



# Médecine d'urgence

## Tour d'été 09/2023

Sébastien DENIS

Interne médecine d'urgence – Lyon  
[sebastien.denis@chu-lyon.fr](mailto:sebastien.denis@chu-lyon.fr)

LE RÉFÉRENTIEL | LE COURS

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU)

en partenariat avec le Collège National des Enseignants de Thérapeutique (CNET)

Ouvrage coordonné par le Pr Dominique Pateron

# Urgences

## Défaillances viscérales aiguës Situations exceptionnelles

(Aflux de victimes, Épidémies, Attentats, Exposition nucléaire-radiologique-chimique)

**4<sup>e</sup> édition actualisée**

**R2C**

- Le nouveau programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel d'Urgences
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

MED-LINE Editions

Collège des enseignants de médecine intensive-reanimation

## Médecine intensive, réanimation, urgences et défaillances viscérales aiguës

7<sup>e</sup> édition

Conforme à la R2C 2021

Réussir son DFASM

### Les connaissances et les compétences clés

- Rangs de connaissances par item
- Situations de départ
- Banque d'images : toutes les illustrations en ligne
- Recommandations en ligne
- 10 vidéos en ligne

Elsevier Masson



# Plan



- **333 Situations sanitaires exceptionnelles**
- **337 Principales intoxications aigües**
- **334 Brûlures**
- **342 Malaise et perte de connaissance**
- **343 Etat confusionnel et trouble de conscience**
- **351 Agitation et délire aigüe**



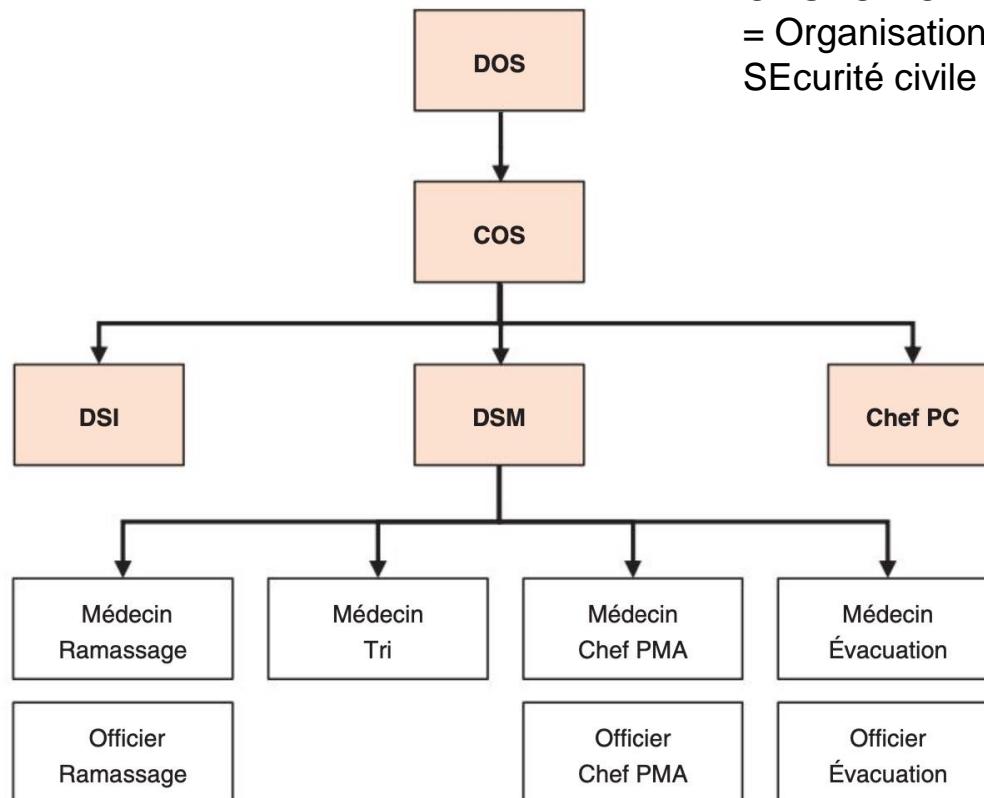
# Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

