

CHAPITRE 1

Approche du patient ayant une détresse vitale potentielle ou avérée

Focus MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

Situations de départ

- 28 Coma et troubles de conscience
- 43 Découverte d'une hypotension artérielle
- 160 Détresse respiratoire aiguë
- 178 Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique

Introduction

Ⓐ L'approche diagnostique et thérapeutique habituelle en médecine « classique » repose sur un enchaînement linéaire : → Recueil du motif de consultation → Recueil des antécédents, mode de vie, traitement usuel, histoire de la maladie → Examen clinique orienté → Expression de premières hypothèses diagnostiques → Éventuellement prescription d'examens complémentaires → Confirmation du diagnostic/infirmation des diagnostics alternatifs → Prescription d'un traitement → Suivi.

Le patient en détresse vitale potentielle ou avérée présente des particularités qui imposent une approche différente du fait de l'enjeu et de l'échelle de temps particulière. Il faut conduire en parallèle :

- une approche symptomatique comportant un diagnostic de gravité et des mesures appropriées dont certaines immédiates ;
- une approche étiologique comportant également une phase diagnostique et une phase thérapeutique.

La situation critique des patients amène à aller vite, mais avec l'exigence de ne pas se tromper : il ne faut ni en faire trop de manière désordonnée, ni omettre les éléments indispensables. Le monde de la médecine intensive du fait de sa complexité et de sa rapidité est propice aux erreurs !

La prise en charge de ces patients va imposer de savoir interagir de manière optimale et rapide avec l'ensemble des personnes impliquées dans la chaîne des soins critiques : médecins d'autres spécialités et équipes soignantes notamment et bien sûr patient et proches, famille.

- I. C'est donc l'organisation de ces différents processus (fig. 1.1) que nous allons présenter ici.
Évaluer la gravité immédiate et prendre les premières mesures symptomatiques
- II. Conduire le raisonnement étiologique et envisager les premières mesures thérapeutiques étiologiques urgentes
- III. Communiquer et organiser

Attention : ces trois axes se déroulent simultanément !

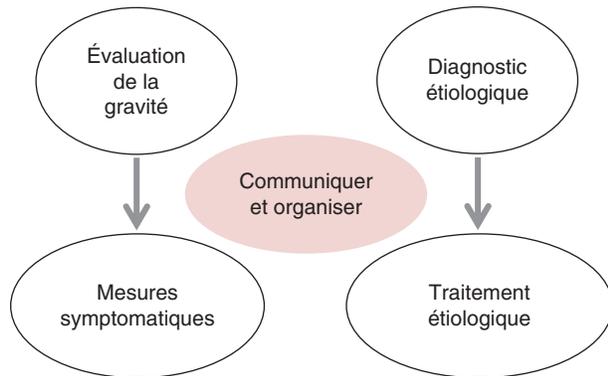


Fig. 1.1

Ⓐ En soins critiques : approches parallèles symptomatique, étiologique, organisationnelle.

Vignette clinique

Madame B., 69 ans, consulte aux urgences pour des douleurs abdominales évoluant depuis 48 heures. L'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences est la première professionnelle de santé à évaluer la patiente. Elle constate une pression artérielle basse (92/40 mmHg) associée à une tachycardie (fréquence cardiaque 120 bpm) évoquant un état de choc. Elle attribue un code 2 dans le système de classification utilisé localement pour trier les patients à leur arrivée : urgence immédiate, prise en charge médicale dans les 20 minutes.

Exemple de classification infirmière en médecine d'urgence

Délai 0	Urgence vitale ou absolue	Code 1
Délai < 20 minutes	Urgence immédiate	Code 2
Délai < 1 heure	Urgence vraie	Code 3
Délai variable selon le flux	Urgence ressentie ou urgence relevant d'une consultation	Code 4

La patiente est immédiatement installée en salle d'accueil des urgences vitales par une infirmière, et un moniteur multiparamétrique est mis en place : recueil automatisé de la pression artérielle toutes les 5 minutes, mesures continues de la fréquence respiratoire, du scope ECG et de la saturation de pouls en oxygène.

Vous êtes alerté(e). Afin d'évaluer la gravité de la patiente, vous allez immédiatement la voir. Vous recherchez les signes de détresse vitale en observant soigneusement la patiente et les paramètres recueillis.

La patiente vous dit bonjour dès l'entrée, elle est donc consciente. Température 39,3 °C, FC 120 bpm, PAS 92 mmHg, PAD 40 mmHg, FR 28 cycles/min, SpO₂ 90 % en air ambiant. À l'inspection, vous identifiez des marbrures des deux genoux. Le temps de recoloration cutané est à 3 secondes. La patiente ne présente pas de signe de lutte respiratoire. Elle est parfaitement orientée.

Vous identifiez les signes de gravité : hypotension artérielle (PAS < 100 mmHg), tachypnée (FR > 22 cycles/min), hypoxémie, marbrures. Le contexte fébrile vous oriente vers un sepsis/choc septique. Vous en faites part immédiatement à l'infirmière, afin qu'elle identifie comme vous le besoin d'une prise en charge rapide. Vous lui demandez donc de mettre en place immédiatement une oxygénothérapie au masque 6 litres/min et une voie veineuse périphérique et d'initier un remplissage vasculaire par 500 ml de NaCl 0,9 % en débit libre. Vous demandez la pose d'une sonde urinaire pour surveiller la diurèse, à réaliser après votre examen clinique. Vous avez immédiatement alerté le médecin senior des urgences.

