

# **Généralités sur Urgences médico-chirurgicales**

Les services d'accueil médico-chirurgicale, le plateau technique des urgences, la trousse d'urgence, le transport médicalisé des malades et des blessés.

## **Module urgences et thérapeutiques**

Année universitaire 2019-2020

Avril 2020

**Pr DAHDOUH-AKIL Sonia**

Service De Réanimation Médicale

Email: [akilsonia@yahoo.fr](mailto:akilsonia@yahoo.fr)

1. Introduction
2. Définition
3. Types d'urgences
4. Organisation Du Système De Médecine D'urgence
5. Services d'accueil médico-chirurgicales
6. CAT systématique
7. Trousse d'urgence
8. Transport médicalisé des malades
9. Conclusion

# 1 -Introduction

Le service des urgences reçoit à toute heure du jour et de la nuit des malades dont l'arrivée n'est pas annoncée.

Plusieurs malades arrivent au même moment pour des motifs différents et présentant des gravités différentes.

Il est nécessaire d'organiser la prise en charge des malades dès l'arrivée et de réaliser le tri de l'urgence :

**Qui a besoin de prise en charge immédiate et par priorité ?**

# 2-Définition de l'urgence

## Fonction des personnes :

### ➤ Pour les patients :

« ça ne va pas »,

« il n'est pas comme d'habitude »,

« il a mal au ventre »...

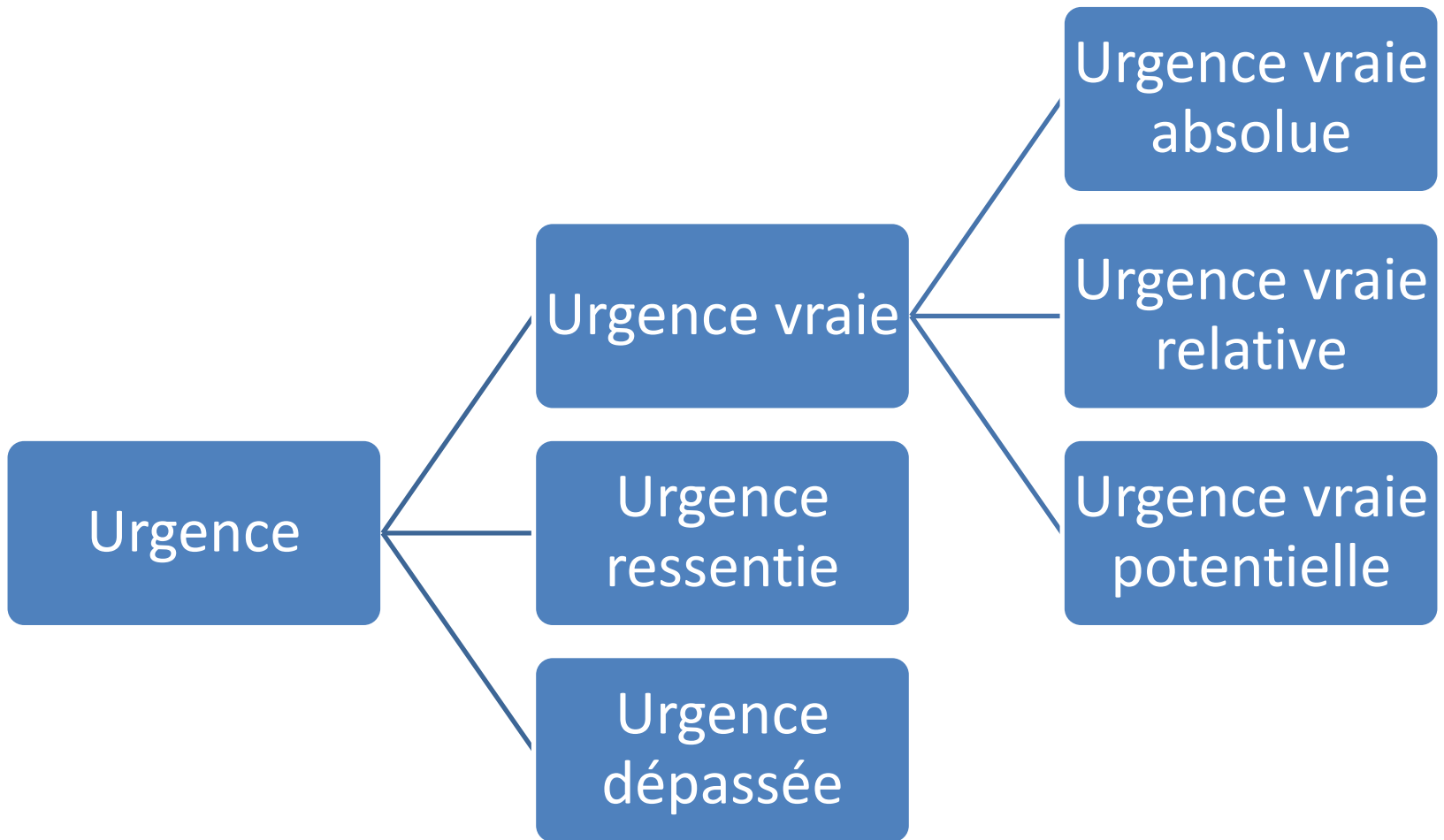
### ➤ Pour les soignants : ce qui met en péril la vie et uniquement cela (!)

