

COMPTE RENDU DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE DU RENAU
Du vendredi 9 février 2018 au CH d'Aix-les-Bains – 09 h 30 à 12 h 30

Rédacteur : A. MARIN-LAMELLET	Classeur « RENAU »	Validation : G. DEBATY	
RENAU	Commission scientifique	Date : 15/02/2018	Page 1/7

Présents :

NOM Prénom	SERVICE	ETABLISSEMENT	E.MAIL
BELLE Loïc	RENAU	CH Annecy Genevois	loic.belle@wanadoo.fr;
CIBRARIO Arnaud	MCS	Maison médicale les Carroz-d'Arâches	arnaudcibrario@gmail.com;
DEBATY Guillaume	SAMU 38	CHU Grenoble Alpes	GDebaty@chu-grenoble.fr;
MARIN LAMELLET Audrey	RENAU	CH Annecy Genevois	amarinlamellet@ch-annecygenevois.fr;
MORVAN Claire	RENAU	CH Annecy Genevois	cmorvan@ch-annecygenevois.fr;
PEIGNE Vincent	Réanimation	CH Métropole Savoie	vincentpeigne@yahoo.fr;
VALLOT Cécile	RENAU	CH Annecy Genevois	cvallot@ch-annecygenevois.fr;
VENCHIARUTTI Damien	Urgences - SMUR	CH Albertville Moutiers	Damien.venchiarutti@wanadoo.fr;

Excusés :

NOM Prénom	SERVICE	ETABLISSEMENT	E.MAIL
AGERON François-Xavier	RENAU	CH Annecy Genevois	fxageron@ch-annecygenevois.fr;
BARTHES Manuella	MCS	Cabinet médical de Flaine	Manuella.barthes@neuf.fr;
DUBIE Elophe	Urgences - SMUR	CH Métropole Savoie	elophe.dubie@ch-metropole-savoie.fr;
FEY DOSDA Stéphanie	Urgences - SMUR	CH Métropole Savoie	s.fey@wanadoo.fr; stephanie.fey@ch-metropole-savoie.fr;
GAIDE-CHEVRONNAY Lucie	Réanimation	CHU Grenoble Alpes	LGaide-Chevronnay@chu-grenoble.fr ;
TERZI Nicolas	Réanimation	CHU Grenoble Alpes	terzinicolas@gmail.com; nterzi@chu-grenoble.fr;
TURK Julien	Urgences - SMUR	CH Métropole Savoie	julien.turk@ch-metropole-savoie.fr;

- L'ordre du jour :**
- Validation du compte-rendu de la précédente commission
 - Point sur la composition de la commission scientifique
 - Point des publications 2017 en cours
 - Procédures AVC (régulation et recanalisation)
 - Procédure exacerbation BPCO RENAIR
 - Procédures BabyRENAU (IIA et douleur)
 - Présentation nouveau site internet du RENAU
 - Point sur les projets en cours
 - SA Presse

Validation du compte-rendu de la précédente commission du 20 novembre 2017

En l'absence de correction ou de remarque, le compte-rendu de la commission scientifique a été adopté. Il est publié sur le site du RENAУ, rubrique « Publications » - « Compte-rendu réunion ».

Le projet de protocole EZIO va être envoyé à la commission scientifique pour validation définitive (voir CR CS 20/11/17), avant d'être envoyé à l'ARS. La procédure ECMO-AC réfractaire doit être encore discutée avec les réanimations d'Annecy Chambéry et Grenoble avant d'être diffusée : les différents acteurs s'entendent le délais cible de 60 min (acceptable jusqu'à 100 min pour implanter les ECMO sur les FV réfractaires). Une discussion est en cours pour considérer les mêmes délais dans les contextes d'intoxications médicamenteuses (et non pas l'absence de délai seuil) ainsi que sur la limite d'âge à considérer.

