

ARRET CARDIOCIRCULATOIRE

URGENCE ABSOLUE = GARDER VOTRE CALME

Le patient semble en état de mort apparente:

- inerte, sans ventilation, sans pouls.

L'Absence de pouls carotidien ou fémoral ?

- C' est le signe majeur qui doit faire débiter la RCP.

Attention sur le plan ventilatoire, il peut y avoir des gasps agoniques ou des convulsions hypoxiques au début de l'arrêt cardiaque.

① Pré-Bilan au SAMU avec demande de renfort immédiat ①

PROTOCOLE SECOURISTES SEULS

- Dégager les voies aériennes supérieures
- Entreprendre :
 - massage cardiaque externe
 - ventilation au masque, en oxygène pur (15 l/mn)
 - Rythme 5/1 à 2 sauveteurs
- Mise en place du DSA : 3 chocs en fonction des instructions de l'appareil.
- Si reprise de l'activité cardiaque oxygéner au masque 15l/mn.
- Si pas de reprise continuer le MCE et la ventilation.

PROTOCOLE INFIRMIER

- Vérifier le bilan initial et faire poursuivre le MCE et la ventilation.
- Mise en place d'une VVP de gros calibre (16G) au pli du coude avec NaCl .
- Adrénaline 3 mg IVD en bolus.
- Préparer pour l'intubation endotrachéale
- Renouveler Adrénaline 3mg toutes les 5mn
- Continuer à suivre les instructions du DSA avec nouvelle séquence d'analyse

A ce stade, les infirmiers anesthésistes sont autorisés à réaliser l'intubation

- Intuber le patient (a priori sonde de 7,5 à 8 chez l'homme, 7,0 ou 7,5 chez la femme)
- Faire continuer le MCE/Ventilation en continu en vérifiant continuellement son efficacité, jusqu'à l'arrivée du médecin SP ou de l'équipe SMUR

① Bilan au SAMU ①

- Dextro et si hypoglycémie : Glucose 30% 2 ampoules IVD

PROTOCOLE MEDICAL

- **Vérifier la liberté des voies aériennes supérieures**
- **Intubation du patient si elle n'a pas encore été faite (sonde de 8,0 chez l'homme, 7,5 chez la femme)**
- **Faire continuer le MCE/Ventilation en continu**
- **Injecter 3 mg d'adrénaline diluée avec 10 ml d'Eau pour préparation injectable en intra-trachéal le plus distal possible au mieux par sonde d'aspiration (7F), puis insufflations manuelles à l'insufflateur manuel.**

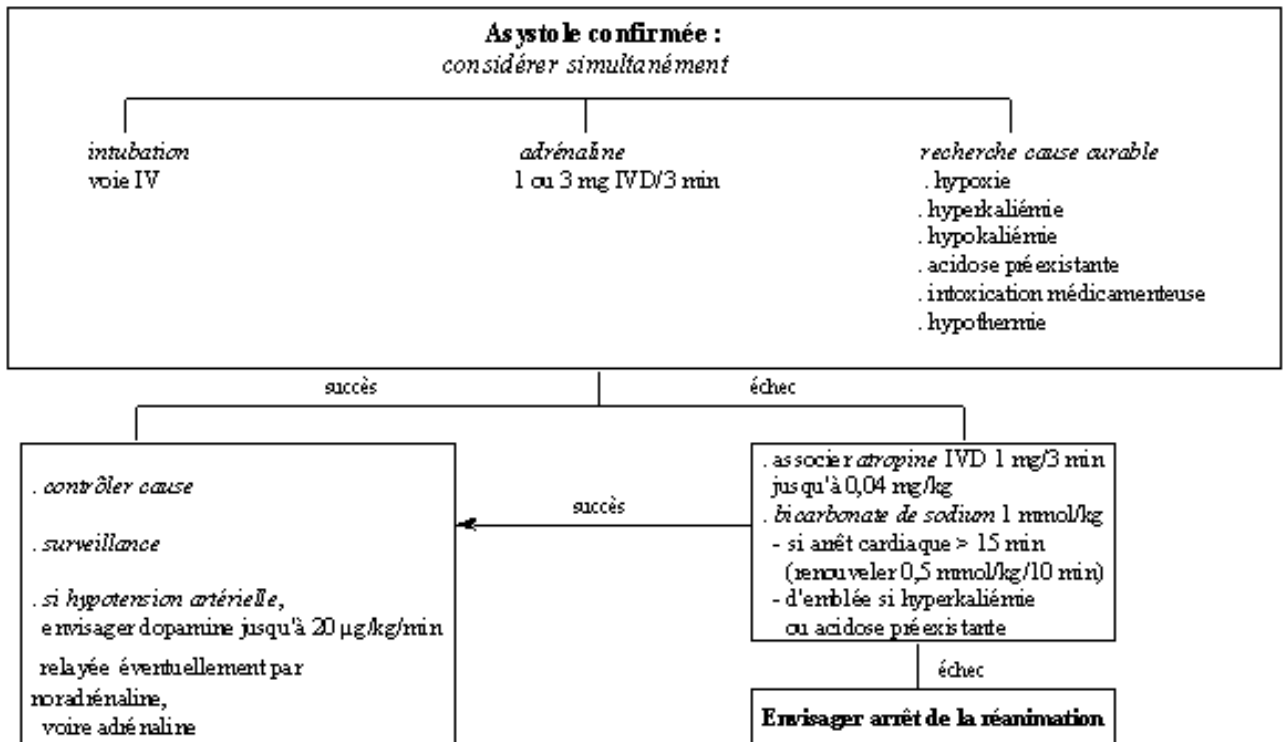
① Bilan au SAMU ①

A ce stade 3 situations sont possibles:

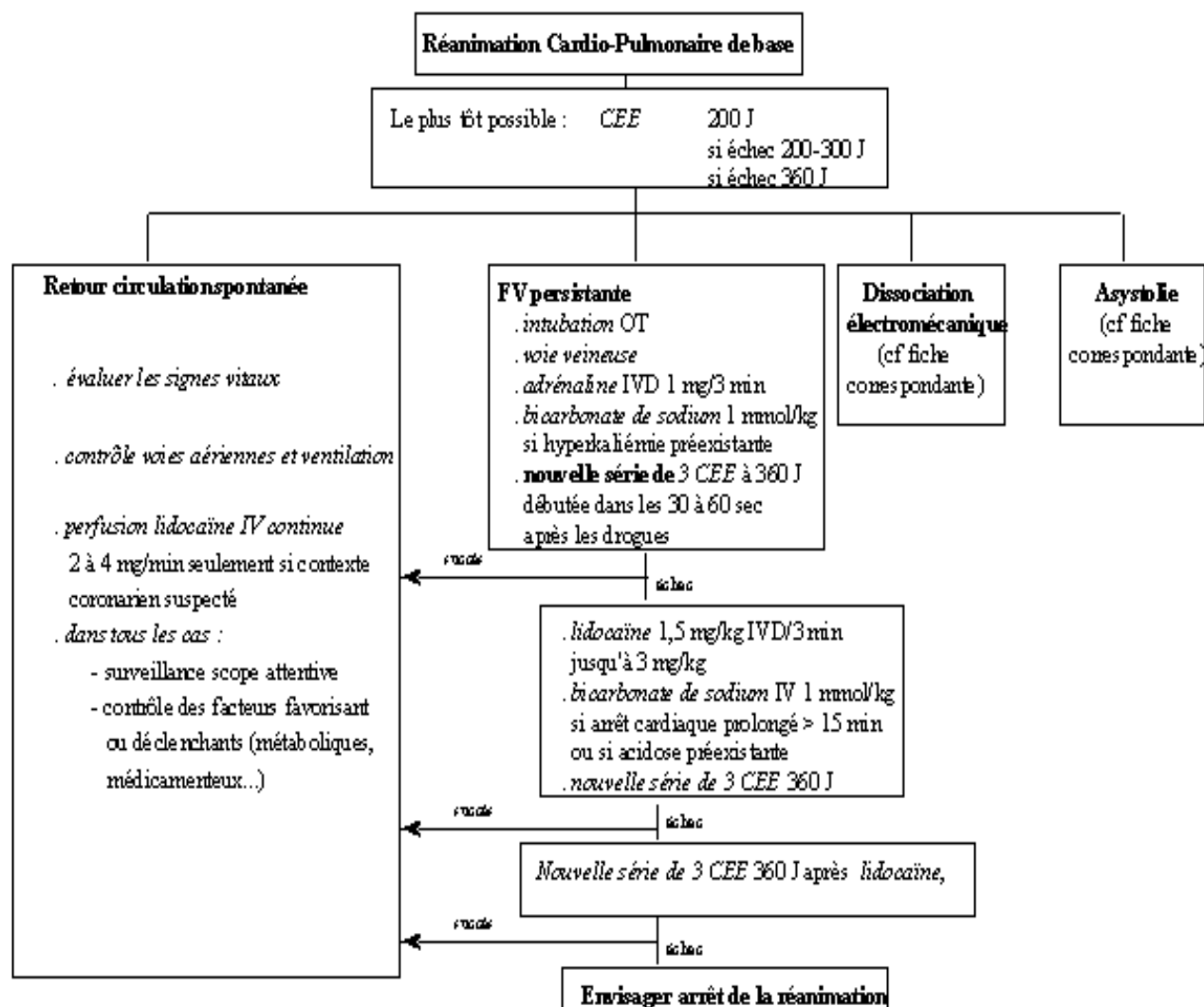
- **Retour d'une circulation spontanée**
- **Asystolie persistante**
- **Dissociation électromécanique**