→ *La patiente est arrivée aux urgences depuis moins de 20 minutes, l'infirmière d'orientation des urgences puis vous-même avez **identifié la détresse vitale** (état de choc), pris **les premières mesures symptomatiques en coordination avec l'infirmière** ; vous avez **transmis l'information**.*

De manière simultanée, vous engagez la procédure diagnostique. Vous faites préciser à la patiente qu'il s'agit de douleurs de l'hypochondre droit, à type de pointe, totalement inhabituelles, échelle numérique d'évaluation de la douleur = 8/10, et irradiant dans le dos. Il n'y a pas d'autre signe fonctionnel associé en dehors de nausées et d'une modification de la couleur des urines (urines foncées). La patiente se dit très fatiguée (asthénie) depuis 24 heures. Il n'existe pas d'autre signe évocateur d'une altération de l'état général. En poursuivant votre interrogatoire, vous apprenez que la patiente est traitée par hydrochlorothiazide (Esidrex®) pour une HTA essentielle et qu'elle prend un laxatif en automédication pour une constipation chronique. Elle n'a pas d'autre antécédent médical et n'a jamais été opérée. Elle ne fume pas et ne boit pas d'alcool.

Ensuite, en quelques minutes, vous réalisez un examen physique plus général qui commence par un examen abdominal (motif de consultation). L'abdomen est sensible en hypochondre droit, sans défense ni contracture. Il existe un ictère conjonctival. L'examen cardiopulmonaire et un examen neurologique simple sont sans particularité.

→ *À ce stade, vous avez identifié le **motif de consultation** : douleurs aiguës de l'hypochondre droit. Vous avez fait préciser qualitativement et quantitativement le symptôme. Vous avez recherché des **signes d'accompagnement** subjectifs (**signes fonctionnels**) et une altération de l'état général (**signes généraux**). Vous avez aussi caractérisé le **terrain**. En synthèse, il s'agit d'une patiente de 69 ans, sans lourd antécédent, présentant depuis 48 heures des douleurs aiguës de l'hypochondre droit. La douleur abdominale associée au choc annoncée par l'infirmière d'accueil vous a fait penser immédiatement à plusieurs diagnostics avant même de rentrer dans la chambre (pancréatite, péritonite, infarctus mésentérique...) mais après votre examen, l'association douleur-fièvre-ictère (triade de Charcot) vous évoque le diagnostic d'angiocholite aiguë responsable d'un sepsis.*

Vous demandez donc un bilan sanguin en urgence :

- pour évaluer la gravité des dysfonctions d'organes dans le cadre du sepsis : gaz du sang et lactate, ionogramme sanguin, NFS, TP, TCA, bilan hépatique ;
- à visée diagnostique : deux flacons d'hémocultures (le bilan hépatique et la numération participent aussi à l'enquête étiologique) ;
- à éventuel but pré-interventionnel : groupe ABO, rhésus, RAI.

Devant le choc septique/sepsis à point de départ possiblement biliaire, vous prescrivez une antibiothérapie IV probabiliste en l'absence d'allergie : ceftriaxone 2 g IVL.

Vous précisez à l'infirmière le caractère d'urgence immédiate du bilan à prélever. Vous échangez avec elle sur la nécessité de l'injection immédiate après les hémocultures de l'antibiotique. Quelque temps après, vous confirmez avec elle que les prélèvements ont bien été faits et envoyés au laboratoire et l'antibiotique injecté.

→ Vous êtes à moins d'une heure de la prise en charge ; le traitement symptomatique est initié et vous allez pouvoir analyser son efficacité (augmentation de pression artérielle, disparition des marbrures ?) ; le bilan sanguin et l'antibiothérapie sont prescrits et réalisés en coordination avec l'infirmière.

Vous souhaitez une échographie urgente des voies biliaires et des voies hépatiques : vous appelez le radiologue de garde pour lui demander cette échographie et vous prévenez le réanimateur et l'hépto-gastro-entérologue. Vos éléments de communication sont :

- › la situation observée : patiente de 69 ans en état de choc avec douleur abdominale, ictère et fièvre ;
- › ce que vous suspectez : forte suspicion de sepsis sur angiocholite ;
- › ce que vous avez fait : oxygène, remplissage, bilan sanguin, antibiothérapie ;
- › ce que vous demandez/le problème à résoudre : échographie urgente, discussion du transfert en réanimation, approbation de votre prise en charge.

Vous informez l'infirmière du diagnostic suspecté et de cette planification :

- › prévenir la réanimation, envisager le transfert ?
- › obtenir une échographie en urgence ;
- › prévenir l'hépto-gastro-entérologue pour endoscopie digestive et drainage biliaire si diagnostic confirmé à l'échographie ?

I Évaluer la gravité immédiate et prendre les premières mesures symptomatiques

On appelle une détresse vitale l'atteinte aiguë grave d'un organe dont la défaillance compromet la survie à court terme. Trois organes sont à risque immédiat, parfois en quelques minutes :

- **Poumons et voies aériennes** → Insuffisance respiratoire aiguë.
- **Cœur et vaisseaux** → État de choc, arrêt cardiaque.
- **Cerveau** → Coma, convulsions.

Ce sont ces trois organes qu'il faudra systématiquement évaluer en quelques minutes en observant le patient en premier lieu.

Les éléments sémiologiques de l'analyse de la gravité de l'atteinte de ces organes sont détaillés dans les chapitres correspondants.

