

JOURNÉES THÉMATIQUES INTERACTIVES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE

URGENCES VITALES : GESTION DE LA PREMIÈRE HEURE

16.17.18
OCTOBRE
2024

RENNES

COUVENT DES JACOBINS
Centre des congrès
de Rennes Métropole

www.jti.sfm.u.org



CMU
BRETAGNE



❖ Atelier 5 - Pathologies circonstancielles

Session de 9h30 à 10h15

Électrisation – Delphine Douillet (30 min +15)

Session de 10h45 à 12h15

Noyade – Thibaut Markarian (30 min + 15)

Coup de Chaleur – Steven Lagadec (30 min +15)

Session de 14 heures à 15h30

Brulures – Delphine Douillet (30 min +15)

Hypothermie accidentelle – Steven Lagadec (30 min +15)

Session de 16 à 17h

Crush syndrome – Thibaut Markarian (20 min + 10)

Pendaison – Thibaut Markarian – Delphine Douillet - (20 min + 10)



Coup de chaleur

Points clés

- Le coup de chaleur est une urgence vitale qui doit être systématiquement suspectée en présence d'une température supérieure ou égale à 40°C associée à un trouble neurologique survenant lors d'un effort physique ou dans un environnement chaud.
- On distingue le coup de chaleur d'exercice survenant au décours d'un effort physique, du coup de chaleur environnemental qui résulte de l'exposition prolongée à des températures ambiantes élevées.
- A la phase initiale, le coup de chaleur d'exercice et environnemental ont en commun de nombreux signes cliniques, notamment dans les formes graves et doivent profiter du même traitement sur la première heure.
- La surveillance thermométrique de référence s'effectue en rectale.