Point sur la composition de la commission scientifique

Plusieurs collègues sont démissionnaires : Stéphane BARE, Cédric DEVEAUX, Pierre BOUZAT, Jean-Christophe ENGELS, Gaël GHENO et Thierry ROUPIOZ.

De nombreux collègues ont présenté leur candidature pour participer à la commission scientifique. L'ensemble des candidatures seront soumises à la réunion du comité de pilotage du 19 mars 2018 (règlement intérieur).

Point des publications

En 2016, 5 publications du RENAУ (papier du 15/18 de F.-X. Ageron, papier sur la chute en gériatrie de F.-X. Ageron, papier sur le TRENAУ en commun avec Strasbourg, éditorial dans Resuscitation de F.-X. Ageron sur l'amélioration des pratiques par les guides lines et prise en charge de l'EP de Elophe Dubie). Sur la même année, 3 publications satellites du RENAУ : Pierre Bouzat sur un score pré hospitalier de prédiction de mortalité en traumatologie, papier sur les refuges en montagne de Marc Blancher et papier sur la ventilation continue par le masque de Anaud Gaillard.

En 2017, 4 publications du RENAУ (body scanner de Pierre Bouzat, trombectomie dans l'AVC de J Papassin, morts évitables de P Bouzat et AC sur les pistes de ski de Viglino). 12 articles satellites du RENAУ : avalanche de ValFréjus de M Blancher, méta analyse des facteurs prédictifs du succès d'une ECMO dans l'ACR de G Debaty, checklist pour la prise en charge des victimes d'avalanche de M Blancher, EPIDOULTHO de FX Ageron, GASP durant l'AC de G Debaty, bénéfice sur la mortalité de l'Exacyl dans les hémorragies graves de FX Ageron (A Gayet-Ageron), score de prédiction du nombre d'appels quotidiens au 15 de Viglino, FAST-MI de L Belle, recherche pré clinique sur « cadavre » de D Savary, recommandation sur la prise en charge des 1^{ères} 48 h d'un trauma thoracique de P Bouzat, nutrition lors de la ventilation non invasive de N Terzi, spasme coronaire sous Vincristine de V Peigne.

En 2018, 7 articles du RENAУ sont en cours pour publication : BAV du 3^{ème} degré dans les annales françaises de médecine d'urgence de G Auzou et D Savary, SCA-ALP de L Belle et S Cassan, RENAУ OAP de L Lamboley, reperfusion des STEMI des

patients âgés de J Turk, méta registre de l'infarctus : homme vs femme de L Belle et S Manzo-Silberman (Paris), HOPE de G Pouzet et E Dubie, DIDO de S Clot et T Rocher. 1 article satellite du RENAU de G Debaty sur l'arrêt cardiaque, les chocs et l'intérêt des vasodilatateurs.

Procédures AVC (AVC admis au SAU et suspicion d'AVC à la régulation)

2 procédures existent :

- La 1^{ère} sur la prise en charge des AVC au SAU (procédure 1) avec initialement 3 annexes : 1) thrombectomie, 2) transfert et 3) PEC de l'HTA. La 2^{ème} annexe a été supprimée. La 1^{ère} annexe sur la thrombectomie et la 3^{ème} annexe (qui devient la 2^{ème} annexe) sur la gestion de l'hypertension artérielle persistent.
- Il existe une 2^{ème} procédure sur la prise en charge en régulation des AVC.

Procédure 1 : Concernant les transferts d'un centre non neuro-interventionnel vers un centre neuro-interventionnel pour les AVC qui nécessitent la thrombectomie : corrections faites sur la procédure des AVC au SAU avec un transfert par ambulance privée autorisé des patients depuis leur hôpital d'admission jusqu'à la neuroradiologie interventionnelle. Ceci a été décidé pour permettre un transfert urgent quand cela est nécessaire et que le SMUR ne peut l'assurer dans les 30 min de l'appel (si tant est qu'une ambulance privée puisse alors le faire) : ambulance privée d'emblée pour les patients non thrombolysés et ambulance privée que si un SMUR ou un TIH ne peut être réalisé dans les 30 min pour un AVC sous thrombolyse. Le SMUR local doit être engagé, comme pour un STEMI qui doit rejoindre le centre de cardiologie interventionnelle.

