Pour clôturer cette année scolaire, nous vous proposons plusieurs référentiels :

- Morsure de vipères à partir des recommandations du CTA de Lyon
- Réanimation du nouveau-né hors maternité
- Cathéter veineux ombilical lors d'un accouchement hors maternité
- Transfert d'un NSTEMI vers le centre de cardiologie interventionnelle
- Syncope
- Traumatisme Crânien Léger à partir des recommandations SFMU 2024

Mais aussi en bonus :

La dernière version V1.2 du livret du médicament est publiée !!!

- Rdv dans l'onglet « Référentiels / Pharmacie » du site internet et de l'application pour la découvrir !!!

	Les morsures de vipères	<small>Rédaction : Centre Antipoison - HCL Validation : Comité scientifique Urg'Ara Date : 06/2025 Version : V1.0</small>
--	--------------------------------	---

Ce référentiel est issu de la conduite à tenir du Centre Anti-Poison de Lyon

Les symptômes d'une envenimation peuvent apparaître et s'aggraver plusieurs heures après la morsure. **Une surveillance hospitalière minimale de 6h est nécessaire**

ENVENIMENTS VIPÉRINES	SYMPTOMES	TRAITEMENT
Grade 0	Aucun symptôme Marque des crochets	Surveillance 6h à l'hôpital
Grade I	Œdème uniquement localisé au niveau de la morsure Douleur modérée	Traitement symptomatique Surveillance 24h à l'hôpital Bilan biologique /12h
Grade IIA	Œdème extensif (> 4 cm ou en cas de morsure digitale dès que l'œdème atteint la main ou le pied) Et/ou suffusion hématique au-delà des points de morsure Et/ou douleur intense	Administration unique de Viperfav® 1 dose de 4 mL dans 100 mL de sérum physiologique perfusée sur 1 heure, le plus précocement possible (Cf. livret médicament)
Grade IIB	Grade IIA + signes généraux * Et/ou biologiques **	
Grade III	Extension de l'œdème au tronc Et/ou signes généraux sévères ***	

- * Signes généraux :
- Digestifs (vomissements, douleurs abdominales)
 - Cardiovasculaires (hypotension, bradycardie)
 - Neurologies (ptosis, paires crâniennes)
 - Autres...

- ** Signes biologiques de gravité :
- GB > 15000/mm
 - Plaquettes < 150000/mm
 - TP < 60%
 - Fibrinogène < 2 g/L

- *** Signes généraux sévères :
- Réaction anaphylactoïde
 - Choc, OAP
 - Insuffisance rénale
 - Coagulopathie

Surveillance 6h minimum

- Désinfection de la plaie
- Vérification du statut vaccinal tétanique
- Pas d'antibiothérapie systématique, pas de corticoïdes
- Pas d'anticoagulation en l'absence de thrombose veineuse
- Surveillance horaire de l'extension de l'œdème

Indication de sérum antivenin ?

Appelez-nous ! 04 72 11 69 11
Centre Antipoison de Lyon, 7/7j 24/24h

LE LIVRET DU MÉDICAMENT ADULTE

Un travail de la
Commission Paramédicale Urg'Ara

Version 1.2
Juin 2025

Les morsures de vipères

Rédigé à partir des recommandations du Centre antipoison de Lyon, retrouvez le référentiel de prise en charge des morsures de vipères dans l'onglet « Urgences Autres »

En déroulant l'ABCD, description des tâches de chacun (Leader et Aides) en suivant une échelle de temps :

- Positionnement du nouveau-né
- Place de l'aspiration (SI obstruction ET nécessité de ventilation)
- Ventiler dès la 1^{er} min de vie : 30 sec minimum sous air, en pression positive (dispositif de ventilation en annexe)
- RCP 3/1 avec ventilation sous 6 L/min, Compression Thoracique
- IOT / pose KTVO / Adrénaline (posologie et préparation)

PREPARATION DU MATERIEL

- Cathéter veineux ombilical n°3,5 (préma) ou n°5
- Ciseaux ou lames bistouri
- Pince (fine à extrémité courbe) pour tenir le cordon ou Kocher sans griffe
- Antiseptique type Biseptine®
- Gants stériles

DESCRIPTION DE LA POSE D'UN CATHETER VEINEUX OMBILICAL (CVO)

