

# Gestes d'urgence en médecine générale

Alexandre Bardis

Aucun conflit d'intérêt

**JNMG**  
2021  
Journées Nationales de Médecine Générale

# Préambule

- volontairement non exhaustif
- pédiatrie non abordée
- optimisation des gestes de secourisme
- ajout de compétences médicales

# Généralités - Qu'est ce que l'urgence ?

- mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne

ou

- tout ce qui est « ressenti comme une urgence par le patient »

# Généralités - Qu'est ce que l'urgence ?

- urgence vitale : si elle met en jeu le pronostic vital
- urgence vraie : si elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides
- urgence ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave

# Généralités - Quelle est son incidence en médecine générale ?

- les recours urgents ou non programmés constituent 12 % de l'activité totale des médecins généralistes libéraux (Dress 2006)
- 5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville débouchent sur une hospitalisation, généralement immédiate (Dress 2006)
- en Décembre 2019 au SAMU 92, 88 appels au 15 de MG depuis leur cabinets, 20 envois de SMUR

# Généralités - Quels sont les devoirs du médecin généraliste face à l'urgence ?

- article 223-6 alinéa 2 du code pénal « sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »



# Généralités - Quels sont les devoirs du médecin généraliste face à l'urgence ?

- article R.4127-9 du Code de la Santé Publique « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »
- article 71 du CSP : « Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge »

# Généralités- Quels sont les moyens du médecin généraliste face à l'urgence ?

- trousse d'urgence
  - pas de consensus actuel sur la nécessité et la composition d'une trousse d'urgence pour le médecin généraliste
  - environ 65-70% des MG en sont équipés
  - en pratique jamais de litige auprès CNOM ou assurances pour carence de matériel
  - seule obligation médico-légale est l'administration immédiate\* de ceftriaxone injectable devant la constatation d'un purpura fulminans (HCSP 2006)

# Généralités- Quels sont les moyens du médecin généraliste face à l'urgence ?

- trousse d'urgence
  - adaptée aux compétences du MG
  - adaptée aux situations urgentes fréquemment rencontrées par le MG
  - doit pouvoir aussi répondre à des situations rares ou exceptionnelles relevant de l'urgence immédiate

# Généralités- Quels sont les moyens du médecin généraliste face à l'urgence ?

- problématique de l'abord vasculaire
  - la capacité à obtenir une VVP étend considérablement le champs des possibilités dans la gestion de l'urgence
  - la plupart des médecins ne savent plus le faire
  - il n'y pas toujours d'alternative

# Généralités- Quels sont les moyens du médecin généraliste face à l'urgence ?

- problématique de l'abord vasculaire
  - il est nécessaire de se former et d'entretenir ses compétences
  - à défaut, s'appuyer sur les compétences de collaborateurs (IDE libéral, VLI pompier...)