Coup de chaleur

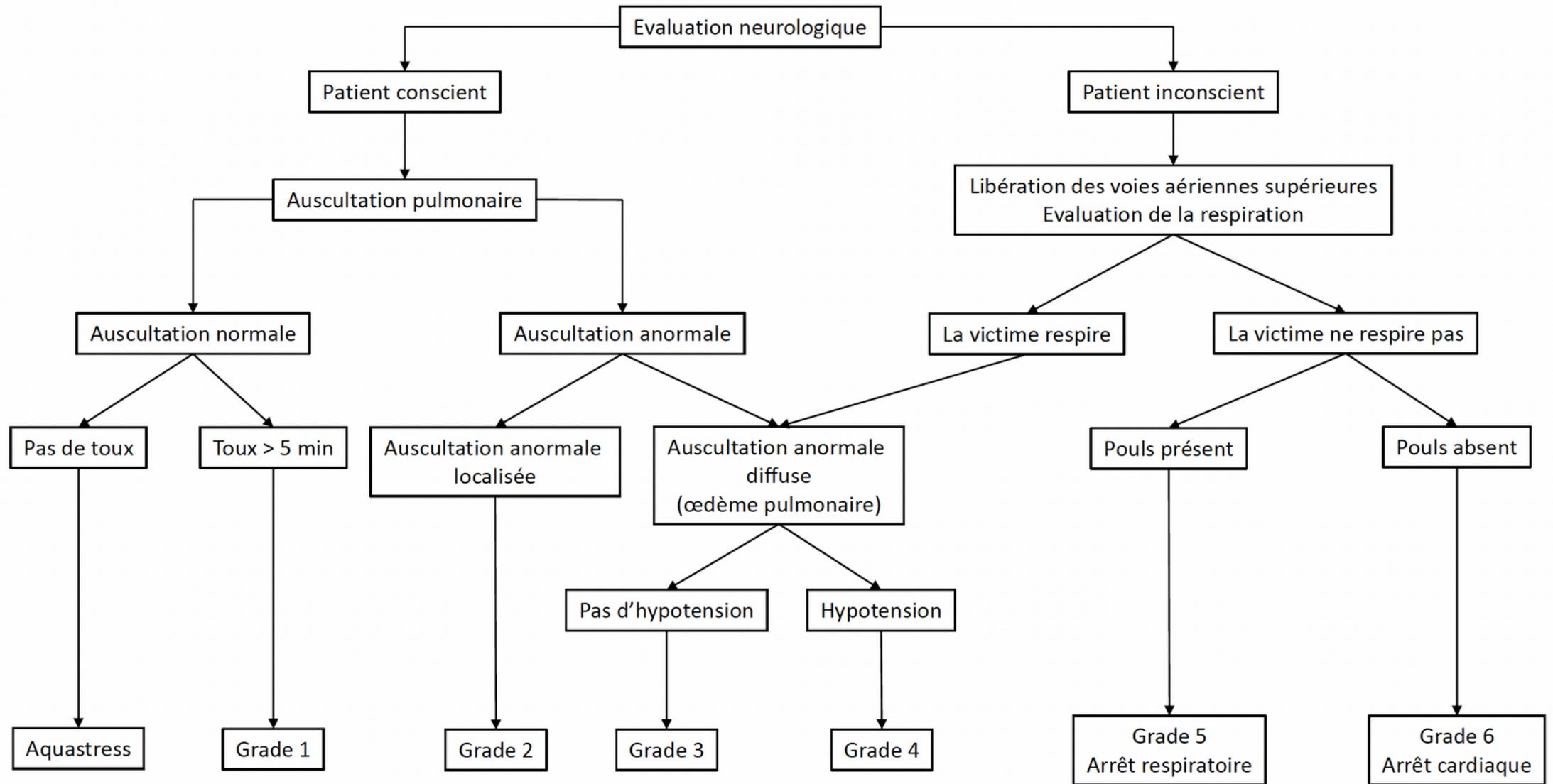
- En l'absence de mesure thermométrique fiable, la survenue d'un trouble neurologique dans un contexte de forte chaleur ou d'effort intense doit faire débiter le refroidissement.
- Un pronostic favorable repose sur une reconnaissance rapide et un refroidissement par immersion en eau froide dans les 30 minutes.
- Le refroidissement doit permettre une défervescence thermique rapide $< 0,1 \text{ }^\circ\text{C/minute}$ idéalement $0,3 \text{ }^\circ\text{C/minute}$ en fonction du matériel à disposition, de la rapidité de mise en œuvre et des compétences du personnel impliqué.
- L'immersion en eau froide demeure la méthode de refroidissement de référence cependant aucune méthode n'est à exclure en première intention si cette dernière n'est pas réalisable.
- En préhospitalier le refroidissement prime sur le transport « stay and cool ».

Noyade

Points clés

- L'insuffisance respiratoire aiguë est au cœur de la physiopathologie
- Une prise en charge précoce améliore le pronostic vital et fonctionnel
- La réanimation d'un noyé doit débuter par 5 insufflations ou 5 ventilations
- Les patients victimes de noyade en détresse respiratoire aiguë doivent être prise en charge par un SMUR
- La ventilation non-invasive en mode CPAP semble être particulièrement efficace en présence d'une détresse respiratoire isolée
- Le pronostic d'un patient noyé est essentiellement lié à l'atteinte cérébrale secondaire

Noyade



Syndrome d'écrasement

Points clés

- Le temps passé sous les décombres est fortement associé à la mortalité et morbidité
- Les victimes de syndrome d'écrasement doivent être considérées comme des traumatisés sévère
- La réanimation liquidienne intraveineuse est primordiale et doit être débutée avant l'extraction de la victime si possible. Elle doit être poursuivie tout au long de la prise en charge du patient.
- Le contrôle des hémorragies, la gestion des voies aériennes, la prise en charge de l'hypovolémie et de l'hypothermie doivent être débutés le plus précocement possible
- La pose d'un garrot est à envisager avant l'extraction uniquement si le temps de piégeage est supérieur à 2 heures et que la réanimation liquidienne est impossible
- L'hyperkaliémie est fréquente et est fortement associée à la mortalité. Elle doit par conséquent être systématiquement recherchée et traitée sans délais.