

RÉANIMATION

A. MIGNOT



Présentation du service

Chef de service : Pr Fabrice Bruneel

Etage : 2ème

Horaires : 8h30-17h Service strict par rapport aux horaires et jours de présence

Staff : 14h lundi - jeudi

Autres réunions : type RCP, discussions éthiques

Cours : tous les jours 12h niv externe/D1 possibles niv P2/D1

Patients : Majorité d'hommes, environ 70ans, souvent inconscients, venant des urgences, d'autres services ou du SAMU, turn over élevé, durée d'hospit courte.

Possibilités du stage : Selon la pression du service au moment du stage, quelques geste : massage cardiaque, pose de KT, PDP ; possibilité de suivre les équipes dans d'autres services.

Lexique

AIT = accident ischémique transitoire

AVP = accident de la voie publique

SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë

ECMO = oxygénation par membrane extra-corporelle

EER = épuration extra-rénale (= dialyse)

EP = embolie pulmonaire

ETT = échographie trans-thoracique

FR = fréquence respiratoire

VS = ventilation spontanée

IMV = intoxication

médicamenteuse volontaire

FiO2 = fraction inspirée en oxygène

GDS = gaz du sang

HSA = hémorragie sous archnoïdienne

IOT/EOT = intubation/ extubation oro-trachéale

IMV = intoxication médicamenteuse volontaire

IRA = insuffisance rénale aiguë

MAV = malformation artérioveineuse

NAD = noradrénaline

EME = état de mal épileptique

OAP = oedème aigu pulmonaire

OHD = oxygénothérapie haut débit

PDP = prélèvement distal protégé

PEP = pression expiratoire positive

PNP = pneumopathie

SNG = sonde naso-gastrique

TS = tentative de suicide

VNI = ventilation non invasive

VVC = voie veineuse centrale

PAVM = pneumopathie acquise sous ventilation mécanique



Rappels anatomo-physiologiques

Petite circulation -> oxygénation du sang par le poumon + élimination du CO2 Grande circulation (systémique) -> envoie le sang oxygéné dans les organes et permet son retour
Nécessité d'une bonne hématoxose (oxygénation du sang) et d'une bonne fonction cardiaque pour assurer la perfusion des tissus : divers facteurs (sepsis, EP, IMV, IRA, hémorragie) peuvent perturber ce fonctionnement par divers mécanismes (hypovolémie, défaillance cardiaque, vasoplégie, obstruction) -> aboutit à une défaillance d'organe(s)

Principales pathologies

État de choc : savoir le caractériser (cardiogénique, distributif, hypovolémique, obstructif). Choisir le bon remplissage et les bonnes drogues vasoactives pour maintenir une perfusion convenable. Assurer une suppléance d'organes si besoin. Rechercher l'étiologie et la traiter !

Infarctus et AVC IMV : retrouver les substances ingérées, administrer des antidotes si existants. Assurer la suppléance d'organes si besoin, maintenir des constantes compatibles avec la vie et traitement symptomatique

SDRA : causes directes et indirectes variées : pneumopathie, traumatisme pulmonaire, inhalation de fumées, choc, pancréatite **Traumatismes, polytraumatisés** : AVP, défenestration, accident de travail **Surveillance post-greffe pulmonaire Arrêt cardio-respiratoire** (ACR)

Points clés : Interrogatoire

Patients souvent sédatisés et inconscients -> importance +++ de l'entourage et des médecins qui suivent le patient / **Patients parlants mais délirants** -> vérifier les dires
Par exemple : infarctus -> heure de l'arrêt, manoeuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ? temps de massage, antécédents de syndrome coronarien aigu (SCA) ? facteurs de risque cardio-vasculaires (FdRCV) ? circonstances de survenue ? évolution dans les jours précédant l'événement ?

Contact avec les centres d'exams extérieurs : prélèvement technique ? résultats vers quand ? possibilité de faxer résultats ?

