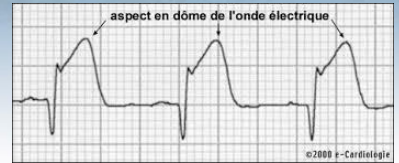


Vous n'avez pas pu assister à la journée du RESURCOR/RENAIR à Aix les Bains le 29 novembre 2019 qui a réuni plus de 130 médecins. Voici ce qu'il fallait en retenir :

La PEC des dissections aortiques pourrait être améliorée. Une évaluation récente fait état d'un délai médian entre le diagnostic au scanner et le premier coup de bistouri de 3 h 30 dans les centres sans chirurgie cardiaque et de 2 h dans les centres avec chirurgie cardiaque. 10 % des patients arrivent avec l'objectif d'une TAS<100 mmHg et un pouls<60/mn. Le Loxen est trop utilisé. La MAJ de la procédure propose l'utilisation du **Brevibloc (Esmolol)**.



SCA non ST+: l'apparition du Cangrelor en salle nous permet de proposer d'éviter le Ticagrelor quand la coronarographie va être réalisée dans les 6 h.
Pour le STEMI: le Ticagrelor est toujours indiqué le plus vite possible.
Le rapport du RESURCOR est sur le site du RENAU.

Point Rythmo

Presque tous les défibrillateurs implantables sont désormais suivis en télé cardiologie. Le rythmologue d'astreinte peut être interpellé par la régulation pour un patient qui reçoit un choc afin de reconnaître le caractère approprié du choc. Après un choc approprié, si le patient est asymptomatique et accompagné, il peut rester à domicile et consulter son rythmologue rapidement en externe. Après le deuxième choc, le transfert médicalisé vers un «hôpital rythmologique» est nécessaire, la mise en place d'un aimant est recommandée sous surveillance scopée avec un défibrillateur externe opérationnel.

Le syndrome de Brugada doit être reconnu sur l'ECG :
BBD, sus-ST et onde T>0 V1, V2.

Flash RENAU

Février 2019

Une mise au point de G Debaty sur les nouveautés dans l'AC font apparaître que la ventilation et l'intubation des patients dès la médicalisation reste la règle.

Nous devons tous nous inscrire à l'application SAUVLIFE

Le réseau participe activement à DISPACH

(PHRC de CHUGA.)



RENAIR

Focus sur l'excellente procédure de PEC des **acutisations de BPCO** avec ce qu'il faut faire :

- toujours : nébulisation ventoline-atrovent.
- souvent : antibiotiques si expectoration purulente et < 5 jours. La VNI si PH<7.35
- parfois : corticoïdes en 2eme intention si pas d'amélioration. 40 mg/j < 5 jours.
- jamais : ventoline, théophylline. Baser la décision d'antibiotique sur l'utilisation de biomarqueurs (PCT-CRP).

Après sa sortie pour exacerbation de BPCO, le patient doit être dans le mois en consultation pneumologue et la réhabilitation doit être discutée.

Ces 2 éléments ne sont réalisés rétrospectivement que dans 60 % et 20 % des cas dans une évaluation pilote des pratiques sur le RENAIR au CHUGA et qui pourrait être généralisée.

Le RENAIR s'intéresse à la **l'exacerbation sévère d'asthme** (on ne parler plus d'asthme aigu grave). Si des recommandations nationales récentes confirment les corticoïdes IV et les nébulisations de ventoline/atrovent, elles insistent également sur la nécessité de ne pas administrer d'antibiotiques de façon systématique et rappelle l'absence d'indication de bêta2 mimétiques par voie IV. L'O2 ne sera proposé que si la saturation en O2 est inférieure à 94 %.

La ventilation non invasive ne peut être recommandée dans cette indication.