**SSE = inadéquation entre besoins dans situation inhabituel et capacité du système de santé**

**Règle d'or : savoir se protéger**

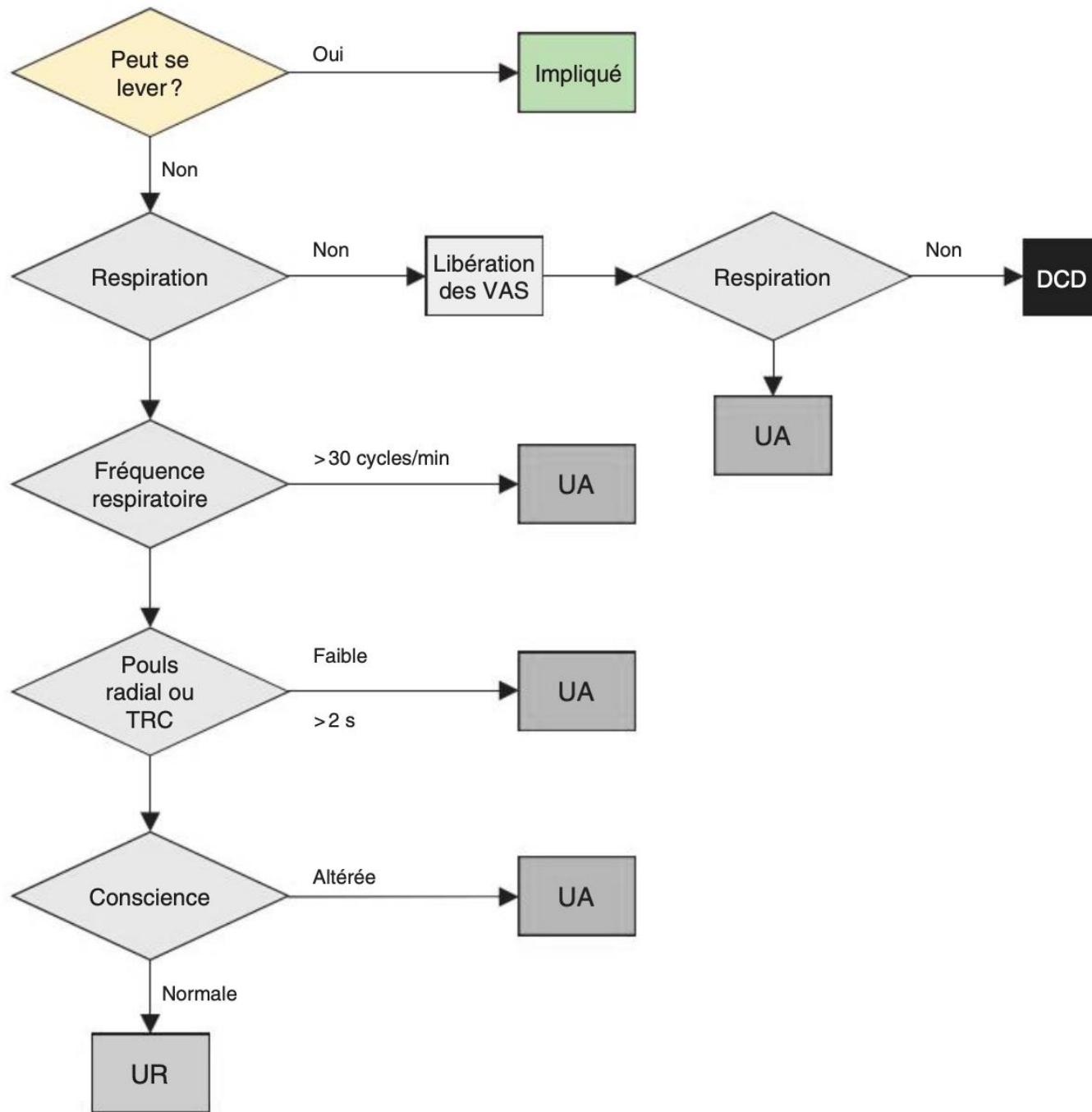
# Pré-hospitalier (ORSEC-NOVI)

