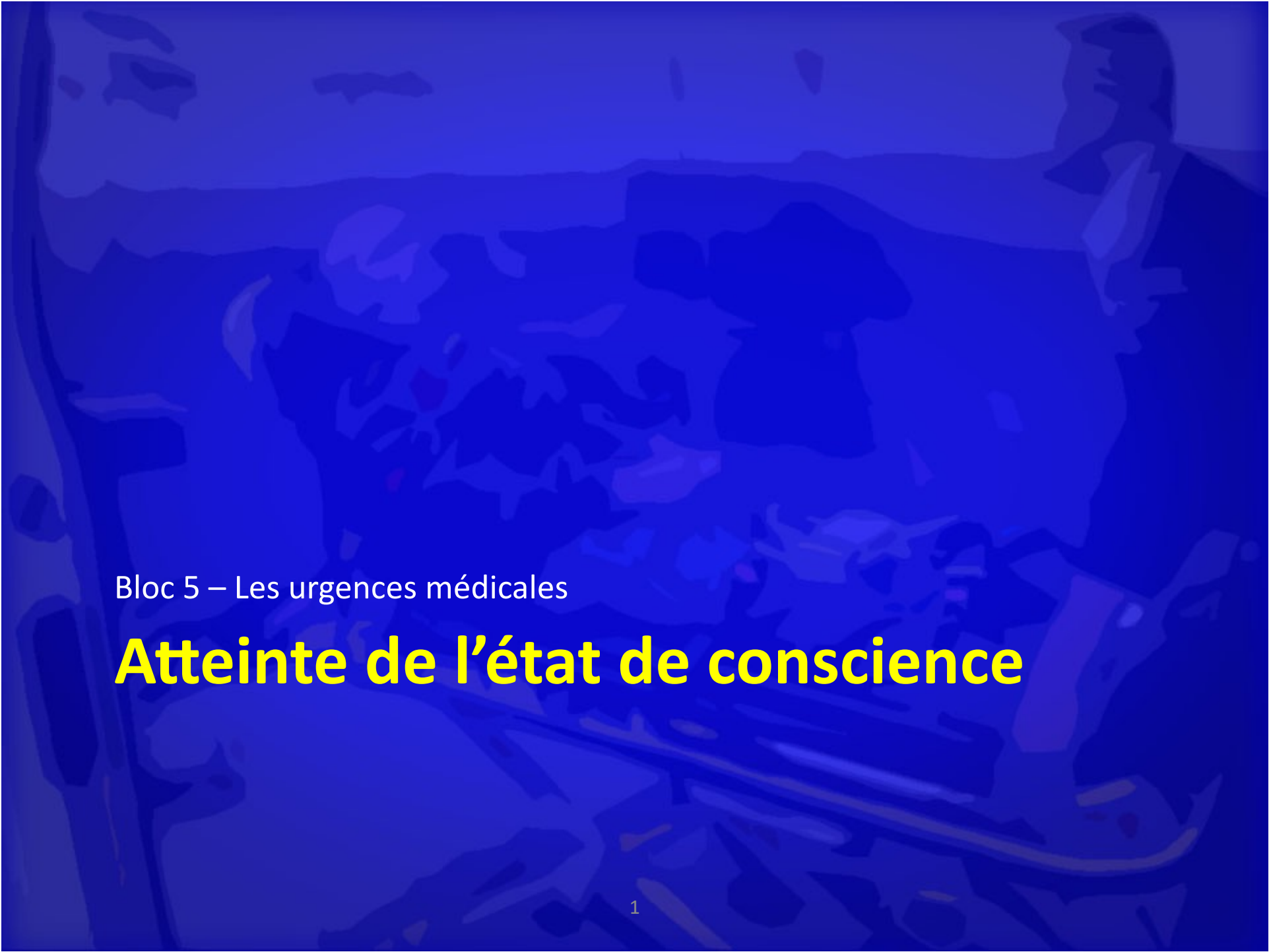


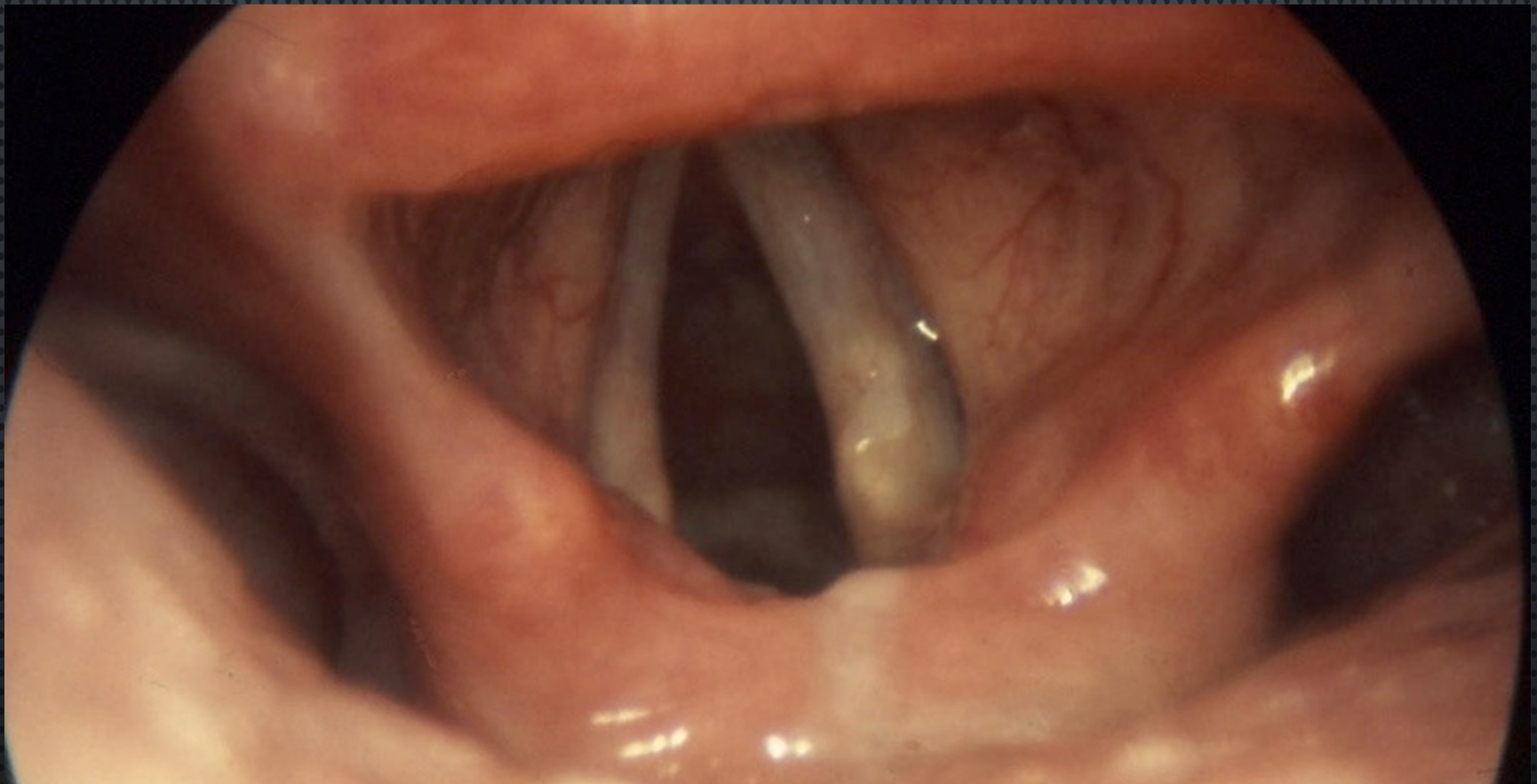


Bloc 5 – Les urgences médicales

Atteinte de l'état de conscience

VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

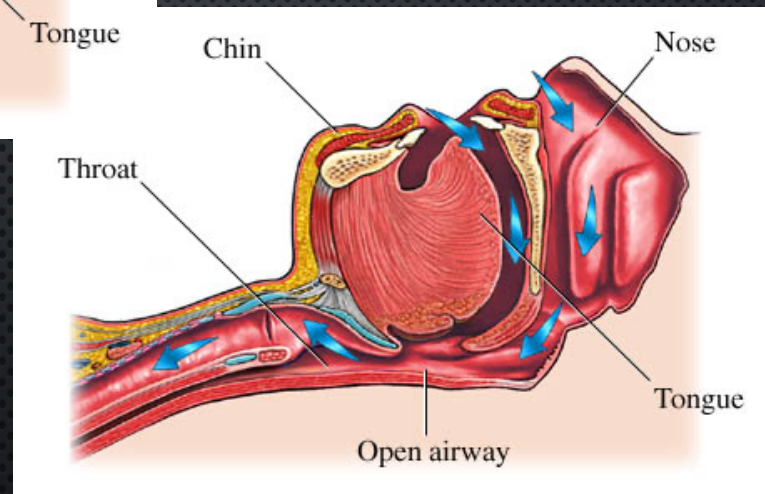
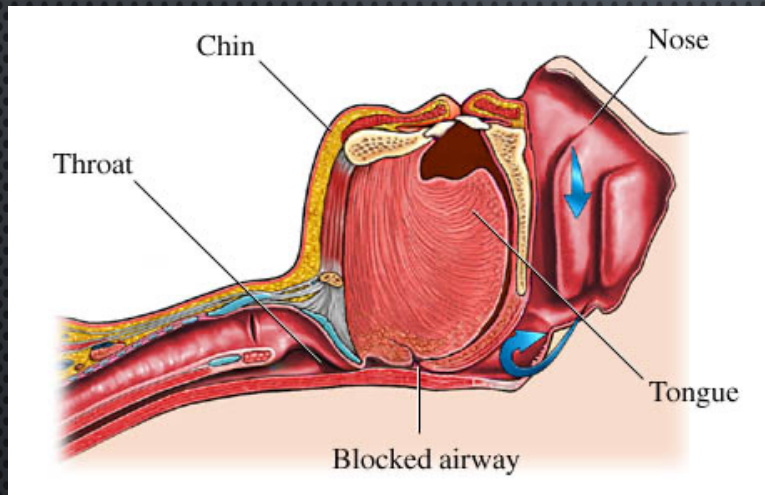