## Face-à-face patients/soignants

➤ Pour les patients : tout est urgent y compris le pas grand-chose

➤ Pour les soignants : il faut faire un tri entre tous ces consultants qui viennent sans savoir ce qu'est l'urgence ou qui ne veulent pas le savoir à toute heure du jour ou de la nuit

# 3-Types d'urgence



- **Urgence vraie** : situation clinique qui engage le pronostic vital et ou fonctionnel et imposant un traitement urgent
  - **Urgence fonctionnelle** :  
(exemple : torsion testiculaire, plaie globe oculaire ...)
  - **Urgence vitale**  
(exemple : état de choc, infarctus du myocarde, hémorragie digestive ...)
  - **Urgence vrai absolue** : est une urgence réelle qui engage le pronostic vital dans le temps d'intervention est  $<$  à 3 min  
( exemple : arrêt cardiaque , hypoglycémie)
  - **Urgence vrai relative** : est une urgence réelle qui engage le pronostic vital et dont le temps d'intervention est  $<$  à 20 minutes  
(exemple : HTA , septicémies)

- **L'urgence potentielle** est une urgence vraie dont les complications engagent le pronostic vital.
- **Urgence ressentie** : n'est pas une urgence vraie , ce n'est que l'expression d'un sentiment subjectif par les proches du malade (ça me fait peur alors je viens aux urgences)
- **L'urgence dépassée** est un stade dépassé où le malade ne peut plus être pris en charge (cancers au stade terminal...).

# 4- Organisation Du Système De Médecine D'urgence

- 1) Traitement sur les lieux de l'accident (reconnaissance, intervention, surveillance.)
- 2) Mise en route des 1<sup>ers</sup> secours par les témoins.
- 3) Transport médicalisé par le SAMU, le SMUR ou les pompiers (Service d'Aide Médicale Urgente, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.)
- 4) Hospitalisation en service d'urgences avec des équipes pluridisciplinaires.
- 5) Traitement chirurgical par des chirurgiens et des anesthésistes – réanimateurs.
- 6) Traitement en service de soins intensifs "USI" par des médecins réanimateurs.