En pratique

Vous serez appelé le plus souvent pour un élément peu précis mais alertant sur une menace vitale potentielle : « Monsieur X. a la tension qui chute » ou « Madame Y. ne répond plus » ou « Je crois que Madame Z. a du mal à respirer » ou même « Monsieur M. ne va pas bien, tu peux venir s'il te plaît »...

Le premier réflexe à avoir est toujours d'aller voir le patient pour une évaluation visuelle immédiate de la gravité d'une atteinte des trois organes à risque immédiat, avant tout autre chose. L'inspection est la clé de l'évaluation immédiate de cette gravité. Vous ne repérerez que ce que vous rechercherez activement. Vous devez vous construire dès maintenant le

scénario que vous appliquerez lors ce type d'appel, dès l'entrée dans la chambre. Ces situations sont stressantes, il faut s'y préparer et répéter des conduites réflexes, qui seront ensuite à adapter à votre environnement. Ce scénario s'enrichira avec votre expérience.

À titre d'exemple, un exemple de scénario à faire sien, et à répéter puis enrichir avec l'expérience :

- *Premier acte* : les urgences absolues :
 - Arrêt cardiaque : patient manifestement conscient oui/non, si non → réponse à une stimulation oui/non, si aucune : présence d'une ventilation oui/non → si non, patient en arrêt cardiaque (vous serez vraiment trop stressé les premières fois pour arriver à prendre un pouls fémoral ou carotidien) → alerter et débiter la réanimation.
 - Hémorragie extériorisée : compression/garrot.
 - Syndrome asphyxique : manœuvre de Heimlich.
- *Deuxième acte* : demander à l'IDE de mesurer immédiatement : PA, FC, saturation de pouls en oxygène, glycémie capillaire (cf. Annexe en fin de chapitre).
- *Troisième acte* :
 - Rechercher les signes de détresse respiratoire : mesure de la FR, analyse de la SpO₂ (à défaut : cyanose), signes de lutte, encombrement, dyspnée laryngée.
 - Rechercher les signes de choc : recueil de la PA, marbrures, diurèse (le patient est parfois déjà sondé).
 - Évaluer la conscience : score de Glasgow.

→ **En moins de trois minutes vous devez avoir répondu à ces questions :**

- Urgence absolue nécessitant une manœuvre immédiate (dans les 30 secondes) ?
- Signes de détresse vitale sur un des trois organes à risque immédiat ?
- Besoin d'oxygène ?
- Besoin de perfusion, de remplissage vasculaire ?
- Besoin d'aide (médecin senior, réanimateur...) ?

À ce stade, en dehors de la situation d'urgence absolue, votre demande à l'IDE sera, selon les besoins, de débiter l'administration d'oxygène, d'un remplissage et de réaliser un prélèvement sanguin.

Vous remarquerez que vous n'avez pas encore touché au patient, et encore moins sorti votre stéthoscope, il s'agit essentiellement de *l'inspection* !

La défaillance aiguë de tous les autres organes porte un risque vital, même si le délai est plutôt en heures et passe par un retentissement sur un des trois organes cités ci-dessus.

- **Reins** → Insuffisance rénale aiguë.
- **Foie** → Insuffisance hépatique aiguë.
- **Système de la coagulation** → Coagulation intravasculaire disséminée.
- ...

L'évaluation de la dysfonction de ces organes passe par des éléments essentiellement biologiques, détaillés dans les chapitres correspondants.

Dès que vous recevez l'information de la défaillance d'un organe, vous devrez vous poser la question des éléments de gravité immédiats de cette défaillance. Par exemple, devant l'information d'une créatinine élevée, avant de conduire le raisonnement diagnostique et afin de déterminer si

des actions thérapeutiques immédiates symptomatiques sont requises, les questions immédiates doivent être : quelle est la kaliémie ? existe-t-il une acidose ? le patient est-il en surcharge hydrosodée pulmonaire ? est-il anurique ?

Quiz 1

Une analyse sémiologique simple pour une bonne orientation

Une nuit de garde, vous êtes appelé(e) au chevet de Madame D., 74 ans, qui présente des difficultés respiratoires.

À votre arrivée, la patiente vous décrit une dyspnée d'aggravation rapidement progressive depuis le milieu de la nuit. Elle a beaucoup de mal à s'exprimer.

Vous demandez à l'infirmière de prendre ses paramètres vitaux : PA 170/96 mmHg, FC 95 bpm, FR 30 cycles/min, SpO₂ 89 % sous 8 litres/min d'oxygénothérapie au masque, température 36,3 °C.

Vous recherchez d'autres signes de gravité : la patiente présente un tirage sus-claviculaire sans balancement thoraco-abdominal. Elle est parfaitement consciente. Il n'y a pas de marbrure. La diurèse est conservée.

Que faites-vous immédiatement ?

Dans ses antécédents, il existe une polyarthrite rhumatoïde traitée par méthotrexate, une cardiopathie hypertrophique dans un contexte d'HTA essentielle, une ostéoporose, une cholécystectomie et une chirurgie de la cataracte il y a 2 ans.

Il existe des râles crépitants dans les deux bases pulmonaires. Le reste de l'examen physique est sans particularité.

L'ECG retrouve un rythme sinusal.

Comment allez-vous prendre en charge la patiente ?

La deuxième étape de l'évaluation de la gravité passe donc par un bilan biologique qui associera aussi les premiers éléments d'évaluation étiologique. Il est donc généralement demandé après votre examen clinique à orientation étiologique (cf. *infra*), afin de ne réaliser qu'une seule ponction. L'IDE réalisera le plus souvent le bilan sur le cathéter de perfusion à sa pose avant le branchement de celle-ci. Seuls les gaz du sang artériels doivent être réalisés... en artériel ; le prélèvement veineux est beaucoup moins douloureux et moins risqué et il doit être privilégié au maximum.