CAT devant une asystole

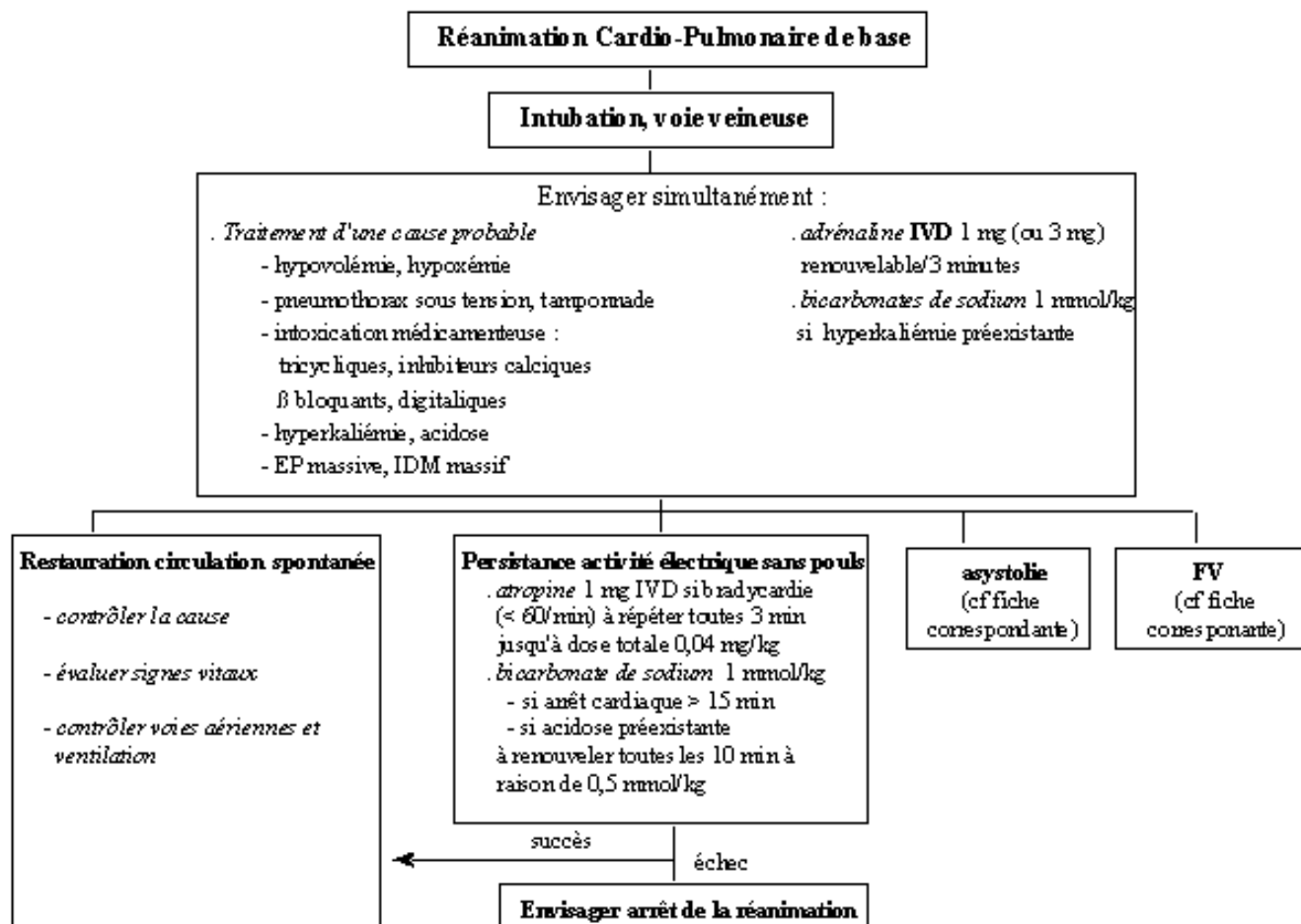
Réanimation Cardio-Pulmonaire de base
Alerte, libération voies aériennes, ventilation artificielle, MCE



CAT devant un arrêt cardiaque sur FV



CAT devant une activité électrique sans pouls (hors FV)
(dissociation électromécanique, rythme idioventriculaire, bradysystolie)



EN CAS DE REPRISE D'UNE ACTIVITE CARDIAQUE SPONTANEE

Si un respirateur portable (type Airox ou similaire) est disponible, il y a lieu de régler les constantes de la façon suivante:

- FiO₂=1
- Vt=12ml/kg
- FR=12/mn

① Bilan au SAMU ①

- Déterminer avec le médecin régulateur le service d'admission
- Organiser le transport, si le patient est instable prévoyez une ouverture de route éventuellement par motards.

La décision d'arrêter la réanimation est médicale, peut être prise en accord avec le médecin régulateur. Les critères d'arrêt sont le grand âge, une pathologie irréversible, une réanimation sans succès de plus de 30 à 45 minutes sans cause traitable. En cas d'intoxication ou d'hypothermie il faut continuer la réanimation jusqu'à l'admission au SAU.