BRUIT TYPIQUE À L'OBSTRUCTION GRADUEL DES VOIES AÉRIENNES



VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

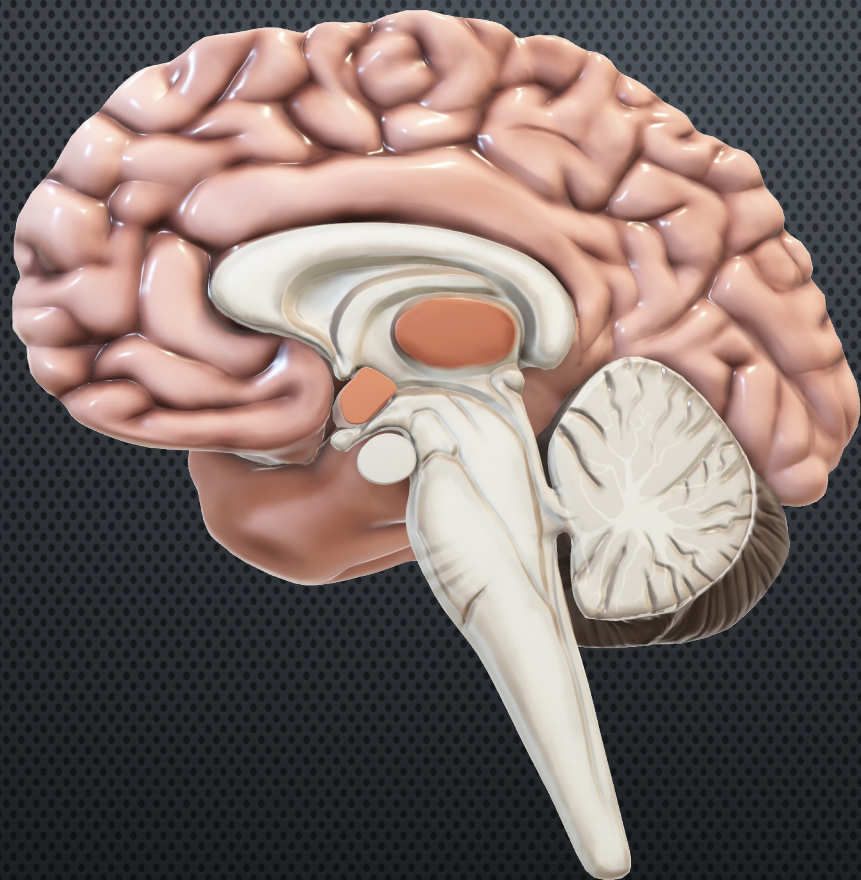


ANATOMIE / PHYSIOLOGIE DU SN

PAGE 11, 12



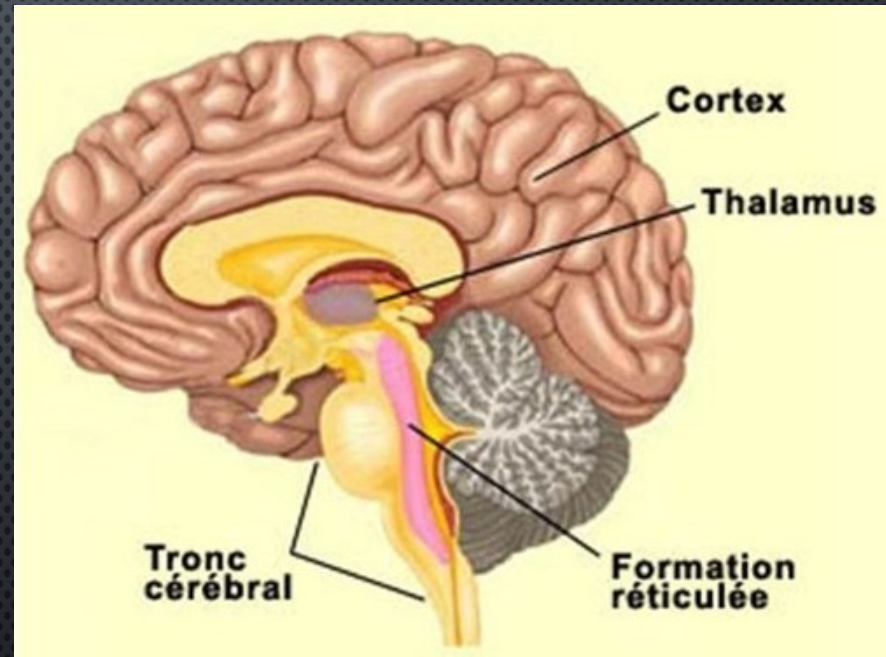


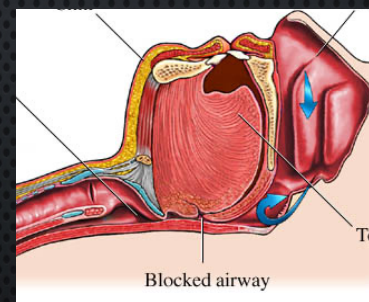
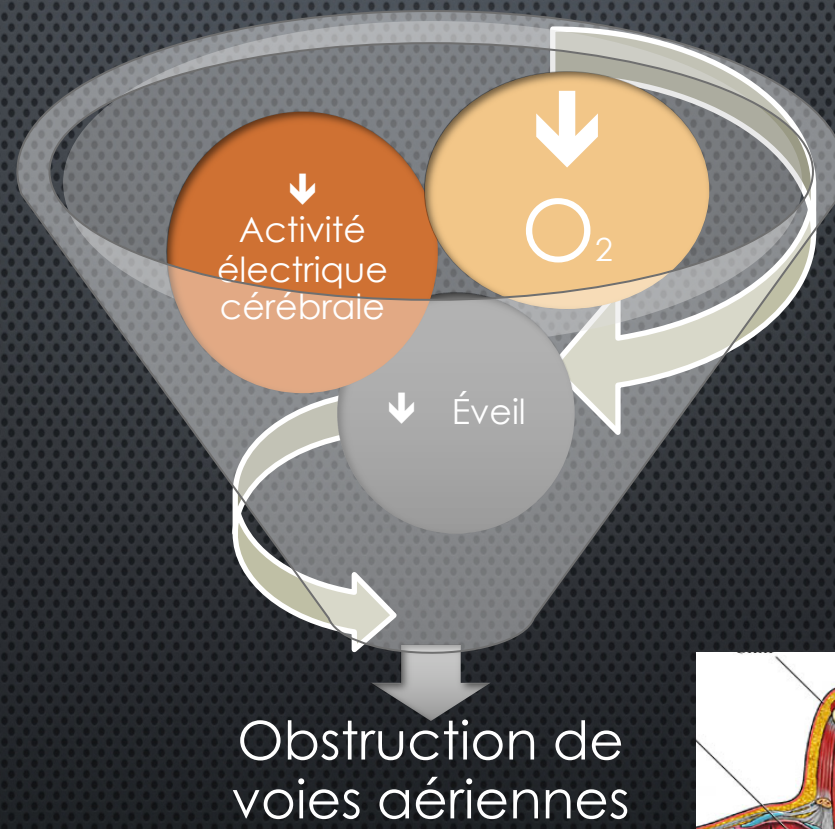