# Généralités- Quels sont les moyens du médecin généraliste face à l'urgence ?

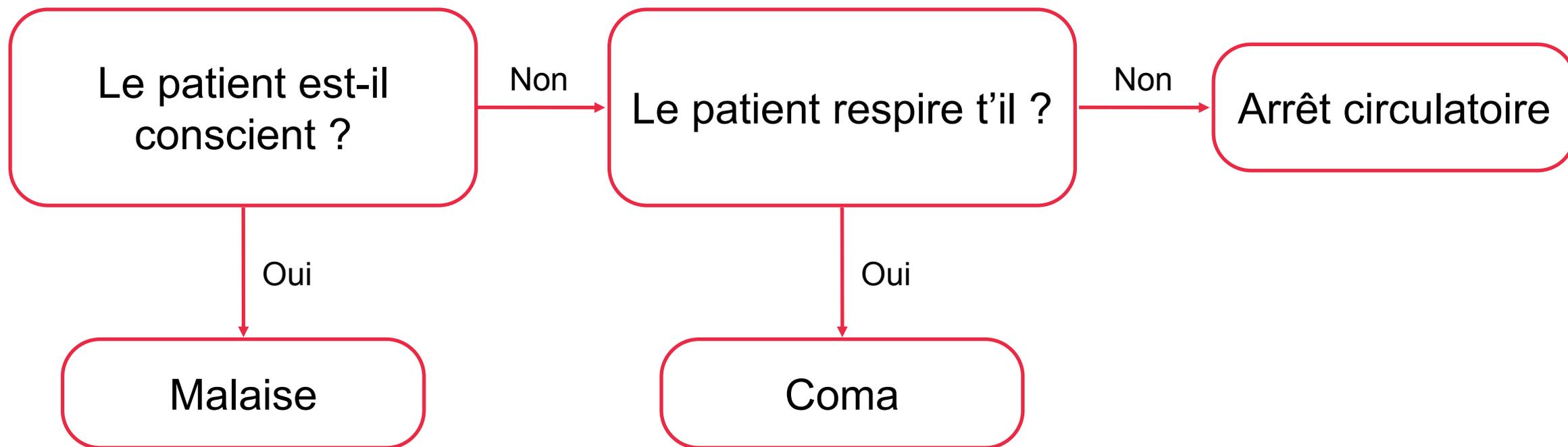
- SAMU Centre 15
  - conseil médical, expertise dans le domaine de l'urgence
  - envoi de moyens secouristes
  - envoi de SMUR
  - orientation adaptée, préparer l'accueil à l'hôpital

# Gestion d'un malaise

- malaise est un terme générique, regroupant des situations cliniques diverses
  - « sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans pouvoir en identifier obligatoirement l'origine »
  - « épisode aigu, régressif, qui est caractérisé par un trouble de la conscience ou de vigilance (perte de connaissance brève ou lipothymie) avec ou sans hypotonie, qui peut être responsable de chute »
- 3 à 10 % des admissions aux urgences et 9 % des motifs d'hospitalisation chez les sujets de plus de 65 ans

# Gestion d'un malaise

- 3 grands cas de figure qui découlent d'un algorithme simple :

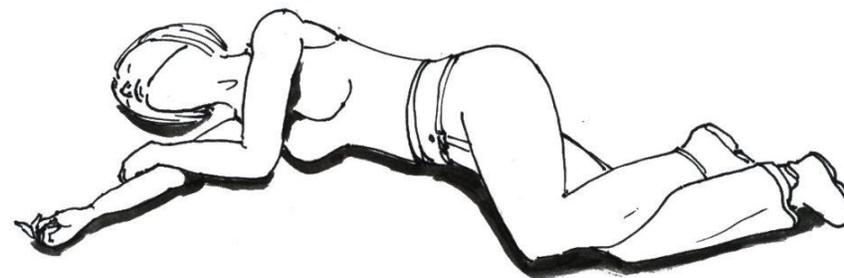


# Gestion d'un malaise

- anamnèse fondamentale (terrain, circonstances)
- examen clinique doit comporter :
  - FC, FR, SpO2, T°
  - TA aux 2 bras (voire recherche d'hypotension orthostatique)
  - ECG 12 dérivations
  - glycémie (si patient diabétique)
- orientation selon les cas (toujours remettre en question la bénignité d'un malaise)

# Gestion d'un coma

- mettre en PLS
- s'assurer de la liberté des VAS
- examen clinique doit comporter :
  - FC, FR, SpO2, T°, TA
  - glycémie
- appel du 15 (sauf hypoglycémie)



# Gestion d'un coma

- hypoglycémie

- définition :  $<0,50$  g/L ( $<2,8$  mmol/L) (mais parfois symptomatiques  $<0.6$  g/L et asymptomatique  $>0.3$  g/L)
- traitement :
  - ▶ resucrage PO tant que déglutition possible
  - ▶ glucagon en IM ou SC (CI si sulfamides hypolycémiantes)
  - ▶ glucagon spray nasal (CI si sulfamides hypolycémiantes)
  - ▶ G30% 1 ou 2 ampoules IV
- appel du 15 dès le 1er échec de resucrage médicamenteux
- orientation selon cause et évolution