- Antiseptie à la Biseptine®
- Installer le champ fenêtré

- Purger le CVO avec son robinet 3 voies, avec une seringue de NaCl 0,9%

- Nouer la lacette de manière lâche (ou à défaut une sonde d'aspiration de petite taille) à la base du cordon prête à être serrée en cas d'hémorragie importante lors de la section du cordon

- Recouper le cordon de 1 à 2 cm de l'ombilic (ciseaux stériles ou bistouri)

- Tenir le cordon en légère traction avec une pince (ou avec une pince Kocher)

- Puis éverser le cordon

- Repérer la veine et les deux artères

- Le CVO devra être introduit dans LA VEINE OMBILICALE : paroi plus lâche et large
 Bien tirer sur le cordon : permet de réaxer la veine
 Pas de passage en force au risque de créer un faux chenal (il peut y avoir une petite résistance au passage du canal d'Arantius)

- Introduire le CVO purgé dans la veine ombilicale sur 4 à 5 cm max (3 cm si poids 1 kg)

- Chercher le reflux franc par des petits mouvements d'aspiration de la seringue

Fixer :

- Faire un point entre la gelée de Wharton et le KT avec un fil 3.0
- Puis Urgopore® ou Tegaderm® ou strip en positionnant le CVO en double boucle à la base du cordon

Surveillance pendant le transport : attention à l'hémorragie ombilicale secondaire ; pas de pansement occlusif
 Si saignement : faire un nœud autour du cordon avec une lacette (ou fil ou sonde n°6 CH) à la base du cordon

CRITERES

RISQUE ELEVE

=> Cause cardiaque

Critères à l'interrogatoire

- ATCD de cardiopathie
- Présence PM ou défibrillateur => interrogatoire PM/DAI obligatoire : transfert (modalité de médicalisation selon contexte clinique et avis cardiologique) versUSIC de proximité
- ATCD familiaux de mort subite < 40 ans ou de cardiopathie sévère familiale
- Syncopé précédée de palpitations
- Syncopé en position couchée
- Syncopé à l'exercice

Critères cliniques

- PAS < 90 mmHg inexplicables
- Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en absence d'entraînement physique
- Souffle systolique non bilaté

Critères ECG

- ESV, TVNS
- QRS larges (> 120 msec), bloc bi/trifasciculaire
- HVG
- BSA, bradycardie sinusale < 40/min, BAV
- WPW
- Brugada, DAVD, repolarisation précoce
- QTC à > 460 ou < 340 msec
- Onde Q (séquelle IDM)

Surveillance scopée en attendant avis cardiologique

RISQUE FAIBLE

=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

Cause réflexe

- Longue histoire (années) de malaise récurrent avec des caractéristiques identique à l'épisode actuel
- Prodromes typiques: étourdissement, bouffée de chaleur, sueurs, nausées, vomissements
- Après vécu d'une situation inconfortable
- Après station debout prolongée et/ou endroit chaud et bondés
- Pendant ou après un repas
- Déclenché par toux/défection miction
- Après une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien (tumeur, rasage, col serré)
- MSC positif, négatif non excluant

Cause orthostatique

- En se levant ou après s'être levé
- Après station debout prolongée
- Lever après exercice
- Situation post prandiale
- Lien temporel avec introduction ou changement de dose de traitement vasopresseur ou diurétique
- Dysautonomie connue, parkinson
- Test hypoTA positif, négatif non excluant

Examen clinique normal

ECG normal

Gestion ambulatoire

Réassurance du patient sur la nature bénigne de la syncope

Syncope réflexe :
Savoir repérer et éviter les facteurs déclenchants
Reconnaître les prodromes et se mettre à l'abris

Syncope par hypotension :
Diminuer ou arrêter des traitements hypotenseur

Syncopé

La syncopé est une perte de connaissance (PC) spontanée totale brève, avec amnésie de la PC et résolution spontanée de l'état d'éveil et du tonus postural, en lien avec baisse du débit cérébral. Elle n'a pas de cause évidente.

La syncopé est une perte de connaissance (PC) spontanée totale brève, avec amnésie de la PC et résolution spontanée de l'état d'éveil et du tonus postural, en lien avec baisse du débit cérébral. Elle n'a pas de cause évidente.

La démarche diagnostic s'appuie sur :

- L'anamnèse de la syncope
- L'ECG
- Les ATCD personnels et familiaux
- L'examen clinique +/- test hypoTAO et massage sino-carotidien
- Des examens biologiques non systématiques

Les critères de stratification de risque en page 2 vont guider la nécessité d'une surveillance scopée dans l'attente d'un avis cardiologique.