DÉFINITION ET PHYSIOPATHOL OGIE

- LE SYSTÈME RÉTICULAIRE ACTIVATEUR ASCENDANT (SRAA) ET LE CORTEX CÉRÉBRAL SONT ESSENTIELS.
- UNE ATTEINTE DU SRAA OU DU CORTEX ENTRAÎNE UNE PERTURBATION DE LA CONSCIENCE.





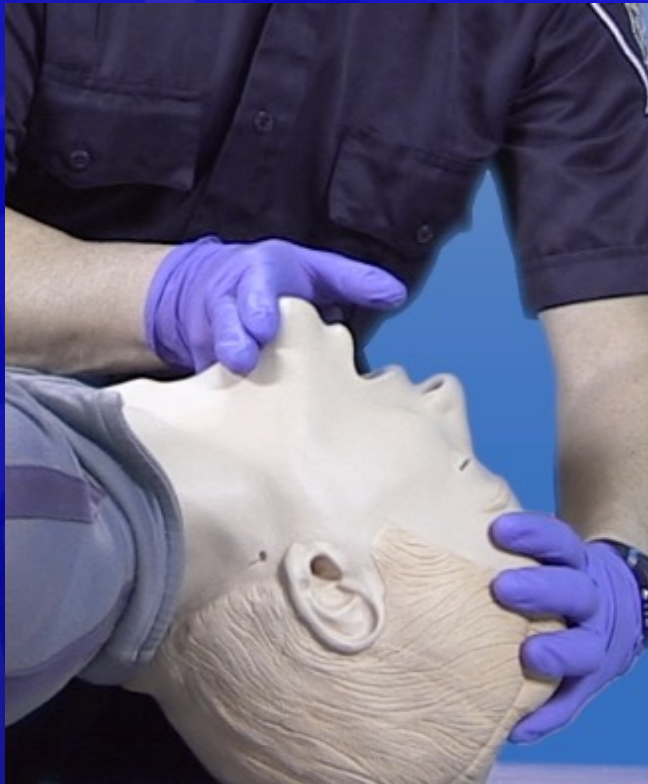
Atteinte de l'état de conscience

L'échelle « AVPU » :

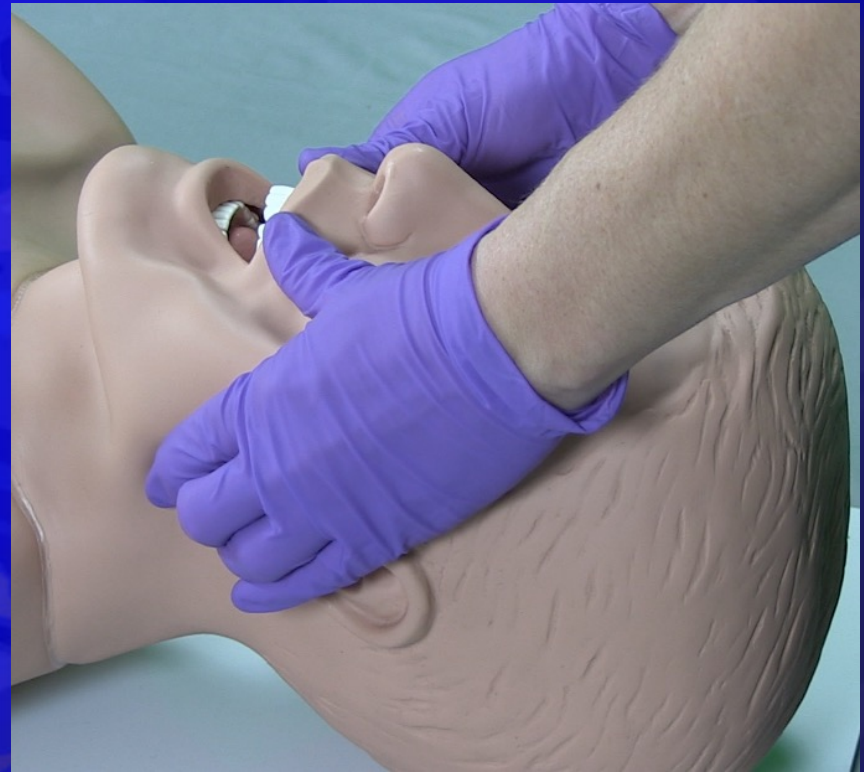
- « A » (*Alert*) : Alerte;
- « V » (*Verbal*) : Réagit aux stimuli verbaux;
- « P » (*Pain*) : Réagit aux stimuli douloureux;
- « U » (*Unresponsive*) : Aucune réaction.