# Gestion d'un coma

- overdose (intoxication aux opiacés)
  - troubles de conscience, myosis, bradypnée
  - traitement :
    - ▶ naloxone IV (immédiat), IM ou SC (délai 3 minutes)
    - ▶ naloxone spray nasal
    - ▶ la levée brutale et complète des effets morphiniques peut provoquer un syndrome de sevrage
  - appel du 15



# Gestion d'un arrêt circulatoire

- appel du 15 (et de quiconque sait faire MCE à proximité)
- initier le MCE (30/2; entre 100 et 120/min)
- s'assurer de la liberté des VAS, canule de Guedel
- installer le défibrillateur semi-automatique
- ventiler au BAVU sous O2 15L\*
- adrénaline 1mg IVD toutes les 4 min\*



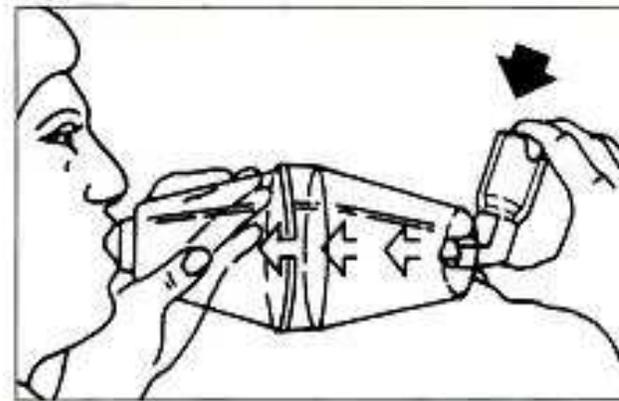
- si asystolie + pas de témoin/MCE + >75ans + pas de cause curable évidente = 0% de survie

# Gestion d'une détresse respiratoire

- critères de gravité :
  - FR>30/min; orthopnée
  - cyanose, sueurs
  - signes de lutte (tirage, respiration abdominale...)
  - agitation, somnolence, confusion
  - SpO2<90%
- traitement de première intention (et ce quelle que soit la cause) est l'O2 au MHC
  - appel au 15 systématique

# Gestion d'une détresse respiratoire

- dyspnée expiratoire (crise d'asthme ou exacerbation BPCO)
  - possibilité d'utiliser aérosol doseur avec chambre d'inhalation
  - traitement de référence est l'aérosol sous O<sub>2</sub> 6 à 9L/min (terbutaline 5mg + bromure d'ipratropium 500µg)
  - corticothérapie peut être différée
  - intérêt du DEP (Peak flow) ?



# Gestion d'une détresse respiratoire

- dyspnée inspiratoire

- angio-oedème histaminique (cf plus loin)
- laryngite striduleuse (corticothérapie est efficace en quelques minutes)
- épiglottite (syndrome fébrile intense, dysphagie, hypersialorrhée et dyspnée progressive)
- corps étranger laryngé (asphyxie aiguë, immédiate, foudroyante ; tirage très intense, aphonie et cyanose importante)
  - obstruction totale (pas de voix, bouche ouverte, agitation, pas de respiration) : manoeuvre de Heimlich
  - obstruction partielle (parle et tousse) : position demi assise, laisser tousser
  - en cas d'échec, appel au 15



# Gestion d'une détresse respiratoire

- dyspnée sine materia (auscultation normale)
  - embolie pulmonaire, anémie aiguë, tamponnade sur péricardite, trouble du rythme aigu (FA, TV), dysfonction neuro-musculaire, psychogène
- anomalies auscultatoires bilatérales
  - OAP, pneumopathie interstitielle aiguë, exacerbation de BPCO, bronchite aiguë, hémorragie intra-alvéolaire (vascularite), SDRA
- anomalies auscultatoires unilatérales
  - pleurésie, pneumothorax, atélectasie, pneumonie unilatérale (PFLA)

# Gestion d'une anaphylaxie

- définition :
  - réaction d'hypersensibilité (ou allergique) systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital
- incidence en augmentation (entre 1,5 et 7,9 pour 100 000 personnes par an),
  - pic de mortalité entre 10 et 30 ans par anaphylaxie alimentaire
  - pic après 60 ans par anaphylaxie médicamenteuse
- étiologie chez l'adulte : aliments (20%); venins (48%); médicaments (22%)

## Critères de Sampson et al.

Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une atteinte cutanéomuqueuse de type urticarienne ET au moins un des éléments suivants :

Atteinte respiratoire

Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes

Au moins deux des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un probable allergène pour ce patient (minutes à quelques heures) :

Atteinte cutanéomuqueuse

Atteinte respiratoire

Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes

Signes gastro-intestinaux persistants (douleurs abdominales, vomissements, etc.)

Hypotension artérielle après exposition à un allergène connu pour ce patient (minutes à quelques heures) : PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle

## Symptômes et fréquence

Signes subjectifs prodromiques et autres	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensation de malaise, d'angoisse, de chaleur ou de mort imminente</li><li>• Goût métallique dans la bouche</li></ul>
Signes cutanéomuqueux (84 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prurit palmoplantaire</li><li>• Érythème ou rash cutané</li><li>• Éruption maculopapuleuse, urticaire superficielle</li><li>• Urticaire profonde (angio-œdème), souvent mieux visible sur les zones où la peau est fine (paupières, oreilles)</li><li>• Paresthésies de l'oropharynx</li><li>• <u>Œdème des lèvres, de la langue ou de la luette</u></li><li>• Larmoiement, hyperhémie conjonctivale</li></ul>
Signes cardiovasculaires (72 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tachycardie, bradycardie (réflexe de Bezold-Jarisch), arythmie, palpitations</li><li>• Hypotension, collapsus, choc, perte de connaissance</li><li>• Douleur thoracique, troubles de la repolarisation</li><li>• Troubles de conduction</li><li>• Arrêt cardiaque</li></ul>
Signes respiratoires (68 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Voies aériennes supérieures : rhinorrhée, congestion nasale, toux sèche, éternuements, prurit et gêne pharyngés, <u>dysphonie</u>, enrouement, <u>dyspnée laryngée</u>, <u>stridor</u></li><li>• Voies aériennes inférieures : polypnée ou bradypnée, dyspnée, toux, bronchospasme, baisse du débit expiratoire de pointe, gêne thoracique, difficulté à parler</li><li>• Cyanose, arrêt respiratoire</li></ul>
Signes digestifs (45 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhées, dysphagie</li></ul>
Signes neurologiques (15 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confusion, modification du comportement, irritabilité, céphalées</li><li>• Agitation, altération de la vigilance, convulsions</li></ul>

# Gestion d'une anaphylaxie

- traitement (SFMU):
  - éviction du facteur déclenchant
  - adrénaline 0.01mg/kg (max 0.5mg) en IM (intérêt des styles prêts à l'usage)
  - pas d'intérêt des corticoïdes en urgence
  - antihistaminiques utiles sur le symptômes cutanéomuqueux
  - $\beta$ 2-mimétiques d'action rapide si bronchospasme
- appel du 15 (surveillance de 6h après résolution de l'épisode)

# Gestion d'une brûlure

- refroidir et rincer 15 min sous de l'eau froide
- analgésie
  - 2cp de paracetamol 500mg + codeine 30mg
  - morphine 0.05mg/kg SC
- évaluer la surface cutanée brûlée (tableau de Lund et Browler (référence) ou règle des 9 de Wallace), le degré d'atteinte, ainsi qu'une localisation remarquable (visage, périnée, visage)
- nettoyer à l'eau et au savon doux\*
- phlyctènes :
  - petite, non ou peu douloureuse : ne rien faire
  - grosse et douloureuse : percer et débridement

# Gestion d'une brûlure

- pansement (STB) :
  - brûlure du 1er degré : pommade ou crème sans antibactérien
  - brûlure du 2ème degré superficielle propre : interface ou membrane sans antibactérien ; éventuellement
  - brûlure du 2ème degré profonde ou superficielle à risque de contamination (mauvaise hygiène, zone algique, brûlure étendue) : pommade ou pansement avec antibactérien (et JAMAIS de pommade ou crème sans antibactérien)
  - brûlures du 3ème degré : avis spécialisé pour traitement chirurgical

# Gestion d'une plaie

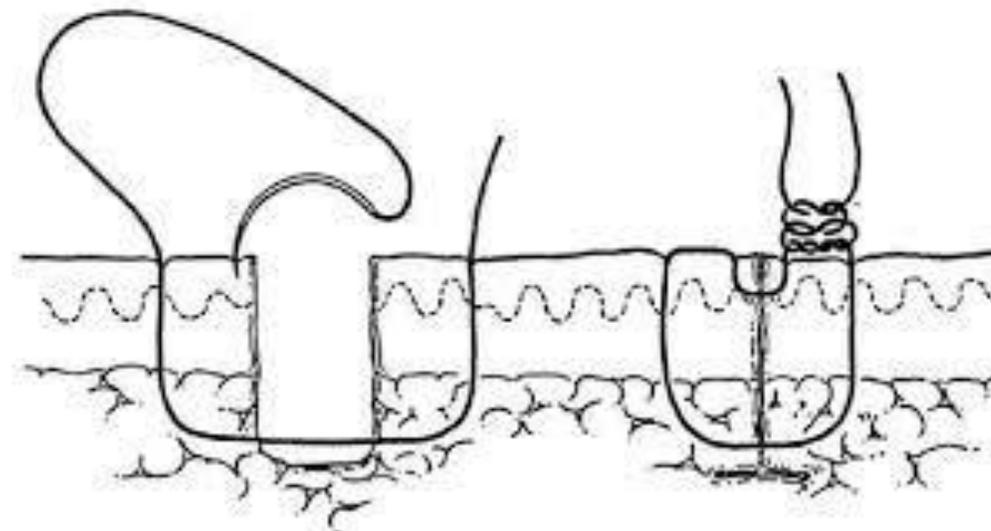
- analgésie
  - antalgique per os (paracétamol, paracétamol + codéine)
  - topique anesthésiant (lidocaïne + prilocaïne)
  - anesthésie locale (lidocaïne non adrénalinée à 1 et 2 %)
  - morphine 0.05mg/kg SC

# Gestion d'une plaie

- prise en charge du risque infectieux
  - nettoyage déterision (eau savon), ne pas tondre ou raser (sauf sourcils)
  - exploration (compresse humide), excision tissus voués à la nécrose, évacuation corps étrangers
  - les antiseptiques n'ont pas montré de bénéfice
  - l'antibiothérapie est nécessairement probabiliste (amoxicilline + acide clavulanique 1g/8h pendant 5 jours) et n'est pas systématique (hormis morsures)
  - prévention du risque tétanique (uniquement personne non à jour):
    - blessure mineure, propre : dose immédiate de vaccin antitétanique IM
    - blessure majeure ou souillée par germes d'origine tellurique : Ig antitétanique 250UI IM et dose de vaccin antitétanique IM

# Gestion d'une plaie

- stratégie de cicatrisation
  - pas de délai standardisé
  - choix de la technique de fermeture :



Type de suture	Suture adhesive	Colle tissulaire	Point simple	Point de Blair-Donati	Agrafe
Indication	Plan superficiel, bords nets peu profonds, affrontement sans tension	Plan superficiel, plaie inférieure à 10 cm, peu profonde, franche et linéaire, ne saignant pas	Plan superficiel ou plan profond, suture la plus commune	Permet de rapprocher les plans profonds et superficiels dans un même temps, zone où le préjudice esthétique est moindre, suture avec tension	Plaies peu hémorragiques du cuir chevelu
Remarque	Peut compléter les autres modes de suture	Contre-indiquée en cas de risque infectieux élevé (morsure)		Le nœud peut s'enfouir sous la peau, si le fil est laissé trop longtemps	Suture rapide et facile, mais peu esthétique, nécessite une pince spéciale pour leur ablation

# Gestion d'une plaie

- stratégie de cicatrisation
  - choix du fil :

Taille et type de fil de suture	Localisation
3-0 ou 4-0	Tronc
4-0 ou 5-0	Membres, extrémités et crâne
5-0 ou 6-0 (fil non résorbable)	Face
3-0 ou 4-0 (fil résorbable)	Muscle, selon saignement et profondeur

# Gestion d'une plaie

- stratégie de cicatrisation
  - surveillance et ablation:

Localisation de la plaie	Durée proposée
Visage	5 jours (sauf paupière 3 jours)
Cou, oreille	10 à 14 jours
Scalp	6 à 8 jours
Tronc	15 à 21 jours
Main	10 à 14 jours (face dorsale); 14 jours (face palmaire)
Membre supérieur	12 à 14 jours
Pied	12 à 14 jours
Membre inférieur	15 à 21 jours

# Gestion d'une plaie

- cicatrisation dirigée

- indications :

- pertes de substance cutanée sans atteinte ou mise à nu d'éléments nobles,
    - plaies par morsure sans préjudice esthétique et sans complication,
    - plaies souillées à haut risque infectieux

- réalisation en 3 phases :

- détersion, améliorée par l'utilisation de pansements gras
    - bourgeonnement, justifiant un pansement semi-occlusif ou occlusif absorbant
    - épithélialisation, accélérée par des pansements semi-occlusifs ou occlusifs

# Matériel et médicaments indispensables

- il n'y a ni consensus ni jurisprudence concernant le matériel et les médicaments devant constituer la trousse d'urgence
- il existe un référentiel de la SFMU concernant la dotation de référence des Médecins Correspondants SAMU (MCS)
- seule obligation médico-légale est l'administration immédiate de ceftriaxone injectable devant la constatation d'un purpura fulminans (HCSP 2006)

# Matériel et médicaments indispensables\*

- matériel administratif
- matériel d'hygiène (masques, SHA, lingettes, gants, container à aiguille)
- matériel de diagnostic (tensiomètre, stéthoscope, otoscope, lecteur glycémique, ECG, saturomètre, thermomètre)
- matériel de perfusion (cathéters, aiguilles, seringues, tubulures, sérum physiologique),
- kit de pansement, kit de suture, fils, agrafeuse, garrots
- matériel pour aérosols (chambre d'inhalation, nébuliseur avec masque, bouteille O<sub>2</sub>\*), canule de Guedel
- DAE ou DSA

# Matériel et médicaments indispensables\*

- Antibiotiques
  - ceftriaxone IM
- Antalgiques
  - paracetamol PO
  - paracetamol + codéine PO
  - morphine PO et SC
  - lidocaine + prilocaine crème
  - lidocaine adréaliné SC
- Cardiologie
  - adrénaline IV
  - trinitrine sublingual
- Pneumologie-allergologie
  - $\beta$ 2-mimétiques (terbutaline) dosette ou doseur
  - bromure d'ipratropium dosette
  - antihistaminique PO
  - adrénaline stylo

# Matériel et médicaments indispensables\*

- Endocrinologie
  - G30% IV
  - glucagon spray nasal
- Neurologie-psychiatrie
  - benzodiazepine IM et PO
  - neuroleptique PO
  - anxiolytique PO
  - naloxone spray nasal



# 3 éléments essentiels

- connaître les besoins en terme d'urgence de sa population et les organisations déjà en place
- constituer initialement sa propre trousse d'urgence en fonction de ses compétences
- acquérir de nouvelles compétences pour répondre aux besoins

MERCI !