Le premier bilan sanguin réalisé dans les 15 minutes de l'admission du patient comportera le plus souvent les éléments permettant d'apprécier la gravité et les premiers éléments de l'enquête étiologique :

- en cas de détresse respiratoire : gaz du sang artériels ;
- signe de souffrance tissulaire : lactate artériel, ou veineux si un prélèvement artériel n'est pas nécessaire en l'absence de détresse respiratoire/désaturation ;
- ECG, radiographie thoracique ;
- évaluation rénale : Na, K, Cl, bicarbonate, urée, créatinine, glycémie ;
- évaluation hématologique : NFS, TP, TCA ;
- évaluation hépatique : ASAT, ALAT, bilirubine ;
- selon l'orientation étiologique et les besoins spécifiques de prise en charge : enzymes cardiaques, BNP, hémocultures, dosages toxiques, groupe ABO, rhésus, RAI...

À l'issue, les premiers traitements IV symptomatiques (remplissage vasculaire) pourront être débutés. Un début plus rapide est cependant parfois nécessaire (par exemple, en cas de choc anaphylactique).

II Conduire le raisonnement étiologique et envisager les premières mesures thérapeutiques étiologiques urgentes

Dans le cadre de l'urgence vitale, l'approche étiologique clinique ne présente pas de particularité majeure par rapport aux autres situations :

- motif de consultation ;
- antécédent et traitement ;
- mode de vie ;
- histoire de la maladie ;
- examen clinique systématique puis orienté.

Quelques points sont cependant à ne pas oublier :

- il ne faut jamais oublier le motif initial de consultation. L'expérience montre que l'on a souvent tendance à se focaliser sur un problème « bruyant » (par exemple, une détresse respiratoire) en oubliant le motif de consultation (céphalée, par exemple), qui est essentiel pour trouver le bon diagnostic ;
- dans le domaine de l'urgence, l'examen clinique est souvent difficile à mener. *C'est l'anamnèse qui est le plus souvent la clé du diagnostic* (histoire racontée par le patient, les proches, dossier médical) ;
- le patient est parfois amené par une ambulance, médicalisée ou non. Ne laissez pas partir l'équipe qui vous amène le patient sans avoir recueilli toutes les informations voulues (qui a appelé, ce qu'ils ont observé, fait, contact de la famille, des proches...) ; après, c'est trop tard.

Au décours de vos stages cliniques, vous vous êtes probablement aperçu qu'il n'est pas toujours facile d'identifier le motif de consultation ou le motif de prise en charge initiale d'un patient. En effet, les plaintes subjectives peuvent parfois être nombreuses, imprécises ou le patient peut ne pas être en mesure de vous renseigner de manière fiable (patient dément, confus ou présentant un trouble de la vigilance).

Identifier le motif de consultation ou de prise en charge est pourtant une étape essentielle pour avancer dans le diagnostic étiologique et pour pouvoir proposer un traitement efficace.

À l'issue de votre examen clinique, vous devez avoir quelques orientations diagnostiques permettant de décider des premiers examens complémentaires sanguins à réaliser immédiatement (cf. I.), ainsi que des examens radiologiques, ECG, etc.

Vous devez à ce stade raisonner sur deux axes :

- Quels diagnostics sont probables ou possibles et nécessitent un traitement urgent même en l'absence de certitude car un retard d'administration compromet la survie du patient → Traitement à débiter immédiatement.
- Quels diagnostics sont probables → Diagnostics à confirmer.

Erreurs cognitives fréquentes

Certaines erreurs cognitives sont fréquentes pour rechercher le diagnostic et décider des actions thérapeutiques, particulièrement pour la prise en charge des patients en situation critique. Les principales sont décrites dans le [tableau 1.1](#).

Tableau 1.1

Ⓐ Principales erreurs cognitives.

Nom de l'erreur	Définition	Exemple typique
Ancrage	Se focaliser sur une question au détriment de la compréhension de l'ensemble de la situation	Réaliser soi-même le massage cardiaque plutôt que de confier cette tâche à une autre personne et de connecter le scope/défibrillateur au patient
Fermeture prématurée	Accepter un diagnostic précocement sans évoquer des diagnostics différentiels	Pneumopathie infectieuse alors que pneumopathie médicamenteuse
Effet de cadrage	Se laisser influencer par une information précoce	Un collègue émet précocement une hypothèse de dissection aortique, amenant à tout envisager sous cet angle, alors que l'histoire n'est pas du tout évocatrice
Biais de confirmation	Ne chercher/reconnaître que les informations en faveur du diagnostic envisagé (erreur associée à la fermeture prématurée)	Envisager un OAP et refuser l'information que le patient a une douleur abdominale car cela n'est pas conforme au diagnostic évoqué
Biais de rappel	N'évoquer des diagnostics que sous l'angle des expériences marquantes, notamment récentes	Envisager la dyspnée brutale chez un fumeur de 50 ans comme un infarctus parce que je viens d'en voir récemment avec cette présentation, alors qu'il peut s'agir d'une embolie pulmonaire
Activisme	Réaliser des actions multiples non nécessaires	Réaliser des bilans diagnostiques tous azimuts

III Communiquer et organiser

L'urgence vitale est un monde avec beaucoup d'acteurs dont tous sont essentiels : communiquer les informations pertinentes de façon adéquate au bon moment et aux bonnes personnes est un enjeu crucial.