Techniques manuelles d'ouverture des voies respiratoires

Bascule de la tête et
soulèvement du menton



Subluxation de la mâchoire



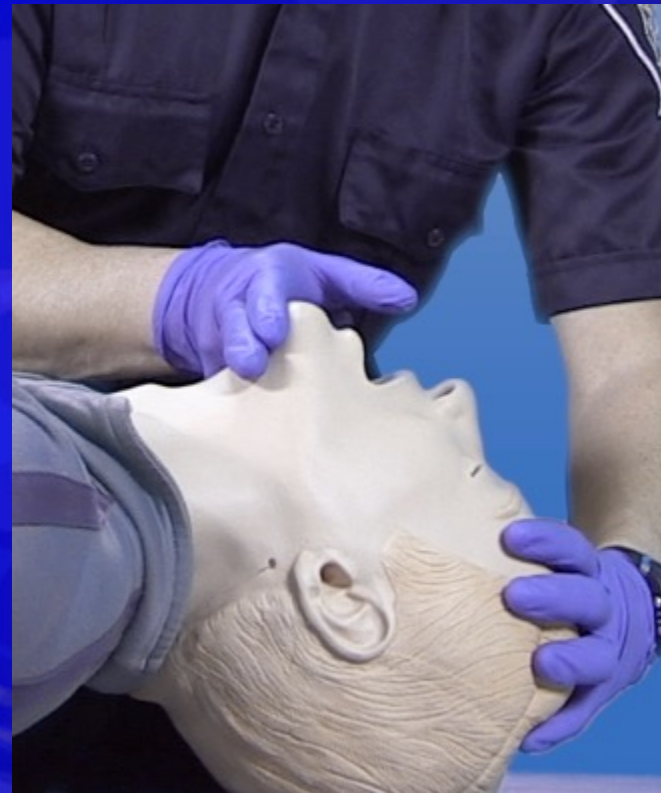
Bascule de la tête avec soulèvement du menton

Permet de :

- Prévenir l'obstruction des voies respiratoires par l'affaissement de la langue lors d'une atteinte de l'état de conscience.

Contre-indication :

- Suspicion de traumatisme à la colonne vertébrale.



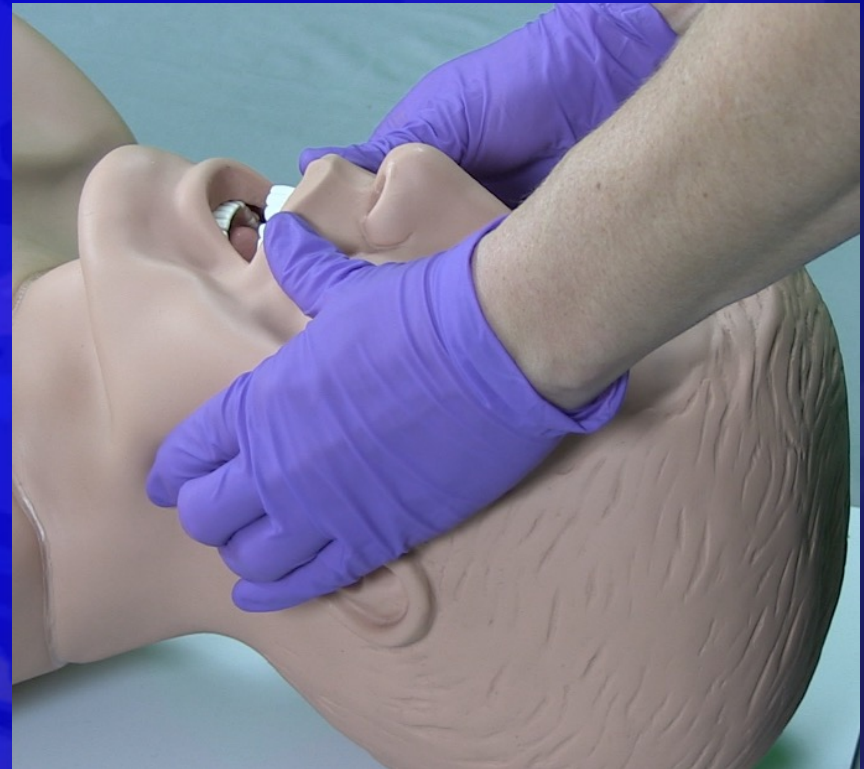
Subluxation de la mâchoire

Permet de :

- Prévenir l'obstruction des voies respiratoires par l'affaissement de la langue lors d'une atteinte de l'état de conscience.

Contre-indication :

- Aucune.



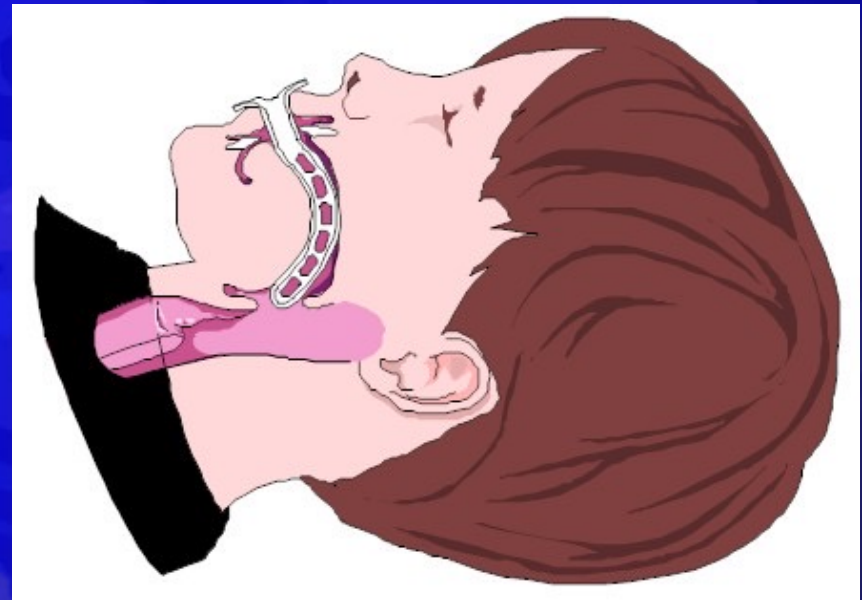
Canule oropharyngée

Permet de :

- Maintenir les voies respiratoires par l'affaissement de la langue lors d'une atteinte de l'état de conscience, une fois dégagées.