Procédure 2 : à l'appel régulation pour une suspicion d'AVC, le patient peut donc être adressé (PEC le plus souvent non médicalisée) vers une UNV de secteur s'il y a une indication potentielle de thrombolyse (pas de CI et arrivée au centre pour thrombolyse < 4 h 30) ou dans un centre de NRI si il y a une possible indication de thrombectomie à ce stade sans thrombolyse préalable (CI à la thrombolyse ou délai d'admission dans une UNV non interventionnelle > 4 h 30) si le patient peut arriver dans le centre de NRI entre 4 h 30 et 6 h 00. On propose de rajouter la case de l'orientation vers un SAU sans UNV compte-tenu de l'annexe 1 de la régulation des AVC en Savoie où certains patients proches d'un centre de télé thrombolyse peuvent y être admis (à 3 conditions : que le médecin régulateur et le neuro-vasculaire le proposent, que le centre de télé thrombolyse ne soit pas saturé et que le transfert ne soit pas hélicoptéré. Un transfert hélicoptéré se fait d'emblée en NRI).

Ces éléments sont complexes et une réflexion pour leur application est nécessaire. Y aurait-il une piste de communication auprès des régulateurs pour qu'à l'appel du neuro vasculaire ils aient en tête 3 localisations potentielles pour adresser le patient et 3 délais possibles : télé thrombolyse, UNV, NRI. Il y a probablement une piste de communication sur 2 messages identifiés : transfert primaire éventuellement non médicalisé vers le NRI et orientation du patient à 3 endroits différents en fonction des cas (télé thrombolyse, UNV, NRI).

Damien Venchiarutti expose l'importance de ces procédures pour que des demandes de moyens puissent être envisagées lorsque le nombre de primo-secondaires nécessaire augmente pour les SMUR locaux : après le STEMI, l'AVC. Vérifier que les doses d'actilyse proposées dans la procédure de la fibrinolyse de l'AVC correspondent au livret des médicaments.

Procédure exacerbation BPCO RENAIR

Présentation de la procédure par Vincent Peigne. La procédure doit encore être relue par les différents urgentistes qui ont eu des difficultés à se rendre à la réunion dédiée à cette procédure. On retient 2 messages principaux : l'orientation du patient à l'issue de l'admission au SAU : retour à domicile, pneumologie soins continus ou réanimation et des messages clés sur ce qu'il faut toujours, souvent, parfois ou jamais faire.

Le score de gravité nécessite d'être validé par les urgentistes pour orienter le patient à l'issue du SAU. Vincent Peigne insiste sur l'importance du PH pour proposer une VNI (< 7.35). La VNI impose une orientation vers des soins continus. Une forte probabilité d'intubation est associée à la nécessité de transférer le patient en réanimation. Pas d'intérêt du BNP et de la troponine dans cette procédure car ces biomarqueurs ont un intérêt épidémiologique mais sans intérêt pratique pour l'orientation. Proposition d'éviter une corticothérapie dès la phase initiale et la réserver à la phase secondaire, à l'issue du séjour aux urgences, en cas d'absence d'amélioration. Le biomarqueur le plus utile serait les éosinophiles pour orienter vers la corticothérapie. Peu d'intérêt de la CRP et de la PCT. On retient le caractère très éducatif de cette procédure engagée. Cécile Vallot insiste sur le fait que les tableaux cliniques sont rarement aussi clairement identifiés : OAP avec sa procédure spécifique et exacerbation aiguë de BPCO de façon spécifique mais souvent mêlée et les procédures sont souvent mixtes. La CRP qui n'a pas d'indication dans l'exacerbation de la BPCO peut en avoir une si on suspecte une pathologie infectieuse particulière. La procédure est peu modifiée par la commission scientifique et Vincent Peigne va la faire circuler dans le groupe du RENAIR pour une validation définitive car différents points sont encore en discussion dans le groupe.