# 5- Services D'Accueil Médico-chirurgicales

## Organisation D'un Service De Médecine D'urgence :

**A-Régulation du SAMU:** La régulation du service est capitale, elle nécessite une grande expérience en médecine d'urgence. Le médecin régulateur est un docteur en médecine, titulaire de la CAMU et/ou Anesthésie – réanimateur ou Réanimateur médical. Il doit en outre posséder les qualités suivantes:

- 1- Sens des responsabilités.
- 2- Compétence.
- 3- Persévérance.
- 4- Engagement humain.
- 5- Attention permanente au téléphone.
- 6- Patience.
- 7- Disponibilité.
- 8- Discrétion.

Cette régulation permet une appréciation du degré de l'urgence et l'envoi d'une équipe de secours adaptée à la situation.

La prise en charge à l'extérieur de l'hôpital d'un patient ayant une détresse vitale grave.

Dans ce cas, le SAMU a pour mission de :

- Maintenir les fonctions vitales et stabiliser l'état pour arriver à l'hôpital dans de bonnes conditions.
- Etablir un diagnostic des principales lésions et pathologies.
- Etablir un 1<sup>er</sup> bilan médical, permettant au médecin régulateur de préciser le service le plus adapté pour prendre en charge le malade, et informer le service pour se préparer à la réception du patient.

## **B-Situation du service Médico-chirurgicales ou médicales :**

- 1- Doit être D'accès facile et rapide, avec une signalisation claire.
- 2- Réception immédiate de l'urgence 24hr/24.
- 3- Place disponible en permanence.
- 4- Équipes soignantes performantes:
  - Déchoquage rapide.
  - Mise en condition immédiate.
  - Diagnostic rapide.
  - Traitement urgent adapté.
  - Orientation secondaire PERTINENTE.
- 5- Pluridisciplinarité nécessaire.

## **C- GESTES ET CONDITIONS NÉCESSAIRES en MÉDECINE D'URGENCE :**

### **a. Mise en condition d'un patient grave:**

- 1- Manipulation – installation.
- 2- PLS (liberté des voies aériennes supérieures.)
- 3- Abord veineux.
- 4- Monitoring.

### **b. Evaluation gravité – diagnostic:**

- 1- Examen clinique simplifié.
- 2- Score de gravité.
- 3- Bilan d'urgence (examens biologiques, ECG, téléthorax...)

### **c. Gestes d'urgences:**

- 1- MCE.
- 2- CEE.
- 3- Remplissage vasculaire.
- 4- Cathétérisme – étude hémodynamique.
- 5- Ponction.
- 6- Intubation.
- 7- Trachéotomie – Drainage.
- 8- Oxygénothérapie.
- 9- Utilisation des drogues.
- 10- Traitement spécifique des intoxications (lavage + diurèse osmotique.)

### **d. Nécessité – disponibilité permanente:**

- 1- Communication.
- 2- Ambulances.
- 3- Admission.
- 4- Service technique (équipes efficaces, garde à effectif de qualité, appareillage, labo et radio disponibles 24hrs/24)

# 6-CAT systématique

1. Motif d'arrivée
2. Paramètres vitaux
3. Recherche des signes de gravité
4. Attitude pratique

# Motif d'arrivée

Celui des patients tel qu'ils l'expriment ne correspond pas à un motif médical défini par des professionnels de l'urgence

**Exemple** : vomissements qui cachent un infarctus du myocarde territoire inférieur

-----> **Se méfier du motif indiqué et ouvrir l'œil**

# Paramètres vitaux

1. <b>Pouls</b>	le cœur s'adapte aux situations de danger mais <b>ATTENTION</b> aux médicaments qui peuvent supprimer cette faculté d'adaptation au premier rang desquels les $\beta$ -bloquants
2. <b>Tension artérielle</b>	reflet de l'adaptation des résistances vasculaires périphériques : contenant/contenu sauf lorsque les capacités de l'organisme sont dépassées
3. <b>Température</b>	Par un thermomètre
4. <b>Conscience</b>	score de Glasgow
5. <b>Dextro</b>	<b>Systematique</b> : troubles de la conscience ; convulsions ; malaise ; patient diabétique ; situation inexplicquée
6. <b>Fréquence respiratoire</b>	FR normale peut être faussement rassurante : regarder le malade respirer (ampliation thoracique)
7. <b>Intensité douloureuse</b>	Quelle échelle choisir ?



