

24^H

SAMU

Le concept de 24H SAMU...

L'environnement émotionnel, la rapidité de raisonnement et l'enchaînement des gestes font de la médecine préhospitalière une discipline à part. Grâce à un visuel pédagogique, cet outil met en mouvement les dernières recommandations et permet aux urgentistes, novices ou plus expérimentés, de « s'immerger » dans l'intervention de leur choix, revoir les protocoles en vigueur et visualiser en temps réel le déroulé de la prise en charge.

Dr Philippe Ecalard

Note : Ce numéro propose trois évolutions possibles du patient selon l'orientation diagnostique et thérapeutique choisie par l'urgentiste

Etat de choc inexpliqué



Appel SAMU : Homme de 60 ans, malaise avec perte de connaissance initiale, actuellement semi-conscient, respire.

ARRIVEE SMUR



Arrivée du SMUR 15 minutes après l'appel

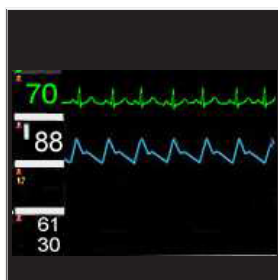


Homme de 60 ans, allongé dans le salon
D'après sa femme, somnolait dans son fauteuil. Elle a tenté de le réveiller sans succès
Durée du malaise : environ 10min
Glasgow Score = 13 (O3V4M6)
Ouvre les yeux à l'appel, réponses confuses
Perte d'urines

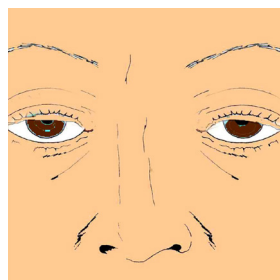


Patient artéritique avec claudication intermittente des MI
Pontage aorto-iliaque gauche il y a 7ans
SCA ST+ inférieur il y a 6ans avec pontage coronarien
HTA
Traitement actuel : PLAVIX, TRIATEC 2,5, TAHOR 40, CARDENSIEL 3,75
A eu une coronarographie de contrôle il y a 4 jours montrant des lésions bitronculaires stables par rapport à la dernière coronarographie
RAS ces jours-ci hormis une asthénie inhabituelle

PRISE EN CHARGE PATIENT



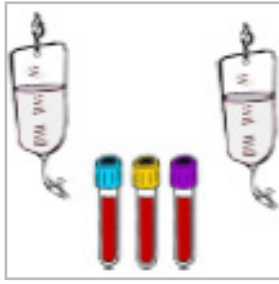
Constantes :
FC = 70
PNI = 61/30mmHg (PAM = 40)
SpO² = 88% en air ambiant
37°C
Dextro = 1,50g/l
Hemocue = 13.4g/l
SpCO = 2%
Poids = 95 kg environ



Examen patient
Pas de déficit neurologique
Pas de céphalées, pas de nausées
Pupilles normales et réactives
Pas de syndrome méningé
Pas de morsure de langue, émission d'urines
Ne se souvient pas du malaise
Confus
Aucune douleur thoracique avant ou après le malaise
Légère dyspnée
Auscultation cardio-pulmonaire normale
Pas de douleur abdominale. Abdomen souple
Absence de marbrures



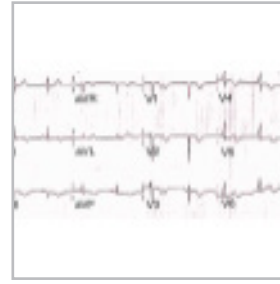
ECG
Rythme sinusal
Troubles de la repolarisation diffus
S1Q3



Conditionnement patient
Voie veineuse périphérique de gros calibre aux deux bras
Bilan sanguin
NaCl 0,9% 500ml x 2
O² lunettes 4l/min
Monitoring



Bilan médical passé au régulateur :
Pas d'orientation diagnostique dans l'immédiat hormis sur une étiologie embolique ou un SCA non ST+



Demande de mise en contact avec service de cardiologie d'où dépend le patient pour comparaison avec ECG antérieurs
ECG superposable au précédent d'après cardiologue de garde. Doute sur une éventuelle embolie pulmonaire frustre (S1Q3 plus accentué)



Après 500ml NaCl 0,9% administrés :
PNI = 88/45 mmHg PAM = 59
FC=70
SpO² = 96% sous O² 4l/min
Etat de conscience en amélioration
Glasgow 14 (O3V5M6)