Contre-indications :

- Obstruction des voies respiratoires;
- Présence du réflexe de gag.



Canule nasopharyngée

Permet de :

- Maintenir les voies respiratoires par l'affaissement de la langue lors d'une atteinte de l'état de conscience en présence d'un réflexe de gag, une fois dégagées.

Contre-indication :

- Aucune.



Assistance ventilatoire

Masque de poche



Ballon ventilatoire



Atteinte de l'état de conscience

Indication

Présence d'une altération de l'état de conscience (V-P-U)

Objectifs

- Assurer le dégagement des voies respiratoires.
- Identifier la présence de signes ou symptômes pouvant orienter l'intervenant vers un autre protocole plus spécifique.
- Assurer la prise en charge par les paramédics.

- Position confortable ou décubitus dorsale
- Assurer le dégagement des voies respiratoires
 - Si requis, **prioriser** le dégagement manuel des voies respiratoires
 - Au besoin, utiliser une canule nasopharyngée ou oropharyngée selon le niveau de conscience.
- Toujours être prêt à succionner les voies respiratoires.
- Appliquer de l'oxygène avec un masque à haute concentration chez les patients qui ont un état d'éveil à **P-U**. Pour les autres, ajuster la FiO2 en fonction des la saturométrie ou les exceptions prévues au protocole.
- Examen spécifique : La glycémie doit être prise seulement si aucune autre intervention n'est prioritaire, en attente des paramédics. (Aucune solution glucosée ne sera administrée nonobstant la valeur de la glycémie) .

Considérer

- ACR
- AVC
- Anaphylaxie
- Convulsions
- Intoxication à des matières dangereuses ou volontaire
- Obstruction des voies respiratoires / insuffisance respiratoire
- Problème cardiaque (arythmie)
- Problème diabétique
- Blessures traumatiques



Appel et transfert au service ambulancier

Obligatoire dans tous les cas.

L'évacuation vers un point de rencontre ne doit se faire que si l'accès aux paramédics est compliqué ou non sécuritaire.



Syncope / quasi

Définition et Caractéristiques Générales

La syncope est définie comme une "perte de conscience soudaine et transitoire (généralement moins de 5 minutes) qui se résorbe de façon spontanée sans intervention médicale" (p. 166). Elle se distingue du vertige, des convulsions et des altérations de l'état de conscience par son caractère transitoire et la récupération spontanée.

Une quasi-syncope est une perte de tonicité posturale avec la sensation imminente d'évanouissement, sans perte de conscience. Ces deux épisodes partagent la même physiopathologie et comportent les mêmes risques.

Syncope / quasi

Physiopathologie

La syncope est principalement causée par une "diminution de la perfusion sanguine cérébrale" (p. 166). Cette réduction peut être due à un manque d'oxygène ou de glucose, ou à une interruption de l'approvisionnement sanguin au cerveau.

Syncope / quasi

- **Circulatoire cardiaque :**
 - **Obstructive :** Réduction du débit cardiaque par des obstacles (ex : sténose des valves cardiaques, syndromes coronariens aigus, cardiopathies) (p. 168).
 - **Dysrythmie :** Bradycardie ou tachycardie (ex : bloc auriculo-ventriculaire, fibrillation auriculaire) (p. 168).
- **Circulatoire non cardiaque :**
 - **Vasovagale :** La cause la plus fréquente, souvent bénigne. Elle est déclenchée par des émotions fortes, la douleur, des odeurs désagréables ou la miction. Elle peut impliquer une hypersensibilité du sinus carotidien (p. 168-169).
 - **Orthostatique :** Chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout. Elle peut être neurogène (ex : Parkinson), hypovolémique (déshydratation, hémorragie) ou médicamenteuse (ex : antihypertenseurs) (p. 170).
 - **Autres :** Toux, médicamenteuse, hypovolémie, insuffisance autonome (p. 167).
- **Neurologique :** Accidents vasculaires cérébraux, convulsions (qui peuvent causer une syncope si elles altèrent la perfusion cérébrale) (p. 167, 170).
- **Métabolique :** Hypoglycémie (diminution du glucose cérébral) (p. 167, 171).
- **Psychiatrique :** Syndrome d'hyperventilation (diminution de la perfusion cérébrale due à l'hypocapnie) (p. 167, 171).
- **Inconnue :** Environ 40% des syncopes ont une cause indéterminée (p. 167).

Syncope / quasi

- **Anamnèse et Informations Clés :**(p. 172-173)
 - Circonstances de la syncope :
 - Position du patient (allongée/assis ou debout).
 - Activité physique au moment de la syncope.
 - Perte de conscience pendant la miction, la défécation ou la toux.
 - Facteurs déclenchants (odeurs, douleur, stress, peur).
 - Symptômes associés : Palpitations, douleur thoracique, symptômes neurologiques (diplopie, vertige, nausée), incontinence, mouvements tonico-cloniques.
 - Antécédents médicaux : Cardiopathies, diabète, neurologiques, psychiatriques.
 - Médications : Vérifier la prise de médicaments pouvant induire une syncope.