DOULEURS PRECORDIALES

Douleurs d'origine cardio-vasculaire situées sur la partie antérieure au milieu du thorax

- Sensation d'oppression, de rouleau compresseur,
- se prolonge dans la mâchoire et les membres supérieurs
- accompagnées souvent d'angoisse, malaise, sueurs, pâleur, nausées, vomissements, parfois démarrant par une brève syncope

CONDUITE A TENIR DE L'EQUIPE VSAV SEULE

- Bilan secouriste A/B/C
- Oxygène au masque 6l/mn
- Position d'attente demi-assis au repos ou dans la position spontanée qui soulage le plus le patient
- Mise en place du scope, de l'oxymètre de pouls et du tensiomètre automatique
- Tenir le DSA à proximité
- Eviter tout effort physique à la victime
- Interroger la famille ou la victime sur les antécédents
 - facteurs de risque: tabagisme, hypertension artérielle, surpoids, sédentarité, stress
 - traitement en cours
 - maladies cardiaques

① Bilan au SAMU ①

Transmission de tous les éléments recueillis : âge, sexe, caractéristiques de la douleur, pouls, saturation d'O2, TA, antécédents, traitement habituel

Surveillance permanente du patient en attendant les renforts médicaux
A ce stade le risque le plus important est la survenue d'un arrêt cardiaque

PROTOCOLE INFIRMIER

- A son arrivée l'officier infirmier sapeur-pompier prend connaissance du bilan de l'équipe VSAV
- Procède à la vérification des constantes et à la recherche des signes de gravité: marbrures, cyanose, effondrement de la TA, dyspnée, troubles de la conscience
- Procède à la mise en place d'une voie veineuse périphérique et de deux en cas de signes de gravité: Perfusion à très faible débit de soluté physiologique NaCl

① Bilan au SAMU ①

- Procède à la réalisation d'un ECG 12 dérivations
- Demande si il existe des ECG anciens et qui est le cardiologue traitant
- Interroge le patient et l'entourage sur les contre-indications aux anticoagulants, thrombolytiques et allergie à l'aspirine
-

- Accident vasculaire cérébral
- Intervention chirurgicale de moins de 2 mois
- Grossesse
- Maladie hémorragique
- Maladie gastro-duodénale de type ulcères, cirrhose
- Cancer avec métastases
- Injection intra-musculaire récente
- Hypertension artérielle non contrôlée
- Allergie à l'héparine et aux thrombolytiques

➤ **Met en place sur ordre du médecin régulateur:**

- **Aspégic 250 mg per os ou IV**
- **Un miniflac avec PRO-DAFALGAN 2g ou NUBAIN titré si hyperalgique**
- **Un test au dérivés nitrés: Natispray fort 1 bouffée si TA>12**

➤ **Prépare l'éventuelle pose de patchs du DSA**

➤ **Refait un ECG per-critique en cas de nouvelle douleur**

A CE STADE SI L'ETAT EST STABLE (TA syst > 12, Sat > 92) L'EQUIPE VSAV ET VL INFIRMIER PEUT PROCEDER A L'INSTALLATION DE LA VICTIME DANS LE VEHICULE EN VEILLANT A CE QUE LE PATIENT NE FASSE AUCUN EFFORT PHYSIQUE. A L'ARRIVEE DU MEDECIN SAPEUR-POMPIER OU DE L'EQUIPE SMUR, L'OFFICIER INFIRMIER REND COMPTE

PROTOCOLE MEDICAL

Le médecin procède à une évaluation diagnostic du patient

ETIOLOGIES A DISCUTER

- **Crise d'angor:** douleur rétro-sternale et irradiations typiques, survient à l'effort, cède au repos, sensible à la TNT, examen clinique le plus souvent sans particularité, sous décalage de ST ou inversion T à l'ECG per-critique, ECG normal en dehors de la crise
- **Angor instable:** douleur rétro-sternale et irradiations typiques, angor inaugural de novo, aggravation en intensité et fréquence chez un coronarien connu, moins bonne réponse à la TNT, angor inaugural au repos, angor prolongé, syndrome de menace d'IM
- **Infarctus du myocarde:** douleur rétro-sternale typique, spontanée, constrictive, prolongée, résistante à la TNT, signes d'accompagnements, ECG sus décalage de ST de plus de 0.1mV dans 2 dérivations connexes, grande onde T géante, BBG, arythmies
- **Dissection aortique:** douleur transfixiante jusque dans le dos, migratrice descendante, antécédent d'HTA, asymétrie tensionnelle et des pouls, diminution des pouls fémoraux, souffle IA et vasculaires, ischémie des membres inférieurs, AVC , syndrome de Marfan, grossesse, ECG normal
- **Péricardites:** douleur intense, prolongée, plutôt à type de brûlure, calmée par la position assise en avant; augmentée au décubitus, à la toux et à l'inspiration; frottement péricardique, contexte fébrile, asthénie, sujet jeune, polypnée et toux fréquente, ECG microvolté avec sous décalage de PQ et surélévation de ST non systématique, signe de tamponnade avec turgescence des jugulaires
- **Embolie pulmonaire:** douleur thoracique, dyspnée, malaise, syncope, angoisse, tachycardie; contexte évocateur: immobilisation, OP récente, terrain, voyage avion, grossesse, néoplasie, pilule; ECG S1Q3, BBD
- **Autres diagnostics:** tamponnades, myocardites, zona, pneumothorax, pneumopathies, pleurésies, épanchement pleural, douleurs chondro-costales, névralgies intercostales

MESURES D'URGENCES EN CAS DE SIGNES DE GRAVITE

- Choc cardiogénique, collapsus
 - *Test de remplissage 250ml macromolécules en 10mn*
 - *Si non efficace Dobutrex SE (10mcg/kg/h)*
 - *Ou Adrénaline SE 0.25 mg/h*
- Nausées, vomissements, bradycardie: *Atropine 1mg IVD*
- Troubles du rythme: ESV fréquentes, TV : *Xylocaïne 1 mg/kg IVD*
- OAP: *Lasilix 1mg/kg, Lenitral SE débiter à 0.5 mg/h, intubation si nécessaire*

① Bilan au SAMU ①

ORIENTATION ET TRANSPORT

- Transport médicalisé pour tout IDM ou patient instable en USIC
- Transport para-médicalisé si patient stable sans signe de gravité en USIC ou SAU
- Oxygène sans interruption, patient scopé, DSA à proximité
- Hospitalisation de toute douleur thoracique évocatrice même si symptomatologie a disparu et ECG normalisé pour bilan complémentaire

ATTENTION

- 50% des décès dans les premières heures
- Faire un ECG dans les douleurs épigastriques (IDM inférieur)
- Avoir l'hospitalisation facile chez les coronariens connus, pontés, dilatés
- Eviter tout retard à la réanimation et à la revascularisation le pronostic ultérieur en dépend
- Chez les diabétiques faire 1 ECG devant tout malaise inexpliqué, douleur souvent absente
- Traiter le patient pas l'ECG, la clinique prime

CRISE D'HYPERTENSION ARTERIELLE

Augmentation brutale et importante de la pression artérielle par rapport aux chiffres habituels menaçant à court terme le pronostic vital

CONDUITE A TENIR DE L'EQUIPE VSAV SEUL

- Bilan secouriste A/B/C
- Mise au repos de la personne, prise de la TA par tensiomètre automatique
- Oxygène au masque 3l/mn
- Recherche des signes de gravité
 - Maux de têtes, bourdonnements d'oreilles, vision flou
 - Nausées, vomissements
 - Difficultés respiratoires
 - Saignement de nez

① Bilan au SAMU ①

PROTOCOLE INFIRMIER

- A son arrivée sur les lieux l'officier infirmier sapeur-pompier prend connaissance du bilan de l'équipe VSAV
- Procède au contrôle manuel de la TA aux deux bras chez le patient au repos
- Si la TA systolique est supérieure à 230 mmHg ou la TA diastolique supérieure à 130 mmHg:
 - Mise en place d'une voie veineuse
 - Réalise un ECG et le télétransmet
 - Place le patient sous scope et SpO2

① Bilan au SAMU ①

- PREPARATION D'UNE SE **EUPRESSYL®** (25 mg/5ml) si hypertension maligne mal tolérée.
- Suivre les instructions du régulateur ou du médecin sur place

PROTOCOLE MEDICAL

Le médecin prend connaissance du bilan infirmier et évalue le retentissement viscéral.