En pratique, vous devrez communiquer avec trois personnes :

- l'infirmier(e) ou l'aide-soignant(e) à qui vous allez demander de réaliser des actions et de qui vous allez obtenir des informations ;
- les médecins d'autres spécialités à qui vous allez demander de l'aide, un examen, une confirmation sur une de vos hypothèses... : réanimateur, chirurgien, radiologue, etc. ;
- le patient (et ses proches) : reconnaître que vous avez compris ses symptômes, lui expliquer ce que vous faites de manière simple, le rassurer sur le fait que vous vous occupez de lui. Attention, ne réalisez jamais d'échanges entre professionnels en présence du patient « comme s'il n'était pas là ».

Votre communication infirmier-médecin doit être structurée, avec un protocole type (il s'agit ici de la **méthode SBAR** : *Situation, Background, Assessment, Recommendation*) :

- *Situation* : présentez-vous, identifiez bien le correspondant, le patient, le lieu où vous êtes.
- *Background* : motif de consultation, antécédents, histoire récente.
- *Assessment* : bilan de la gravité, diagnostic suspecté, qu'avez-vous fait jusqu'à maintenant : bilan, traitements administrés et impact.
- *Recommendation* : pourquoi appelez-vous votre interlocuteur : lui transmettre une information ? lui demander une action ? une réponse à une question ?

Quelques conseils

- Les informations doivent être précises, quantifiées si possible, concises. Attention, les mots peuvent avoir des sens variables lorsqu'utilisés sans précision (« as-tu la bio ? » peu indiquer as-tu le prélèvement sanguin (les tubes...) ? as-tu le résultat ? as-tu eu le biologiste au téléphone ?).
- Il faut préciser les temps d'action : « je viens le voir rapidement » n'a pas le même sens que « je viens le voir dans 10 minutes » ; « j'ai besoin de vous en urgence » ne veut rien dire, « j'ai besoin que vous me rejoigniez d'ici 5 minutes » oui.
- Évitez les acronymes.
- Proscrivez les sous-entendus : « on fait une échographie ? » n'est pas clair (on ne sait pas si c'est une demande d'action ou une demande de confirmation de la pertinence de faire une échographie), « dois-je demander l'échographie au radiologue ? » oui.
- Présentez vos ignorances, ne les cachez pas : si l'interlocuteur demande si le patient a une FR élevée et que vous ne l'avez pas mesurée, répondez « je ne sais pas », pas « non » ni « *a priori* non ».
- Assurez-vous que votre interlocuteur a bien reçu l'information en obtenant de sa part un message clair d'acquittement de l'information (« oui, j'ai compris, on va faire cela », « j'arrive », « on fait le scanner dans 10 minutes » ; parfois, un simple hochement de tête indique que l'information a bien été captée). Cela s'appelle fermer la boucle de communication. Acquittez aussi les messages que vous recevez en reformulant.
- N'hésitez pas à déclarer vos doutes : « je pense que le patient est en train de s'épuiser, il faut appeler le réanimateur pour l'intuber, ne penses-tu pas ? » est une remarque tout à fait adaptée au senior le cas échéant.

Quelques conseils spécifiques pour la communication avec l'équipe infirmière

- Il est majeur de mettre en contexte ce que vous allez leur demander pour être compris. Expliquer la situation avant de demander une action est d'importance majeure pour profiter de leur compétence, qui est bien au-delà d'être des exécutants.

- Soyez précis et rigoureux ; il faut préciser les unités et les verbes d'action : « tu fais deux de morphine » ne veut rien dire, « peux-tu injecter en IVD 2 mg de morphine » oui.
- Planifiez vos demandes, afin de ne pas saturer d'injonctions qui ne permettront pas de réaliser les actions dans le bon ordre (cf. encadré « À faire/À ne pas faire »).
- La communication va dans les deux sens : soyez attentifs à ce qu'ils ou elles vous disent, recherchez les informations. Si votre attitude est fermée, l'équipe infirmière ne vous donnera pas les informations pertinentes, par inhibition.
- Soyez faillibles : reconnaissez leur apport et soyez prêts à changer d'attitude diagnostique ou thérapeutique ! Un sentiment d'infailibilité est une méthode fréquemment rencontrée pour lutter contre le stress, elle n'est pas performante !

Enfin, toutes les informations pertinentes doivent être consignées dans le dossier médical !

Votre rôle est celui d'un organisateur

En situation dite de crise et d'incertitude (vous êtes appelé dans les étages pour un malade « qui ne va pas bien », vous êtes en arrivant confronté à un arrêt cardiaque et il faut organiser la prise en charge, ou vous êtes face à un tableau clinique grave pour lequel vous avez peu d'expérience), la gestion des intervenants et du stress est facilitée par la mise en œuvre d'algorithmes décisionnels préétablis.

La difficulté tient aussi à la répartition des rôles de chacun et à la bonne gestion du travail en équipe. Le « leader » doit apprendre à être chef d'orchestre. Ces compétences sont regroupées sous le terme de *crisis resource management* et leur apprentissage peut faire l'objet de répétitions dans le cadre de scénarios travaillés en équipe, particulièrement en ayant recours à des plateformes de simulation.