Syncope / quasi

- **Examen Clinique et Signes Vitaux :** (p. 173-174)
 - Pression artérielle : Mesure en position couchée et debout (hypotension orthostatique : chute > 20 mmHg (p. 170)).
 - Fréquence cardiaque : Bradycardie ou tachycardie.
 - Respiration : Rythme et qualité.
 - Saturation en oxygène : Hypoxémie possible.
 - État cutané : Pâleur, cyanose, urticaire, chaleur, froid.
 - Évaluation neurologique : État de conscience, présence de mouvements anormaux.
 - Monitoring / ECG : Si possible, pour évaluer les troubles du rythme.

Orthostatisme



www.ohsu.edu

Hypotension orthostatique

Définition

Baisse de la **TAS 20 mmHg** +

ou

TAD 10 mmHg +

à l'intérieur de **3 minutes** en position
debout.



Le protocole

Syncope / quasi-syncope / faiblesse

Indication

- Évanouissement ou quasi-évanouissement.
- Faiblesse ou malaise généralisé incluant l'étourdissement.

Objectifs

- Identifier la présence de signes ou symptômes pouvant orienter l'intervenant vers un autre protocole plus spécifique.
- Assurer la prise en charge par les ~~paramédics~~ le cas échéant.
- Si le patient semble stable à la suite de l'approche clinique initiale et l'anamnèse, il est important de confirmer la stabilité en appliquant le monitoring cardiaque.
- Examen spécifique : Glycémie capillaire, Cincinnati. La vérification de la présence ou non d'une hypotension orthostatique pourrait être appropriée.

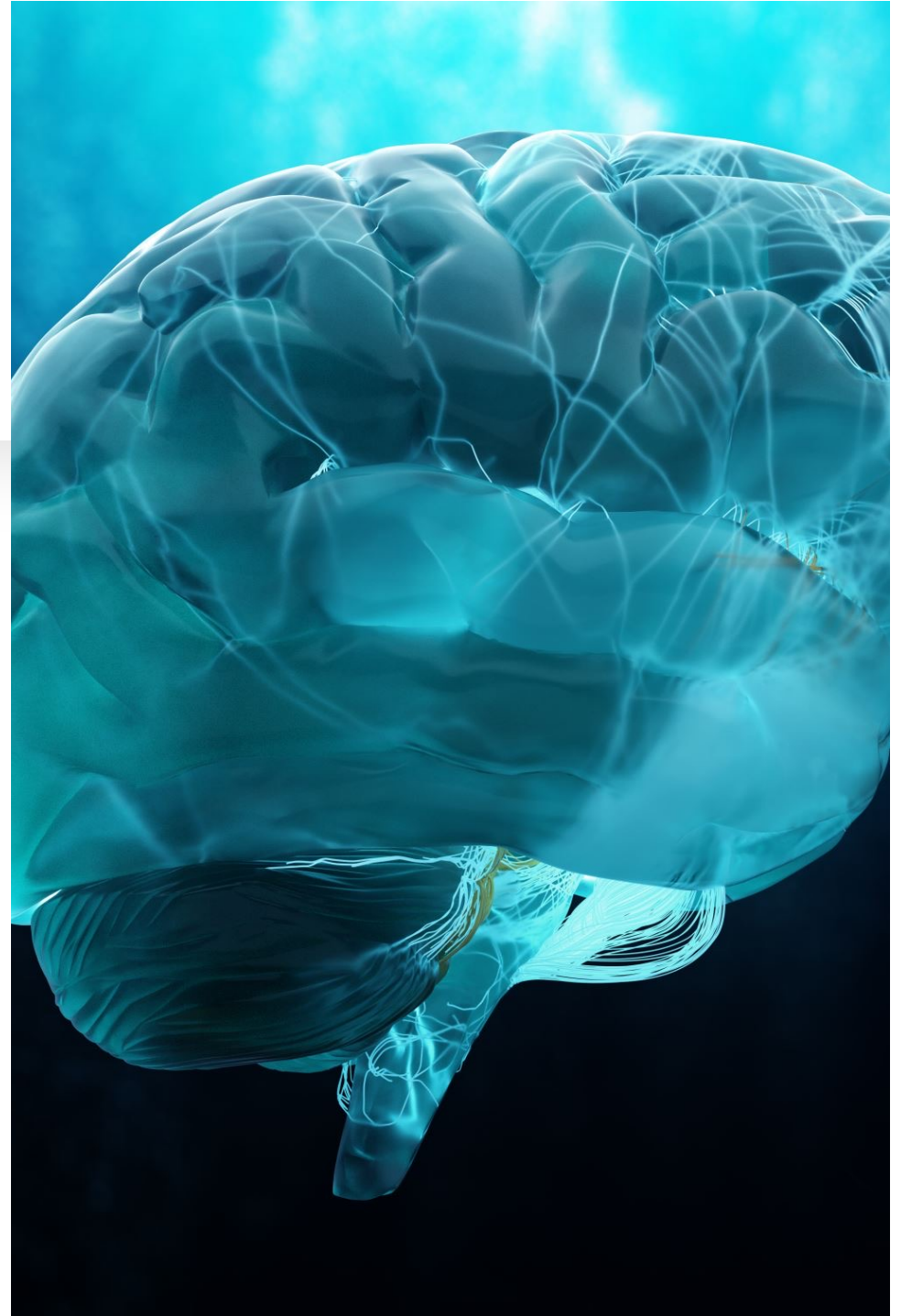
Considérer

- Trouble du rythme
- Convulsions
- AVC
- Intoxication à des matières dangereuses ou volontaire
- Hypoglycémie
- Blessure traumatique

Appel et transfert au service ambulancier
Obligatoire dans tous les cas de **syncope** ou quasi syncope

Convulsion

- Décharge électrique chaotique à l'ensemble du cortex du cerveau qui interrompt temporairement le fonctionnement du cerveau