➤ En l'absence de signe de gravité

- HTA modérée asymptomatique: pas d'urgence à traiter
- HTA connue et traitée avec crises se répétant: rechercher causes en particulier arrêt du traitement, facteur iatrogène

➤ Signes de gravité: HTA maligne

- Mise en place de la SE **Eupressyl** ® à 60 ml/h en bolus pendant 10mn ou jusqu'à la chute de la TA de 20 à 30 mmHg, puis stabiliser à 5 à 15ml/h
- En cas d'OAP associé **Lasilix** ® IVD 40 mg

- En cas d'encéphalopathie associée **Valium** ®10mg par voie rectale
- En cas d'angor associé discuter le **Natispray**® ou le **Lenitral**® en SE

➤ **ECLAMPSIE**

- chez la femme enceinte après 20 semaines toujours penser à cette éventualité, dans ce cas les chiffres tensionnels à ne pas dépasser sont de 140/90 mmHg

➤ **ATTENTION**

- La diminution de TA doit préserver la perfusion des organes en particulier le débit cérébral chez les personnes âgées
- Traiter le malade avant de traiter les chiffres, toujours chercher une cause à l'HTA: douleur, agitation etc.
- Reprendre plusieurs fois la TA, patient allongé au calme et rassuré
- Ne traiter avec des antihypertenseurs que en cas de mauvaise tolérance et toujours les utiliser de façon titrée ou en SE

① **Bilan au SAMU** ①

ORIENTATION ET TRANSPORT

- Si crise résolutive rapide, reprendre le traitement per os, contacter le médecin traitant et laisser à domicile
- Si HTA maligne hospitaliser en réanimation, transport médicalisé en cas d'encéphalopathie hypertensive, sinon para-médicalisé, sous monitoring et O2, sans augmenter le stress, éviter les sirènes
- Si éclampsie ou pré-éclampsie transport en maternité

CRISE DE TACHYCARDIE et/ou D'ARYTHMIE

L'attitude dépend de la tolérance immédiate

→ Si l'accès de tachycardie est bien supporté :

Mettre le patient au calme,
Effectuer les manœuvres vagales (sauf la compression oculaire)
Réaliser un ECG et effectuer une télétransmission,

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

le médecin régulateur décidera de la suite à donner

→ **S'il est mal supporté** (état de choc, œdème aigu du poumon, malaise intense, respiration difficile, malaise...)

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Oxygéner
Scoper et faire un ECG
Poser une voie d'abord avec un soluté d'entretien (NACL)
Surveiller étroitement le patient

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

MALAISE VAGAL

Le diagnostic sera fait devant :

- Ralentissement du rythme cardiaque
- Chute tensionnelle
- Nausées
- Pâleur et sueurs
- Trouble de la conscience pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance avec chute

Souvent, survenue dans des circonstances particulières

- Lors d'une prise de sang
- Choc émotionnel
- Atmosphère surchauffée
- Miction

→ **Allonger** le patient et surélever les jambes
Surveiller l'évolution du Pouls, de la TA, de la conscience
Réaliser un ECG et effectuer une télétransmission.

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

L'amélioration doit être rapide !!

Sinon attention à une hémorragie interne OU à un infarctus du myocarde inférieur.

HEMORRAGIES NON TRAUMATIQUES

Il est nécessaire d'essayer d'en évaluer l'importance :

- évaluation de la quantité de sang rejetée
- appréciation du retentissement clinique

I. Hémorragie importante, mal supportée

- tachycardie
- TA basse ou état de choc
- pâleur
- angoisse

→ **Rassurer** le sujet
L'allonger jambes surélevées
Oxygéner

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

- **poser 2 voies d'abord**
- **Lutter contre l'hypovolémie (NaCl) sans vouloir à tout prix restaurer une tension artérielle normale (tendre vers 9 de systolique : remplissage d'épreuve, NaCl (1000 à 2000 ml en 20 mn chez l'adulte, 20 ml/kg en 20 mn chez l'enfant))**
Scoper

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Evacuation vers l'hôpital

II. Hémorragie de moyenne abondance, bien supportée

→ **Poser 2 voies d'abord de sécurité (NaCl)**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

EPISTAXIS

Souvent les patients n'ont pas correctement effectué les manœuvres simples qui arrêtent le saignement dans 90% des cas, donc :

- **Faire un mouchage soigneux**
- **compresser manuellement le nez** (pincement) pendant 10 minutes au moins, patient assis
- Ensuite le patient ne doit pas se moucher ou toucher son nez pendant quelques minutes (le temps que le petit caillot puisse se consolider)
- **Si besoin appliquer un produit hémostatique** type Sorbacel°, sorbsan°, coalgan°,...
- **Vérifier que ce saignement ne soit pas dû à une forte poussée d'hypertension**

➤ **Gravité plus importante si patient sous anticoagulants**

- **Si l'épistaxis ne s'arrête pas** après deux ou trois tentatives, adresser le patient à l'hôpital pour un méchage

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

➔ **Toujours se méfier** des saignements qui semblent taris parce qu'il n'y a plus d'extériorisation nasale mais qui se poursuivent par l'arrière gorge : faire boire le patient

SAIGNEMENT APRES ABLATION DENTAIRE

- ➔ **Evaluer** l'importance du saignement (les patients ne consultent souvent que tardivement)
- Bains de bouche à l'eau oxygénée
 - Eventuellement insérer une éponge hémostatique au fond de la cavité qui saigne

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

CHUTE D'ESCARRES APRES AMYGDALECTOMIE

- ➔ **Evaluer** l'importance du saignement (les patients ne consultent souvent que tardivement)

Rassurer

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Lutter contre un éventuel état de choc débutant en perfusant du NACL (1000 à 2000 cc en 20 mn chez l'adulte, 20 ml/kg en 20 mn chez l'enfant)

CRISE D'ASTHME

S'il s'agit d'une dyspnée expiratoire

Toujours rechercher **les signes de gravité**

fréquence respiratoire > 30/mn

cyanose

sueurs

épuisement

Peak-flow (débit expiratoire de pointe) <200 l/mn ou impossible à réaliser

Impossibilité de parler

Tachycardie >130

→ Crise intense

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Aérosol : **BRICANYL 1 dose aérosol (5 mg)+ ATROVENT 1 dose aérosol (0,25 mg) dans le masque, oxygène : 6 à 8 l /mn**

Poser une **voie d'abord** et Perfuser un soluté d'entretien (NACL), injecter 120 mg de SOLUMEDROL EN IVD par la tubulure

Mettre le scope et le saturomètre en place

Contrôle de la saturation sanguine en oxygène

Refaire l'aérosol en l'absence d'amélioration

(Asthme aiguë grave pré mortem : Adrénaline sur indication du médecin régulateur)

S'il s'agit d'une crise moins intense (peak flow >300 l/mn)

VENTOLINE Spray 2 bouffées

Garder le patient au calme

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

OEDEME AIGU DU POUMON D'ORIGINE CARDIAQUE

Il s'agit d'une dyspnée par « engorgement » alvéolaire, avec des crépitants bilatéraux, souvent accompagnée de grésillement laryngé, et d'expectoration mousseuse.

Toujours rechercher les signes de gravité

fréquence respiratoire > 30/mn, ou silence auscultatoire
cyanose, marbrures
sueurs
épuisement (tirage sus-sternal, sus-claviculaire, respiration paradoxale)

- **Rassurer** le sujet
Position assise, jambes pendantes
Oxygéner (8 à 10 L/mn), masque à 100%

① Pré-bilan ou bilan de situation SAMU ①

Poser une voie veineuse périphérique en faisant couler à minima
Lasilix® (Furosémide) 1 mg/kg, après avis du régulateur

- **Réaliser un ECG.**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

SI HTA (> 160/90), après avis du médecin régulateur
Risordan® au PSE : débuter par 1 mg/h

OEDEME AIGU DU POU MON D'ORIGINE TOXIQUE

L'OAP d'origine toxique (tout particulièrement la forme alvéolaire, la plus grave) doit être évoquée chez toute personne présentant brutalement soit :

Au moment de l'intoxication

Des signes d'irritation trachéo-bronchique

- toux incessante, non productive
- douleurs thoraciques retro sternales
- dyspnée asthmatiforme
- des signes d'irritation cutanéomuqueux
- rhinite, conjonctivite, larmolement
- sensation de brûlure des yeux et du visage

De façon retardée

un OAP 24 à 48 heures après l'exposition

- tachypnée
- cyanose
- toux
- crépitants à l'auscultation

Les étiologies les plus fréquentes

- fumées d'incendie
- chlore
- phosgène
- anhydride sulfureux
- oxydes d'azote
- ammoniac
- brome
- isocyanates
- vapeurs métalliques
- dérivés fluorés

Le traitement comportera

- **soustraction** du sujet **de l'ambiance toxique** s'il est encore exposé, avec mesures de protection des sauveteurs et des collègues de travail
- En cas de lésions cutanées associées, déshabillage et lavage immédiat des zones atteintes.
- **Oxygénation** (6 à 9 l/mn) et mesure continue de la SaO₂
- **Voie veineuse de sécurité** (NaCl)
- **Scope**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

SUFFOCATION AIGUE PAR CORPS ETRANGER DES VOIES RESPIRATOIRES

C'EST UNE EXTREME URGENCE !
sans intervention , le décès peut survenir en 4 à 5 minutes .