# Signes de gravité

- découlent de l'examen clinique et des constantes

- reflet des grandes fonctions vitales :

**Règles ABC des anglo-saxons**



A : airway : voies respiratoires

B : breathing : ventilation et oxygénation

C : circulation

**Dépister une défaillance :**

**le cœur** : tension basse, tachycardie, sueurs, pâleur, état de choc

**les poumons** : dyspnée, cyanose

**le cerveau** : confusion, troubles de la vigilance, coma

**Défaillances:**

**Cardiaque** : infarctus du myocarde +/- choc cardiogénique, embolie pulmonaire grave, choc septique ...

**Pulmonaire** : pneumopathie hypoxémiante, asthme aigu grave...

**Neurologique** : accident vasculaire cérébral massif, état de mal épileptique...

**Une détresse peut en cacher une autre Ou en générer une autre !!!**

# Attitude pratique

**Si pas de signes de gravité** alors possibilité de recueillir de façon plus posée les premiers éléments de l'anamnèse Histoire de la maladie, ATCDS , ordonnance...

- Constantes Déshabiller le patient Coup d'œil : peau, thorax, faciès, lèvres
- Installer le patient selon le contexte
  - Détresse respiratoire : malade assis
  - Convulsions : PLS(position latérale de sécurité) + canule de guédel
  - Arrêt cardio-respiratoire : décubitus dorsal strict avec LVA( libération des voies aeriennes)
- Scope au moindre signe de gravité
- noter les constantes sur le dossier
- Oxygénothérapie
- Préparer perfusion avec : soluté isotonique , abord veineux de bon calibre (voire 2) , Bilan biologique

**Si Malade grave** = règle des 5 tuyaux 2 voies veineuses de bon calibre ; sonde pour Oxygénothérapie ; Sonde naso-gastrique ; Sonde urinaire

- **Surveillance du malade jusqu'à son départ des urgences**

## **Pièges !!!!!**

- Ne pas faire d'amalgame entre  
malade agité  $\neq$  malade psychiatrique  
hypoglycémie, intoxication au monoxyde de carbone, hémorragie  
méningée....
- Se méfier du malade qui respire mieux et qui est en train de  
s'épuiser

## **Urgences chirurgicales**

prise en charge globale du patient :

éviter la classification médicale ou chirurgicale car un patient «  
chirurgical » peut passer sur le versant « médical » (sepsis sur  
appendicite)

Qui dit urgence  $\Rightarrow$  nécessité d'une chirurgie de façon urgente

# Urgences chirurgicales

Règles :

- Ne pas négliger ces patients car risque de transformation : perforation de diverticules, péritonite appendiculaire...
- Se méfier de la spoliation sanguine :  
d'une fracture du fémur (2 litres), d'une plaie du scalp (1 litre)

urgence chirurgicale type

polytraumatisé = un blessé grave atteint de plusieurs lésions dont l'une au moins met en jeu à court ou moyen terme le pronostic vital.

# 7- Trousse d'urgence

Les situations d'urgence en médecine générale sont inévitables.

Un médecin généraliste peut se retrouver au chevet d'un patient, dont l'état clinique initial nécessite des soins urgents.

Dans l'intérêt du patient, il devra assurer la prise en charge initiale, en attendant une équipe plus spécialisée.

**un médecin généraliste doit disposer d'une trousse médicale d'urgence.**

# MATÉRIEL

- Int ranules de tailles diverses 22G(2) 20G(4) 18G(2)
- Kit de perfusion avec robinet
- Pansement adhésif stérile transparent
- Seringues 20ML (X2), 10ML(X4), 5ML(X2)
- Aiguilles IV, SC, IM (2 de chaque)
- Ballon auto-remplisseur et masques
- Tampon hémostatique pour épistaxis
- Set de suture et fil 3.0, 4.0, 5.0
- Suture cutanée adhésive
- Compresses stériles
- Sparadrap
- Pansements Divers
- Désinfectant Type alcool iodée +- bétadine
- Gants
- Gel Hydro-alcoolique

## Solutés

- S.Salé 9‰ ; S.Glucosé 10% G30% (L'hypoglycémie)

## Drogues Injectables

- **Adrénaline 1 mg (X5) :**

[\[ACR\]](#) 1 mg IV Chez L'adulte Et 0,01 mg/Kg Chez L'enfant toutes les 3 À 5 minutes.

[\[Choc Anaphylactique\]](#) 0 à 6 Ans : 0,15 mg IM ♦ 6 à 12 ans : 0,30 mg IM ♦ Plus de 12ans: 0,50 mg IM → à répéter après quelques minutes en l'absence d'amélioration

- **Cordarone 150 mg/3ml (X2):**

[\[ACR, Rythme Cardiaque Chocable Résistant Aux CEE\]](#) 300mg IVD Chez L'adulte, 5mg/Kg Chez L'enfant (UNE SEULE FOIS)

- **Glucagon (X3) En IVD dans le Coma Hypoglycémique**
- **Furosémide 20 mg (X3) :** [\[OAP\]](#) 1 À 3 Ampoules Iv Ou Im
- **Methylprednisolone 20, 40 mg, 120mg :**

[\[Choc Anaphylactique\]](#) En Complément Éventuel De L'adrénaline À 2 mg/Kg En IM

- **Diazepam 10 Mg/2ml**

Crise convulsive :

*0,1 À 0,2 mg/Kg Soit 1 à 2 Ampoules en IM ou IVL pour L'adulte;*

*0,5 mg/Kg en intrarectal chez l'enfant sans dépasser 10 mg soit 1 ampoule*

- **Métoclopramide 10mg/2ml** (IM ou IVL) *Adulte: 1 /2 à 1 ampoule*
- **Lidocaïne 1% 10mg/MI** En SC (Pour Les Sutures)



## Drogues Per Os

- Aspirine 500 Mg : [\[Syndrome Coronarien Aigü\]](#)
- Clopidrogel 75 mg X1 Et 300 mgx1 : [\[SCA St+\]](#)
- Nicardipine 50 Mg
- Clarityne Sirop 1mg/1 ml: *5 mg De 2 Ans À 12ans Ou 30kg, 10 mg Au Delà.*
- Paracetamol
- Morphine Sub-linguale
- Trinitrine 0,30 mg Si TAS >120 mmHg Parfois Utilisée  
Pour: [\[OAP\]](#) [\[Certains SCA\]](#)

## Drogues Inhalées

- Salbutamol 100µg/Dose Suspension Pour Inhalation

# 8- Transport Médicalisé Des Malades

Transport sanitaire des personnes nécessitant une assistance médicalisée en cours de transport.

Catégories des moyens de transport médicalisé sanitaire.

- Le transport terrestre par Ambulance de secours et de soins d'urgence.
  - Le transport sanitaire aérien
  - Le transport sanitaire maritime
- 
- L'équipage des moyens de transport médicalisé sanitaire se compose : - d'un conducteur du moyen de transport sanitaire. - d'un infirmier ou autre agent paramédical qualifié. - d'un médecin

Équipement médical des moyens de transport sanitaire **médicalisé**  
est composé :

1) d'un brancard principal.

2) d'une civière.

3) des appareils médicaux suivants :

- un dispositif mobile d'oxygénothérapie homologué comprenant au moins deux bouteilles d'oxygène de 3 mètres cube, et une bouteille portable de 1 mètre cube, toutes munies d'un mano-détendeur à double sortie.
- un insufflateur manuel homologué pouvant être utilisé en cas d'urgence.
- un dispositif mobile d'aspiration de mucosités homologué.
- un respirateur.
- un défibrillateur avec scope.
- une boîte d'intubation complète.

4) du matériel d'immobilisation suivant :

- attelles pour membres supérieurs et pour membres inférieurs (2x2).
- 3 colliers cervicaux antiflexion de grande, moyenne et petite taille.
- 1 matelas à coquilles.

5) du matériel de pansement et de protection suivant :

- bandes élastiques : une de largeur de 5 cm et une de largeur de 10 cm.
- compresses de gaze stériles : 20 pièces de 7,5 cm x 7,5 cm au minimum.
- pansements stériles absorbants : 2 pièces de 20 cm x 40 cm au minimum.
- 2 rouleaux de ruban adhésif pharmaceutique de 2 cm de largeur.
- un drap stérile de 1 m x 2 m au minimum.
- un champ stérile d'environ 75 cm x 75 cm au minimum.
- un minimum de 0,25 L de solution antiseptique bactéricide non iodée en conditionnement d'origine.
- 2 paires de gants stériles à usage unique.
- un clamp de Barr stérile à usage unique.
- une couverture et des draps.
- deux garrots.

## 6) Des instruments suivants :

- une paire de ciseaux universels à bouts mousses.
- une pince à écharde.
- 6 sondes d'intubation de petite, moyenne et grande taille.
- une canule de bouche à bouche.
- deux canules trachéales pour adulte et enfant.
- une lampe électrique à pile.
- un bassin.
- un urinal.
- deux appareils de tension pour adulte et enfant.
- un stéthoscope.
- une boîte d'accouchement.
- une boîte de petite chirurgie.
- différentes sondes, cathéters et poches à usage unique.
- deux canules de Guedel pour adulte et enfant.
- un marteau à réflexe.
- un bistouri à lames et du matériel de suture.
- des seringues et aiguilles à usage unique de différents calibres, dont des seringues à insuline.
- un thermomètre.
- une boîte d'abaisse-langue.

# Liste indicative des médicaments devant être disponibles dans les moyens de **transport médicalisé**

- Sérum glucosé 5% 5 flacons
- Sérum glucosé 10% 5 flacons
- Sérum bicarbonaté 5 flacons
- Sérum physiologique 5 flacons
- Soluté macromoléculaire 5 flacons
- Calcium à 12,4% 3 ampoules
- Nacl 10% 10 ampoules
- Kcl 1g 10 ampoules
- Bicarbonate 42% 5 ampoules
- Sérum glucosé à 30% 5 ampoules
- Adrénaline 20 ampoules
- Dexaméthasone 5 ampoules
- Isoprenaline 15 ampoules
- Théophyline 5 ampoules
- Diazépam 10 ampoules
- Phenobarbital 10 ampoules
- Droperidol 2 ampoules
- Amiodarone 1 ampoule
- Métopimazine 2 ampoules
- Dopamine 50 5 ampoules
- Isosorbide dinitrate 5 ampoules
- Furosémide 10 ampoules
- Dobutamine 5 ampoules
- Clonidine 10 ampoules
- Terbutaline 5 ampoules
- Métoclopramide 5 ampoules
- Sulpiride 5 ampoules
- Acétylsalicylate 10 ampoules
- Isosorbide dinatrate 10 comprimés (10 mg)

# Transport médicalisé selon les situations cliniques

- Malade drainé .(drainage thoracique)
- Malade choqué . (en état de choc).
- Malade polytraumatisé ..

