

Prise en charge de l'EMEC en Pré-hospitalier et aux urgences

Ben Othmane ElMoez

Service des urgences-Hopital Mongi Slim

Vous êtes le médecin régulateur

- On vous transfère un appel
- L'appelant c'est la maman d'une jeune fille de 19 ans,
- Motif : malaise et mousse aux lèvres

Quels sont les éléments à préciser lors de l'interrogatoire?

Les éléments pertinents

- Description des symptômes:
 - ✓ Heure de Début des symptômes
 - ✓ Présence ou non d'un témoin
 - ✓ Perte brutale de la conscience
 - ✓ Mouvements tonico-cloniques/ cloniques/toniques
 - ✓ Durée des mouvements
 - ✓ Nombres de crises
 - ✓ Retour à un état de conscience normal entre les crises.
- Notion de crise antérieure similaire.

- Atcds(épilepsie connue, dossier et suivi chez un neurologue ou une consultation externe d'un hôpital, diabète, pathologies cardiovasculaires, Atcds familiaux de mort subite).
- Médicaments: benzodiazépines, IRS, ADT, neuroleptiques; antiépileptiques, insuline.
- Observance du traitement AE ou Atcds de TS médicamenteuse.
- Toxicomanie/ Sevrage.
- Recherche de notion de traumatisme crânien , fièvre, céphalées

Vous posez le diagnostic d'EME

- A. Vous demandez à la maman de laissez sa fille se reposer , car elle va se réveiller!
- B. Vous transférez l'appel a la PC
- C. Vous lui demandez de l'amener à l' hôpital le plus proche par leur propre moyen(puisque la famille est motorisée).
- D. Vous envoyez une ambulance type B(Ambulancier+ bouteille d'oxygène)
- E. Vous déclenchez le SMUR le plus proche.

Pour le Pré-hospitalier

- C'est une URGENCE VITALE=Déclencher SMUR
- Sa prise en charge commence dès la réception de l'appel au niveau du centre de réception et de régulation des appels(CRRA).
- La médicalisation de la régulation d'un appel pour cette urgence influe directement sur la qualité de la décision. Elle permet la meilleure adéquation entre la réponse et le motif de recours.
- C'est le premier maillon de la chaîne de soins.

Sur les lieux, le rôle du médecin

- Approfondir et affiner l'interrogatoire.
- Procéder à un examen somatique complet avec une évaluation du score de Glasgow, état des pupilles, recherche de signes de localisation, recherche de sd méningé
- Relevez les paramètres vitaux (GAD+++)
- Faire un ECG.
- Recherche sur les lieux d'un facteur déclenchant évident(emballage vide, intoxic CO, seringue vide)
- Faire un bilan au CRRA.

Prise en charge symptomatique

- Oxygénothérapie
- Deux VVP de bon calibre
- Canule de Guedel
- Si vomissements =>mettre le patient en PLS
- Aspiration des sécrétions
- Démarrer un remplissage si hypoTA.

Sécurité du transport+++

- Le transport du malade ne se fait qu'après stabilisation de son état.
- Protéger le patient de chute ou du traumatisme pendant les crises.
- Installer le patient en position demi-assise au cours du transport.