Initialement la victime **suffoque et ne peut pas parler**
Ensuite, apparaissent **cyanose, bradycardie, arrêt cardiaque.**

Tant que la personne respire, même mal, ne pas faire de manœuvres qui risquent d'aggraver la situation

→ Agir sans perdre de temps

Manœuvre de Heimlich si risque de mort imminente

Pression brutale au niveau de la face inférieure du diaphragme, exercée de bas en haut, pour comprimer l'air contenu dans les poumons, bronches, trachée et larynx.

① **Bilan au Médecin-régulateur du SAMU** ①

OEDEME DE QUINCKE CHOC ANAPHYLACTIQUE

Après piqure d'insecte, prise de médicament, allergie professionnelle...

1. OEDEME DE QUINCKE

- œdème du visage
- gêne respiratoire

➤ **Perfuser NACL, oxygéner**

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Si signes de détresse respiratoire



Aérosol : **BRICANYL® 1 dose aérosol (5 mg)** dans le masque, oxygène à 10 l / mn, ou sur avis du médecin régulateur : Adrénaline 2mg dans 3 ml de NaCl



SOLUMEDROL® : 120 mg IVD

En absence de signes de détresse respiratoire

Injecter : Polaramine 1 amp IVD

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

2. CHOC ANAPHYLACTIQUE

- TA effondrée
- Pâleur
- Nausées, vomissements
- Douleur Abdominale diarrhée

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

- **Allonger le patient** jambes surélevées
- **Voie veineuse** périphérique : NaCl (*surtout pas de gélatine fluide*)
- **Oxygéner fort débit**

Injection d'ADRENALINE en IV Si le patient n'a pas de tension

- 1 mg dilué dans 10 ml de sérum physiologique, prendre 1ml de la seringue et diluer dans une seringue de 10ml: la dilution obtenue est de 10 micro-g / ml
- Administration par bolus de ml par ml jusqu'à régression de l'état de choc ou de la dyspnée
- Si c'est insuffisant prendre la première seringue et faire des bolus de 0.1 mg / ml (100 micro-g / ml)
- **Si l'IV n'est pas réalisable** utiliser la voie sous-cutanée (½ mg à 1 mg).

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

3. ERUPTIONS ALLERGIQUES

Hospitaliser pour une surveillance d'une heure pour détecter une aggravation éventuelle

Ne pas donner de corticoïdes

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Injecter : Polaramine® 1 amp IVD

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

Recherche des détresses vitales

Si intervention en intérieur, toujours éliminer un risque d'intoxication au CO

En cas de troubles de la conscience, quel qu'il soit :

- Toujours faire une glycémie au doigt
- Evaluer une intoxication au CO

I. Il n'existe aucun témoin de l'installation du malaise et/ou absence de récupération

On essayera donc de préciser l'étiologie de ce coma :

Toujours penser à la possibilité d'une intoxication professionnelle

- **CO**
- solvants industriels (par exemple disulfure de carbone CS₂)
- hydrogène sulfuré et hydrogène phosphoré
- insecticides organochlorés, organophosphorés et carbamates inhibiteurs de l'acétylcholine estérase
- le bromure de méthyle

Éliminer un traumatisme

- contexte évocateur
- plaie ou impact crânien

Penser à l'hypoglycémie (toujours faire un dextro)

→ Il faudra en cas de coma ou de trouble de la conscience persistant :

- assurer la **liberté des voies aériennes supérieures**
- mettre le patient en **position latérale de sécurité**, en respectant l'axe tête-cou-tronc s'il s'agit d'un coma consécutif à une chute d'une hauteur importante ou traumatisme crânien grave (lésions cervicales?)
- Faire un Dextro systématiquement
- **Poser une voie d'abord**
- **Perfuser un soluté d'entretien (NACL)**
- Oxygéner

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

- **En cas d'hypoglycémie** confirmée par dextrostix, placer une perfusion et injecter du G30% 2 ampoules IVL, à renouveler jusqu'au réveil. Contrôler par dextrostix et re-sucrer per os dès le réveil.

II . Des témoins ont assisté au malaise et peuvent décrire l'évènement

Malaise brutal avec chute, récupération quasi immédiate de la conscience : il faut éliminer une cause cardiaque.

- **Réaliser un ECG et effectuer une télétransmission.**
- **Prendre TA couché /debout, pouls**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

En cas de crise d'épilepsie (malaise brutal, crise tonico-clonique plus ou moins importante, récupération lente de la conscience)

Protection du patient

Surveiller le patient

Prendre contact avec le médecin régulateur

CONVULSIONS

SECOURISTE : CONDUITE A TENIR SECOURISTE

- Protection des voies aériennes : PLS, Canule de Guedel non enfoncée, desserrer cravate, col et ceinture.
- Protection contre le sur-accident : Eviter que la victime se blesse, écarter les objets dangereux, mettre un coussin sous la tête, ne pas tenir le patient pendant les convulsions.
- Oxygéner: 8 l /mn,
- mettre en place Oxymètre de pouls et le scope
- Prendre la température

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

- Si réveil rapide (moins de 5 mn), transport en PLS sous O² après accord du régulateur
- Si convulsions au-delà de 5 mn et pas de signe de réveil, attendre les renforts

PROTOCOLE PARAMEDICAL

- Glycémie capillaire
- Pose d'une voie veineuse périphérique de sécurité
- Si glycémie inférieur à 1g : Injecter Glucose 30% 20 ml
- Si réveil, mettre une perfusion de G 5 ou 10% 500ml en place, recherche de renseignements, surtout savoir si le patient est diabétique ou épileptique connu.

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

- Si arrêt des convulsions et constantes normales , transport en PLS sous O²
- Si pas d'arrêt des convulsions ou SpO² <85% ou hypotension ou troubles neurovégétatifs ou complications respiratoires: demande de renforts

PROTOCOLE MEDICAL

- Anticonvulsivants par voie IV chez l'adulte ou intra rectal chez l'enfant
 - ❑ VALIUM ® 5 à 10 mg en IVD lente chez l'adulte ou 0.5mg/kg en intra rectal chez l'enfant sans dépasser 10 mg
 - ❑ RIVOTRIL® 1mg IVD chez l'adulte ou 0.1mg/kg en intra rectal chez l'enfant
- Renouveler si les convulsions persistent au delà de 20 à 30 minutes
- En cas d'état de mal épileptique discuter de la nécessité d'intuber avant le transport avec le médecin régulateur du SAMU sans retarder inutilement le transport qui dans ce cas doit être impérativement médicalisé.

COUP DE CHALEUR

Toujours penser au coup de chaleur !

Devant un état de mal convulsif dans une ambiance thermique élevée, humide, ou/et à la suite d'un effort intense et prolongé :

*** prendre la température**

$T^{\circ} > 40^{\circ} \text{ C}$

Ou parfois, dans un contexte évocateur, on retrouve des troubles de la conscience, une $T^{\circ} > 40^{\circ}$, et parfois : tachypnée, tachycardie, hypotension...

