



Intoxication au Monoxyde de Carbone (CO)

Nouveau référentiel travaillé avec les experts du caisson hyperbare régional de Lyon, des médecins hospitaliers et les partenaires médicaux des SDIS.

Plusieurs messages importants :

- La suspicion d'intoxication au CO se fait sur l'association:

- SYMPTOMES COMPATIBLES (aucun signe spécifique)

ET

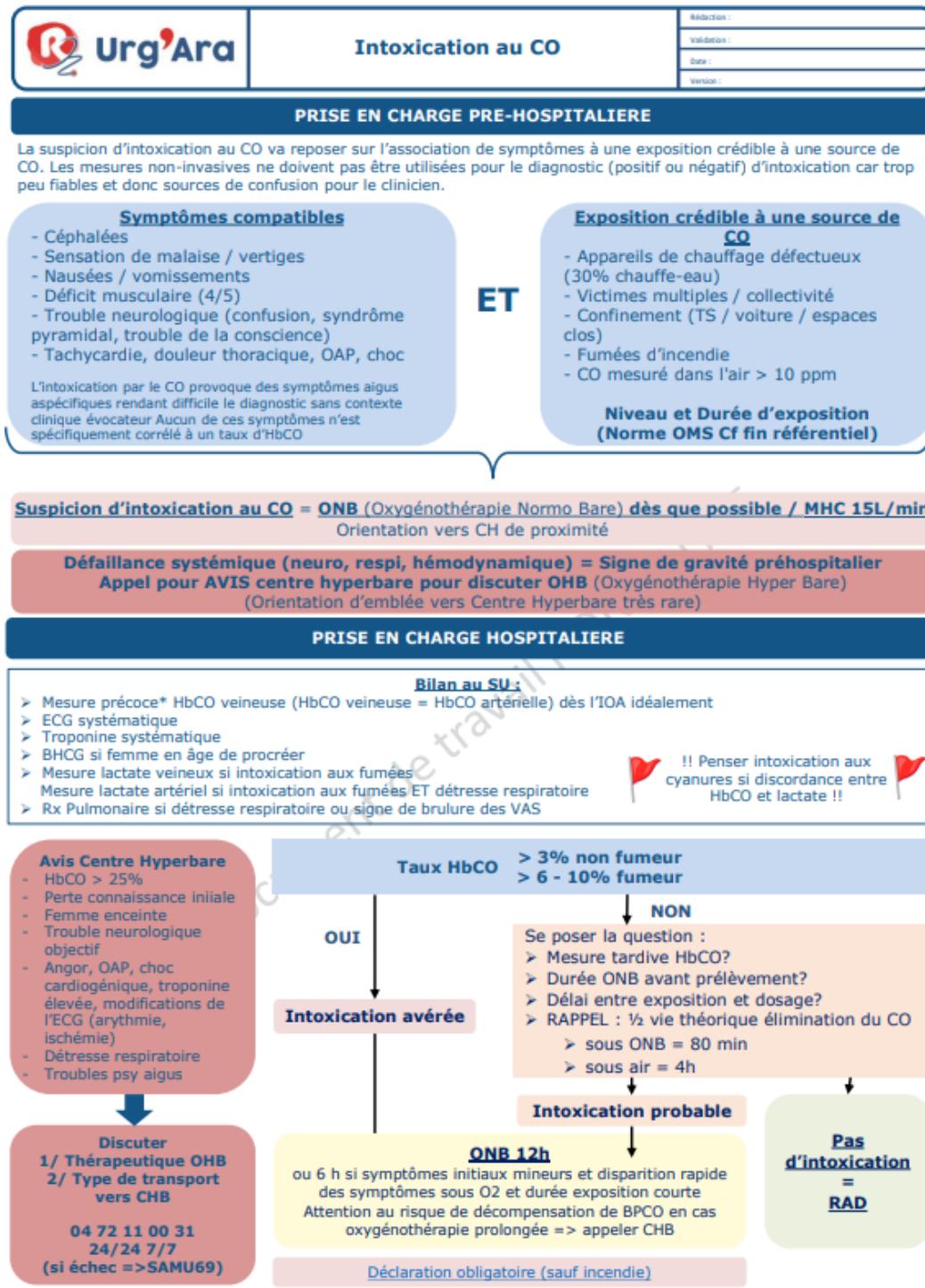
- NIVEAU CREDIBLE D'EXPOSITION A UNE SOURCE DE CO / Niveau et durée d'exposition

- **Les capteurs de SpCO ne sont pas fiables** et ne doivent pas être utilisés en dépistage

- La mesure du CO expiré doit se faire après une apnée de 20 sec / jamais d'utilisation en NOVI car saturation rapide du capteur et mesures non fiables

