



ABCDEF

DÉFINITIONS

| | |
|-------------------------|---|
| Sémiologie | Études des signes / science d'interprétation des symptômes |
| Symptôme | Phénomène anormal provoqué par la maladie. Signe observable |
| Syndrome | Groupe de plusieurs symptômes caractéristiques d'une maladie déterminée et constituant une entité clinique reconnaissable |
| Évaluation clinique | Effectuée par le soignant, au lit du malade, sans le recours à des appareils ou des méthodes de laboratoire permettant d'identifier les signes présentés par le patient |
| Évaluation paraclinique | Effectuée par le soignant grâce à des appareils ou des examens de laboratoire |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Connaissances nécessaires | <p>Trajet de l'air : les fosses nasales (narines) → le rhinopharynx (choanes) → l'oropharynx → le larynx</p> <p>Carrefour aéro-digestif (oropharynx) : la voie aérienne croise la voie digestive</p> <p>En dessous du larynx se trouve la trachée (10-12cm avec 16 à 20 cartilages trachéaux). Elle se termine à hauteur de TH5 (5^e thoraciques par la bifurcation trachéale)</p> <p>Transport de l'oxygène : via l'hémoglobine (HB) dans les globules rouges (GR) ou sous forme dissoute dans le plasma</p> |
| Causes des décès traumatiques | <p>Oxygène n'arrive pas dans les poumons → LVA</p> <p>Oxygène n'arrive pas dans le sang → cage thoracique / plèvre / poumon</p> <p>Sang n'arrive pas au cerveau → hémorragies / trauma du cœur</p> <p>Cerveau détruit → traumatisme crânien</p> <p>Autres (perforation digestives...)</p> |
| ATLS (Advanced Trauma Life Support) | Implique deux bilans : initial de prise en charge (ABCDEF) et secondaire détaillé (examen de la tête aux pieds) |

MÉTHODE ABDEF

| A = airway Voies respiratoires | <p style="text-align: right;">Cause traitée : l'oxygène n'arrive pas aux poumons</p> <p>Si conscient : si répond aux questions RAS</p> <p>Si sujet inconscient : risque de chute de la langue en Larrière → LVA (libération voies aériennes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspiration pharyngée 2. Libération temporaire des voies aériennes (tube nasopharyngé de Wendel ou canule oropharyngée de Guedel) 3. Libération et sécurisation des voies aériennes (intubation oro-trachéale ou cricothyroïdomyomie) 4. Si impossible : cricothyroïdomyomie ou coniotomie <p><small>PS : geste premier secours : soulever le menton pour LVA : maintien de la tête afin de respecter l'axe tête-cou-tronc puis PLS lorsqu'il respire</small></p> <p>Matériel pour intubation : sonde, seringue 10mL, laryngoscope + lame, lubrifiant, pince de Magyll, BAVU + masque, canule de Guedel, stétho, gants non stériles, système de maintien de sonde</p> <p>Protection de la colonne vertébrale : collier cervical rigide ou semi-rigide</p> | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|------|--------------------|------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | <p>B = breathing</p> <p>Signes de détresse respiratoire en cas de traumatisme thoracique : dyspnée, tachypnée, tirage, respiration paradoxale, cyanose, sueurs</p> <p style="text-align: right;">NB : fréquence respiratoire normal = 15 à 20 mvt/min</p> <p>Oxygénation systématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il respire spontanément : masque à haute concentration avec débit 9l/min - S'il nécessite une assistance ventilatoire : BAVU débit 15l/min <p>Saturomètre : traduit taux SpO2 dans le sang capillaire (norme >95%, tolérable >90%)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>SpO2</th> <th>PaO2 approximative</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>90mmHg</td> </tr> <tr> <td>90%</td> <td>60mmHg</td> </tr> <tr> <td>60%</td> <td>30mmHg</td> </tr> <tr> <td>50%</td> <td>27mmHg</td> </tr> </tbody> </table> | SpO2 | PaO2 approximative | 100% | 90mmHg | 90% | 60mmHg | 60% | 30mmHg | 50% |
| SpO2 | PaO2 approximative | | | | | | | | | |
| 100% | 90mmHg | | | | | | | | | |
| 90% | 60mmHg | | | | | | | | | |
| 60% | 30mmHg | | | | | | | | | |
| 50% | 27mmHg | | | | | | | | | |