En effet, devant une situation aiguë, rien n'est plus désagréable pour l'équipe soignante et contre-productif que de ne pas savoir qui « dirige les opérations » et d'avoir des ordres ou consignes qui partent dans tous les sens de plusieurs personnes différentes. Un chef doit être clairement identifié (ne pas hésiter à dire à voix haute et claire : « écoutez-moi et parlez-moi, je prends l'organisation ») : c'est celui qui est le plus expérimenté ; il peut donc changer au fur et à mesure que de l'aide arrive. Ce chef ne doit idéalement rien faire d'autre que de diriger : en particulier, ce n'est pas à lui d'effectuer des gestes techniques : masser, perfuser..., car son attention ne serait alors plus disponible pour observer ce qui se passe et diriger. Il faut imaginer une ligne rouge autour du lit ; celui qui dirige ne rentre pas à l'intérieur de ce périmètre. Il écoute, observe, analyse, donne les actions à réaliser.

À faire/À ne pas faire

À ne pas faire avec l'infirmier(e)

« Euh, comme t'es là, tu peux poser une perf et de l'O₂ 3 litres et mettre un sérum phy et prélever le bilan habituel, et fais 2 g de Claf [pour Claforan®...], il faudra poser une sonde U, oublie pas les hémoc. Mets aussi un paracétamol. Il faut le mettre en salle de déchocage, je pars passer des coups de fil. »

À faire avec l'infirmier(e)

« Bonjour Carole, je suis Nicolas l'interne de garde. Monsieur X. a 57 ans. Il se plaint de fatigue et de brûlures mictionnelles depuis trois jours, il est arrivé box 12 il y a 10 minutes. Je viens de le voir. Il présente un état de choc probablement sur une infection urinaire ; il a mal, 6/10 sur l'échelle numérique. J'ai prévenu le médecin sénior. Je te propose, dans l'ordre :

- On l'amène tout de suite ensemble au déchocage et on installe le scope multiparamétrique.
- Tu le mets ensuite au masque à O₂ simple 6 litres/min.
- Tu prélèves le bilan que je vais te prescrire, à la pose de la perfusion, et tu perfuses ensuite 500 ml de NaCl 0,9 % en débit libre.
- Dès que tu as terminé le bilan et installé la perfusion, pourras-tu préparer 2 g de céfotaxime à injecter en IVL et 1 g de paracétamol IVL. Je te les prescris tout de suite.

L'objectif est que l'antibiotique soit injecté d'ici 30 minutes, après le bilan avec les hémocultures. Cela te semble-t-il possible ? Penses-tu qu'il manque quelque chose ? N'hésite pas à me dire.

Dès qu'on aura installé Monsieur X., je vais appeler le radiologue pour demander une échographie rénale. Je refais le point avec toi dans 15 minutes. Il faudra poser une sonde urinaire, mais quand tout ce qu'on vient de voir ensemble sera fait. »

À ne pas faire avec le médecin correspondant (la réanimatrice, dans cet exemple)

« Euh, c'est les urgences. J'ai un patient un peu âgé avec des antécédents +++ qui a du mal à respirer, et il va pas bien, la pO₂ est à 56 et il est marbré. J'ai mis du paracétamol. Il tousse à 39. Vous pouvez le prendre, je le sens pas ? »

→ Réponse de la réanimatrice : « Tu en parles à ton chef d'abord. »

À faire avec le médecin correspondant (la réanimatrice, dans cet exemple)

« Bonjour, je suis Nicolas l'interne de garde des urgences, vous êtes bien le réanimateur de garde ? Je vous appelle pour Monsieur J. qui a 57 ans. Il est arrivé il y a 30 minutes pour une dyspnée aiguë chez un patient diabétique et BPCO. Il a une fréquence respiratoire élevée à 35 cycles/min et un tirage, il est hypotendu, il est marbré. Il est fébrile et tousse, j'entends des crépitations à droite. Je suspecte une pneumonie avec sepsis. Je l'ai mis sous oxygène et débuté un remplissage vasculaire. Les gaz du sang montrent une acidose métabolique avec un pH à 7,31, une hypoxie à 58 mmHg sous oxygène 3 litres/min et une hypocapnie avec une pCO₂ à 30 mmHg. Le lactate est à 3 mmol/l. J'ai demandé la radiographie de thorax.

Je crois qu'une prise en charge en réanimation est nécessaire. Pouvez-vous venir le voir avec moi ? »

→ Réponse de la réanimatrice : « J'arrive pour le voir dans 10 minutes, je prépare le transfert. »

Quiz 2

Le diagnostic difficile... Des signes de gravité en pagaille !

Vous êtes appelé au chevet de Monsieur T., 78 ans, hospitalisé depuis 24 heures pour une altération de l'état général, car l'infirmière le trouve très endormi.

Vous calculez un score de Glasgow à 11 (Y3, M6, V2). Il n'y a pas d'anomalie pupillaire, pas de signe de localisation neurologique.

Par ailleurs, le patient présente une FC à 120 bpm, une PA à 110/50 mmHg, une FR à 26 cycles/min, une SpO₂ à 90 % en air ambiant. Vous constatez aussi des marbrures au niveau des deux cuisses. La température corporelle est à 38,5 °C. La glycémie capillaire est normale.