# Transport d'un patient drainé

## **Attention Règle lors du transport**

- **NE PAS clamber un drain thoracique qui bulle**
- **Laisser le système de recueil connecté au manomètre revient à clamber le drain !**
- Pour mettre le système en siphonnage :
- déconnecter du manomètre le système de drainage et le placer en déclive
- puis mettre le manomètre à zéro
- **En cas de fuites aériennes importantes (drain qui "bulle")**
  - Organiser le transport du patient avec un système d'aspiration autonome (pompe)
  - Si ce système n'est pas disponible, mettre le système de recueil en siphonnage et rebrancher immédiatement le système à la prise de vide murale à l'arrivée
- **Si le drain ne bulle pas :**
  - Débrancher le patient de la source de vide extérieure, positionner le bocal de recueil sous le niveau du thorax (40 cm minimum)
- **Veiller à ne pas renverser le système de recueil**
- **Vérifier la connexion du ou des drains**
- **Accompagner le patient**



# Transport d'un malade choqué

Ne seront transportés par l'ambulancier que les malades à faible risque..

## **Brancardage horizontal**

Le malade sera brancardé jusque dans l'ambulance avec précautions en respectant la position horizontale du brancard, y compris lors de l'introduction dans l'ambulance.

## **Réchauffement et oxygénation**

La cellule sanitaire sera bien chauffée.

L'oxygène sera administré constamment, sans aucune interruption lors du chargement et déchargement.

## **Conduite automobile**

Le transport doit être sans à coup avec une conduite lente, régulière, souple sans décélération ou accélération.

**Un malade en collapsus s'aggraverait pendant le transport.**

# Transport d'un malade choqué

## Conduite automobile:

Le transport doit être sans à coup avec une conduite lente, régulière, souple sans décélération ou accélération.

## Un malade en collapsus s'aggraverà pendant le transport.

### Vitesse:

Ce n'est pas la vitesse qui est importante mais sa variation.

Une brutale décélération peut faire migrer le sang vers les extrémités du corps entraînant parfois un **arrêt du cœur par désamorçage de la pompe cardiaque**. Dans les courbes à forte vitesse, il apparaît une force qui tend à éloigner: c'est la force centrifuge. Elle entraîne, elle aussi, des mouvements des organes et du sang. Il ne faut donc pratiquement jamais utiliser le frein et préférer le frein moteur, débrayer lentement, ralentir dans les courbes.

### Suspension:

Toute secousse est néfaste: suspension défectueuse, route en mauvais état, vitesse excessive.

### Bruits:

Le bruit est néfaste et retentit sur le système nerveux. Il aggrave le stress et le choc même chez les malades supposés inconscient. Il faudra rassurer en permanence ce malade angoissé, en évitant toute précipitation dans le transport, ni bruit par un klaxon intempestif.

### Surveillance pendant le transport:

surveillance visuelle constante en permanence. Il faudra vérifier la bonne position pendant le transport.

Les constantes habituelles sont régulièrement prises : conscience, pouls, TA, fréquence respiratoire.

# Transport d'un malade traumatisé grave

Le transport doit être le plus **atraumatique et confortable** possible en regard des nombreux foyers douloureux et de l'état hémodynamique de la victime. Le lit vasculaire est très sensible aux accélérations/décélérations qui engendrent un déplacement brutal de la masse sanguine pouvant être responsable d'un risque d'inhalation, de perturbations hémodynamiques (hémorragie, hypoperfusion cérébrale) ou d'un déplacement du foyer de fracture surtout au niveau du rachis (cervical+++), **d'où l'importance du coquille**).

les vibrations dues au moteur, à l'état de la route, aux amortisseurs, à l'amortissement du brancard. Ces phénomènes de résonance peuvent avoir une influence sur les lésions osseuses et peuvent engendrer **des embolies**

# 9- Conclusion

**Médecine d'urgence**

**=**

**Médecine difficile ,pleine de pièges**

**objectif premier des urgences :**

- 1. éliminer ou authentifier l'urgence et**
- 2. non pas faire un diagnostic à tout prix**

## **6 Règles**

- Pas d'antinomie entre soignants**
- Un seul et unique but : le malade**
- Garder son calme**
- Savoir faire face aux situations : stress, agressivité.**