

SIMULCHOC : les praticiens choquent-ils les arrêts cardiaques choquables ?

Type de contenu : Texte

Type de médiation : sans médiation

Type de support : Volume

Titre(s) : SIMULCHOC : les praticiens choquent-ils les arrêts cardiaques choquables ? / Froment Gaëlle ; sous la direction du Dr Clément Derkenne

Est reproduit comme : SIMULCHOC : les praticiens choquent-ils les arrêts cardiaques choquables ? Froment Gaëlle 2021

Auteur(s) : Froment, Gaëlle (1992-....)

Autre(s) auteur(s) : Derkenne, Clément (1984-....)

Université Paris-Saclay 2020-....

Université Paris-Saclay Faculté de médecine Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne 2020-....

Production : 2021

Description matérielle : 1 vol. (94 f.) : ill., tableaux, graphiques ; 30 cm

Note sur les bibliographies et les index : Bibliogr. f. 86-92

Note de thèses et écrits académiques : Thèse d'exercice Médecine université Paris-Saclay 2021

Résumé ou extrait : Introduction : L'arrêt cardiaque (ACR) est un véritable problème de santé publique (50 000 cas par an en France). La prise en charge des ACR fait partie du domaine de compétences des médecins généralistes. Elle repose sur une réanimation cardiopulmonaire (RCP) et une défibrillation précoce, si le rythme initial est choquable. Notre objectif est d'évaluer la capacité des médecins généralistes (MG) à identifier un rythme cardiaque choquable, et leur vitesse d'exécution. Matériel et méthode : 240 MG militaires ou médecins correspondants SAMU (MCS) ont testé leur capacité à identifier les rythmes choquables (RC) via une simulation informatisée. Cette dernière contenait soixante tracés issus de la base de données de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris. Ils ont été classés par trois experts, en rythme choquable ou non (nRC). Résultats : Sur les 240 médecins ayant participé à l'étude, 197 ont répondu intégralement à l'étude et ont été étudiés. 57 0/0 étaient des hommes, âgés en moyenne de 30 ans +/- 4 ans. La sensibilité (Se) globale pour la délivrance d'un choc pour les RC était de 0,9 [espace interquartile : 0,8-0 la spécificité (Sp) globale pour la non-délivrance d'un choc pour les nRC était de 0,8 [0,70,9]. Pour la tachycardie ventriculaire (TV) et la fibrillation ventriculaire (FV) à grosses mailles la Se était de 1 [1,0-1,0] ; la Se de la FV à petites mailles était de 0,6 [0,2-1,0]. La Sp des rythmes électriques sans pouls (DEM) était de 0,8 [0,7-0,9] ; la Sp de l'asystolie était de 0,9 [0,9-1]. La vitesse de réponse (en seconde) en fonction des rythmes était, respectivement : TV 2,4 [1,8-3,2], FV grosses mailles

2,5 [1,9-3,6], FV petites mailles 3,7 [2,6-5,9], Asystolie 3,3 [2,5-5,1], DEM 3,9 [2,7-6,4]. Conclusion Les MG interrogés et ayant répondu à cette étude sont rapides et performants pour dépister les FV à grosses mailles et les TV. Ils demeurent cependant moins performants pour la reconnaissance des DEM, des asystolies et des FV petites mailles. La Se/Sp globale de l'étude est en dessous des normes effectives pour les défibrillateurs automatiques. L'utilisation des DSA pourrait sembler plus appropriée lors d'une RCP réalisée par un médecin généraliste.

Background: Cardiac arrest (CA) is a real public health problem. About 50 000 cases occurs per year, in France. Management of RCA is part of the competence of general practitioners (GP). It is based on cardiopulmonary resuscitation (CPR) and early defibrillation, if the initial rhythm is shockable. Our objective is to evaluate their ability of GP's to identify a shockable cardiac rhythm, and their decision speed Methods: 240 military GPS and GP relative to the emergency medical service tested their ability to identify shockable rhythms (SR) by a computerized simulation. It contains sixty tracings from the database of the Paris Fire Brigade. They were classified by three experts as shockable (SR) or not shockable rhythms (noSR). Results: 240 GP participate to our study, 197 answered completely and were analyzed. Fifty seven percent of them were men, aged of 30 +/- 4 years old. Median Se for a shock delivery for SR was 0,9 [0,8-0,9]; median Sp for no shock delivery for noSR was 0,8 [0,7-0,9]. Coarse ventricular tachycardia (VT) and ventricular fibrillation (VF) had a Se of 1 [1.0-1.0] respectively; fine VF Se was 0,6 Pulseless electrical Activity (PEA) Sp was 0,8 [0,7- 0,9]; asystole Sp was 0,9 [0,9-1]. Decision-making speed was (seconds): VT 2,4 [1,83,3], Coarse VF fine VF Asystole PEA [2,76,4]. Conclusion: GP were fast and efficient to identify coarse VF and VT. They were less efficient to identify PEA, asystole and fine VF. The overall Se/Sp of the study is below the effective standards for automatic defibrillators. The use of automatic defibrillator appears more appropriate for CPR performed by a general practitioner.

Sujet - Nom commun : Médecine -- Étude et enseignement -- Simulation, Méthodes de Arrêt cardiaque
Défibrillateurs
Médecins généralistes

Forme, genre ou caractéristiques physiques : Thèses et écrits académiques