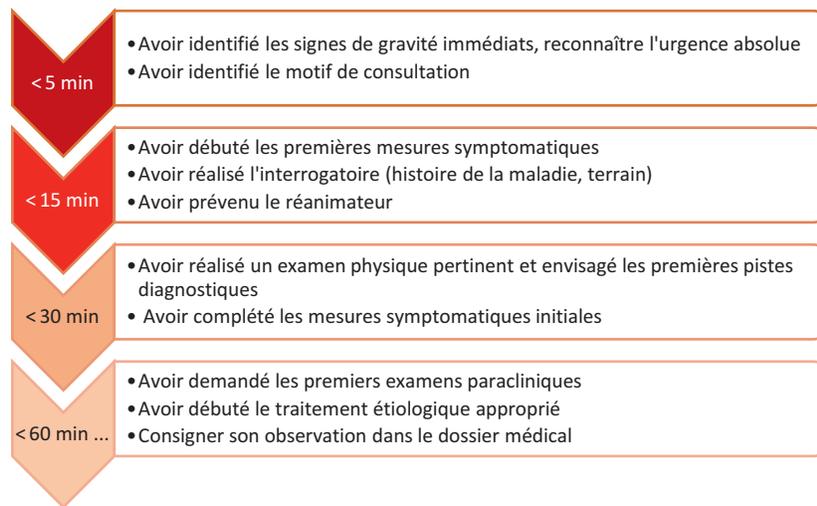
Dans ses antécédents, on note un diabète de type 2, un infarctus du myocarde 2 ans plus tôt et une démence débutante dont le diagnostic étiologique n'est pas établi. Il ne prend pas de toxique, n'a pas d'allergie. Comme traitement, il prend un biguanide et un antiagrégant plaquettaire.

Le reste de votre examen physique est sans particularité en dehors d'une douleur provoquée hypogastrique.

L'EKG retrouve une tachycardie sinusale.

L'infirmière vous propose de réaliser un scanner cérébral. Qu'en pensez-vous ?

Tic-tac...



Une situation clinique... Deux prises en charge

Madame C., 17 ans, consulte en urgence car elle se sent fatiguée depuis maintenant 1 semaine. Elle a également très faim, mange et boit beaucoup et urine également beaucoup, ce qui l'inquiète. L'interne Amandine rentre dans son box et débute son enquête...

Où Amandine ne fait pas ce qu'il faut...

Amandine interroge plus en détail Madame C. Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors de quelques crises d'angoisse régulières. Elle est stressée ces derniers temps car elle doit passer des examens importants. Elle ne fume pas et ne boit pas. Elle ne prend pas de médicament en dehors d'une contraception orale.

Amandine pense déjà que c'est encore une patiente stressée. Elle effectue un examen physique rapide sans porter attention aux paramètres vitaux notés par l'infirmière. L'abdomen est sensible mais dépressible, sans défense ni contracture. L'examen physique cardiopulmonaire est normal. L'examen neurologique est sans particularité. La patiente est apyrétique.

Amandine continue à penser que le problème est psychologique, favorisé par l'augmentation du stress des derniers jours. Devant la sensibilité abdominale, une échographie abdominopelvienne à réaliser en ambulatoire est prescrite à la patiente.

Amandine notera trois phrases dans le dossier médical avec le motif de consultation, son examen clinique et précisera l'échographie prescrite.

Où l'on peut faire confiance à Alexandre

Alexandre repère au premier coup d'œil, car Alexandre est entraîné, que Madame C. a une **tachycardie à 118 bpm** et une **polypnée à 26 cycles/min**. La PA et la SpO₂ sont normales ainsi que la température corporelle. La patiente ne présente pas de marbrure, son temps de recoloration cutanée est normal. Elle ne présente pas d'autre signe de gravité respiratoire. Elle est parfaitement consciente, sans anomalie de l'examen neurologique. **Alexandre remarque que la glycémie capillaire mesurée par l'infirmière est à 30 mmol/l. Il vient de tuer le match : il a déjà le diagnostic de diabète décompensé !**

Alexandre interroge plus en détail Madame C. et analyse immédiatement les symptômes fonctionnels décrits par la patiente (totalement inhabituels) qui présente depuis 1 semaine un **syndrome polyuropolydipsique** (car elle urine aussi de manière abondante), une **hyperphagie** et une **altération de l'état général** (asthénie et amaigrissement avec perte de 6 kg cette dernière semaine). Ces symptômes sont en nette aggravation ces dernières 48 heures. Un examen physique complet sera sans particularité en dehors d'une sensibilité épigastrique aspécifique. Alexandre en est sûr, en réunissant tous ces symptômes, il s'agit bel et bien d'un **syndrome cardinal !**

La recherche de corps cétoniques dans le sang (cétonémie) est positive. Alexandre posera immédiatement le diagnostic d'**acidocétose diabétique** révélant un probable diabète de type 1. La gazométrie veineuse retrouvera un pH à 7,24, une PaCO₂ à 28 mmHg et des bicarbonates à 12 mmol/l.

Alexandre prescrit immédiatement un remplissage vasculaire par soluté NaCl 0,9 % 1 000 ml en débit libre et une insulinothérapie IV.

Devant la présence de **signes de gravité** (notamment l'acidose métabolique) et la nécessité d'une surveillance rapprochée, Alexandre estime nécessaire un transfert dans une **unité de surveillance continue**. Il explique à la patiente ce qui lui arrive et la nécessité de la transférer dans un autre service. Mineure, il appelle ses parents. Il explique aussi à l'équipe paramédicale la nécessité du transfert, et qu'ils ont bien fait d'appeler Alexandre et les remercie pour cette prise en charge en équipe réussie.

L'évolution sera favorable sous réhydratation par sérum salé isotonique et insulinothérapie IV.

Après le transfert de la patiente, **Alexandre consignera son observation dans le dossier médical** de Madame C. Il y notera son examen clinique, les signes de gravité constatés, les examens paracliniques réalisés, ses hypothèses étiologiques ainsi que les éléments de la prise en charge thérapeutique de la patiente.

Annexe – Paramètres vitaux à recueillir systématiquement et à noter dans le dossier

Fréquence respiratoire (FR)

- FR > 22 cycles/min = polypnée ou tachypnée.
- FR < 12 cycles/min = bradypnée.