Choix diagnostique et thérapeutique n°1 :
Etat de choc sur embolie pulmonaire



Bolus héparine 4000UI IVD + 24000UI/24h IVSE
Poursuite remplissage NaCl 0,9%
Mise rapide sous NORADRENALINE débutée à 0,5 puis 1µg/kg/min IVSE



A 30 minutes de prise en charge et 1000ml NaCl 0,9% administrés sous amines pressives, aggravation de l'état de choc :
PNI = 51/30 (PAM = 37)
FC = 110
SpO² = 84% sous O²
Glasgow Score = 8

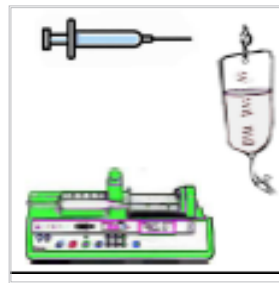


Intubation et ventilation du patient suivi d'un ACR
Décision de fibrinolyse
Malgré une réanimation bien conduite, décès du patient

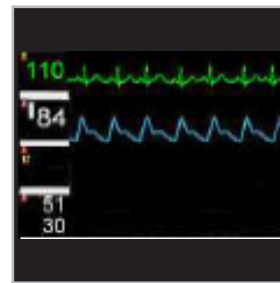
Mauvais choix



Choix diagnostique et thérapeutique n°2 :
Etat de choc cardiogénique sur SCA non ST+



Bolus héparine 4000UI IVD
Aspegic 250mg IVD
Ticagrelor 180mg per os
Poursuite remplissage
Mise sous DOBUTAMINE débutée à 5 puis 10µg/kg/min IVSE



A 30 minutes de prise en charge et 1000ml NaCl 0,9% administrés sous amines pressives, aggravation de l'état de choc :
PNI = 51/30 (PAM = 37)
FC = 110
SpO² = 84% sous O₂
Glasgow Score = 8

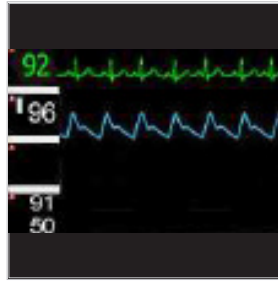


Intubation et ventilation du patient suivi d'un ACR
Malgré une réanimation bien conduite, décès du patient

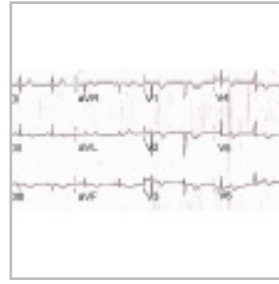
Mauvais choix



Choix diagnostique et thérapeutique n°3 :
Etat de choc inexpliqué dans l'immédiat
Poursuite remplissage avec NaCl 0,9%



A 30 minutes de prise en charge et 1000ml NaCl 0,9% administrés :
PNI = 91/50mmHg
PAM = 64mmHg
FC = 92
SpO² = 96% sous O²
Glasgow Score = 14



Nouvel ECG :
Non modifié
Nouvel Hemocue = 9,7g/l



Orientation vers un état de choc hémorragique
Examen clinique inchangé
FAST écho : pas d'épanchement visualisé en intra-péritonéal
VCI collabée
Pas d'épanchement péricardique circonférentiel



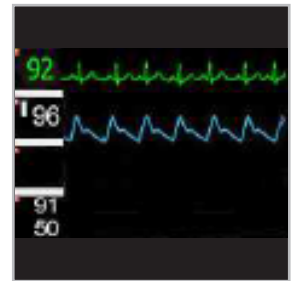
A 35 minutes de prise en charge, nouvelle chute tensionnelle associée à un épisode de vomissement
PNI = 88/45mmHg
PAM = 59mmHg
FC = 95
SpO² = 96%
Glasgow Score = 14



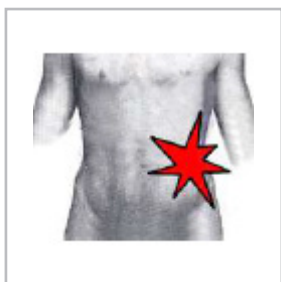
Mise sous NORADRENALINE débutée à 0,5 puis 1µg/kg/min IVSE
Ralentissement remplissage (hypotension permissive) objectif
PAM = 65mmHg
Administration acide tranexamique 1g sur 10min puis 1g IVSE sur 8h
Lutte contre la triade létale : (hypothermie, acidose, coagulopathie)



Nouveau bilan au régulateur
Organisation de l'accueil du patient : appel radiologue, réanimateur, bloc opératoire
Préparation produits sanguins labiles (CGR, PFC, fibrinogène)