Lésion thoracique possible : fracture de côtes (rechercher lésion aorte et gros vaisseaux pour K1,2 et 3 ; contusions pulmonaires et pneumothorax pour K4-K9 ; lésions abdominales pour K10-K12), **volet costal** (3 côtes fracturées ou plus et qui le sont toutes en 2 endroits minimum), **plaie soufflante du thorax** (il faut obturer la plaie avec un pansement étanche sur 3 côtés, agit comme une valve unidirectionnelle ⚠ Ne pas obstruer avant ttt), **pneumothorax compressif** (signes = détresse respiratoire, turgescence jugulaire, silence auscultatoire ; c'est une urgence absolue, il faut faire une exsufflation pleurale dans le 2 EIC puis drainage thoracique), pneumothorax simple/massif, **hémithorax** (simple si perte <1,5L et massif si >1,5L), **rupture diaphragmatique, dissection de l'aorte thoracique**

B = breathing

| Drainage thoracique | |
|---------------------|--|
| Avant la pose | Informé le patient, maintenir la position (décubitus dorsal) et dire qu'il va avoir une anesthésie locale pour limiter la douleur Si PM : O2, sédatif si anxiété Préparation cutanée : tondre, laver la peau à l'eau + savon antiseptique, désinfecter en 4 temps |
| Matériel | Appareil de monitoring, chariot d'urgence, champs plastique autocollant troué, compresses, béta, blouse/gants stériles/charlotte/masque pour le médecin, anesthésie locale, drain et trocards, bistouri à lame droite, fils, pinces à clamper, pinces à traire, pinces à disséquer, pansements, système de drainage, manomètre |
| Complication | Malaise vagal, embolie gazeuse, perforation Hypocoension, œdème pulmonaire, déconnexion ou ablation accidentelle du drain |
| Surveillance | FC, TA, FR, amplitude respiratoire, sat, symétrie respiratoire, surveillance du drain toutes les heures en réa et 2/3h en service et radio pulmonaire tous les jours Niveau de dépression, bullage, perméabilité et oscillation de la colonne d'eau, tuyau, liquide drainé et positionnement du drain |
| Consignes | <u>Si déconnexion drain</u> : clamper + changement du système d'aspiration, raccords et tuyau <u>Si ablation accidentelle</u> : tirer sur le fil de rappel + faire pansement compressif |

C = circulation

| Hémorragie | |
|--|---|
| Tirade létale du cercle vicieux de l'hémorragie : hypothermie + acidose → coagulopathie | |
| Signes cliniques | tachycardie, tachypnée, PA pincée (vasoconstriction) puis PA chute, patient a froid, frissons, pâleur, oligurie , angoisse de mort / agitation / agressivité / somnolence |
| 5 sites | Par terre / brancard (regard), thorax (radio), abdomen (echo FAST = détection de liquide), pelvis (radio), membres (regarder et palper) |
| Physiopathologie | 1. Détection par les volorécepteurs (dans l'oreillette droite (OD), par les baro-récepteurs (bifurcation carotidienne) 2. Signaux d'alerte + ↗ tonus sympathique (adrénaline) pour maintenir la perfusion cérébral 3. Vasoconstriction périphérique par l'action de l'adrénaline → ↘ débit et ↘ pression artérielle et action des facteurs de coagulation + ↗ de la FC 4. Rétablissement de la volémie via le système rénine-angiotensine-aldostérone → Tout cela pour nourrir les organes vitaux (cerveau, cœur, poumons) |
| Traitement | Pansements compressifs, compression direct... Anesthésie générale : perte de tonus sympathique et donc vasodilatation + chute pression artérielle Remplissage par perf : remplissage de l'oreillette qui envoie des coups tensionnels dans la bifurcation carotidienne (donne l'impression que tout va bien) → ↘ tonus sympathique + vasodilatation → le caillot est délogé + dilution des facteurs de coagulation → anémie + hypoxie + acidose → ↘ capacités de coagulation → hypothermie + saignement (c'est la merde) ⚠ On ne remplit donc pas un patient si pas stabilisé ⚠ Détermination de l'objectifs tensionnel et utilisation de : |
| A savoir | O ₂ pur → x5 l'O ₂ dissout dans le plasma T° > 35°C pour une coagulation correcte Ne pas remplir tant que l'hémorragie n'est pas contrôlée |