Procédures BabyRENAU (IIA et douleur)

- Invagination intestinale aiguë.

Travail fait en collaboration avec le Pr Piolat et le Dr Cartal, chirurgiens pédiatriques du CHU de Grenoble. Cette procédure est présentée comme un cahier des charges pour les radiologues qui réalisent les désinvaginations. Les contacts téléphoniques au CHU de Grenoble sont tous répertoriés pour un appel afin de transférer le patient ou pour tout conseil. On retient le fait que les radiologues sont souvent des radiologues intérimaires et qu'il est difficile de savoir qui a la compétence pour les désinvaginations radiologiques dans les centres. La procédure insiste sur l'importance de l'échographie. Un scanner ne doit pas être réalisé mais c'est bien une échographie qui doit être réalisée avec déplacement du radiologue d'astreinte.

- Gestion de la douleur thoracique.

Le groupe s'entend sur le fait qu'il s'agit d'un texte de consensus sur les différentes possibilités d'évaluation et de traitement de la douleur de l'enfant. Une procédure plus réflexe sur la prise en charge de la douleur par l'IAO doit être

écrite. Il est difficile d'appeler ce document une procédure et on se demande comment l'archiver sur le site du RENAU. Quelques remarques sont formulées mais le texte est bien fait. Il demande cependant une lecture qui peut prendre plus d'une heure et rend son utilisation pratique au quotidien difficile.

Présentation du nouveau site internet du RENAU

Faite par Claire Morvan.

Point sur les projets en cours

- Arrêts cardiaques traumatiques (Pierrick Eyrat) : bilan lésionnel des arrêts cardiaques traumatiques pris en charge par le SMUR d'Annecy et de Grenoble. Recueil terminé. Base de données gelée. Exploitation en cours pour une thèse cet été. Rédaction d'un manuscrit ?
- DIDO (Sandrine Clot et Thomas Rocher) : évaluation du DIDO des STEMI aigus admis aux urgences. Ecriture du papier en cours.
- VNI en pré hospitalier (Vincent Peigne) : présentation des résultats lors de la journée du RENAIR du mois de novembre. Rédaction du papier en cours.
- Neuro-E-CPR (Guillaume Debaty) : étude observationnelle de l'évaluation pré hospitalière du statut neurologique après arrêt cardiaque. Une centaine d'inclusion réalisée avec un objectif à 150.
- Facteur de reconnaissance de l'occlusion d'un gros tronc à l'appel au 15 en cas de suspicion d'AVC (Alphane Baquerre) : établissement d'un score de probabilité d'une occlusion d'un gros tronc qui nécessite d'être pris avec une nouvelle méthodologie. Soutenance de thèse réalisée mais nouvelle statistique à faire avant l'éventuelle rédaction d'un manuscrit.
- Concept de la « golden hour » faite avec la base des parisiens et du TRENAU : analyse finie et écriture par les parisiens.
- Facteur prédictif pré hospitalier d'une hypofibrinogénémie à l'admission pour une éventuelle transfusion de fibrinogène avant l'admission (Juliette Margirier et Albrice Levrat) : thèse soutenue mais manuscrit qui ne sera probablement pas soumis. Analyse éventuelle à refaire.
- Registre multicentrique sur la même thématique (François-Xavier Ageron, Pierre Bouzat et autres centres dont Montpellier) : analyse finie et papier en cours d'écriture par Ageron et Bouzat.
- Projet HOPE : 40 % des patients hospitalisés pour une embolie pulmonaire seraient éligibles pour une gestion ambulatoire sur les hypothèses des recommandations européennes. Ambulatoire très rarement réalisée pour de bonnes raisons qui ne sont pas en relation directe avec l'EP. 30 % des patients éligibles ne le seraient finalement pas du fait d'une augmentation du BNP de la troponine ou d'une dilatation du ventricule droit. Manuscrit en cours de rédaction par Guillaume Pouzet.
- Evaluation de la procédure de la prise en charge de la douleur par l'IAO à Chambéry : 761 patients inclus. C muscat.