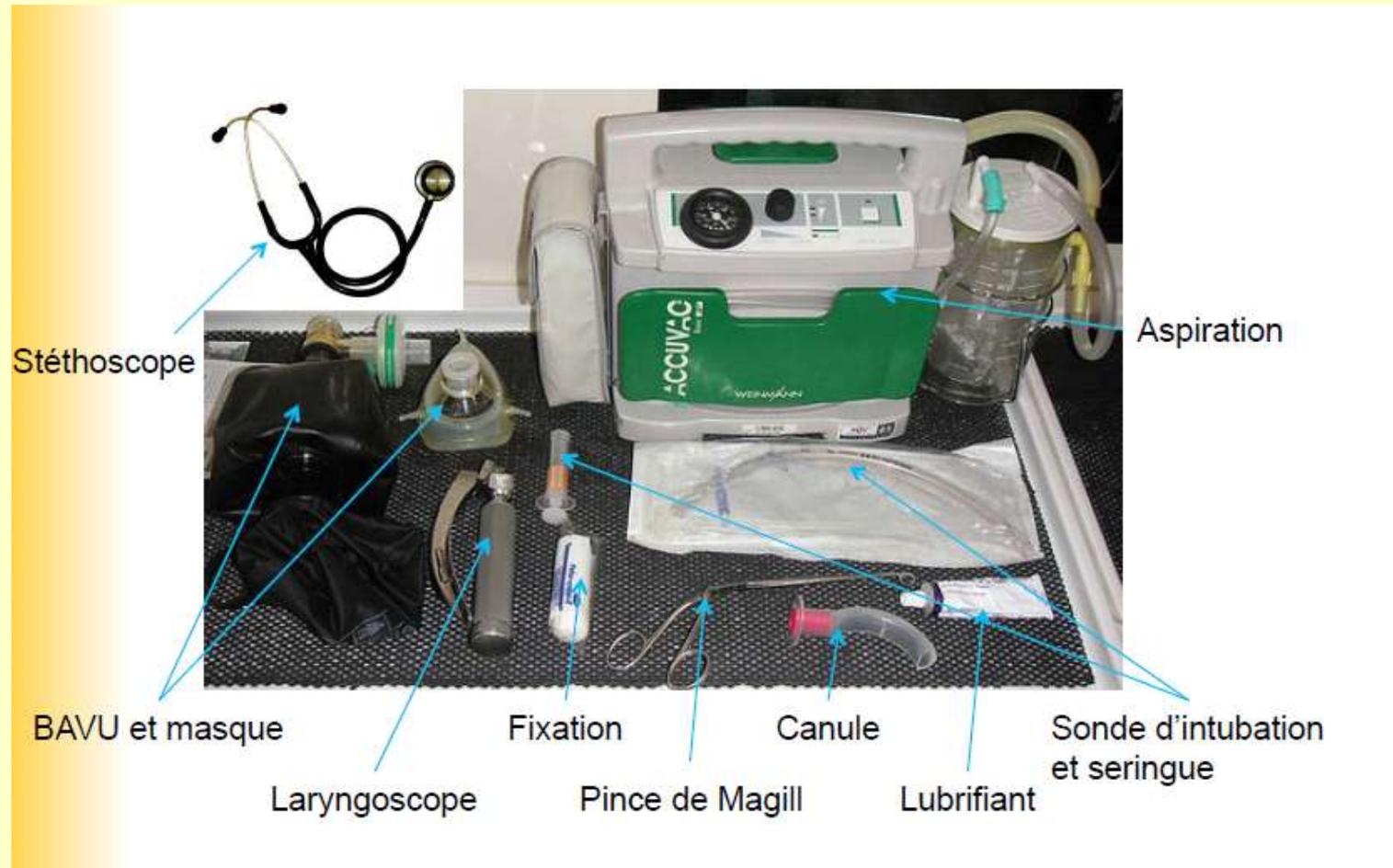
Protection des voies aériennes

- L'intubation ne doit pas être envisagée systématiquement mais s'impose lorsque la sécurité du patient est en jeu.
- Indications large de l'IOT si:
 - ✓ Encombrement trachéal malgré aspiration.
 - ✓ Vomissements.
 - ✓ Hypoxémie non corrigée par l'apport de l'oxygène.
 - ✓ Contexte d'intoxication au CO.
 - ✓ Contexte d'intoxications médicamenteuses potentiellement grave(ADT, cardiotropes....)
 - ✓ Etats de choc sous vasopresseurs.
 - ✓ EMEC suite à un traumatisme crânien.

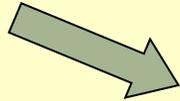
L'intubation oro-trachéale

- C'est une intubation à estomac plein.
- L'induction à séquence rapide (hypnotique + curare) est la technique de sédation pour intubation.
- Monitoring minimum (TA, Fc, SpO₂).
- Manœuvre de Sellick +++

Matériels nécessaires à l'intubation



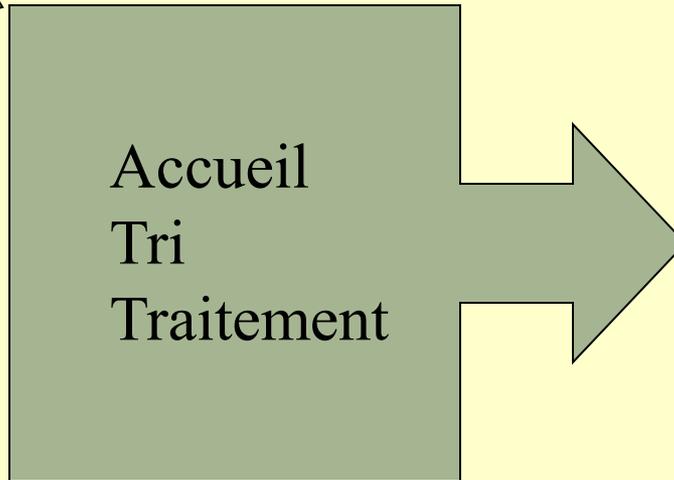
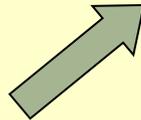
PC
Ambulances