Équipement à mettre sur la personne traumatisé : monitoring et VVP/perf osseuse

Choc hémorragique

| | |
|--|---|
| Composition du sang par centrifugation | Culot rouge [GR (45%)] + disque blanc [plaquettes + GB (1%)] + surnageant (protéine) |
| Influence sur le transport de l'O ² | <p>À basse T° : Hb incapable de libérer l'O² = Hb inopérante pour le transport d'O² malgré une sat à 100%</p> <p>Si acidose (faible pH) : Hb fonctionne normalement si bcp d'O² → mettre sous O²</p> <p>⚠ Ne pas confondre un choc hémorragique et une insuffisance respiratoire</p> <p>Perte de sang = perte de GR donc capacités en O² (mais sat normal) et ↗ quantité O² dissoute → pas de variation de l'hématocrite ni de l'hémoglobinémie</p> <p>⚠ Hémocue (mesure l'hémoglobinémie) donnera des valeurs rassurantes non représentative</p> |
| Thrombocytes | Forment un caillot sanguin grâce à la fibrine + GR + thrombocytes et activent des facteurs de coagulation |
| Hémostase | <p>Intrinsèque : initié par thrombocytes afin d'aboutir à la libération des facteurs de coagulation</p> <p>Extrinsèque : activation directe des facteurs de coagulation</p> <p>Ces deux voies permettent de mettre en place deux traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégant plaquettaire si pathologie de la paroi artérielle - AVK (anticoagulant) si flux sanguin ralentit au niveau veineux |

C = circulation

Action IDE (sur PM)

| | |
|---|----------------------------------|
| Pouls : 60 à 80 batt/min | PA sys <140mmHg et dias < 90mmHg |
| SaO ₂ | Température |
| Oxygénation : adapter la FiO ₂ à la SaO ₂ | Hémocue ⚠ fiabilité |
| Pose de 2 VVP de gros calibre, prélèvement bio et hydratation | |

Traumatisme crânien

| | | |
|---------------------|---|---|
| Définition | Atteinte de la boîte crânienne et/ou de son contenu par une agression physique mécanique Première cause de décès chez le jeune adulte 50% à causes des AVP et concerne plus les hommes que les femmes | |
| Pronostic | Dépendant de la sévérité du TC, glasgow faible d'emblée, de l'âge, de la prise d'AVK et de la classe socio-économique | |
| Physiopathologie | <p>On évalue la profondeur en fonction du nombre de couche(s) lésée(s) [peau, tissu adipeux, épicroâne, péricrâne, os, dure mère, arachnoïde, pie-mère]</p> <p>Il est nécessaire de connaître l'anatomie du crâne et du cerveau #2.2</p> <p>Les nerfs crâniens peuvent être atteints de manières directe ou indirecte</p> | |
| Signes cliniques | Anamnèse du TC, signes fonctionnels (dysesthésie, faiblesse...), examen clinique (zone mobilité anormale, déficit moteur...), lésion(s)R crânio-faciale(s), signes de gravité | |
| Signes associés | Existence écoulement au niveau de l'oreille (sang = otorragie, otorrhée = liquide clair), ou au niveau du nez : epistaxis / rhinorrhée, hématome cutané / péri orbitaire +/- d'autres fractures de membre | |
| Signes de gravité | Syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC), troubles de la conscience, anomalies pupillaires, crise d'épilepsie, troubles du rythme cardiaque, troubles hémodynamique, reflexes osteotendineux (babinski), décortication / décérébration | |
| Séquelles | Syndrome post-traumatique, déficit neuro, trouble neuro, état végétatif... | |
| Pupille | Évaluation de la réactivité : mydriases / myosis, symétrie (si asymétrique = anisocorie) ⚠ Peut être influencé par la prise de médicament / drogue | |
| Examen motricité | Évaluation de la force (1 à 5) Sensibilité | |
| Examen des réflexes | Reflexe ostéo-tendineux | Reflexe myotatique = motricité involontaire |
| | Membre supérieur | Bicipital Stylo radial Tricipital Cubito pronateur |
| | Membre inférieur | Achilléen Rotulien |