Conduite à tenir

*** refroidir immédiatement**

déshabiller

seau d'eau ou douche (sans le noyer !)

générer un courant d'air

*** Perfuser du NaCl**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Monitoring par scope et oxymètre de pouls
Transport médicalisé sous surveillance

INTOXICATIONS

PRIORITES

- ❑ Recherche d'une détresse vitale
- ❑ Assurer la survie immédiate
- ❑ Eviter les complications
- ❑ Orienter vers un service hospitalier adapté

PROTOCOLE SECOURISTE

- ❑ Ventilation : libération des voies aériennes supérieures ; oxygène
- ❑ Circulation : MCE si absence de pouls
- ❑ Surveillance : pouls, TA, SpO2 et mise en place du scope
- ❑ Si troubles de la conscience : mise en PLS

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

PROTOCOLE INFIRMIER

- ❑ Interrogatoire de la victime et de l'entourage
- ❑ Observation de l'environnement: documents médicaux, emballages de médicaments, appareil de chauffage, confinement
- ❑ Examen de la victime et prise des constantes
- ❑ Glycémie capillaire de principe

⚠ Pièges Par exemple

Penser aux associations en fonction du lieu et des circonstances

- médicaments + alcool
- médicaments + CO

Anticiper des réactions secondaires : coma progressif, détresse respiratoire

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

- ❑ Pose d'une voie veineuse périphérique avec mise place de NaCl
- ❑ Réaliser un ECG 12 dérivation
- ❑ Glycémie capillaire
- ❑ Si le patient est conscient ne jamais le laisser seul
- ❑ Transport non médicalisé si conscient ou score de Glasgow > 8
- ❑ Renfort médecin SP ou équipe SMUR si détresse ou coma avec score de Glasgow < 8

PROTOCOLE MEDICAL

- ❑ C'est le diagnostic étiologique d'un COMA
- ❑ L'interrogatoire de l'entourage et l'observation de l'environnement prennent une importance capitale.

- ❑ **Les produits responsables de l'intoxication sont souvent connus dès la découverte de la victime, sinon se rappeler que 80% des intoxications sont des médicaments psychotropes (somnifères, tranquillisants, neuroleptiques, antidépresseurs)**
- ❑ **L'Examen clinique permet souvent une première orientation étiologique:**
 - Bradypnée, myosis, traces d'injections: Morphiniques
 - Encombrement broncho-pulmonaire :
 - Par pneumopathie penser aux solvants, essence, white spirit)
 - OAP toxique ou mousse par ingestion de lessives
 - Collapsus :Arsenic, Digitaliques, Antipaludéens.
 - Poussée hypertensive, mydriase, agitation, hyperthermie : cocaïne et psychodysléptiques
 - Troubles du rythme ou de la conduction BAV: antidépresseurs tricycliques
 - Un état ébrié, l'haleine alcoolique: penser à l'alcool éthylique, l'éthylène-glycol
 - Des convulsions: penser à la Strychnine
 - Une hypersécrétion bronchique et salivaire avec convulsions: organophosphorés
 - Des myoclonies: penser à la chloralose.
 - Vomissements, diarrhées : produits agricoles, pesticides, arsenic, colchicine.

CONDUITE A TENIR

- ❑ **Soustraire la victime à l'environnement toxique (éventuellement déshabiller et laver à l'eau)**
- ❑ **Assurer une bonne ventilation et une oxygénation correcte, l'intubation est indiquée en cas de score de Glasgow inférieur à 7, attention à ce geste car l'estomac est présumé plein**
- ❑ **Assurer une hémodynamique correcte ; poser une perfusion de NaCl, remplissage rapide si la pression systolique est inférieure à 8**
- ❑ **Il n'y a jamais de signe de localisation en cas d'intoxication, si l'examen en trouve penser à l'AVC ou au traumatisme crânien**
- ❑ **Traiter les lésions associées, rechercher systématiquement l'inhalation, l'hypothermie, les rhabdomyolyses**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

En fonction du cas discuter avec le médecin régulateur d'un renfort SMUR et d'une admission directe en réanimation médicale. Le traitement évacuateur n'est jamais prioritaire d'abord stabiliser par les gestes d'urgences et le traitement symptomatique. Une réanimation prolongée est toujours justifiée lors d'un arrêt cardiaque toxique. Dans une intoxication grave voir mortelle l'examen clinique initial peut être normal.

OVERDOSE AUX OPIACES

Le diagnostic ne pose en général pas de problèmes

Toxicomanie connue

Contexte évocateur : seringue à proximité , traces d'injections aux bras

→ En cas de détresse respiratoire aiguë

- ☐ Stimulation
- ☐ Ventilation au masque
- ☐ Oxygénation
- ☐ Pose d'une voie d'abord et perfusion de NACL

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

→ Si arrêt respiratoire

NARCAN ® 1 amp IV diluée dans 10 ml injecter ml par ml pour obtenir une fréquence respiratoire $\geq 10/\text{mn}$

ATTENTION Le NARCAN® provoque un réveil rapide, mais l'effet s'épuise rapidement, il est donc indispensable de surveiller le patient de très près !

L'URGENCE TRAUMATIQUE

PROTOCOLE INFIRMIER

Il est parfois difficile d'apprécier initialement la gravité d'un traumatisme. Le sauveteur se polarise toujours sur la lésion la plus visible (plaie, fracture ouverte, hémorragie externe).

L'officier infirmier devra toujours évoquer la possibilité de lésions associées (hémorragie interne, lésion rachidienne.) et agir en conséquence au moindre doute.

→ L'attitude de l'officier infirmier face à un traumatisé sera celui des sauveteurs secouristes.

Toutefois il pourra **complètera** efficacement l' action secouriste en fonction de la situation rencontrée :

- **lutte contre un état de choc hémorragique**
en perfusant un soluté NaCl de remplissage (2 VVP de gros calibre, dans des veines de gros calibre)
- **Traitement d'une détresse respiratoire** associée (volet costal.)
- **Oxygéner, Réchauffer, Immobiliser**

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Pour calmer la douleur
PRODAFALGAN® 2 à 4 g (2 flacons) dans un miniflac de 50 ml, à passer en quelques minutes sur avis du médecin régulateur

LES HEMORRAGIES EXTERNES TRAUMATIQUES

Il faudra toujours se méfier d'une éventuelle hémorragie externe masquée (par la position du patient, par un épanchement dans les vêtements).

Compression manuelle de la plaie

Soit l'hémorragie **s'atténue**

- faire un pansement compressif

Soit l'hémorragie **persiste**

- faire un point de compression
- surélever le membre si nécessaire

→ En cas de saignement important

mise en place de **deux voies d'abord** pour être prêt à lutter contre la survenue d'un état de choc (NACL)

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Scoper

Oxygéner

Mettre en place le Pantalon anti-choc sans le gonfler

→ S'il existe un état de choc

Scoper

Oxygéner

Surélever les jambes

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

perfusion rapide d'un soluté de remplissage pour compenser la perte volémique par deux grosses voies d'abord : NACL (1000 à 2000 cc en 20 mn chez l'adulte, 20 ml/kg en 20 mn chez l'enfant : le but est d'obtenir une systolique à 90 mmHg)

Mettre en place le Pantalon anti-choc sans le gonfler .