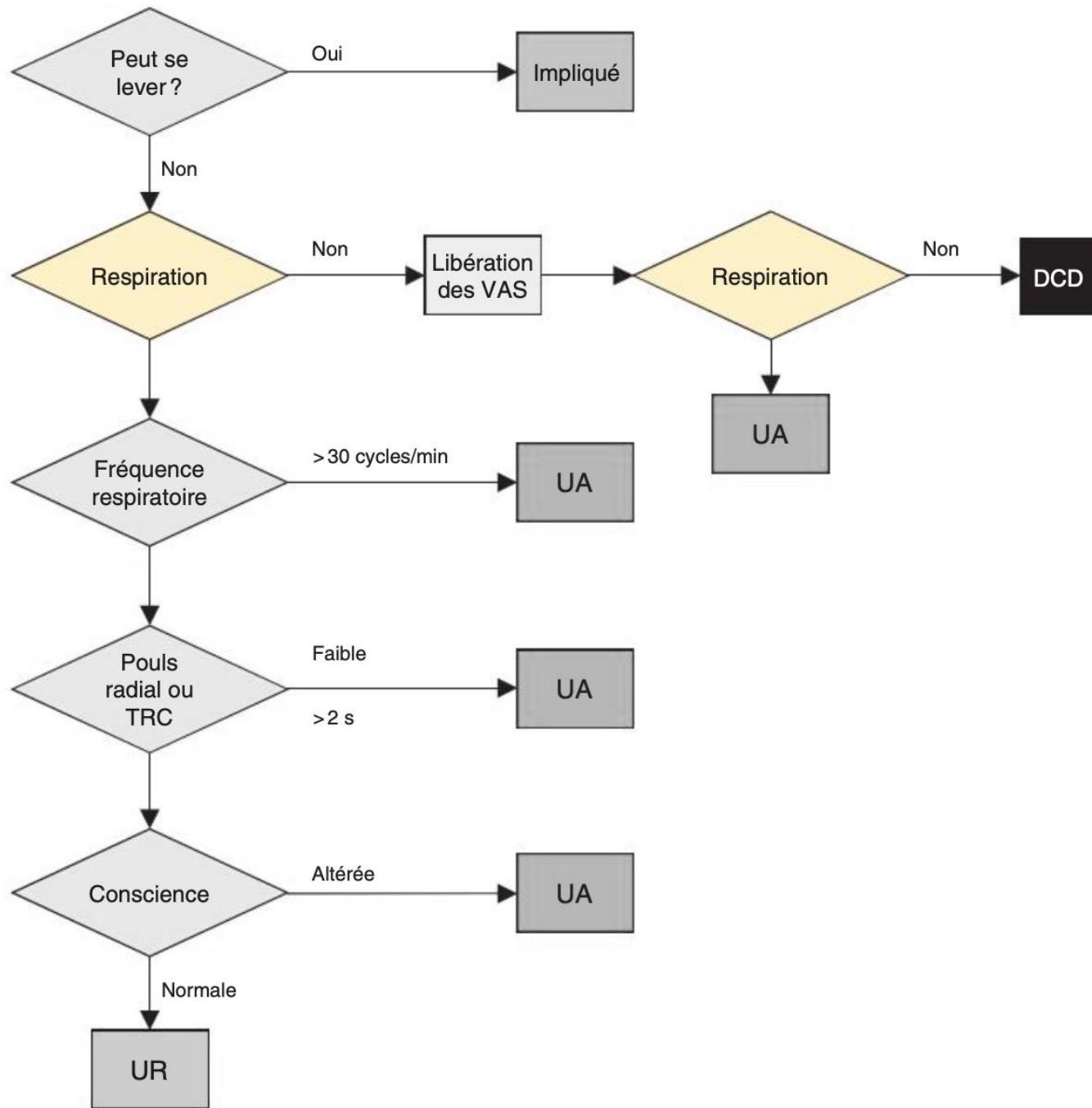
**ORSEC NOVI**  
 = Organisation de la Réponse de  
 SÉcurité civile Nombreuses Vlctimes