D = disability





| | |
|-------------------------|---|
| Examens complémentaires | Scanner cérébral sans produit de contraste, IRM cérébral, écho-doppler trans-crânien, écho FAST, scanner corps entier |
| Traitement | Immobilisation, monitoring, perfusion, transfert en réa-neuro Prévention des facteurs d'aggravation Chirurgie |

| Glasgow (sur 15) | | |
|--|---|--|
| <small>Tu peux t'inquiéter si le score < 8 (coma) et encore plus si < 5 (coma grave) NB : glasgow 9/15 = troubles de la conscience</small> | | |
| Ouverture des yeux | Réponse verbale | Réponse motrice |
| 4 : Spontanée 3 : Sur ordre 2 : À la douleur 1 : Absente | 5 : Orientée 4 : Confuse 3 : Inappropriée 2 : Incompréhensible 1 : Aucune | 6 : À la demande 5 : Orientée adaptée 4 : Évitement non adapté 3 : Flexion poignets / coude 2 : Extension + rotation interne membres sup 1 : Aucune |

Traumatisme du rachis

Définition : Atteinte mécanique d'un ou plusieurs segment de la colonne vertébrale et/ou de son contenu (la moelle spinale et ses racines)

Pronostic : Le pronostic fonctionnel voir vital est engagé

Il est nécessaire de connaître l'anatomie de la colonne et du rachis #2.2

| | |
|----------------------------|--|
| La vertèbre | Fracture simple, fracture par tassement ou fracture par éclatement / « burst » |
| Lésions disco-ligamentaire | Entorse, luxation, hernie discale |
| Lésions mixtes | A la fois osseuse et à la fois disco-ligamentaires |
| Lésions médullaires | Compression, commotion, contusion, trans-section |
| Lésions radicaire | Compression, arrachement |

Mécanismes : hyper-flexion, hyper-extension, coup du lapin (hyper-flex + hyper-ext), compression « whiplash », distraction, rotation, section

| LESION MEDULLAIRE | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|-------|-------------------------|-------|-----------------------------|--------|-----------------------------|-------|--------------------------|
| Compression médullaire : un fragment osseux fracturé peut venir comprimé la moelle spinale ou une racine / nerf spinal La gravité est liée à la fragilité du système nerveux et à l'absence de réparation possible | | | | | | | | | | | |
| Lors d'une atteinte de la moelle spinale, l'évolution clinique se fait en 2 phases | | | | | | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Phases de paralysie flasque ou choc spinal 2. Phase secondaire de paralysie spastique ou automatisme médullaire : apparition d'une hypertonie musculaire avec des reflexes ostéo tendineux | | | | | | | | | | | |
| <p>Tetraplégie : atteinte sensi motri des 4 membres Paraplégie : 2 membre inf Parésie : atteinte motrice partielle</p> <table border="1"> <tr> <td>Supérieur à C4</td> <td>Paralysie des 4 membres + diaphragme</td> </tr> <tr> <td>C4-C7</td> <td>Paralysie des 4 membres</td> </tr> <tr> <td>T1-L1</td> <td>Paralysie des 2 membres inf</td> </tr> <tr> <td>T10-L2</td> <td>Atteinte du cône médullaire</td> </tr> <tr> <td>L2-L5</td> <td>Syndrome queue de cheval</td> </tr> </table> | | Supérieur à C4 | Paralysie des 4 membres + diaphragme | C4-C7 | Paralysie des 4 membres | T1-L1 | Paralysie des 2 membres inf | T10-L2 | Atteinte du cône médullaire | L2-L5 | Syndrome queue de cheval |
| Supérieur à C4 | Paralysie des 4 membres + diaphragme | | | | | | | | | | |
| C4-C7 | Paralysie des 4 membres | | | | | | | | | | |
| T1-L1 | Paralysie des 2 membres inf | | | | | | | | | | |
| T10-L2 | Atteinte du cône médullaire | | | | | | | | | | |
| L2-L5 | Syndrome queue de cheval | | | | | | | | | | |