CRUSH SYNDROM / ECRASEMENT

- **Dégager le visage** du sujet pour permettre la libération des voies aériennes supérieures
- **Oxygéner**

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

- **Poser une voie d'abord veineux** pour traiter l'état de choc, NaCl ou bicarbonate (pas de Ringer car risque d'hyperkaliémie)
- **Anticiper les dégagements**

TRAUMATISMES PAR BLAST

Effet de souffle en cas d'explosion

- Toujours examiner les personnes présentes dans les environs de l'explosion
L'examen du tympan est systématique mais le fait qu'il est normal n'exclut pas le blast
- La victime qui peut sembler indemne **doit toujours être hospitalisée.**

BRÛLURES THERMIQUES

Il faudra essayer d'évaluer

la surface (règles des 9 %)

la profondeur (du simple érythème à la carbonisation en passant par les phlyctènes)

→ On commencera par **neutraliser l'agent brûlant** (extinction, arrosage....) pour éviter aggravation ou extension.

ensuite, **REFROIDIR (eau- brûle stop) et recouvrir d'un linge stérile**

→ S'il s'agit d'une brûlure de la face du 2^{ème} degré ou brûlure des voies aériennes (voix rauque, suies dans bouche et crachats, brûlure des muqueuses) il sera peut être nécessaire d'intuber le patient en urgence

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

Poser une perfusion hors zone brûlée (si possible, en cas de difficulté majeure ne pas insister sur le terrain et transporter pour mise en place d'une voie centrale)

→ S'il s'agit d'une brûlure de 2^{ème} degré, importante >10% de la surface corporelle (en surface ou en profondeur),

Poser deux voies d'abord, et débiter la perfusion de Ringer-Lactate
Oxygéner

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Analgsie après avis du régulateur

Régler le débit de perfusion selon indication du médecin régulateur

BRÛLURE CHIMIQUE

Elles sont causées par l'action d'un produit corrosif (acide ou basique)

→ **Lavage** immédiat
abondant
large
prolongé

après avoir dénudé la partie atteinte

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

A SIGNALER

Gravité des lésions liées au contact cutané avec l'**acide fluorhydrique** qui a tendance à causer des dégâts cutanés importants et progressif avec destruction des tissus profonds (par.ex) aboutissant à des nécroses majeures.

Il est nécessaire d'appliquer au plus vite un gel de gluconate de calcium ou des compresses imprégnées de gluconate de calcium

CAS PARTICULIER

Les brûlures oculaires d'origine chimique nécessitent :

- **lavage abondant, prolongé, non violent** au sérum physiologique ou à défaut à l'eau du robinet.
- **Abolir** les pommades ophtalmiques qui risquent de faciliter la diffusion

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

ELECTRISATION

Les conséquences d'une électrisation grave sont multiples:

- asphyxie mécanique par tétanisation musculaire
- arrêt respiratoire d'origine centrale
- inefficacité circulatoire par atteinte cardiaque (électrocution) : cf. ACR
- et, fréquemment, brûlures (souvent seules les brûlures aux orifices d'entrée et de sortie du courant sont visibles alors que les brûlures internes sur le trajet du courant sont majeures) cf.

Brûlures thermiques

→ Le traitement

- **Supprimer le risque de nouvelle électrocution**

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

- **Ventilation assistée** au masque en O₂ pur si arrêt ventilatoire, inhalation dans le cas contraire,
- **Poser les palettes du DSA si pas de ventilation spontanée**
- Recherche des points d'entrée et de sortie
- **ECG et télétransmission**
- **Scope**
- **pose voie d'abord et perfusion** d'entretien (Ringer Lactate)
- Traitement local des brûlures

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

CRISE D'ANGOISSE

L'angoisse psychologique du sujet peut aussi se traduire par des manifestations somatiques:

- respiratoires (sensation d'asphyxie, de striction thoracique)
- cardiaques (précordialgies, tachycardie)
- digestives (boule épigastrique)

L'importance de la crise d'angoisse peut être variable et aller jusqu'à l'attaque panique

→ **Isoler le sujet au calme et le rassurer**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Si cela ne suffit pas à juguler l'angoisse, **l'administration d'un anxiolytique** (Lysanxia® sublingual°.) permet parfois la régression de la crise.

Il faudra **se méfier d'éventuelles somnolences induites** par ces médicaments chez les salariés dont le poste de travail nécessite une vigilance importante.

CRISE DE TETANIE/SPASMOPHILIE

Il s'agit de manifestations sans gravité très spectaculaires survenant généralement en public lors d'une crise d'angoisse.

Association de

Sensation de malaise intense
Respiration rapide ou ample
Impression de constriction pharyngée
Yeux fermés, paupières frémissantes
Paresthésies des extrémités, main d'accoucheur,
Hyper-réflexie des ROT, signe de Chvostek parfois

Pouls, tension artérielle, température sont Normaux

La personne doit être mise au calme et rassurée.

Faire respirer le patient dans un sac (Renouvellement de l'air de temps en temps)

Il faut expliquer le phénomène, mettre sur la voie d'une prise en charge du syndrome par le malade lui-même avec un recours exceptionnel à une thérapeutique injectable. Il convient de faire conscience de façon pédagogique au patient et à son entourage que le recours au secours publics n'est pas nécessaire et que l'hospitalisation est abusive, la tétanie doit être prise en charge par le médecin traitant.

Si la crise ne s'améliore absolument pas au bout d'une quinzaine de minutes, penser à une autre étiologie

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

ETATS D'AGITATION ET DE CONFUSION

Toujours éliminer une détresse vitale

Si possible prendre la tension, le pouls, la température

→ **Les états d'agitation** surviennent dans des situations variées:

- . affections psychiatriques vraies (psychoses , névroses)
- . intoxications alcoolique aiguë
- . delirium ou prédelirium
- . consommation de toxiques
- . Agitation par hypoglycémie chez le diabétique
- ; intoxication au CO

Il faut chercher à **isoler le malade au calme**. **Eloigner les collègues de travail qui entretiennent l'agitation du sujet** par leurs attitudes ou leurs réflexions. L'infirmière devra **se montrer calme et rassurante**.

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

En attendant, il faudra **éviter que des personnes puissent être blessées par le sujet agité** (projection d'objet, agression physique...) et, dans la mesure du possible, que le sujet se blesse lors de son état d'agitation.

→ **Les états confusionnels** se traduisent par des perturbations du comportement verbal et gestuel (à des degrés variables) .Le sujet paraît parfois hébété , égaré, mais il existe aussi des états confusionnels où seul le contenu du discours est altéré.

Les étiologies sont proches de celles des états d'agitation. Il n'est pas rare qu'agitation et confusion soient associés.

Quoi qu'il en soit, en cas d'état confusionnel , il faut **toujours hospitaliser le patient**

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

URGENCES COMPORTEMENTALES

Les troubles du comportement indiquent qu'une personne présente une altération du fonctionnement cérébral.

Lorsque les troubles mentaux entraînent un danger pour la victime et les autres, il s'agit d'une URGENCE COMPORTEMENTALE.

Les équipes de secours en cas d'urgence comportementale doivent :

➤ Déterminer le type d'urgence et la nécessité d'une prise en charge spécialisée

Il convient d'avoir constamment à l'esprit qu'il y a de nombreuses causes organiques aux troubles mentaux : hypoglycémie, troubles métaboliques, hypoxie, hypovolémie, alcool, drogues, intoxications médicamenteuses, traumatismes crâniens

➤ Déterminer s'il existe un danger pour les intervenants

Il est absolument essentiel que les équipes de secours ne se mettent pas en danger physique, spécialement dans des situations impliquant des armes ou des actes sérieux de violence.

Ne pas être rassuré par la taille, le sexe ou l'âge d'une personne, tout un chacun quel qu'il soit peut devenir dangereux.

La décision de faire appel aux forces de police ou gendarmerie doit être prise à temps. Elles sont les seules autorités ayant la possibilité légale d'entraver une personne et de réaliser les mesures de sécurité adéquate

➤ Déterminer s'il existe un danger pour la victime

Un examen le plus soigneux possible de la victime doit être fait pour déterminer les causes ayant contribué au trouble mental. Il est essentiel de se rappeler que les malades mentaux peuvent également être l'objet d'une pathologie médicale ou traumatique mais sont souvent incapables de les exprimer.

➤ Déterminer s'il existe un danger pour la population

Il faut surveiller l'environnement de l'intervention et apprécier les éléments pouvant entraîner un danger : risque d'incendie, d'explosion, risque social.