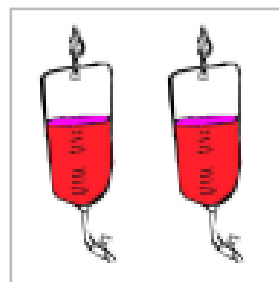
Amélioration de l'hémodynamique
PNI = 91/50mmHg
PAM = 64mmHg (objectif tensionnel atteint)
FC = 92
SpO² = 96%
Glasgow Score = 13



Nouvel examen du patient :
Apparition d'une douleur abdominale lors de la palpation de la fosse iliaque gauche



Arrivée à l'hôpital 45min après la prise en charge
Passage direct TDM abdominale IV
Résultat TDM :
Volumineux hématome rétro-péritonéal de 206x103mm
Saignement actif au niveau du pontage aorto-iliaque gauche



Hémodynamique reste instable
Patient pâle
Nouvel Hémocue = 8,2g/l
Envoi prélèvements sanguins + groupe sanguin
Transfusion 2 CGR O+/2 PFC en attente résultats
Complément conditionnement seulement si ne retarde pas le geste d'hémostase : KT artériel, KT fémoral, sondage urinaire



Chirurgie vasculaire en urgence à la sortie du scanner

Note :

Ce cas clinique concret montre la nécessité de la vigilance de l'urgentiste face à un patient « n'allant pas bien » et pour lequel aucun diagnostic n'est formellement évoqué devant un tableau assez frustré. Le médecin subodore l'état de choc de par l'hypotension mais sans étiologie évidente. Les ATCD coronariens du patient et l'ECG type SCA ST- /S1Q3 trompent l'urgentiste qui fait le choix fatal (choix 1 et 2) de décoaguler le patient. L'orientation vers un état de choc hémorragique ne se fait qu'à la trentième minute de la prise en charge (pas de signe hémorragique, pas de point d'appel, pas de tachycardie du fait du β -bloquant...). L'apparition des signes de choc correspond déjà à une spoliation sanguine de 30 à 40%.

L'Hemocue reste normal à la phase initiale et avant l'expansion volémique. Une Fast-écho est faussement rassurante (hémorragie extra-péritonéale).

C'est la répétition de l'examen clinique (de la « tête aux pieds »), du monitoring et de l'Hemocue qui sont déterminants et orientent enfin vers le bon diagnostic et l'orientation du patient

Etiologies états de choc

Choc hypovolémique

Déshydratation aiguë
Insuffisance surrénalienne aiguë
Brûlé grave
Syndrome de Lyell

Choc cardiogénique

Tamponnade
Pneumothorax compressif
SCA
EP

Choc distributif

Anaphylaxie
Choc septique
Choc spinal
Choc hémorragique

Objectifs tensionnels / Prise en charge hémodynamique états de choc

Objectifs tensionnels

Si TC ou trauma médullaire grave : PAM = 90mmHg (PAS = 120mmHg)
Dans les autres cas : PAM = 65mmHg (PAS= 80-90mmHg)

Accès vasculaires

VVP 14 ou 16 G x 2, désilet en voie fémorale, PIO,VVC

Solutés

Cristalloïdes : en première intention NaCl 0,9% - Ringer lactate contre indiqués sur TC et trauma médullaire (soluté hypotonique)
Colloïdes : seulement si cristalloïdes seuls insuffisants pour rétablir l'hémodynamique (dose efficace la plus faible et la plus courte possible).

Amines pressives

Si persistance PAM < 65mmHg après remplissage bien conduit (précocement si TC grave associé) :
Noradrénaline 0,5 à 5 μ g/kg/min IVSE
Adrénaline 0,5 à 5 μ g/kg/min IVSE
Dobutamine 5 à 20 μ g/kg/min IVSE en association ou d'emblée sur choc cardiogénique

Lutte contre la triade létale dans l'état de choc hémorragique (Damage control):

Hypothermie • Coagulopathie • Acidose

Couvertures, solutés réchauffés

Hypotension permissive avec maintien PAM à 65mmHg (sauf TC)

Transfusion précoce CGR/PFC ratio 1/1

Administration acide tranexamique

Administration fibrinogène si nécessaire

Lutte contre hypocalcémie

Contrôle des hémorragies

Hémostase chirurgicale le plus rapidement possible

Vous êtes en panne de diagnostic ?

En fonction de la localisation des symptômes,
avez-vous pensé à :

