

## SCIENTIFIQUE

RÉUNION DU 11 SEPTEMBRE 2014 – HOPITAL CARDIOLOGIQUE

Compte rendu n°44

REDACTEUR : MAGALI BISCHOFF

### ÉTAIENT PRÉSENTS :

Raphaël ARNAUDON, CH Bourgoin (Urgences – SMUR)  
Magali BISCHOFF, Coordinatrice RESUVal  
Éric BONNEFOY, CH Louis Pradel (Unité 51)  
Florence FAYARD GONON, Hôpital de la Croix-Rousse (Urgences)  
Julien PINEAU, Hôpital St Joseph (Cardiologie)  
Éric ROUSSEL, CH Vienne (Urgences – SMUR)  
Patrice SERRE, CH Bourg en Bresse (Urgences – SMUR)

### EXCUSÉS :

Catherine CAPLETTE, Carlos El KHOURY, Laurent FRANCOIS, Alexandre GUY, Karim TAZAROURTE

### A L'ORDRE DU JOUR :

- Bilan FMC du 25/06
- Référentiel DAI et PM
- Référentiel écho aux urgences
- FMC
- Préparation abstracts pour Congrès SFMU 2015
- OJ des prochaines réunions du CS

#### 1. **FMC du 25/06 – HFME – Urgences cardio-chirurgicales**

Voir annexe 1.

#### 2. **Référentiel DAI et PM**

Validation de la FAQ. Voir Annexe 2.

Référentiel DAI qui choque : sera travaillé la prochaine fois.

#### 3. **Référentiel écho aux urgences**

Les questionnaires lancés cet été auprès des médecins formés et des chefs de service des urgences seront analysés simultanément lors de la prochaine réunion.

Points abordés :

- Cotation des échos aux urgences : E Roussel fait quelques recherches
- Comme pour le programme du DU d'échographie d'urgence, le fascicule que nous réaliserons se présentera selon la clinique : écho dans le cadre de la dyspnée, de la douleur abdominale, de la traumatologie, ... (en lien avec l'évolution du projet pédagogique du DIU).

#### 4. **Référentiel écho aux urgences**

Les FMC organisées par RESUVal – RESCUe vont s'ouvrir. Elles seront organisées autour d'un thème central, abordé à travers différentes filières couvertes par le réseau.

- FMC « les urgences du sujet jeune » le 05/11/2014 à 19h30 à HEH.
  - Organisation : Alexandre GUY
  - Experts : Guillaume MARCOTTE, Anne Evelyne VALLET
  - Modérateurs : Karim TAZAROURTE, Alexandre GUY
  - Programme :
    - Quizz Pré-test
    - Cas clinique : AVC du sujet toxicomane - Patrice SERRE
    - Cas clinique : Thrombophlébites cérébrales - Eric ROUSSEL
  - TOPO : AVC et toxicomanie – Thrombophlébites - Anne-Evelyne VALLET

- Cas clinique : Contusion myocardique suite à un AVP - ? équipe de G ?
- TOPO : Traumatismes cardiaques – messages clés - Guillaume MARCOTTE
- Cas clinique : Rupture de l'isthme – Villefranche
- TOPO : Isthme - Diagnostic et traitement interventionnel - Delphine GAMONDES
- Quizz Post-test

Magali contacte les personnes pressenties – Eric Bonnefoy contacte D. Gamondes

FMC « échographie et symptômes » le 04/02/2015.

FMC « Biomarqueurs » le 24/06/2015.

### 5. Préparation des abstracts congrès SFMU 2015

Patrice a listé les sujets susceptibles d'être traités. Voir annexe 3.