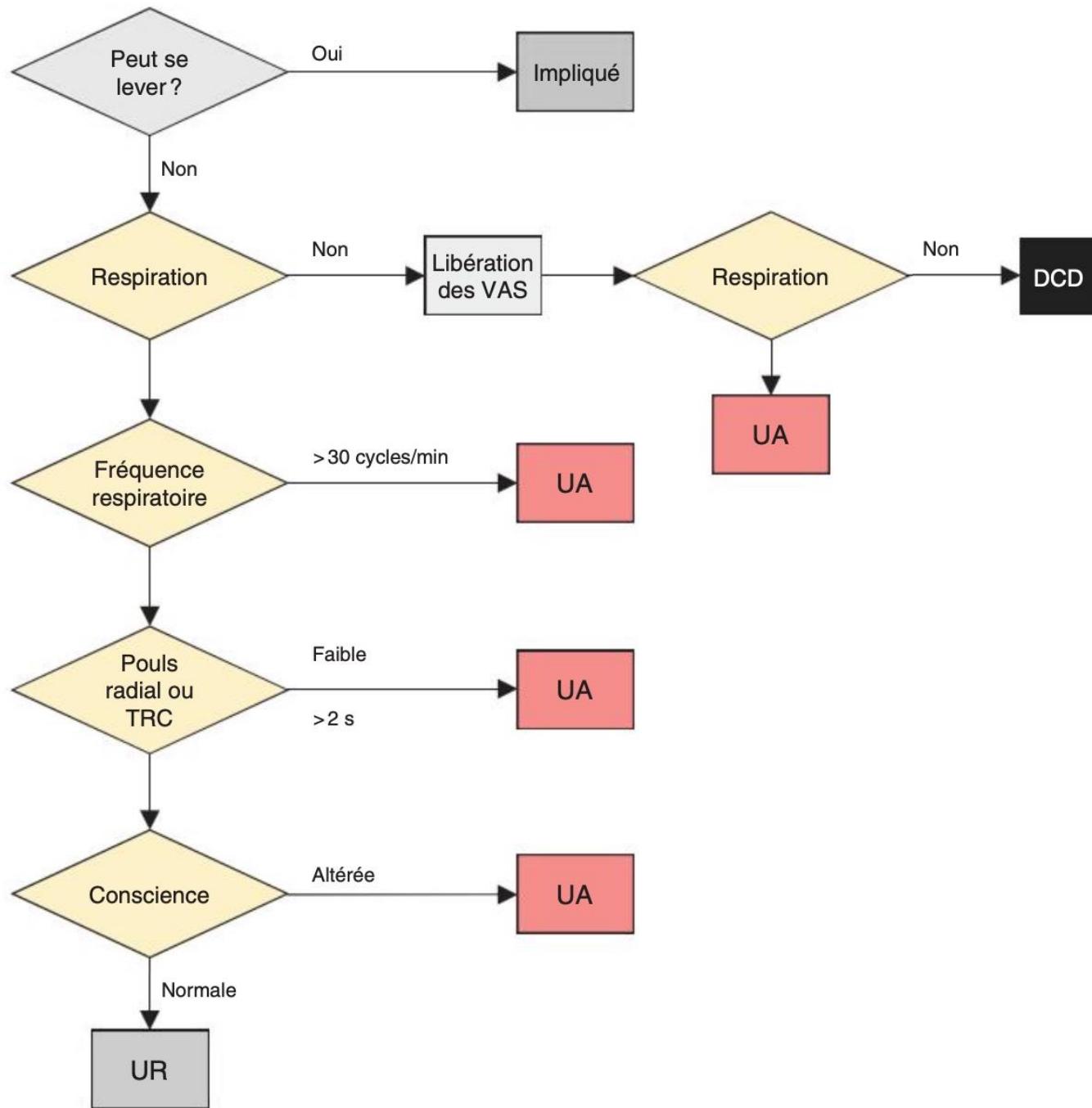


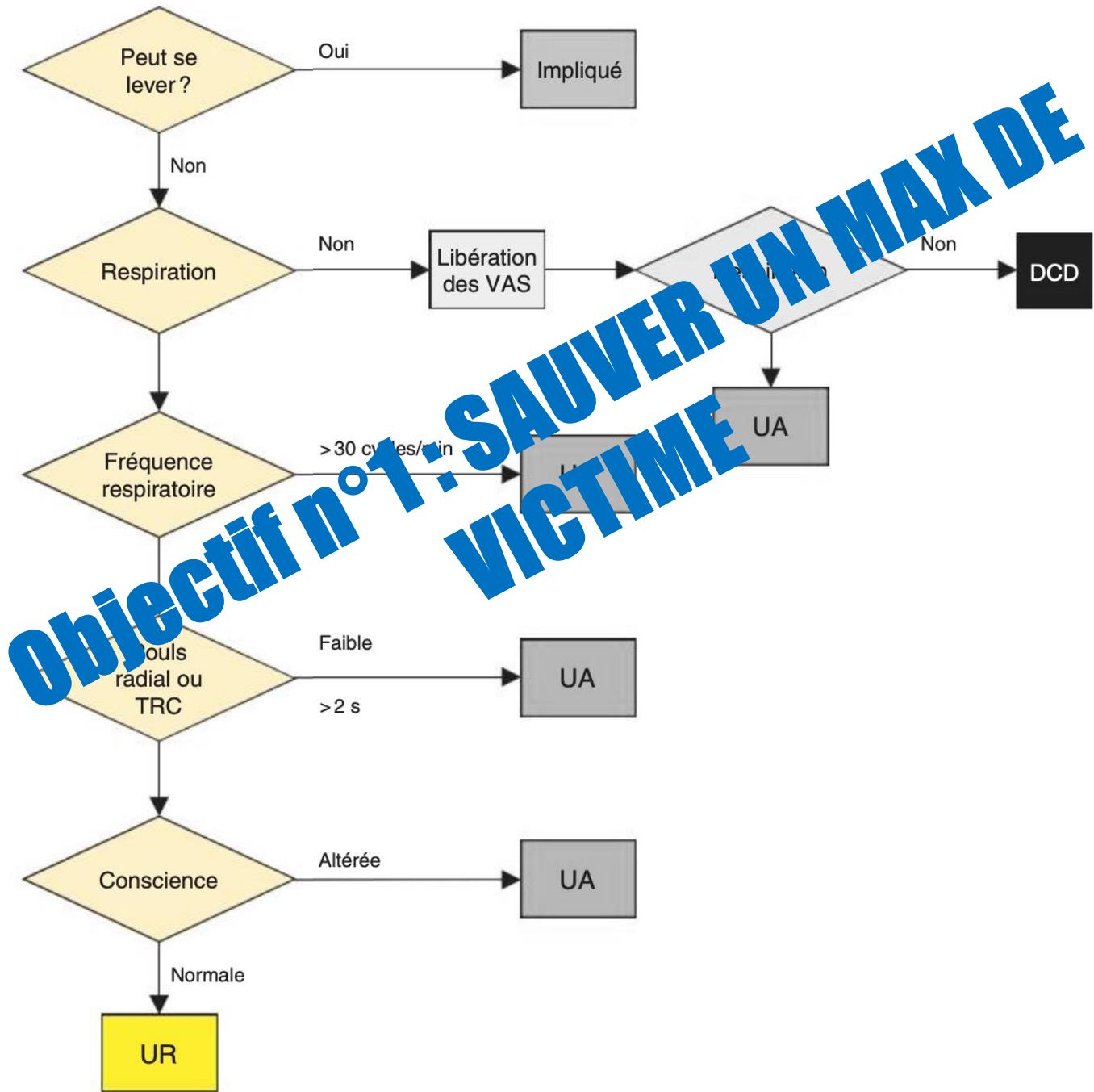
**Fig. 55.1. A** Chaîne hiérarchique au cours d'une crise conduisant au déclenchement d'un plan ORSEC NOVI.

DOS : directeur des opérations de secours (maire ou préfet, en général) ; COS : commandant des opérations de secours (officier pompier) ; DSISI : directeur des services d'incendie (pompier) ; DSM : directeur des secours médicaux (médecin) ; Chef PC : officier pompier responsable du poste de commandement ; PMA : poste médical avancé.









<b>S</b>	(Stop the burning process)	éteindre la menace
<b>A</b>	(Assess the scene)	évaluer la situation
<b>F</b>	(Free of danger for you)	se mettre à l'abri
<b>E</b>	(Evaluate the casualties)	évaluer les blessés par la méthode START



### Examen du blessé

### Gestes d'urgence

<b>M</b>	<b>Massive bleeding control</b>	→ Garrots, compressifs, hémostatiques, stab. pelvienne
<b>A</b>	<b>Airway</b>	→ Subluxation, crico-thyroïdotomie, intubation
<b>R</b>	<b>Respiration</b>	→ Oxygénation, exsufflation de pneumothorax compressif
<b>C</b>	<b>Circulation</b>	→ Abord vasculaire, remplissage, adrénaline titrée...
<b>H</b>	<b>Head, Hypothermia</b>	→ Évaluation neurologique, prévention hypothermie
<b>E</b>	<b>Evacuation</b>	→ Message demande MEDEVAC

**R** Réévaluer efficacité      **Y** Yeux      **A** Analgésie      **N** Nettoyer, pansements, antibiotique



# Intra-hospitalier (ORSAN-AMAVI)

## Re-triage à l'arrivée à l'hôpital

ORSAN-AMAVI =  
Organisation de la Réponse du Système sANitaire -  
Afflux Massif de Viictime

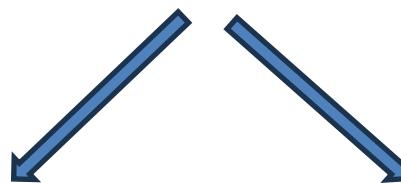
**Tableau 55.1.** **B** Catégorisation des victimes à l'entrée de l'hôpital.

Catégorisation intrahospitalière	Priorité de prise en charge	Délai de prise en charge	Commentaire	Exemple
UA	EU	< 1 h	Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge immédiate	Choc hémorragique non contrôlé
	U1	< 6 h	Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge rapide	Membre garrotté
UR	U2	< 18 h	Traitemennt urgent mais pouvant être différé sans mettre en jeu le pronostic vital	Plaie non hémorragique
	U3	< 36 h	Traitemennt sans urgence ou absence d'indication chirurgicale	Fracture fermée immobilisée
UD		–	Lésion grave nécessitant un traitement lourd et long avec probabilité limitée de survie	Plaie craniocérébrale

UA : urgence absolue ; EU : extrême urgence ; UR : urgence relative ; UD : urgence dépassée.



# Principales intoxications aigües



**90% d'IMV**

**10% de surdosage**

- **Interrogatoire patient ou entourage**
- **Examen clinique → « Toxidromes »**
- **ECG**
- **Glycémie capillaire**
- **Dosage toxiques sanguins et/ou urinaire**
- **Ne pas faire vomir**
- **Morbimortalité globale à 1%, 10% avec les cardiotropes**