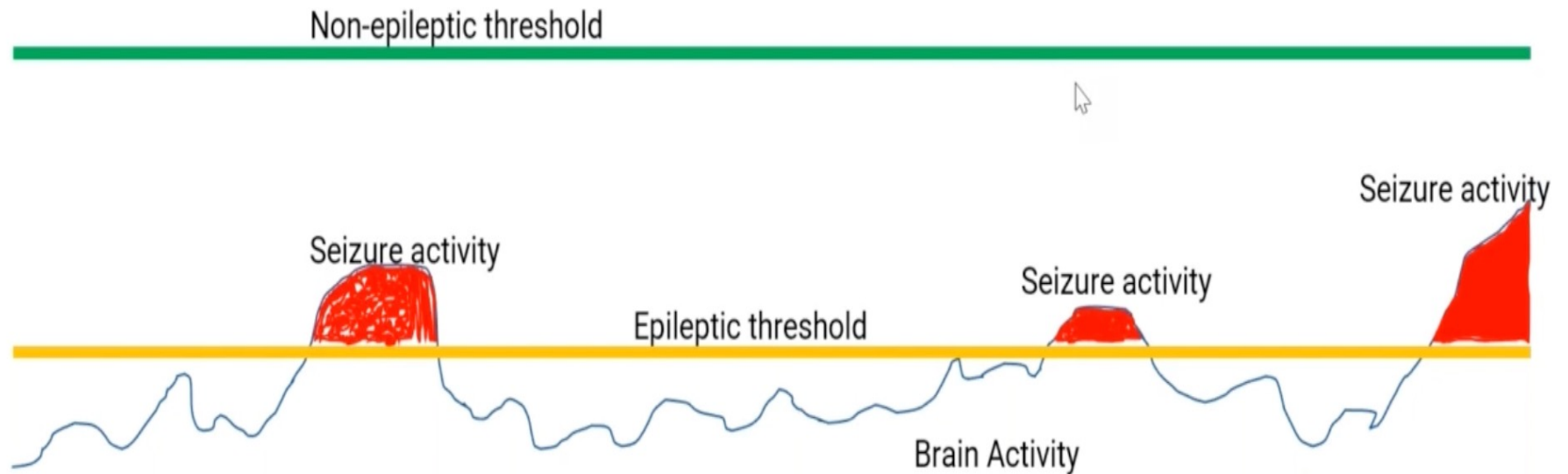


Convulsions

Principales causes des convulsions :

- Épilepsie;
- Hyperthermie chez les bébés et les jeunes enfants;
- Hypoglycémie;
- Intoxications ou sevrage à l'alcool, aux drogues et aux médicaments;
- Traumatisme crânien;
- Éclampsie;
- Accident vasculaire cérébral.
- Hypo/ hypernatrémie
- Méningite
- Choc électrique

Seuil de convulsion



Facteurs abaissant le seuil

- Age
- Cycle sommeil
- Ancien TCC
- Génétique
- Médication
- déclencheurs

Déclancheurs

- Non respect de la médication
- Manque de sommeil
- Stress
- Alcool
- Menstruations
- État de maladie

Convulsion tonico-clonique généralisée



Convulsions

Manifestations cliniques – Phases :

- Aura (pas toujours présente);
- Inconscience;
- Mouvements toniques;
- Mouvements cloniques;
- Postictal.

Types

- Focal: Une seule région du cerveau
- Généralisé: Les deux côté du cerveau

Phase post ictale



Convulsion focale



Convulsions

Indication

- Patient présentant ou ayant présenté des convulsions focales ou généralisées
 - Convulsion généralisée : Mouvements tonico-cloniques et inconscience.
 - Convulsion focale : Mouvement tonique / clonique d'une seule partie du corps avec état d'éveil variable ou alerte.

Objectifs

- Optimiser la perméabilité des voies respiratoires
- Identifier les signes et symptômes pouvant orienter l'intervenant vers un autre protocole de soins

Convulsions

- Protéger le patient pour qu'il ne se blesse et ne rien mettre dans la bouche
- Assurer la perméabilité des voies respiratoires en utilisant les techniques de base.
- Administrer l'oxygène à haute concentration durant une **crise généralisée**
- Administrer l'oxygène selon le protocole d'oxygénothérapie si absence de convulsion.
- Effectuer une glycémie capillaire et noter pour les paramédics. Dans cette situation, même si la glycémie < 4 mmol/L et que les convulsions sont cessées, **ne pas** administrer de solution glucosée.
- Dès que les convulsions sont cessées, prendre un pouls carotidien.
- Examen spécifique : Glycémie capillaire, Cincinnati si alerte.

Convulsions

Considérer

- AVC
- Problème diabétique
- Intoxication
- Insuffisance respiratoire
- Trauma
- ACR

Appel et transfert au service ambulancier

- Obligatoire dans **tous les cas** de convulsion (sauf si consigne différente du centre médical)

Convulsions

Questionnaire spécifique

- **Circonstances :**
 - Qu'est-ce que la personne faisait juste avant de convulser ?
 - Est-ce que c'est déjà arrivé ?
 - Est-ce qu'on peut suspecter une cause ?
 - Si épileptique : Est-ce qu'il y a des choses habituellement qui provoquent ses convulsions ?
 - Si épileptique : Médicaments ? Est-ce qu'ils sont pris comme il se doit ? Changement de médicaments ?
- **Type de convulsion:**
 - Décrivez exactement la forme des convulsions (4 membres ? Raides et tremblent ? Localisé ?)
 - Quelle a été la durée ?
 - La personne a-t-elle eu l'air confuse ou dans son état normal après s'être réveillé ?