Patients



SAMU
SMUR



Orientation

Accueil du patient aux urgences

- Quelque soit le mode d'arrivée d'un malade, l' infirmière d'accueil et d'orientation doit procéder à son tri(classer sa priorité de passage).
- Dans cette situation clinique ; il s'agit d'un **Tri 1** c'est-à-dire qu'il est prioritaire .

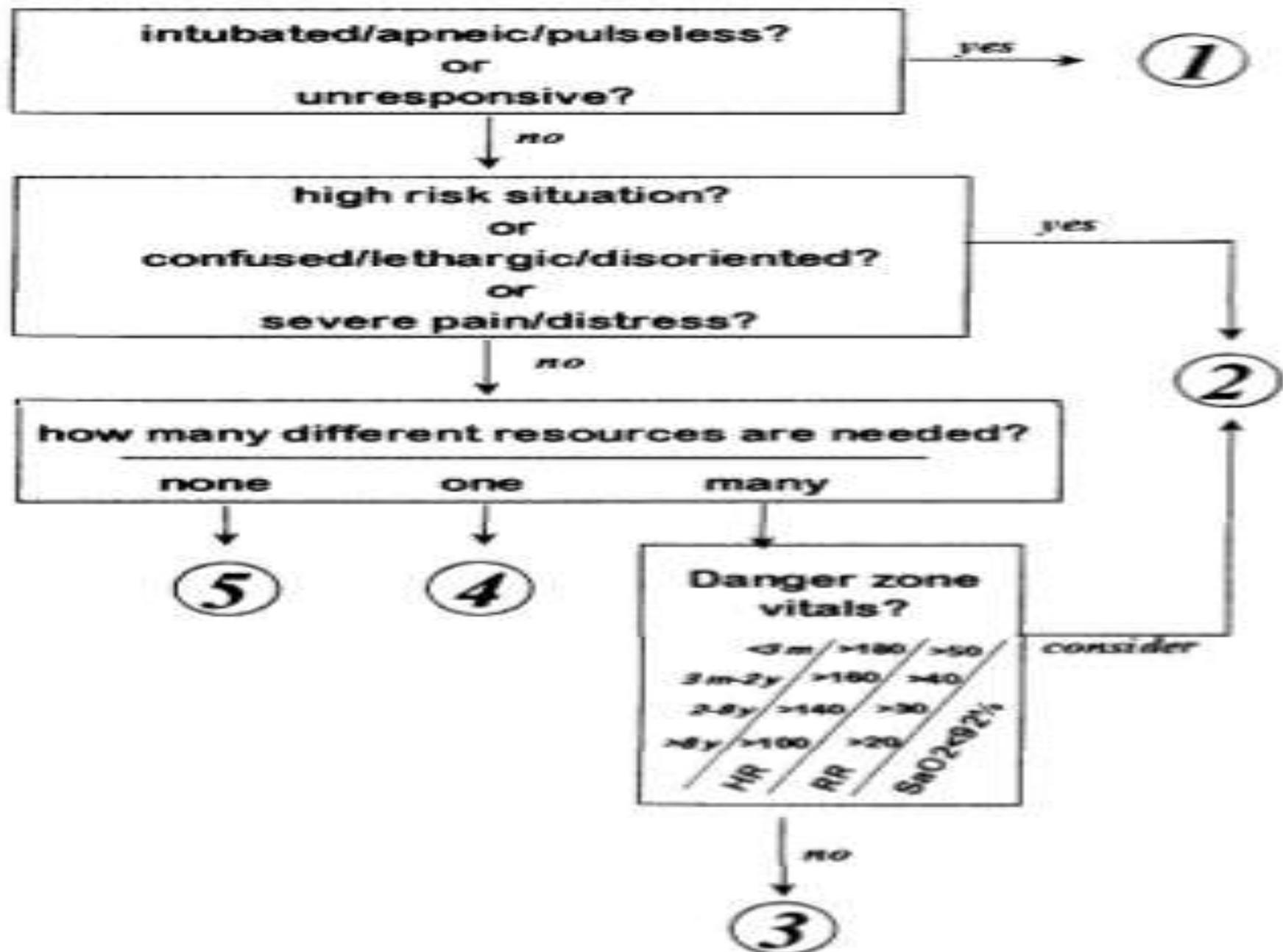
Canadian Triage and Acuity Scale: Level 1