Contact avec le médecin traitant du patient pour comparer son état dans le service à son état habituel et relever les antécédents



Points clés : Examen physique

1-Constantes : fréquence cardiaque/respiratoire, pression artérielle, saturation

2-Pneumo : chercher des signes de lutte (tirage, balancement thoraco-abdominal), toux, dyspnée, auscultation++ // pour les patients intubés, vérifier que les 2 poumons sont ventilés (murmure vésiculaire bilatéral) // patient curarisé ? oxygénorequérance ? patient intubé : hématoxe quotidienne (GDS)

3-Neuro : patients souvent dans le coma : examen des pupilles -> intermédiaires réactives et symétriques ? réponse aux ordres simples (serrer la main) ? réaction à la douleur ? sédation chimique (ex: propofol) ? score de RASS

4-État hémodynamique : Patient mis sous amines vasoactives ? cyanose des extrémités ? marbrures ? Temps de recoloration cutané >3s ? pouls périphériques ? signes d'insuffisance cardiaque gauche (dyspnée, OAP avec crépitants bilatéraux perçus aux bases voire expectorations mousseuses et rosées) et/ou droite (turgescence jugulaire/ reflux hépato-jugulaire) ?

5-Diurèse +++ et fonction rénale : bilan entrées/sorties si remplissage (souvent massif). Les patients sont pesés tous les jours, vérifier les variations par rapport à l'entrée (oedèmes peuvent faire augmenter le poids)

6-Digestif : bruits hydro-aériques ? émission de gaz et selles ? tolérance de la nutrition ?

7-Infectieux : bactériologie, antibiothérapie en cours ? durée ? présence de fièvre ? points d'appel infectieux ?

8-Dermato : Observation des lésions cutanées : macules (taches) s'effaçant à la vitropression ou non (purpura si rouge), papules (petite lésion surélevée), nodules, végétations (lésion superficielle surélevée et superficielle), lésions liquidiennes (vesicules, bulles, pustules), autres lésions (croûte, cicatrice, ulcération...), tumeurs.

Examens complémentaires

Bio : GDS -> équilibre acido-basique et défaillances métaboliques et/ou respiratoires // NFS / ionogramme -> état d'hydratation, désordres hydro-électrolytiques, saignements // phosphorémie, magnésémie, kaliémie : recherche d'un syndrome de renutrition inappropriée

Imagerie : radio thoracique (RT) -> recherche de foyers infectieux, épanchement pleural, insuffisance cardiaque // ETT : recherche de pathologie valvulaire, surcharge hydro-sodée, insuffisance cardiaque // échographie pleuro-pulmonaire -> complète la RT : épanchement pleural, condensations alvéolaires

Examens spécifiques selon la pathologie (ex: fibroscopie pulmonaire)

Vérification des appareillages : WVC, sonde JJ, drains



Thérapeutiques

IOT : VAC (ventilation assistée contrôlée) -> le respirateur contrôle tout (FR et pressions) ou VSAI (ventilation spontanée avec aide inspiratoire) -> synchronisée sur la respiration du patient qui déclenche lui-même l'inspiration

VNI : PEP -> pour laisser les alvéoles ouvertes à l'expiration et éviter les collapsus
Optiflow -> permet d'apporter de grands volumes d'O₂ au patient

ECMO : suppléance temporaire du coeur (artério-veineux) ou du poumon (veino-veineux)

Sonde urinaire : diurèse importante en réa et +/- déplétion par des diurétiques

EER continu ou discontinu : par ex en cas d'hyperkaliémie, d'OAP anurique ou IRA sur nécrose tubulaire aiguë

Nutrition : SNG ou parentérale selon la tolérance, /!\ syndrome de renutrition !

Médicaments : amines vaso actives -> contrôle tensionnel et de la fonction cardiaque (HTA ou hypotension) // laxatifs // sédation/curarisation (facilite la ventilation, diminue la consommation en O₂) // antibiothérapie -> adaptée au germe à l'origine du sepsis

RCP en cas d' ACR : vérification de l'état de conscience (conscient ou pas), si non conscient vérification qu'il respire, s'il respire pas c'est un arrêt cardiaque : il faut démarrer le massage cardiaque externe, libérer les voies aériennes et ventiler, poser une voie veineuse, poser le DAE et après selon le rythme cardiaque du patient injecter de l'adrénaline

Notes

