

RESEAU NORD ALPIN DES URGENCES

Médecins responsables : Dr Loïc BELLE – Dr François-Xavier AGERON
Coordinatrice : Mme Suzanne MACHADO
Biostatisticienne : Mme Claire MORVAN

Centre Hospitalier Anecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital
Metz Tassy – BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 – Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<http://www.renau.org>

COMPTE RENDU BUREAU RESURCOR DU RENA Du 11 octobre 2016 au CHMS d'Aix les Bains – 17 h 00 à 20 h 00

Rédacteur : C.RUBIO	Classeur « RENA »	Validation : Dr L. BELLE	
RENA	Bureau RESURCOR	Date : 11/10/2016	Page 1/3

PRESENTS :

NOM Prénom	SERVICE	ETABLISSEMENT	E.MAIL
BELLE Loïc	RENA	CHANGE Annecy	Loic.belle@wanadoo.fr
BERTHOUD Benoit	Cardiologie	Clinique Belledonne	Berthoud.benoit@gmail.com
CHAPUIS Christophe	Urgences - SMUR	CH Voiron	Urgences.chapuis@ch-voiron.fr
DEBATY Guillaume	Urgences - SMUR	CHU Grenoble Alpes	GDebaty@chu-grenoble.fr
FAURIE Benjamin	Cardiologie	GHM	b.faurie@ghm-grenoble.fr
MARLIERE Stéphanie	Cardiologie	CHU Grenoble Alpes	smarriere@chu-grenoble.fr
MORVAN Claire	RENA	CHANGE Annecy	cmorvan@ch-annecygenevois.fr
RIAS Stéphane	Cardiologie	CHMS Chambéry	stephane.rias@ch-metropole-savoie.fr
SAVARY Dominique	Urgences - SMUR	CHANGE Annecy	dsavary@ch-annecygenevois.fr
USSEGLIO Pascal	Urgences - SMUR	CHMS Chambéry	pascal.usseglio@ch-metropole-savoie.fr
VANZETTO Gérald	Cardiologie	CHU Grenoble Alpes	gvanzetto@chu-grenoble.fr

📖 L'ORDRE DU JOUR :

- ✓ Information sur l'évolution du RENA et des autres réseaux d'urgences de la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes.
- ✓ Mise à jour des procédures et en particulier des procédures NSTEMI et STEMI.
- ✓ Discussion autour de Cardiac Arrest System.
- ✓ Programme de la journée du RESURCOR du **jeudi 15 décembre 2016**.

1. INFORMATION SUR L'EVOLUTION DU RENAU ET DES AUTRES RESEAUX D'URGENCES DE LA NOUVELLE REGION AUVERGNE - RHONE- ALPES :

Il existe une volonté de plus partager entre les 3 réseaux d'urgences actuels. Ces 3 réseaux sont réunis sous la dénomination du réseau régional des urgences (R.R.U). Dans ce sens les procédures de cardiologie du RENAU et de RESUVAL sont examinées. Dans un premier temps, il s'agit de reconnaître les différences de fond et envisager des propositions pour homogénéiser les procédures. Le bureau pense que si les procédures peuvent/doivent converger, la charte graphique de chacun des réseaux est sûrement à respecter.

Un nouveau réseau subrégional sur l'Auvergne complétera le dispositif.

2. MISE A JOUR DES PROCEDURES :

⇒ Procédure de la douleur thoracique – ECG non diagnostique :

La procédure est confirmée. La troponine conventionnelle est encore utilisée dans certains centres et justifie de poursuivre la surveillance entre 0 et 6 heures. On propose de préciser les items ou/et dans la description des SCA à confirmer ou à infirmer. Pas de procédures RESUVAL analogue.

⇒ Procédure de la PEC des STEMI :

Les 4 comprimés de Clopidogrel sont confirmés avec la thrombolyse et quel que soit l'âge. Le RESUVAL propose 1 comprimé de Clopidogrel au-dessus de 75 ans en association avec la thrombolyse.

L'algorithme décisionnel entre la thrombolyse et l'angioplastie est confirmé. Dans notre réseau, 15 % des patients sont fibrinolyés contre 0 à 4 % dans le reste de la France (FAST-MI).

On confirme l'intérêt de remote conditioning qu'il faut savoir poursuivre en salle de cardiologie interventionnelle. RESUVAL propose l'Enoxaparine en angioplastie primaire mais on préfère garder l'Héparine (d'une part pour la possibilité de l'Angiox en salle et compte tenu d'une « impression » des angioplasticiens d'un sur-risque thrombotique chez les patients sous Enoxaparine par rapport à l'Héparine).

⇒ Procédure de la PEC des NSTEMI :

Nous avons examiné la procédure du RESUVAL. Nous proposons de nous associer à cette procédure en reprenant les éléments de celle-ci, et en la présentant de la même façon.

Cependant :

- Proposer l'Aspirine dès la prise en charge initiale.
- Proposer le Fondaparinux comme anticoagulant.
- Proposer de ne pas donner de Ticagrelor ou de Prasugrel chez les patients à risque dit « vital ».
- Garder le Ticagrelor en amont de la coronarographie chez les patients chez qui on envisage une coronarographie plus de 6 h 00 après le diagnostic et s'il n'y a pas de doute diagnostic.