Il convient d'écarter tous les badauds, locataires d'un immeuble et toute personne pouvant être impliquée lors d'une intervention par la mise en place d'un périmètre de sécurité en liaison avec les forces de police. S'assurer que les autorités de police ou de gendarmerie sont alertées et ont connaissance du risque.

CONDUITE DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour objectif de :

➤ Faire un bilan permettant d'évaluer le degré d'urgence

Pour faire ce bilan il faut tenir compte des éléments de danger de la situation en cours et des éléments de danger propre au patient.

▪ Éléments de danger :

- Problèmes médicaux coexistant avec les troubles du comportement
- Menaces verbales et gestuelles

- Patient hors de contrôle
- Patient ayant fait un passage à l'acte violent
- Patient armé
- Environnement dangereux avec objets pouvant être utilisés de façon dangereuse
- Patient a tenté ou menacé de se suicider

▪ **Éléments de pathologie mentale**

- Etat de conscience
- Orientation dans l'espace et le temps
- Attention et concentration
- Élément du jugement
- Hallucinations visuelles ou auditives
- Sensations corporelles inhabituelles
- Apparence extérieure : net, propre, sale, désordonné, bizarre, inappropriée
- Comportement : prostré, agité, menaçant, étrange
- Activités motrices : grimaces, tics, tremblements
- Discours : volubile, muet, murmuré, fort, incompréhensible,
- Idées : bizarres, curieuses, loufoques, mystiques
- Etat émotionnel : angoisse, calme, absent, agité

➤ **EN PRATIQUE**

Réaliser les gestes de secours vitaux classiques si la victime est consentante et se laisse faire sans danger, sinon :

- **Essayer de déterminer un espace sécurisé pour réaliser l'examen si la victime est opposante**
- **En attendant l'arrivée des autorités de police ou gendarmerie, surveiller l'environnement, enlever tout objet pouvant être dangereux et instituer un périmètre de sécurité**
- **Recueillir toutes les informations qui ont conduit à la situation de crise**
- **Chercher à déterminer si la victime présente des problèmes médicaux ou traumatiques**
- **Prendre toute tentative de suicide au sérieux et ne pas laisser la personne seule sans surveillance**
- **Demander l'aide des parents, amis et connaissances du patient mais en écartant toute personne impliquée dans une dispute domestique**
- **Essayer d'établir un contact rassurant avec la victime sans lui mentir, ne décevez pas une personne émotionnellement perturbée, se présenter comme Sapeurs-Pompiers venus l'aider et lui porter secours, parler doucement, poser des questions courtes**
- **Il vaut habituellement mieux qu'une seule et même personne parle avec le patient, l'intervention de plusieurs sauveteurs peut être perçue comme menaçante, celui qui a le meilleur contact initial doit essayer de conserver ce contact le plus longtemps**
- **Ne vous mettez jamais dans une position sans retraite possible, ne tournez pas le dos au patient, ne faites pas de geste menaçant**
- **En cas d'échec, faire maîtriser le sujet par les forces de l'ordre, fixer le sujet couché sur le dos sur le brancard avec des liens spécifiques**

① **Bilan au Médecin-régulateur du SAMU** ①

**Uniquement sur décision médicale sédation par voie intra-musculaire stricte LOXAPAC ®
2 à 5 ampoules en fonction du poids de la victime et de l'état d'agitation**

Attention *il est extrêmement dangereux de coucher une personne agitée sur le ventre, de comprimer son thorax, d'utiliser un coussin sur la tête, d'entraver les mains dans le dos ; toutes ces manœuvres entraînent une hypoxie qui peut se traduire par un arrêt cardiaque notamment chez un patient sous l'effet de drogues.*

Sauf dérogation exception dûment justifiée les malades mentaux ne sont pas conduits directement en service de psychiatrie mais sont admis au CH de secteur pour une évaluation somatique, le transfert secondaire est réalisé ultérieurement par un vecteur privé.

DOULEURS ABDOMINALES AIGUES

L'attitude sera fonction de la gravité immédiate

Patient en état de choc

Polypnée

TA fortement diminuée par rapport à la tension habituelle, ou différentielle pincée

Pouls mal perçus, filants, accéléré

Sueurs

Marbrures

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

→ En attendant l'arrivée des renforts :

- **Oxygéner 10 l/mn**
- **Poser une voie d'abord ou 2 si possible**
- **Lutter contre l'état de choc** en perfusant du NaCl (1000 à 2000 ml en 20 mn chez l'adulte, 20 ml/kg en 20 mn chez l'enfant)
- **Scoper le patient**
- **Surveiller** le patient (risque d'arrêt cardio-circulatoire)

Si la situation paraît moins grave

- **Il existe une notion de traumatisme abdominal** dans les heures précédentes :
 - ➔ **En plus des douleurs abdominales**, le ventre n'est pas parfaitement souple, on retrouve une contracture de la paroi abdominale ou une défense à la palpation,
Attention au risque hémorragique intra abdominal ! !
On peut alors craindre une hémorragie interne (rate , foie ,)

① Pré-bilan ou bilan de situation au SAMU ①

- **Poser une voie d'abord** de gros calibre et mettre du NaCl
- Oxygéner**

▪ Dans un contexte uniquement médical

Interroger le patient : antécédents, grossesse en cours
Prendre la tension artérielle aux 2 bras,
Vérifier les pouls bilatéraux,
Prendre la température,
ECG au moindre doute, avec télétransmission

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

Assurer la prise en charge médicale en accord avec le médecin régulateur

Les pièges

- chute de tension + nausée , vomissements, attention à l'IDM
- douleur abdominale + grossesse 1^{er} trimestre : GEU jusqu'à preuve du contraire

SE MEFIER

De :

- Dissection aortique ou fissuration d'un anévrysme aortique
- Irradiation abdominale haute d'une douleur d'origine cardiaque
- Grossesse extra-utérine

Ne jamais donner d'antalgiques qui risqueraient de masquer certains signes et gêner la surveillance, avant l'avis du régulateur

PURPURA FULMINANS - MENINGITE A MENINGOCOQUE

➤ DEFINITION

Tout malade présentant:

- ❑ Des signes infectieux
- ❑ Des signes méningés
- ❑ Un purpura comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 mm

➤ CONDUITE A TENIR

① Bilan au Médecin-régulateur du SAMU ①

- ❑ **Injection immédiate si possible d'une antibiothérapie**
 - CEFTRIAXONE [Rocéphine] 50 à 100 mg / kg IM chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1g, 1 à 2g chez l'adulte
 - AMOXICILLINE [Clamoxyl] 25 à 50 mg / kg IV chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1g et 1g chez l'adulte, à répéter dans les 2 heures qui suivent la première injection
- ❑ **Oxygénation et lutte contre l'état de choc avec remplissage vasculaire**
 - utilisation de la voie osseuse chez le nourrisson en l'absence de voie veineuse périphérique

➤ TRANSPORT ET HOSPITALISATION

Le malade doit être transféré d'urgence dans un service de soins intensifs :

- Réanimation médicale des CH PASTEUR Colmar ou CH MULLER Mulhouse pour les adultes
- Réanimation pédiatrique pour les nourrissons et enfants Hôpital du Parc Colmar ou CH Hasenrain Mulhouse

L'intervention d'une équipe médicalisée expérimentée est justifiée sous réserve que son délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes.

Organiser une convergence si le délai du SMUR est supérieur.

Dans tous les cas le Centre 15 alerte l'hôpital receveur qui prépare l'accueil.

➤ PROPHYLAXIE DES INTERVENANTS

Le chef d'agrès communique la liste des intervenants au CODIS 68. Le médecin réalisant l'intervention ou le médecin régulateur alerte le médecin coordinateur de groupement ou à défaut le médecin chef. Ceux ci mettent en place une prophylaxie des intervenants par **RIFAMPICINE®** qui est réalisée **uniquement après confirmation qu'il s'agit bien d'un méningocoque par l'hôpital.**