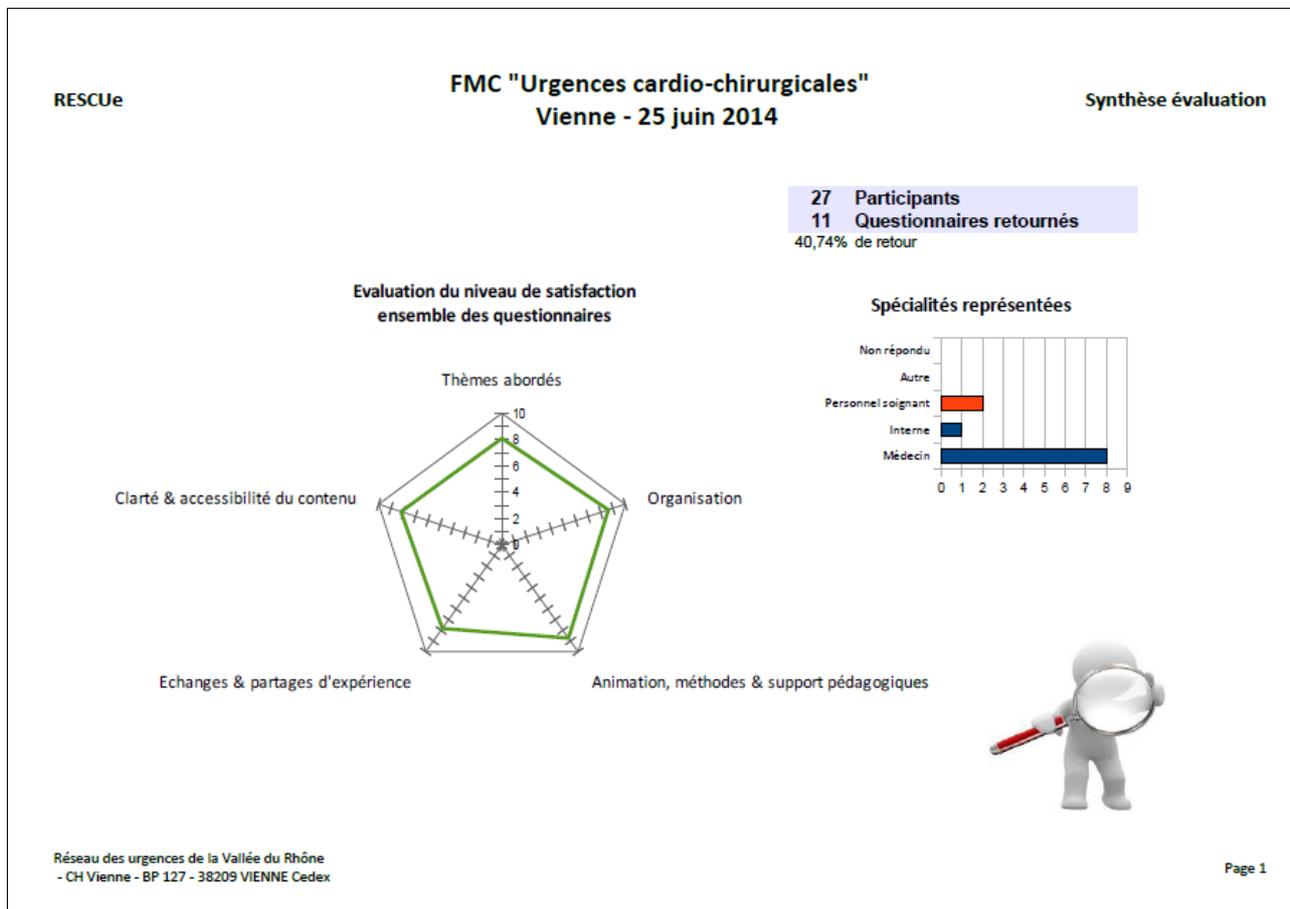
Il est convenu de faire une information sur le site. Comme l'année dernière, les billets de train pour les internes dont l'abstract serait retenu seront pris en charge par RESCUE.

Florence et Magali prévoient de travailler sur les différences H/F en post IDM (compliance aux traitements, arrêt tabagisme, respect des règles hygiéno-diététiques, activité physique), en résonance au registre Cassandre.

### 6. Prochaines dates à retenir

- 24/10 Comité scientifique de 14 à 16 h à Vienne
  - Référentiel DAI qui choque
  - Référentiel écho aux urgences : synthèse réponses et préparation du fascicule
  - Point sur la FMC du 05/11
  - Divers
- 05/11 FMC 19h30 « Le jeune, le cœur et les urgences – mythes et/ou réalité ? »
- 19/11 Comité scientifique de 14 à 16 h à Cardio (*changement de date*)
- 05/12 Comité scientifique de 14 à 16 h à Vienne (*changement de date*)
- 04/02/2015 : FMC « échographie et symptômes »
- 24/06/2015 : FMC « Biomarqueurs »

