 9;112(41):693-703; quiz 704-5. doi: 10.3238/arztebl.2015.0693. PMID: 26554319; PMCID: PMC4643163.

Vous voulez d'autres cas d'imagerie d'urgence ?

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

◆ Film ◆

Je vous propose de vous détendre devant ce film d'animation qui vous transportera dans la magie de Noël. Une histoire qui est à la portée de tous et des animations hautes en couleurs pour 1h36min d'émotions en tout genre.

Faustine



◆ Série ◆



Un réalisateur un peu farfelu est à la tête de son premier long métrage mais tout ne se déroule pas comme prévu. En tête d'affiche, Pierre Niney incarne encore une fois son rôle à merveille dans un style humoristique particulier. Je vous le conseille pour une bonne dose de rire.

Faustine

◆ Livre ◆

Julia, psychologue, décide de faire prendre à sa vie un virage à 180 degrés lorsqu'elle accepte un contrat à la maison de retraite des Tamaris. Pour cette trentenaire désabusée, c'est le début d'une aventure humaine qu'elle ne soupçonnait pas, pimentée de péripéties, riche en humour et en amitié. Un livre à consommer sans modération, boosté en sérotonine, signé Virginie Grimaldi

Yasmine



RECETTES FACILES ET RAPIDES : Lasagnes épinards/ricotta

Afin de se réchauffer au mieux pour les derniers mois de cette année, je vous propose une recette facile et rapide qui ravira vos papilles. Les lasagnes ricotta/épinards vous permettront d'avoir l'énergie nécessaire pour vos journées/nuit je l'espère.

Ingrédients : pour 4 personnes

- 300g d'épinards frais (les épinards congelés fonctionnent aussi)
- 250g de Ricotta
- 40g de Farine
- 40g de beurre
- 300ml de lait écrémé
- 20g de parmesan
- 500g de lasagnes
- sel et poivre



Recette :

1. Préchauffez le four à 210°C (thermostat 7).
2. Laver les épinards puis les essorer et les couper finement.
3. Assaisonner les épinards avec sel et poivre dans un plat quelconque
4. Réaliser la béchamel: faire fondre le beurre dans une casserole puis ajouter la farine en une seule fois. Mélanger à l'aide d'un fouet, ajouter le lait. Retirer du feu dès que de petites bulles font surface.
5. Ajouter la Ricotta dans la casserole et fouetter doucement à fin d'obtenir une texture onctueuse.
6. Dans un plat allant au four (plat à gratin idéalement), mettre une couche de feuilles de lasagnes puis une couche d'épinards et une couche de béchamel. Répéter l'étape jusqu'en haut du plat. Attention, la dernière couche sera constituée d'une couche de feuilles de lasagnes, d'une couche de béchamel.
7. Saupoudrer de parmesan et enfourner pendant 25 minutes et vous pouvez déguster !

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/>

◆ Le service médical des Terres Australes et Antarctiques Françaises recrute:



Une pratique médicale sur site isolé avec polyvalence unique : des soins allant de la médecine générale à la réanimation en passant par la médecine d'urgence, médecin de montagne.

Avec qui: les scientifiques, les agents qui s'assurent du bon fonctionnement de la base, la faune locale
Mission de 13 mois avec formation spécifique préalable de 3 à 5 mois

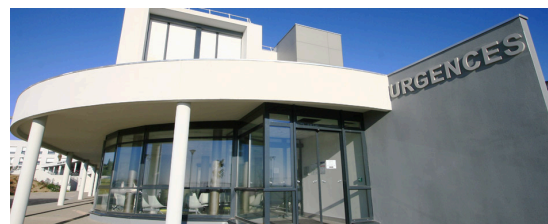
Plus d'informations sur:

<https://taaf.fr/recrutement/medecin-et-infirmier/>

◆ La polyclinique Saint-Privat à côté de Béziers recrute:

Plateau technique composé de 12 box d'urgence, un service d'imagerie et un laboratoire à proximité.
Présence de 2 médecins en journée et un médecin de nuit pour des vacations de 10 à 12 heures.

Contact: Nicolas.daude@stprivat.fr



<https://www.polyclinique-saintprivat.fr/etablissement-et-services/>

◆ Poste de Médecin Urgentiste à l'Hôpital de Vienne (30min de Lyon):



<https://www.ch-vienne.fr/services/urgences/index.html>

- Aux urgences en journée: 1 ligne de SMUR, 1 ligne de FC, 1 ligne UHCD, 1 ligne Urgences
 - Aux urgences de nuit: 1 ligne SMUR, 1 ligne SAU, 1 ligne 16h-00h (assuré par médecins des services de médecine)
 - Activité d'USIP: 2 médecins présents (urgentistes et réanimateurs) dont 1 ligne sénior et 1 ligne junior
- Contact : medical.recrutement@ch-vienne.fr

◆ Poste de CDI aux urgences de la clinique Claude Bernard à Albi



<https://www.centpourcent.com/>

- 9 box aux urgences
 - 5 UHCD, 12 box de déchocage
 - Réanimation polyvalente (10box),USIC (8box), UNV (4 box)
 - Entre 4 et 5 vacations de jour, 5 et 6 vacations de nuit par mois (12h/vacation)
- Contact: nathan.renier@elsan.care

◆ Les urgences de Rambouillet (Yveline) recrute:

- 1 ligne SMUR, 2 lignes de médecine, 1 ligne de traumatologie
- 4 box de médecine, 2 box de traumatologie, 2 places de déchocage, UHCD de 12 lits
- Immersion possible avec doublure, le service accueille également des docteurs juniors.

Contact: y.sefi@ch-rambouillet.fr



<https://www.ch-rambouillet.fr>

Retrouvez toutes les offres d'emploi sur <https://ajmu.fr/postes/>

PARTENAIRES

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