- Projet de violences faites aux femmes au CHAL (Isabelle Revil et FX Ageron) : l'objectif était de définir les facteurs prédictifs de reconnaissance des femmes violentées afin de mieux les identifier. Etude de cohorte sur 100 femmes violentées et 200 témoins. Recueil terminé et analyses qui vont être réalisées.
- Travail descriptif des AVC hospitalisés en réanimation (Vivien Brenckmann et Jean-François Payen urgences de Grenoble) : registre descriptif des patients avec AVC du RENAU hospitalisés en réanimation.
- Travail d'EPP sur la procédure de prise en charge de l'agitation aux urgences à présenter à la prochaine CS (Cécile Vallot).
- Projet Angels ESO (European Stroke Organisation) : registre européen des AVC (C Vallot et O Detante).
- MOPE : étude randomisée sur l'utilisation de l'Optiflow par Annecy. En cours d'élaboration.
- Projet sur l'évaluation des facteurs associés à la non reconnaissance d'un arrêt cardiaque à l'appel à la régulation au SAMU centre 15 de l'Isère. 71 % des arrêts cardiaques ne sont pas reconnus à l'appel du 15. Registre rétrospectif sur 120 appels au 15 pour arrêt cardiaque à partir du registre des arrêts cardiaques. Recueil terminé analyse en cours et thèse en mars (Maïté Moutounaïk et Guillaume Debaty). La rédaction du manuscrit sera envisagée.
- Evaluation de la transfusion des plaquettes sur l'évolution de la taille de l'hématome chez les patients qui présentent un AVC hémorragique sous antiagrégant plaquettaire (Stéphane Combaz assistant à Chambéry). Voir s'il envisage un manuscrit.
- Evaluation de l'état de stress post traumatique chez les patients après un arrêt cardiaque extra hospitalier : recueil et analyse terminés écriture en cours (Cécile Frémondrière et Guillaume Debaty). Travail présenté à la journée du RESURCOR.
- Projet syndrome aortique aigu (SAA) (Francklin Bruna, Axelle Lecherbonnier, Claire Vallenet, Loïc Belle) : travail descriptif sur la prise en charge des syndromes aortiques aigus sur le RENAU. Recueil en cours.
- Projet de la troponine à Annecy (Gaspard Beaune, Vincent Thomas) Evaluation de la sécurité d'une gestion ambulatoire des douleurs thoraciques avec troponines négatives avec un début de douleur entre 3 et 6 heures avant le dosage de la troponine.
- Evaluation de la prise en charge de l'exacerbation des BPCO sur le CHU de Grenoble (Marc Goesnart et Nicolas Terzi) : analyse terminée et thèse qui doit être passée au mois d'avril.
- Projet de description de la prise en charge des urgences cardiologiques intra-hospitalières dans l'ensemble des unités de soins aigus (soins continus, intensifs ou réanimation) de nos établissements sur le modèle des recommandations d'organisation de l'ESC (Eric Bonnefoy, Franklin Bruna, Loïc Belle).
- Etude randomisée sur l'efficacité des DSA dans l'arrêt cardiaque chez le mannequin (Vincent Peigne).

SA Presse

Guillaume Debaty propose un Sa Presse sur l'intubation ou non dans l'arrêt cardiaque. Vincent Peigne propose un Sa Presse sur un papier du JAMA sur l'appel des réanimateurs par les urgentistes. Guillaume Debaty signale un papier intéressant sur les transfusions pré hospitalière dans le JAMA.

Divers

- Prochaine date de réunion de la commission scientifique :

Mardi 20 mars 2018 à 9h30, salle des commissions CA BMT CH Aix-les-Bains.

G. DEBATY