2. RECUEILLIR les éléments nécessaires

Anamnèse

Faire préciser le malaise/prodrome/circonstances par proches et témoins

ECG

Focus: Test hypoTA orthostatique
Repos couché (à défaut assis) 5 min avant la réalisation du test
Puis mesure de la PA/FC en position de repos
Mise debout et mesure PA/FC à 1 et 3 min
Pathologique si :
- Baisse Pas > 20 mmHg
- Pas < 90 mmHg
- Symptomatique
Incertain dans les autres cas

Général

ATCD (DAI/PM) / Traitement / ATCD familiaux
Examen clinique général
Selon contexte réaliser test hypotension orthostatique (HTO) ou Massage Sino-Carotidien (MSC)
Biologie selon contexte non systématique

Focus: Massage Sino-Carotidien
Indiqué après 40 ans, si cause réflexe suspectée
En absence d'AVC récent (< 3 mois), en absence de souffle cervical bilaté ou de sténose carotidienne connue
Patient en décubitus, tête tournée côté inverse à la stimulation, massage ou pression en regard de la carotide
Pathologique si pause > 3 sec ou chute PA > 50 mmHg

3. STRATIFIER LE RISQUE (critères page 2) ET ORIENTER

RISQUE ELEVE

=> Cause cardiaque

Surveillance scopée

Avis cardiologique

RISQUE NI ELEVE NI FAIBLE

OU

SYNCOPE REPETEE INVALIDANTE

Avis cardiologique

RISQUE FAIBLE

=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

Gestion ambulatoire

Réassurance du patient sur la nature bénigne de la syncope

Transfert inter-hospitalier vers un centre de cardiologie interventionnelle

Le choix de la médicalisation du transport sera guidé par la présence de douleur et de critères de gravité cliniques et électrocardiographiques. Le dosage de troponine n'est pas un facteur prédictif du risque de transport. La durée de surveillance sans récidence douloureuse au moment de l'appel pour transfert pourrait être un indicateur d'un transport à faible risque.

CHOIX DU TYPE DE VECTEUR

En cas de doute sur la qualification du cadre nosologique et sur la prise en charge thérapeutique, se référer aux procédures correspondantes (STEMI et NSTEMI)

NSTEMI

Persistance de la douleur

Disparition de la douleur

- Signes de gravité :**
- Insuffisance ventriculaire gauche
 - Troubles du rythme ventriculaire (ESV répétées et/ou TV non soutenue)
 - ECG pendant la douleur avec un sous-décalage du segment ST ≥ 3 mm dans ≥ 2 dérivation et/ou un sus-décalage en AvR
 - Récidive douloureuse sous traitement avec modifications ECG

OUI

NON

Transfert par la SMUR de proximité vers le CCI *

Transfert rapide par la SMUR du CCI *

- Transfert envisageable par :
- Ambulanciers privés
 - TIH
 - TCS formés

Traumatisme Crânien Non pénétrant adulte (léger, GCS 13-15)

La filière Trauma'Ara propose, à partir notamment des recommandations de pratiques professionnelles SFMU-SFAR de 2022 sur le traumatisme crânien léger, des logigrammes faciles à adapter en régulation et aux urgences.

- Orientation : hospitalisation ou gestion ambulatoire (avec fiche de conseil au patient)
- Gestion des lésions scanographiques non neurochirurgicales : place du doppler transcrânien, contrôle scanographique
- Gestion des anti-coagulants
- Quels items à rechercher en régulation ? Âge, trouble de coagulation, traitement anticoagulant, item cinétiques et cliniques, etc...
- Stratification du risque de saignement
- Stratégies paracliniques : place de l'imagerie et de la biologie

PREPARER VOTRE AUTOMNE AVEC Urg'Ara

26 septembre 2025 : Journée Urgence et don d'organe - Chambéry (73), présentiel

2 octobre 2025 : Journée Personne Agée et Pédiatrie - Bi-site
Clermont-Ferrand (63) et Challes les Eaux (73), présentiel et distanciel

25 novembre 2025 : Journée Trauma'Ara Arc alpin - Annecy (74), présentiel

11 décembre 2025 : Journée Cardiologie et Arrêt Cardiaque - St Martin La Plaine (42), présentiel et distanciel

Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr