

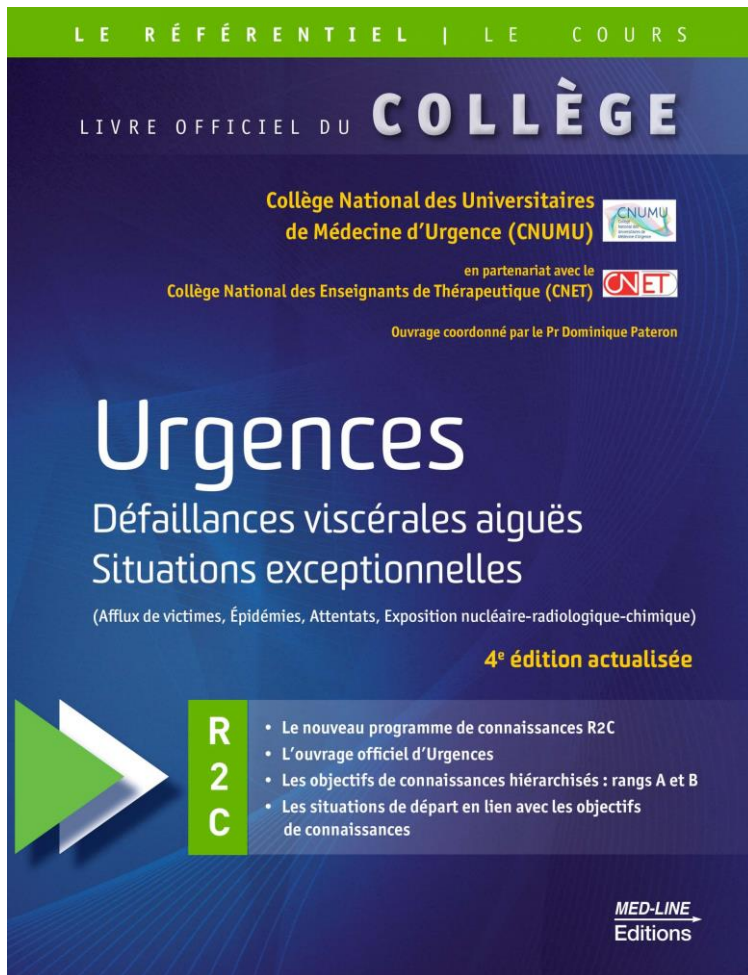


Médecine d'urgence

Tour d'été 09/2023

Sébastien DENIS

Interne médecine d'urgence – Lyon
sebastien.denis@chu-lyon.fr



Plan



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

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
SEcurité civile Nombreuses VICTimes

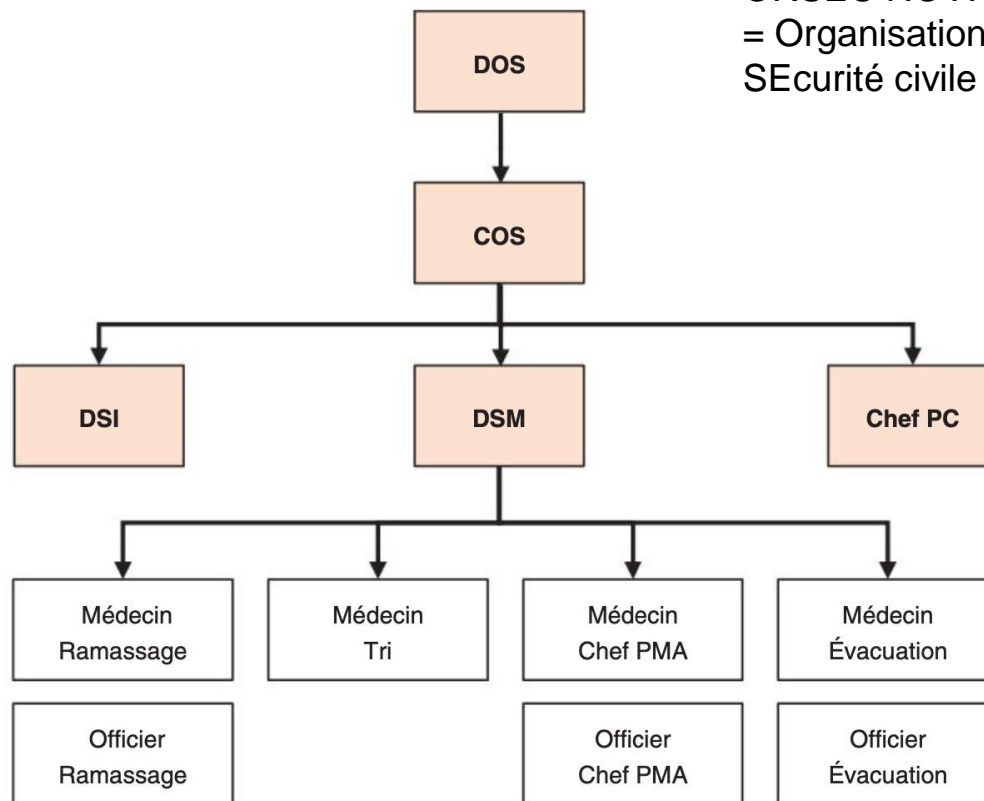
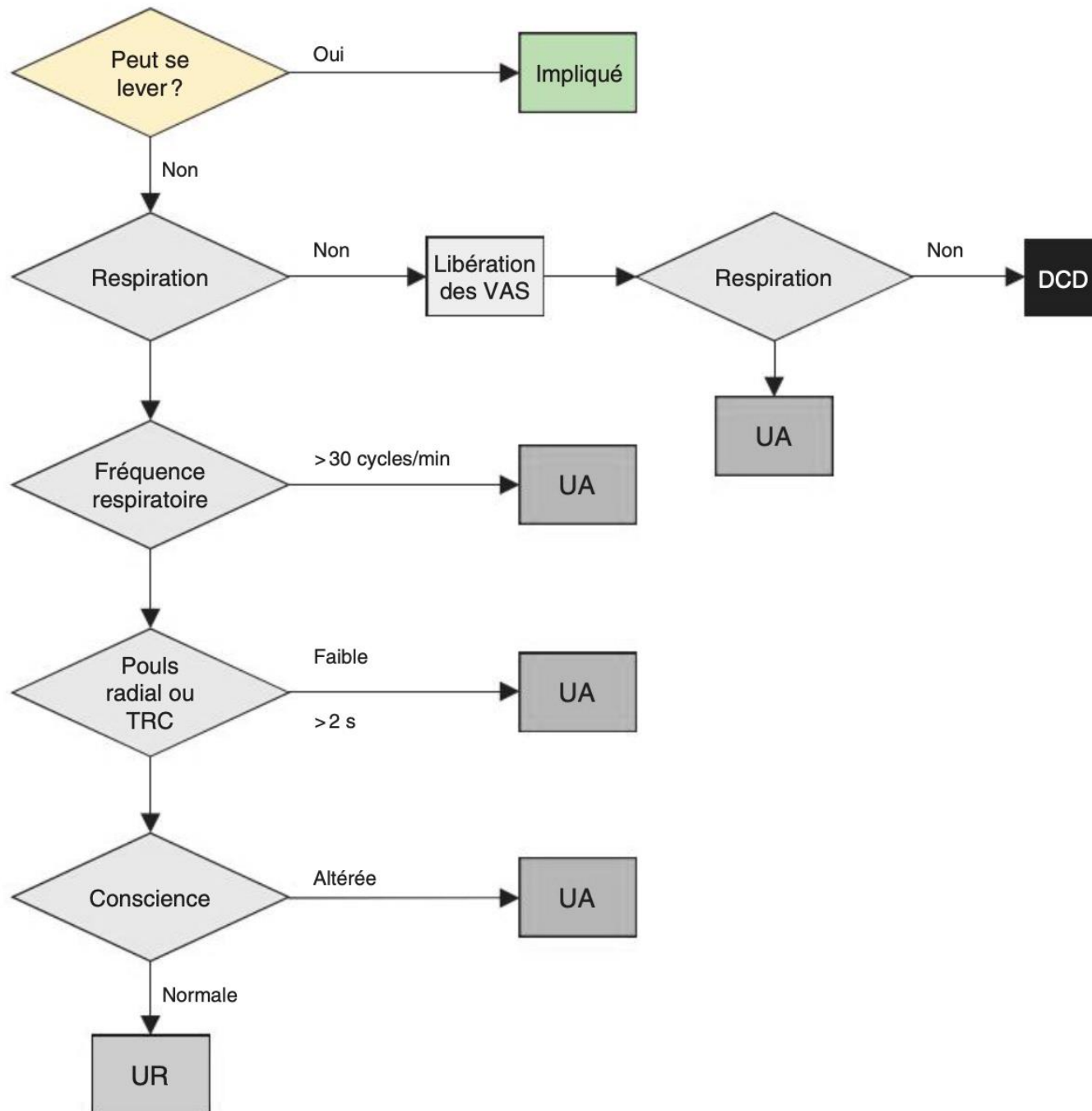
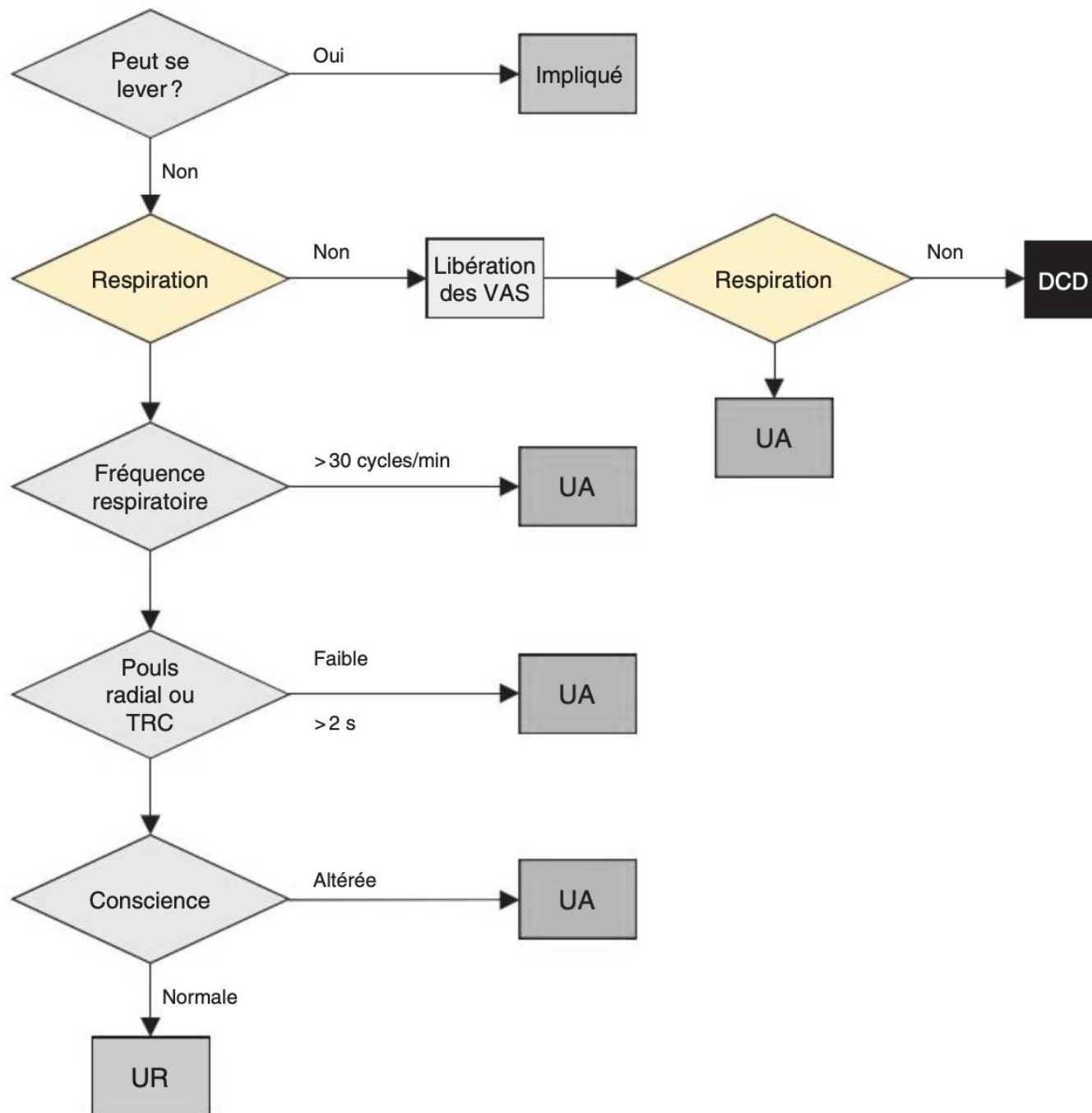
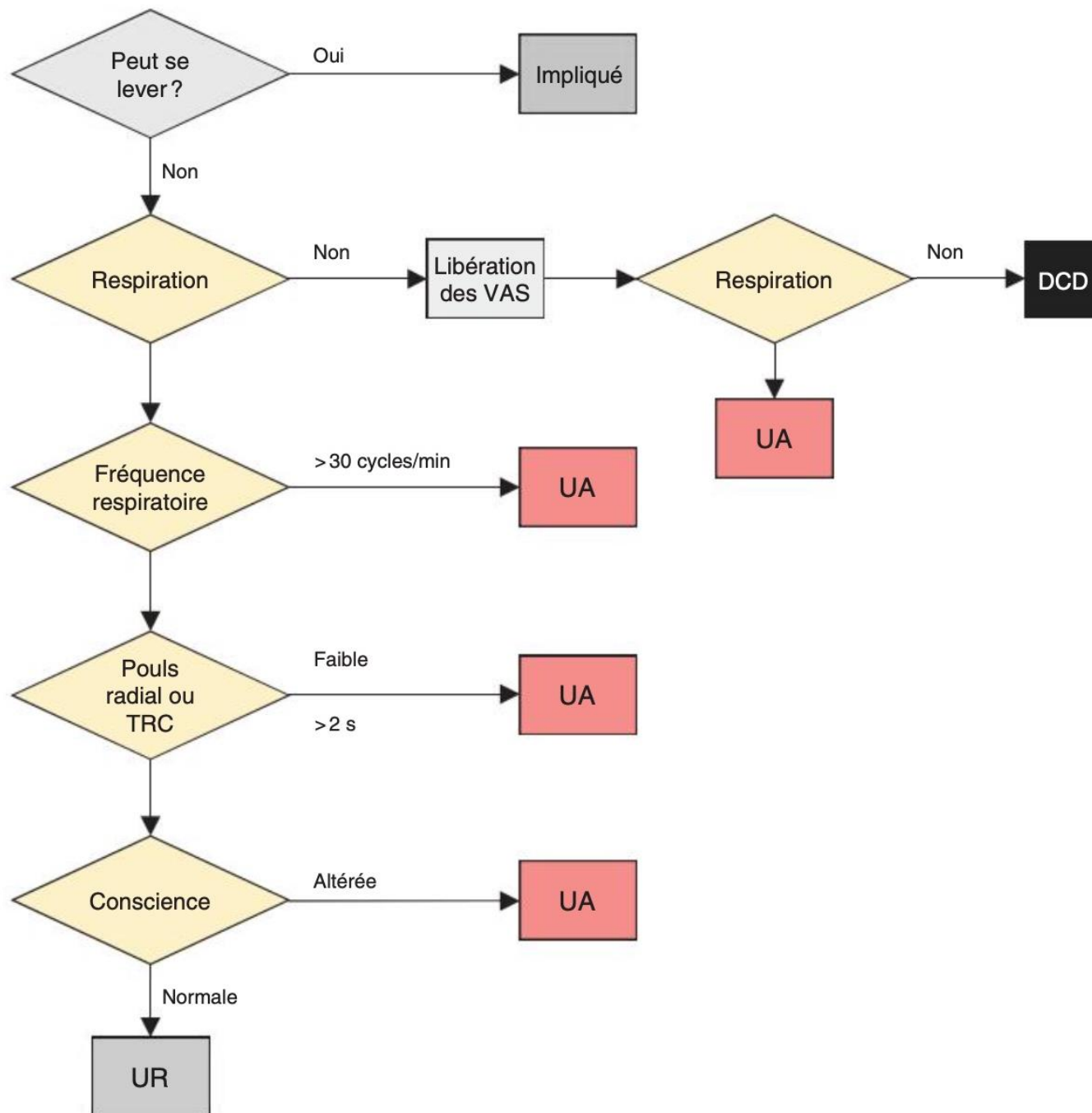


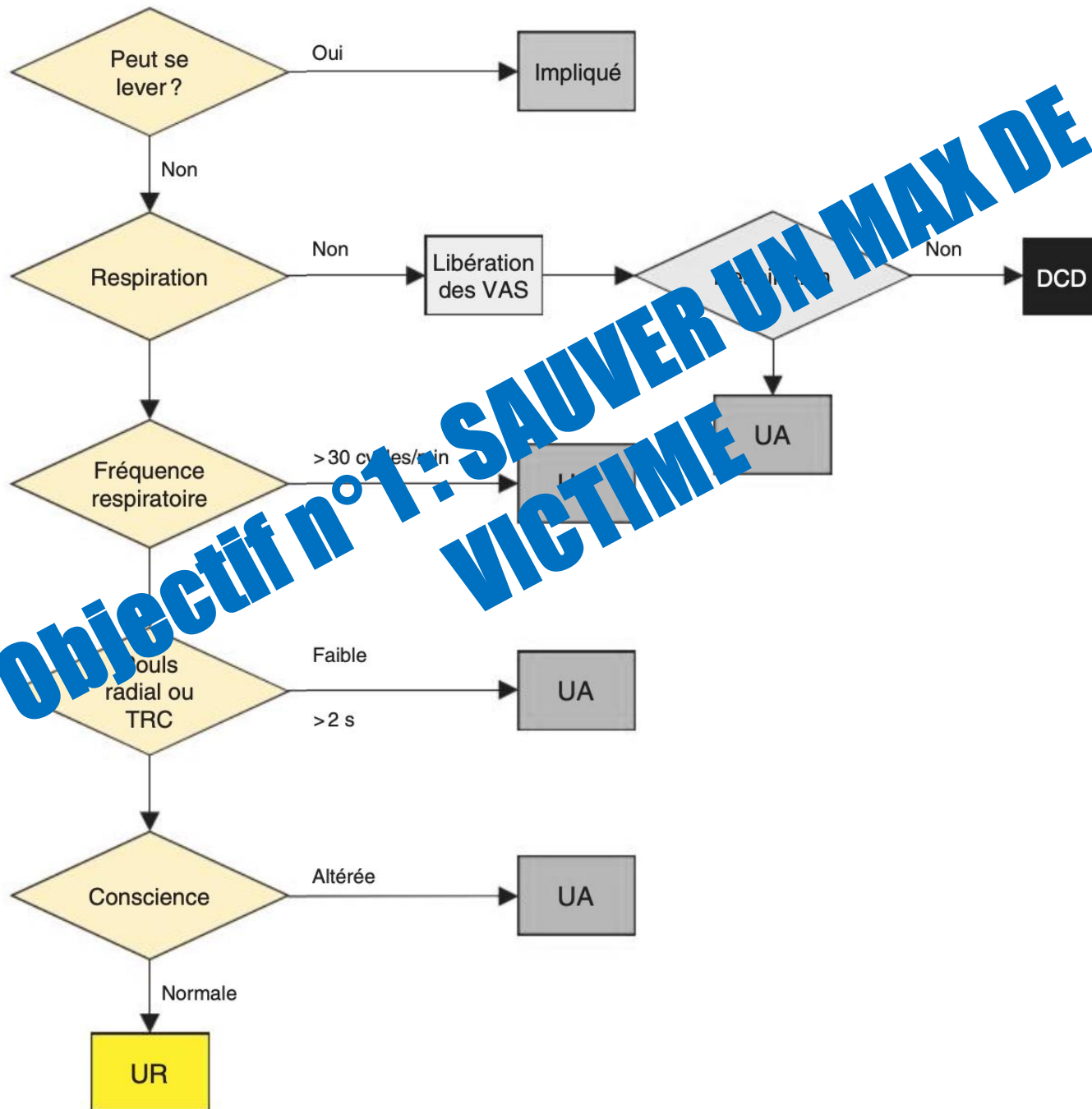
Fig. 55.1. A Chaîne hiérarchique au cours d'une crise conduisant au déclenchement d'un plan ORSEC NOVI.

DOS : directeur des opérations de secours (maire ou préfet, en général) ; COS : commandant des opérations de secours (officier pompier) ; DSI : 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.









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

Examen du blessé



Gestes d'urgence

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

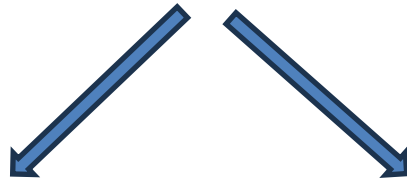
ORSAN-AMAVI =
Organisation de la Réponse du Système sANitaire -
Afflux Massif de Vltime

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	Traitement urgent mais pouvant être différé sans mettre en jeu le pronostic vital	Plaie non hémorragique
	U3	< 36 h	Traitement 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 aiguës



90% d'IMV

10% de surdosage

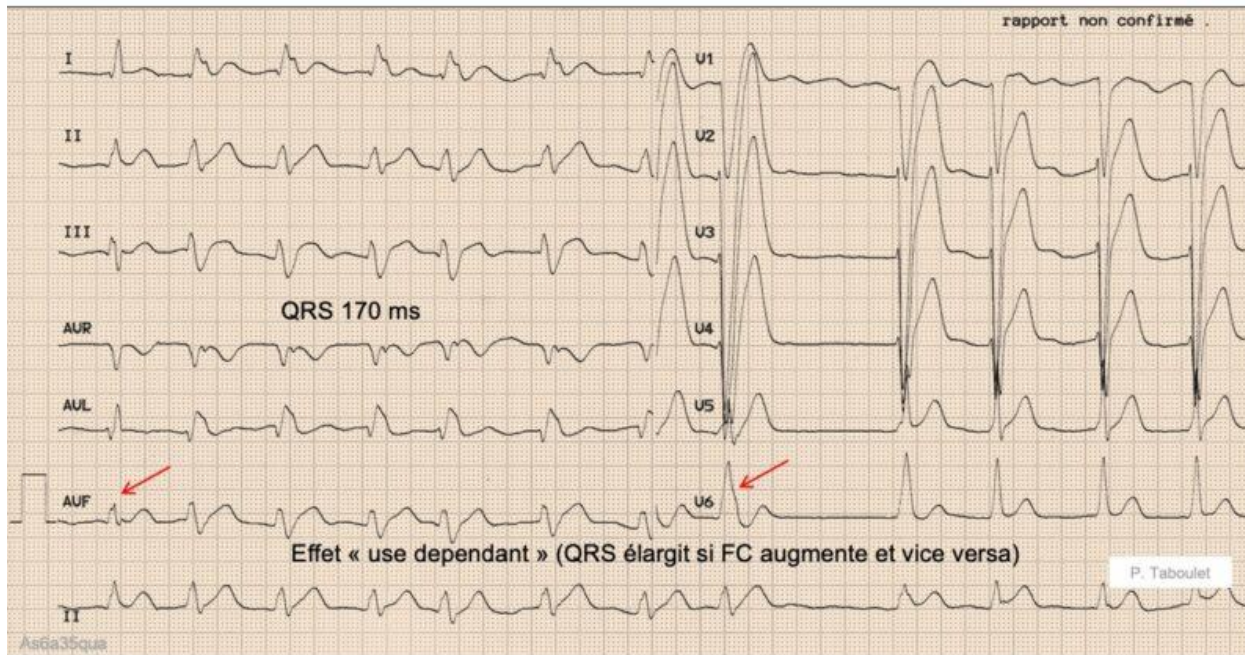
- Interrogatoire patient ou entourage
- Examen clinique → « Toxidromes »
- ECG
- Glycémie capillaire
- Dosage toxiques sanguins et/ou urinaire
- Ne pas faire vomir
- Morbimortalité globale à 1%, 10% avec les cardiotropes

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, chloroquine,
- certains bêta-bloquants,
- anti-arythmiques classe 1 (quinidine, procainamide, lidocaine, flecainide...)
- dextropropoxyphène,
- carbamazépine,
- phénothiazines,
- cocaïne.

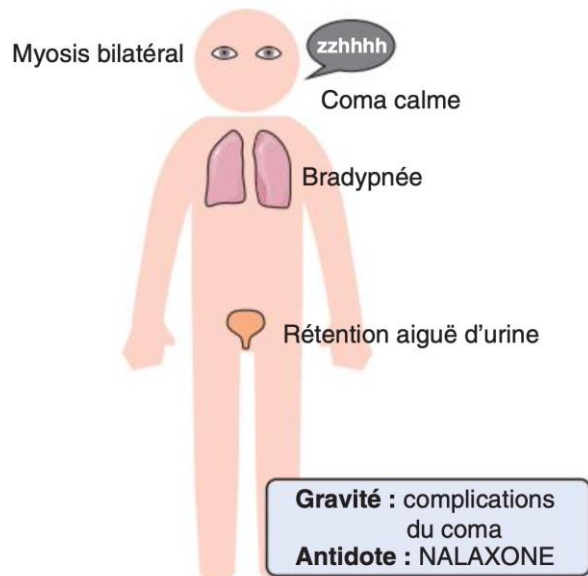


Fig. 56.1. A Toxidrome morphinique ou opioïde.

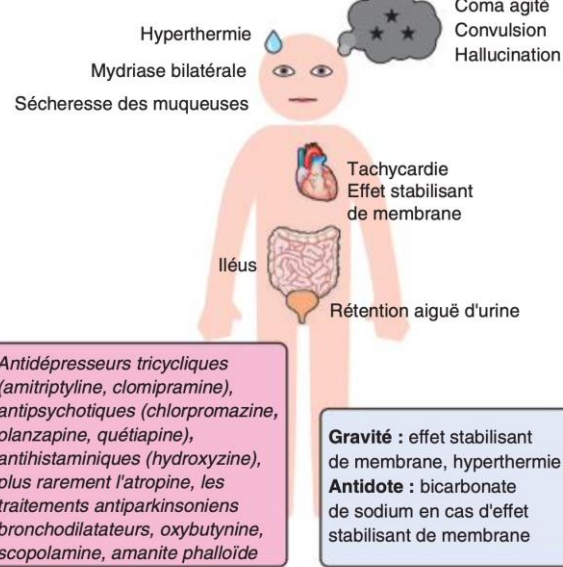


Fig. 56.2. A Toxidrome anticholinergique ou atropinique.

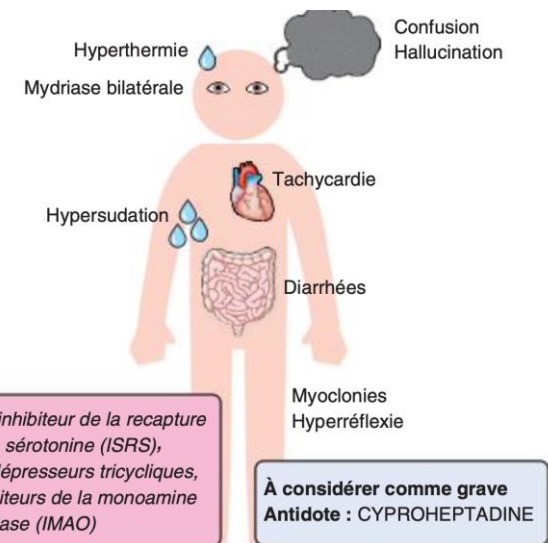


Fig. 56.4. B Toxidrome sérotoninergique.

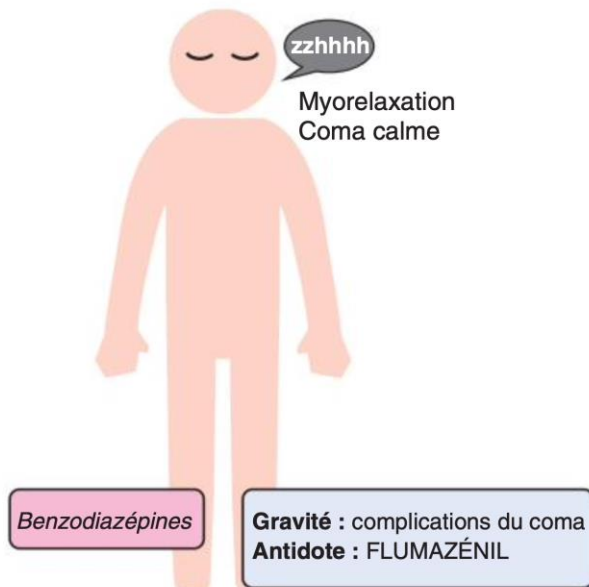


Fig. 56.3. A Toxidrome de myorelaxation.

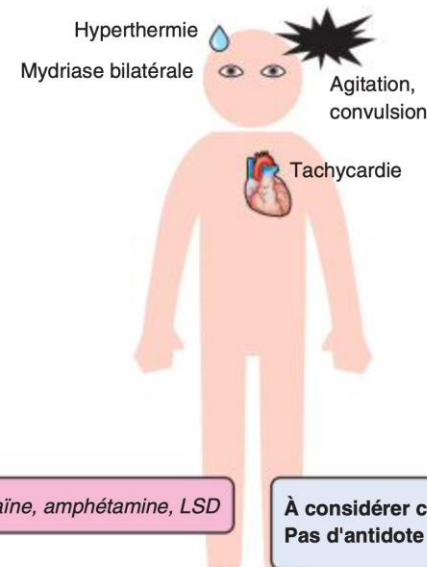


Fig. 56.5. B Toxidrome adrénurgique/sympathomimétique.

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

- CI 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 salicylés, éthylène glycol, metformine, méthanol, ...
- **Chez l'enfant :**
 - intox souvent bénigne, surveiller les signes neuros, respi et hémodynamiques +++
 - toujours surestimé la dose ingérée
 - prévention en rendant inaccessible tout produit dangereux



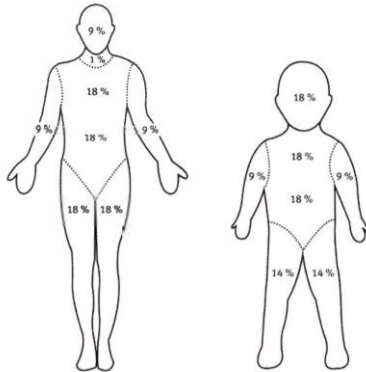
Cas de l'intox au CO



- 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







Règle des « 9 » de Wallace

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).

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 brulants
- Ne pas retirer vêtements brûlés adhérents (*majoré 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 ^{er} degré 	Lésion rouge vif + douleur Épiderme superficiel	2 jours à 1 semaine
2 ^{ème} degré superficiel 	Lésion rouge vif + douleur + phlyctènes Épiderme total	1 à 2 semaines
2 ^{ème} degré profond 	Blanc/rosé +/- + douleur + phlyctènes Épiderme + derme partiel	2 à 4 semaines
3 ^{ème} degré 	Blanc ou noir + perte de sensibilité Épiderme + derme total	Greffe nécessaire



Malaise et perte de connaissance



Malaise = motif de consultation \neq 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 \approx 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 aiguë, 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 cardiologique dans les moins de 24 heures

- Perte de connaissance au cours d'un effort physique.
- Dyspnée récente ou inexpliquée.
- 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 aiguë
 - 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
- Éliminer 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