La procédure du RENAU est donc complètement remaniée mais en gardant sa charte graphique.

⇒ Procédure de la PEC de l'OAP en urgence :

La procédure est confirmée. Pas de modification particulière. Cette procédure en ligne avec celle du réseau RESUVAL. Cependant, le RESUVAL propose de ne pas faire de Lasilix tant que la pression reste élevée et que les nitrés n'auront pas diminué la PA. La dose de Lasilix est 1 mg/kg, sans dépasser 80 mg contre 40 mg (ou 0,5 mg/kg pour les poids extrêmes) dans le RENAU.

⇒ Procédure de l'orientation des arrêts cardiaques récupérés - indication de coronarographie :

Cette procédure n'est pas modifiée. Cette dernière n'existe pas dans le RESUVAL.

⇒ Procédure des arrêts cardiaques réfractaires – indications d'ECMO et DDAC :

L'activité électrique sans pouls doit être considérée comme une asystolie. Pas d'autre modification. Cette procédure est partagée par le réseau RESUVAL, mais le RESUVAL propose une ECMO si no-flow < 5 min alors que le RENAU propose l'ECMO uniquement en l'absence de no-flow. Le RESUVAL ne fait pas de distinction entre la fibrillation ventriculaire, l'asystolie ou l'activité électrique sans pouls.

⇒ Procédure des syndromes aortiques aigus (SAA) :

On trouve que l'algorithme qui permet de distinguer les diagnostics certains/probables ou possibles doit être modifié et on s'inspire de la procédure RESUVAL pour déterminer la probabilité diagnostique d'un syndrome aortique aigu (inspiré des recommandations ESC 2015). L'admission au bloc opératoire sans scanner préalable n'est autorisée que pour les diagnostics certains en défaillance hémodynamique sévère (symptomatologie clinique typique avec une dilatation de l'aorte ascendante en ETT +/- tamponnade).

La procédure est complètement réécrite avec la nécessité d'un scanner très rapide : scanner dans le centre de chirurgie cardiaque en cas de prise en charge pré-hospitalière et de diagnostic de haute probabilité et dans le centre de proximité dans les autres cas. Le protocole médicamenteux est confirmé.

Les chirurgiens préfèrent une cartographie scannographique avant toute intervention pour SAA :

- Un travail doit être fait avec les urgentistes, régulateurs et les radiologues pour vérifier les caractères urgents de ces diagnostics.
- Une évaluation des délais dans la prise en charge pré-chirurgicale des SAA pourrait être réalisée (cf : travail d'Olivier Chavanon).

3. DISCUSSION AUTOUR DE CARDIAC ARREST SYSTEM :

La mise en place de cette organisation n'emporte pas l'unanimité. Elle pourrait organiser l'orientation des patients que font un arrêt cardiaque dans des centres spécialisés : « cardiac arrest center » (ECMO, DDAC, coronarographie, réanimation neurologique...). Il pourrait aussi avoir un rôle pour améliorer la prise en charge toute initiale de l'arrêt cardiaque par les témoins. On convient que l'orientation vers les « cardiac arrest center » est déjà considérée dans la procédure ECMO et dans la procédure d'orientation vers la coronarographie des arrêts cardiaques récupérés et la formation de la population est prise en charge par d'autres structures (CESU, formation de secourisme...).

4. PROGRAMME DE LA JOURNEE DU RESURCOR DU 15 DECEMBRE 2016 :

Un programme est proposé. On pourrait conjuguer cette journée avec la journée régionale du DESC de médecine d'urgence, consacré à la cardiologie :

- Accueil des participants à 9 h 30.

- Matin :

- ⇒ Session insuffisance coronarienne aigue :

- Update de la littérature 2016 - (G.Vanzetto : 30 min)
 - DI-DO - (S.Clot, T. Rocher : 10 min)
 - Mise à jour des procédures 2016 - (L. Belle : 20 min)
 - Le remote conditioning est-il toujours d'actualité ? - (D. Savary : 20 min)
 - Discussion de tracés d'ECG particulier dans la gestion du SCA - (P. Taboulet : 30 min)

- Après-midi :

- ⇒ Session rythmologie :

- Mise à jour de la procédure de la prise en charge de la fibrillation auriculaire - (D. Irlès : 15 min)
 - Mise à jour de la procédure de la prise en charge des syncopes - (S. Venier : 15 min)
 - Quoi de neuf en rythmologie ? (Live Vest, défibrillateur sous cutané) - (R. Bacquelin : 10 min)
 - Quizz d'ECG, de rythmologie (P. Jacon, C. Akret : 20 min)

- ⇒ Session AC :

- Update de la littérature 2016 - (G. Debaty : 30 min)
 - Procédure d'amélioration de la prise en charge des AC intra-hospitalier - (J. Turk : 10 mn)
 - Urgentistes face aux patients implantés d'un cœur artificiel - (C. Martin ou O. Chavanon : 10 min)
 - Faut-il demander à la famille d'assister à la réanimation de l'arrêt cardiaque. (..... 10 min)