Une anomalie de la FR (le plus souvent une tachypnée) est en général le témoin d'une détresse respiratoire aiguë. La bradypnée peut signifier un état respiratoire d'une extrême gravité (épuisement respiratoire).

Fréquence cardiaque (FC)

- FC < 60 bpm = bradycardie.
- FC > 100 bpm = tachycardie.

Toute anomalie de la FC doit faire réaliser un ECG à la recherche d'un trouble de la conduction (bradycardie) ou d'un trouble du rythme (tachycardie). Attention : la fréquence cardiaque peut rester normale longtemps chez les patients sous bêtabloquants.

Pression artérielle (PA)

- PAS < 100 mmHg ou PAM < 65 mmHg = **hypotension artérielle** → elle fera rechercher un état de choc !
- PAS > 140 mmHg ou PAM > 90 mmHg = hypertension artérielle.

Mesurée au sphygmomanomètre (tensiomètre ou « brassard à tension »).

Trois valeurs :

- PA systolique (PAS, valeur la plus haute, surtout déterminée par le débit cardiaque) ;
- PA diastolique (PAD, valeur la plus basse, surtout déterminée par le tonus vasculaire) ;
- PA moyenne (PAM = (PAS + 2 × PAD)/3). La PA moyenne, principalement déterminée par la PA diastolique, est la pression motrice de la perfusion des organes.

Attention : le tensiomètre surestime souvent la pression artérielle systolique dans les valeurs basses : une pression artérielle à 90 mmHg est parfois en réalité de 70 mmHg. La PAM est plus fiable.

Diurèse

- Diurèse < 0,5 ml/kg/h = **oligurie (anurie si < 100 ml/24 heures)**.

Une oligurie peut être le témoin d'une insuffisance rénale aiguë dans le cadre d'un état de choc ; elle est un marqueur de gravité de toute insuffisance rénale aiguë. La surveillance de la diurèse est un point majeur des patients en situation critique. La pose d'une sonde urinaire ne doit pas être cependant systématique.

Saturation pulsée en oxygène (SpO₂)

- SpO₂ < 94 % en air ambiant = **désaturation**.

Elle est le reflet d'une baisse de la PaO₂ (hypoxémie) et donc d'une insuffisance respiratoire aiguë. Attention : l'oxygène corrige rapidement la saturation ; une valeur normale sous oxygène ne signifie pas que le patient est guéri !

Elle peut permettre de se contenter d'un GDS veineux si elle est normale.

Température corporelle

- T °C > 38 °C = fièvre.
- T °C < 35,5 °C = hypothermie.

Une température < 32 °C ou une température > 40 °C engagent le pronostic vital.

Glycémie

- Glycémie < 0,7 g/l = hypoglycémie → impose un resucrage immédiat.
- Glycémie > 1,4 g/l = hyperglycémie.

La glycémie doit être mesurée systématiquement chez tout patient en situation critique, *a fortiori* chez un patient avec une anomalie neurologique aiguë dont elle peut être à l'origine.

Réponses aux quiz

Quiz 1

Devez-vous rester seul dans le service, la nuit à l'hôpital, au chevet de cette patiente ? La réponse est non !

Quelle que soit son étiologie, la patiente est en détresse respiratoire aiguë et vous avez correctement relevé les signes de gravité en témoignant : tachypnée, désaturation, signes de lutte. Il n'y a (pour le moment) pas de signe de gravité d'ordre hémodynamique (état de choc) ou neurologique. Vous ne pouvez cependant pas laisser cette patiente dans un service de médecine conventionnelle.

Après avoir mis en place une oxygénothérapie adaptée (masque à réserve 15 litres/min compte tenu de l'hypoxémie persistante sous O₂ 8 litres/min), vous devez appeler la réanimation ou une unité de surveillance continue de votre hôpital selon l'organisation locale de la prise en charge des patients critiques pour poursuivre la prise en charge dans de bonnes conditions (moyens de surveillance adaptés, personnel suffisant).

Le diagnostic retenu pour Madame D. sera une détresse respiratoire (*motif de prise en charge*) consécutive à un œdème aigu pulmonaire cardiogénique (insuffisance cardiaque gauche aiguë : *diagnostic étiologique*). Après 24 heures de réanimation et un traitement par diurétiques de l'anse, dérivés nitrés et ventilation non invasive, la patiente pourra regagner son service d'hospitalisation conventionnelle.

Quiz 2

Vous avez recueilli l'ensemble des signes de gravité présentés par Monsieur T.

Le patient présente un trouble de la vigilance (Glasgow 11) mais sans anomalie neurologique focalisée.

Par ailleurs, il présente d'autres signes de gravité témoignant d'un probable état de choc (*motif de prise en charge*) : tachycardie et marbrures. Vous voyez qu'il n'est pas hypotendu. L'hypotension peut être retardée dans l'état de choc et ne doit pas faire écarter trop hâtivement le diagnostic.

Le trouble de la vigilance et les signes de gravité respiratoires (tachypnée, désaturation) peuvent être en lien avec l'état de choc. En pratique clinique, le diagnostic d'état de choc n'est pas si facile et il est fréquent de se faire abuser par des signes neurologiques (confusion, somnolence) ou respiratoires (tachypnée, désaturation).

Chez ce patient, il s'agira finalement d'un choc septique (*diagnostic étiologique*) à point de départ urinaire (prostatite aiguë). Le scanner cérébral était inutile dans le cadre du bilan complémentaire.