Examen neuro : Motricité + sensibilité des membres

Gravité : Délabrement cutané
Lésions associées : traumatisme thoracique, abdominal, crânien
Attention au retentissement cardio respiratoire

Examen complémentaire : Radiographies standards, scanner rachidien, IRM rachidienne,
Objectif : établir un diagnostic lésionnel précis déterminant la sévérité, une instabilité osseuse et disco ligamentaire et si une compression medullaire ou radiculaire existe

D = disability





| Hypothermie | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|------------|--|------------------|--|-------------------------------|---|----------|--|------------|---|
| Définition | <p>La température centrale d'un animal à sang chaud ne lui permet plus d'assurer les fonctions vitales</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>Modérée</td> <td>Entre 32° et 35°</td> </tr> <tr> <td>Sévère</td> <td>Entre 28° et 32°</td> </tr> <tr> <td>Profonde</td> <td><28°</td> </tr> </table> <p>Thermorégulation : équilibre entre thermogénèse et thermolyse</p> | Modérée | Entre 32° et 35° | Sévère | Entre 28° et 32° | Profonde | <28° | | | | | | | | |
| Modérée | Entre 32° et 35° | | | | | | | | | | | | | | |
| Sévère | Entre 28° et 32° | | | | | | | | | | | | | | |
| Profonde | <28° | | | | | | | | | | | | | | |
| Bases anatomiques | <p>Hypothalamus fait le pont entre le SN autonome et le SN endocrinien. Cette glande endocrine intervient dans les processus de faim, soif, sommeil et thermorégulation</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Thermolyse (lyse = détruire)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Objectif</td> <td>Faire diminuer la température du corps</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Phénomènes</td> <td>Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettent les échanges permet l'élimination de la température corporelle</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Compensation</td> <td>Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Thermogénèse (génèse = créer)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Objectif</td> <td>Faire accroître la température du corps</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Phénomènes</td> <td>Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire</td> </tr> </tbody> </table> | Thermolyse (lyse = détruire) | | Objectif | Faire diminuer la température du corps | Phénomènes | Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettent les échanges permet l'élimination de la température corporelle | Compensation | Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel | Thermogénèse (génèse = créer) | | Objectif | Faire accroître la température du corps | Phénomènes | Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire |
| Thermolyse (lyse = détruire) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectif | Faire diminuer la température du corps | | | | | | | | | | | | | | |
| Phénomènes | Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettent les échanges permet l'élimination de la température corporelle | | | | | | | | | | | | | | |
| Compensation | Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel | | | | | | | | | | | | | | |
| Thermogénèse (génèse = créer) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectif | Faire accroître la température du corps | | | | | | | | | | | | | | |
| Phénomènes | Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire | | | | | | | | | | | | | | |
| Conséquences | <p>Baisse du métabolisme → ralentissement de l'activité cellulaire et progressivement de toutes les fonctions</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Cardiovasculaire</td> <td>Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Respiratoire</td> <td>Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">SNC</td> <td>Baisse du débit sanguin cérébral. Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34°</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Milieu intérieur</td> <td>Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Coagulation</td> <td>La thrombopénie survient parfois On parle également d'hypocoagulabilité (difficulté de coagulation)</td> </tr> </tbody> </table> | Cardiovasculaire | Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire | Respiratoire | Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique | SNC | Baisse du débit sanguin cérébral . Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34° | Milieu intérieur | Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale | Coagulation | La thrombopénie survient parfois On parle également d' hypocoagulabilité (difficulté de coagulation) | | | | |
| Cardiovasculaire | Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire | | | | | | | | | | | | | | |
| Respiratoire | Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique | | | | | | | | | | | | | | |
| SNC | Baisse du débit sanguin cérébral . Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34° | | | | | | | | | | | | | | |
| Milieu intérieur | Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale | | | | | | | | | | | | | | |
| Coagulation | La thrombopénie survient parfois On parle également d' hypocoagulabilité (difficulté de coagulation) | | | | | | | | | | | | | | |
| Étiologie (étude des causes) | <p>L'exposition à un milieu hostile froid Hémorragie est une source d'hypothermie Brûlure = perte tégumentaire Coma, paralysie : perte de la capacité à produire de la chaleur</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| Signes cliniques | <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité</td> <td> Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité</td> <td> Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent, signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution des réflexes ostéo-tendineux </td> </tr> </tbody> </table> | 32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité | Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons | 28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité | Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent , signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution des réflexes ostéo-tendineux | | | | | | | | | | |
| 32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité | Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons | | | | | | | | | | | | | | |
| 28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité | Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent , signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution des réflexes ostéo-tendineux | | | | | | | | | | | | | | |