### Annexe 1



Points forts	Points à améliorer	Suggestions	Divers
Sujets traités	2	urgences gastro – HD	1
Convivialité	1		
Echanges entre urgentistes, cardio et chir	1		

## Annexe 2

**Questions fréquentes : pacemakers (PMK) et Défibrillateurs Automatiques Implantable (DAI)**

Sigles = Réglage:(SDF/cavité Stimulée - cavité Détectée - mode de Fonctionnement)

1°lettre: chambre stimulée – 2°lettre: chambre détectée

(**A** = Oreillette, **V** = Ventricule, **D** = Dual (A+V))

3°lettre: réponse à la détection (**I** = Inhibé, **D** = Dual)

4°lettre: Asservissement (**R**)

Eléments importants: Date implantation (fin de vie ?), centre d'implantation, marque et mode de fonctionnement du boîtier, IRM compatibilité éventuelle (boîtier et sondes)

ECG de PMK: Chercher la présence de spikes et l'activation cardiaque qui doit s'en suivre (onde P ou QRS après chaque spike). Une absence de spike ne signifie pas que le PMK ne fonctionne pas (spike bipolaire, PMK « sentinelle »)

Aimant: **PMK:** force la stimulation autour de 98/min quel que soit le rythme du malade. Vérifie l'efficacité de la stimulation (activité électrique après chaque spike).

**DAI:** Inhibe les thérapies (chocs endocavitaires et stimulation anti-tachycardique), **mais ne force pas la stimulation (#PMK).**

Complications précoces:

- Hématome au niveau du boîtier. Chirurgie sous 48 H si tension. Consultation dans la semaine auprès du centre implanteur sinon.
- Fièvre: suspecter infection sur matériel. Prélèvements avant ATB
- Stimulation phrénique: orienter sur centre implanteur.

Le DAI sonne ou vibre:

Ceci est une alerte

Dysfonctionnement de sonde

Usure de la batterie

Exposition à un champ électro-magnétique

C'est la clinique qui guide l'urgence de la situation. Il faut donc envoyer le patient rapidement vers le centre implanteur pour interrogation du DAI.



Complications: Hématome  
Fièvre  
Stimulation phrénique

Gestion des chocs: Si un choc unique: Pas indication d'hospitalisation, consultation dans les 48H auprès du centre implanteur

A partir de 2 chocs, surveillance scopée (SMUR/SAUV)  
Chocs inappropriés (tachycardie supraventriculaire, surdétection) :  
Désactivation DAI par pose d'un aimant  
Adresser le patient sur un centre de rythmologie pour interrogation du DAI et reprogrammation.

Chocs appropriés:  
Désactivation DAI par pose aimant  
Surveillance si tolérance hémodynamique correcte  
En cas de mauvaise tolérance: thérapeutique anti-arythmique IV + CEE (antéro-postérieur), sédation et IOT

Traitement étiologique (SCA, troubles métaboliques...)  
Adresser le patient sur USIC de rythmologie  
Si nécessité CEE:  
Risque de dommages irréversibles de la sonde ou du défibrillateur  
Risque d'élévation du seuil de stimulation  
Délivrer le choc externe avec l'énergie la plus faible en biphasique et en antéropostérieur  
Vérifier ensuite le bon fonctionnement du défibrillateur

Le DAI sonne:

Ceci est anormal et sécuritaire. Il faut donc envoyer le patient vers le centre implanteur pour **interrogation rapide** du DAI.  
Consulter le constructeur (signification différente selon les marques) pour savoir si :  
C'est le signalement d'un dysfonctionnement  
C'est un avertissement de la fin de vie  
Un avertissement avant un choc  
Exposition à un champ électro-magnétique

### Annexe 3 : Abstracts

- IDM femme jeune
- FA pendant IDM : prévalence, pronostic
- Paradoxe IMC
- Patient pris en charge précocément (<3H)
- Abord radial vs femoral (complications)/comparaison population
- *Door to balloon time et long term mortality (evolution sur les années)*
- Hb et prognostic +/- prétraitement (choix/suites)
- Impact of delays sur mortalité
- Différence mortalité selon timi initial
- Récidives
- Timi 3 avant coro (reperfusion spontanée sous préTTT)
- Compliance au traitement long cours