- En cas de **défaillance vitale (neurologique, respiratoire, hémodynamique)** dès le préhospitalier : **contacter le caisson hyperbare (CHB)** pour avis (MAIS il est extrêmement rare d'avoir des entrées directes sur le CHB sans HbCO)

- La mesure d'HbCO est la plus précoce possible, si possible dès IOA (HbCo veineuse, purgé air des tubes à gazo)



Nouveau référentiel Cardiologie



Fibrillation Auriculaire - ACFA - Flutter

Le référentiel déroule la stratégie de prise en charge dès l'ECG diagnostic, en suivant la règle du AF-CARE :

- C : Comorbidités et FDRCV à rechercher
- A : Anticoagulation appropriée
- R : Ralentir et Réduire = contrôler la FC et envisager la cardioversion
- E : Évaluer et ré-évaluer les thérapeutiques en cours chez les patients chroniques



En cas d'instabilité hémodynamique et/ou respiratoire : installation en SAUV / cardioversion électrique.

La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doivent être une priorité avant ou, en parallèle, de l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque.



L'HEMORRAGIE SOUS-ARACHNOIDIENNE (HSA)

La suspicion clinique se fait devant une céphalée brutale/explosive « en coup de tonnerre ».

L'orientation dès le préhospitalier se fait vers un SU de proximité pour réalisation d'une imagerie par TdMc sans (et avec inj Willis +/-TSA) idéalement dans les 6 premières heures suivant l'apparition des symptômes.

Au-delà de 6h de symptômes, si TdMc négatif mais forte suspicion clinique : stratégie diagnostic par IRMc ou PL (avec recherche pigment xanthochromique)

PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE

CÉPHALÉE EN « COUPS DE TONNERRE » EXPLOSIVE ou CÉPHALÉE INHABITUABLE SI ATCD de céphalée chronique

- +/- déficits focaux transitoires ou persistants (hémiparésie, hémiplégie...)
- +/- Signes neurologiques diffus : nausées, vomissements, troubles de vigilance, confusion brutale, épilepsie (morsure de langue, perte d'urine), irritation méningée (raideur de nuque, photophobie)

Orientation sans délais vers SU de proximité pour imagerie scanographique (si absence de détresse vitale : transport non médicalisé)

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

TRI 1 (FRENCH)

Trouble de vigilance et/ou déficit focal neurologique?

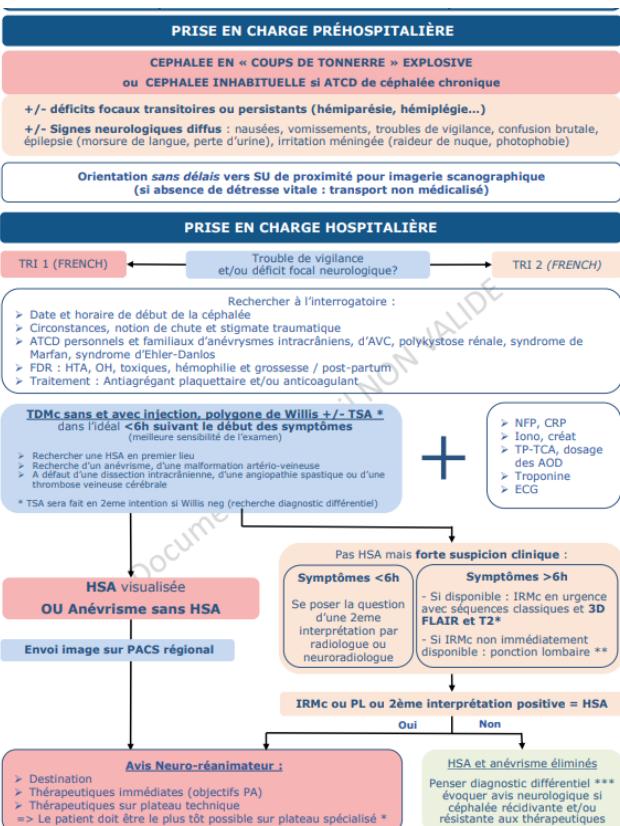
Devant une HSA ou anévrisme sans HSA :
appel du **NEURO-REANIMATEUR qui pourra donner un avis** :

- Destination
- Thérapeutiques immédiates (objectifs PA)
- Thérapeutiques sur plateau technique

Les mises en condition / surveillance / éventuels traitements sont précisés au verso du référentiel.

Le patient doit être rapproché au plus vite d'un centre expert => dans l'idéal le transport doit être médicalisé quelle que soit la gravité initiale du patient.

Le transport paramédicalisé peut être envisagé en fonction de la balance bénéfice-risque : délai arrivée centre expert / état clinique du patient.



SAVE THE DATE

11 décembre 2025 => Journée Cardiologie / AC
12 janvier 2026 => Webinaire « Lavalanché »
29 janvier 2026 => Journée Traum'Ara
28 avril 2026 => Printemps Urg'Ara



Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr