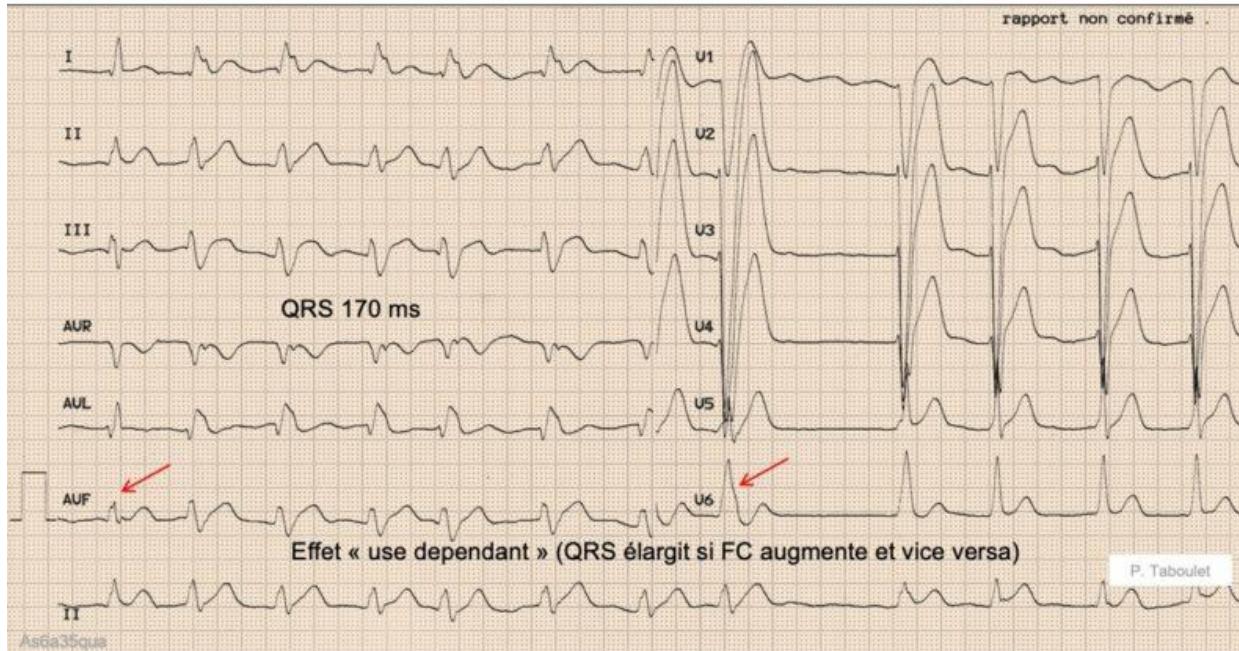
## **Effet stabilisant de membrane**



#### **Flécaïnide IV (antiarythmique Ic)**

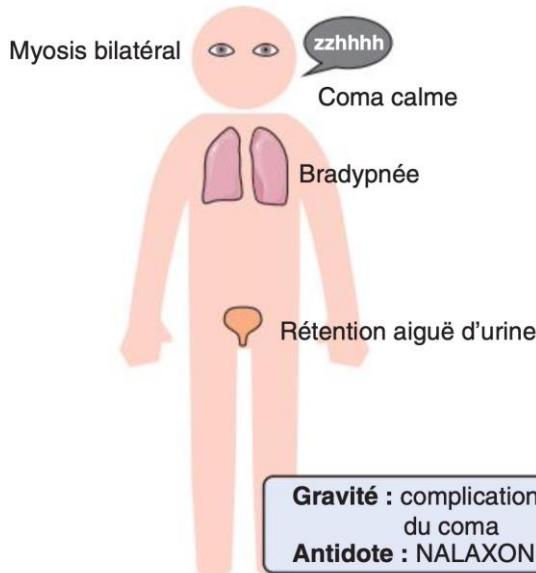
#### Résultats mesures :

QRS : 170 ms  
QT/QTcB : 470 / 531 ms

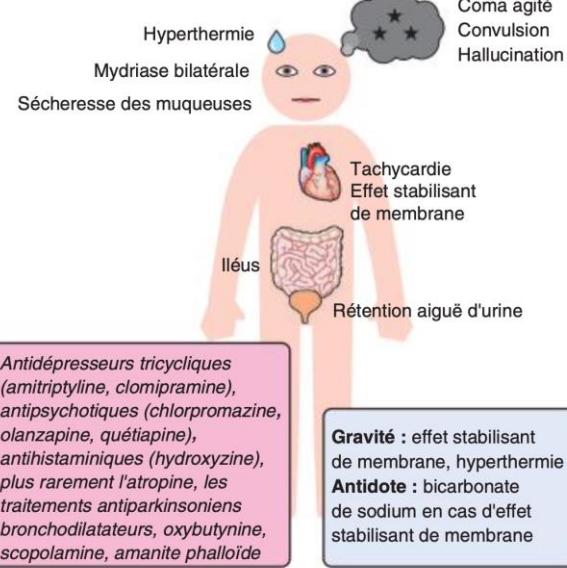


#### **Médicaments à effet stabilisateur de membrane :**

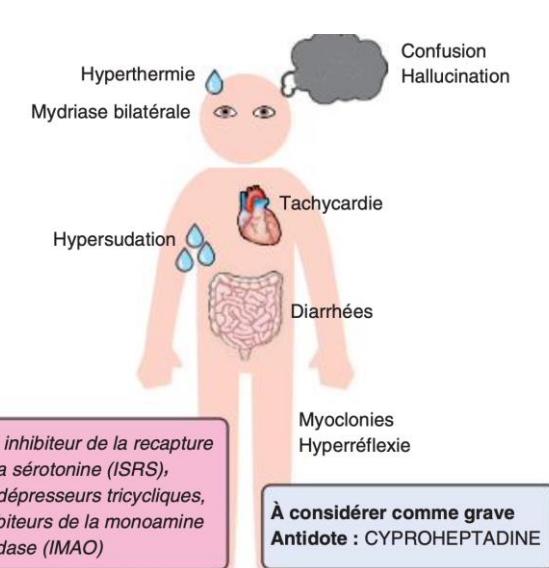
- antidépresseurs tri et tétra cyclique,
  - quinone, chloroquinine,
  - certains bêta-bloquants,
  - anti-arythmiques classe 1 (quinidine, procainamide, lidocaine, flecainide...)
  - dextropropoxyphene,
  - carbamazepine,
  - phénothiazines,
  - cocaïne.



**Fig. 56.1. A** Toxidrome morphinique ou opioïde.



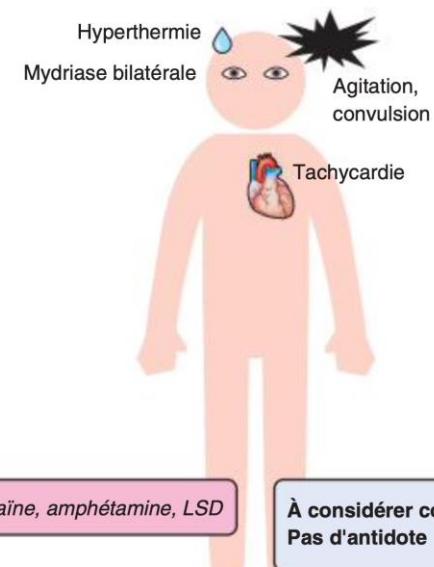
**Fig. 56.2. A** Toxidrome anticholinergique ou atropinique.



**Fig. 56.4. B** Toxidrome sérotoninergique.



**Fig. 56.3. A** Toxidrome de myorelaxation.



**Fig. 56.5. B** Toxidrome adrénnergique/sympathomimétique.



# Principaux antidotes

- **Charbon activé :**

- si ingestion de moins de 2h
- pas de trouble de conscience
- pas de toxique moussant

*Peu réalisable en pratique*

- **Opiacés :** Naloxone

- **Benzo :** Flumazénil

- Cl si co intox avec médicament pro convulsivant (ou OH...)

- **Paracetamol :** N-Acetyl-Cysteine

- **Inhibiteur calcique :** Insuline

- **Bbloquant :** Glucagon

- **CO :** Oxygène

- **Digoxine :** Digifab

- **Fumée d'incendie → cyanure :**

Cyanokit

# En plus...

- **Avis psychiatrique spécialisé en cas d'IMV**
- **Epuration extra-rénale** : intoxication sévère aux salycilés, éthylène glycol, metformine, méthanol, ...
- **Chez l'enfant :**
  - intox souvent bénigne, surveiller les signes neuros, respi et hémoD +++
  - toujours surestimé la dose ingérée
  - prévention en rendant inaccessible tout produit dangereux

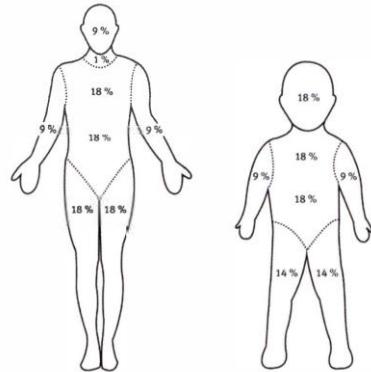


# Cas de l'intox au CO

- A suspecter lorsque signes neuro et digestifs aspécifiques
- IDEM si plusieurs victimes dans un même logement
- **Confirmation diagnostique avec HbCO**
  - sans signe clinique :  $\geq 3\%$  chez un non-fumeur,  $\geq 6\%$  chez le fumeur
  - sans signe clinique :  $\geq 6\%$  chez un non-fumeur,  $\geq 10\%$  chez le fumeur
- **Prise en charge :**
  - Aération + extraction
  - Oxygénothérapie 15 L/min
  - Caisson hyperbarre : femme enceinte systématique, coma, défaillance neuro
  - *Signalement obligatoire à l'ARS*



# Brûlure



## Les critères de gravité d'une brûlure sont :

- surface cutanée brûlée dépassant 25 % de la surface corporelle totale ou 20 % aux âges extrêmes de la vie ;
- brûlures du 3e degré dépassant 10 % de la surface corporelle totale ;
- brûlures intéressant la face, les mains, les pieds, le périnée ;
- lésions d'inhalation de fumée associées ;
- brûlures électriques ;
- traumatismes associés ;
- pathologies graves ou non équilibrées préexistantes (score ASA 2 ou plus).

## Règle des « 9 » de Wallace

### Prise en charge du brûlé grave :

- Extraction de l'exposition à la brûlure
- Refroidir avec de l'eau à 15°C pendant *15 minutes*
- Retirer les vêtements imprégnés de produits brûlants
- Ne pas retirer vêtements brûlés adhérents (*majore l'hypothermie*)
- Réanimation hydroélectrolytique précoce → remplissage par Ringer Lactate selon formule de *Parkland* (2mL/kg/%SCB, pendant les 6 premières heures)

STADE	ASPECT CLINIQUE	ÉVOLUTION
1 <sup>er</sup> degré	Lésion rouge vif + douleur Épiderme superficiel	2 jours à 1 semaine
2 <sup>ème</sup> degré superficiel	Lésion rouge vif + douleur + phlyctènes Épiderme total	1 à 2 semaines
2 <sup>ème</sup> degré profond	Blanc/rosé +/- + douleur + phlyctènes Épiderme + derme partiel	2 à 4 semaines
3 <sup>ème</sup> degré	Blanc ou noir + perte de sensibilité Épiderme + derme total	Greffé nécessaire






# Malaise et perte de connaissance

**Malaise = motif de consultation =/= diagnostique**

**Syncope** = perte de connaissance brève, de quelques secondes à quelques minutes, avec perte du tonus postural **brutal**, spontanément résolutive avec retour à la conscience

**Lipothymie** ≈ perte de connaissance **incomplète** avec **prodromes** (flou visuel, vertige, sueurs)



# Syncopes réflexes VS cardiaques

Cardiaque :

- BAV, BSA (ttt : stimulateur cardiaque)
- TV, TSV, TdP (CEE +/- AAR)
- Obstacle éjectionnel : RA serré, cardiomyopathie obstructive, tamponnade

Reflexe :

- vasovagale (hyperactivité vagale)
- hTO (médicaments, dysautonomie, anémie, déshydratation, ...)
- Situationnelle (vue du sang, douleur aigüe, chaleur, fin de repas, ...)
- Hypersensibilité sinus carotidien
- Post quinte de toux



# Malaise et perte de connaissance

## Prise en charge initiale *a minima* :

- **Interrogatoire**
- **ECG**
- **Glycémie capillaire**

### Encadré 29.1.

#### Drapeaux rouges

##### Arguments cliniques justifiant un avis cardiaque dans les moins de 24 heures

- Perte de connaissance au cours d'un effort physique.
- Dyspnée récente ou inexplicable.
- Insuffisance cardiaque.
- Histoire familiale de mort soudaine cardiaque chez des personnes de moins de 40 ans ou maladie cardiaque familiale connue.
- Souffle cardiaque.
- Toute anomalie significative à l'ECG (cf. encadré 29.2).



# Syndrome confusionnel

- Confirmer le syndrome confusionnel
- Eliminer un diagnostic différentiel
- Rechercher une étiologie
- Traiter la cause



# Syndrome confusionnel

- Confirmer le syndrome confusionnel
  - Installation aigüe
  - Rupture avec l'état antérieur
  - Trouble fluctuant dans le temps
  - Inversion du rythme nycthéméral
- Eliminer un diagnostic différentiel
- Rechercher une étiologie
- Traiter la cause



# Syndrome confusionnel

- Confirmer le syndrome confusionnel
- Eliminer un diagnostic différentiel
  - Intoxication aigüe
  - Première épisode psychotique
  - AVC
  - Encéphalite
  - Hypoglycémie
  - ....
- Rechercher une étiologie
- Traiter la cause



# Syndrome confusionnel

- Confirmer le syndrome confusionnel
- Eliminer un diagnostic différentiel
- Rechercher une étiologie
  - Examen clinique
  - Glycémie capillaire
  - Bilan sanguin (iono)
  - Anamnèse
- Traiter la cause



# Syndrome confusionnel

- Confirmer le syndrome confusionnel
- Eliminer un diagnostic différentiel
- Rechercher une étiologie
  - Examen clinique
  - Glycémie capillaire
  - Bilan sanguin (iono)
  - Anamnèse

**Traiter la cause**



# Agitation et délire aigu

## Etiologies varient selon l'âge

- 13-19 ans : OH, toxiques
- 20-54 ans : troubles psy, OH
- + de 55 ans : multi factoriel

## Dans tous les cas :

- Rechercher étiologie organique
- Métabolique
- Toxique avant d'orienter vers PEC psy



# Agitation et délire aigu

## Bilan paraclinique :

- Paramètres vitaux
- Anamnèse (entourage ? Antériorité ? Toxiques ?)
- ECG (étiologie ? QTc long à éliminer avant neuroleptique)
- Examen clinique (douleur ? Trauma ?)
- Glycémie capillaire



# Agitation et délire aigu

## Prise en charge :

- Mettre le patient en sécurité
- Mettre l'équipe en sécurité
- Traitement de cause réversible
- Contention chimique si besoin : attention à la molécule !!!
- Contention physique : en dernier recours
- Avis psy si pas de cause organique ou intox



**C'est fini !!!**  
**Merci pour votre attention !**

**Des questions ?**

**Sébastien DENIS**  
[sebastien.denis@chu-lyon.fr](mailto:sebastien.denis@chu-lyon.fr)