Triage Level	Acuity level	Time to physician	Usual presentation	Sentinel diagnoses
Level I	Resuscitation	Immediate	Code arrest Major shock Shock states Near-fatal asthma Severe respiratory distress Altered mental state (unconscious or delirious)	Traumatic shock Pneumothorax (traumatic or tension) Facial burns with airway compromise Severe burns > 30% body surface area Overdose with hypotension or unconsciousness AMI with complications (CHF or hypotension) Status asthmaticus Head injury (major or unconscious) Status epilepticus

Australian Triage Score: Level 1

ATSCategory	Response	Description of Category	Clinical Descriptors (indicative only)
Category 1	<p>Immediate</p> <p>simultaneous</p> <p>assessment and treatment</p>	<p>Immediately Life-Threatening</p> <p>Conditions that are threats to life (or imminent risk of deterioration) and require immediate aggressive intervention.</p>	<p>Cardiac arrest</p> <p>Respiratory arrest</p> <p>Immediate risk to airway - impending arrest</p> <p>Respiratory rate <10/min</p> <p>Extreme respiratory distress</p> <p>BP < 80 (adult) or severely shocked child/infant</p> <p>Unresponsive or responds to pain only (GCS < 9)</p> <p>Ongoing/prolonged seizure</p> <p>IV overdose and unresponsive or hypoventilation</p> <p>Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence</p>

ESI Triage Algorithm



Installation du patient

- Installation à la SAUV.
- Oxygénothérapie
- Scoper le patient
- Faire GAD
- Aviser immédiatement le médecin.

Qui fait Quoi?

- La prise en charge du malade admis pour EME doit être protocolisée ou tout élément de l'équipe soignante sait ce qu'elle devrait faire.

Taches de l'infirmière dans la SAUV

- Pouls, TA, FR, température,
- Mettre des Barrières de protection
- Canule de Guedel
- 2 voie veineuse périphérique (cathlon vert ou gris).
- Si hypoglycémie: Resucrage par G30% 1 à 2 amp IVD et perfusion de G10% et Contrôle du dextro
- NFS, TP, TCA, CRP, Iono, urée, créatinine, calcémie.
- En fonction du contexte : taux sérique des anticomitiaux, b-HCG, alcoolémie, hémoculture, HbCO
- E.C.G.

Taches du médecin

- Evaluer Glasgow.
- LVAS.
- Chercher signes de fracture ou contusion et Chercher signes de localisation.
- Prescription VVP et bilan
- Chercher un trouble ionique et en fonction du contexte un foyer infectieux, un sous dosage des anti-comitiaux, une intoxication au CO , un sevrage ou une intoxication médicamenteuse, ...
- Analyser l'ECG à la recherche d'un trouble du rythme ou de la conduction, allongement du QT.

Imagerie en urgence

- Scanner cérébral sans \pm avec PdC si
 - ✓ signes de localisation
 - ✓ crise initiale partielle (clinique et électrique)
 - ✓ notion de traumatisme crânien
 - ✓ notion de néoplasie
 - ✓ notion d'immunodépression (VIH, corticothérapie. . .)
 - ✓ cause demeurant obscure
 - ✓ âge > 40 ans
 - ✓ nécessité de PL

Recommandations formalisées d'experts
Réanimation, Revue neurologie, janvier 2009

PL en urgence

- Ponction lombaire si :
 - ✓ contexte infectieux (fièvre...)
 - ✓ immunodépression (VIH, corticoïde)
 - ✓ recherche étiologique négative
- Sans retarder le traitement anti-infectieux
- NB:pléiocytose modérée 15-20 % des cas, hors infection

Recommandations formalisées d'experts
Réanimation, Revue neurologie, janvier 2009

ATB avant PL si :

- *Purpura Fulminans*
- PL ne pouvant être pratiqué dans les 90mn
- Contre-indication à la PL:
 - 1) Troubles de l'hémostase
 - 2) Instabilité hémodynamique
 - 3) Risque élevé d'engagement.

Conclusion

- La médicalisation de la prise en charge pré-hospitalière de l'EME est un élément incontournable pour améliorer le pronostic de l'EME.
- La traitement symptomatique selon un protocole écrit est une pierre angulaire au cours de la prise en charge de l'EME.
- Il est mis en route simultanément avec le traitement spécifique.