E = exposition





| | | | |
|----------------|------------------|--|---|
| E = exposition | Signes cliniques | 28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité | Cutané : peau sèche, cyanosée , livide, pas de marbrure, gelures, pas de frissons |
| | | Hypothermie <28° 60% de mortalité | Respiration : apnée si T<25° Circulation : FV (arrêt circulatoire) + asystolie si T<20° Neurologie : coma |
| | Conduite à tenir | Sur place | Soustraire la victime Déshabiller si mouillée, chauffer O ² / éventuellement IOT (intubation orotrachéale) VVP + scope Transfert rapide en réanimation |
| | | A l'hôpital | T>32 : réchauffement externe Atmosphère externe chaude Matelas chaud Couverture chaude T<32° : réchauffement interne Solutés réchauffés Air inspiré Lavage gastrique chaud Circulation extra corporelle |

| | | |
|------------|--|---|
| F = family | CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) | |
| | Mission | <ol style="list-style-type: none"> Coordonnée les actions et les relations entre les ≠ intervenants (SAMU, pompiers...) Assurer le dispositif de prise en charge immédiate sur le terrain Post-immédiate (dans les jours qui suivent) Prise en charge au long cours des victimes et des impliqués Définir des schémas type d'interventions <ol style="list-style-type: none"> Plan rouge Événements collectifs ou individuels à fort retentissement psychologique (grand nombre de victime, attentats...) Formation des équipes de volontaires Consultations régulières au centre de consultation du psycho traumatisme <p>Il peut installer un poste d'urgence médico-psy lors sur le terrain et aider à trier les blessés</p> |
| | Plan rouge | Déclenchement du CUMP + SMUR par médecin régulateur du SAMU 10 victimes + risque d'évolution dans le temps Procédure : ramassage des blessés → poste médical avancé → évacuation |
| | Infirmier CUMP | Aides + soutiens psy + collaboration avec les autres membres d'intervention (SAMU, pompier...) + amélioration de la qualité des soins (débriefing) + formation, encadrement et recherche (publications, cours...) 3 rôles : organisation, soignant, transmission |
| | Procédure | Accueil → entretien → repérage clinique → transmission |

| | |
|--|--|
| Syndrome de stress post-traumatique | |
| Signes | Temps de latence : quelques jours à 6 mois / chroniques ou s'atténuent avec le temps Débordement émotionnel : tremblements, crises de larmes, agitation + hypersensibilité à stimulations sensorielles, sidération, actes automatiques, agitation, dissociation, délire... Syndrome central : la répétition avec cauchemars++ Symptômes non spécifiques : troubles névrotiques, anxieux, addictifs, comportementaux + caractère (personnalité), psychosomatiques... |
| Traitement | Confiance, faire parler, rassurer, expliquer... |
| Résilience | Aptitude à rebondir ou à subir des chocs sans être détruit En psycho : capaciter à refaire une vie en surmontant le choc |
| Stress | Réaction physiologique et psychologique adaptative en cas de danger ou de menace vitale |
| Debriefing | C'est la 1ère étape de la reconstruction psychique Prise de conscience de la dimension psychologique de l'évènement, verbalisation des émotions + pensées, reprise de la maîtrise, offre de soin |

