

Les
Les
Bilans
de
Prompts Secours

INDEX

LES ELEMENTS DU BILAN

LE BILAN "CIRCONSTANCIEL"

LE BILAN "LESIONNEL"

LE BILAN "FONCTIONNEL"

Bilan neurologique

Bilan respiratoire

Bilan cardio-circulatoire

LE BILAN "COMPLEMENTAIRE"

LES INTERVENTIONS DE PROMPT SECOURS

A. CARDIOLOGIE

A.1. Douleur thoracique

A.2. Oedème aigu du poumon (OAP)

A.3. Troubles du rythme

A.4. Arrêt cardio-respiratoire (ACR)

B. PNEUMOLOGIE

B.1. Insuffisance respiratoire aiguë

B.2. Insuffisance respiratoire chronique (IRC)

B.3. Crise d'asthme et asthme aigu grave (AAG)

C. NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

C.1. Epilepsie, convulsions et état de mal convulsif

C.2. Spasmophilie et tétanie

C.3. Accident vasculaire cérébral (AVC)

D. GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

D.1. Menace d'accouchement à terme

D.2. Accouchement

D.3. Anomalies de la grossesse

E. TRAUMATOLOGIE

E.1. Traumatisme crânien et du rachis

E.2. Traumatisme thoracique

E.3. Traumatisme abdomino-pelvien

E.4. Traumatisme de membre

E.5. Hémorragies externes

F. INTOXICATIONS AIGUES

F.1. Intoxications aiguës médicamenteuses

F.2. Overdose

F.3. Monoxyde de carbone et fumées d'incendie

G. DIVERS

G.1. Alcoolisme aigu, chronique

G.2. Diabète - Hypoglycémie

G.3. Noyade

G.4. Brûlure

H. ENFANT

H.1. La fièvre chez l'enfant

H.2. La dyspnée chez l'enfant

H.3. Malaise grave / mort subite inexplicée chez le nourrisson

I. ALLERGIE

I.1. Réaction allergique (sauf asthme) / œdème de QUINCKE

T. TRI

T.1. Score de GLASCOW

T.2. Score de MALINAS

I PREAMBULE

Le bilan que les chefs d'agrès doivent adresser à la coordination médicale est stéréotypé; il comprend normalement :

- la présentation de l'engin et de l'adresse d'intervention (suivi éventuellement d'un message de priorité : "URGENT, URGENT, URGENT")
- les circonstances de l'appel (malaise, accident...)
- les signes principaux de détresse.
- le bilan vital (conscience, ventilation, pouls)
- l'état des pupilles.
- des informations complémentaires (reste de l'examen de la victime, premiers gestes effectués, évolution...)

La coordination médicale, de son côté, doit :

- faire compléter le bilan en précisant les points indispensables à la décision...
- évaluer la gravité de la victime et décider du mode de prise en charge de la victime
- vérifier l'adéquation des premiers gestes effectués et conseiller sur les mesures complémentaires à prendre...

Le bilan standard doit être modulé en fonction du type d'intervention afin d'éviter les pertes de temps inutiles; on n'a par exemple aucun intérêt à demander l'état des pupilles chez une femme qui accouche. Il est donc important que le STAC appréhende bien chacun des éléments du bilan.

II LE BILAN "CIRCONSTANCIEL"

Il permet de replacer la détresse dans son contexte :

- en cas de maladie : mode d'apparition des signes (effort, émotion...), antécédents identiques...
- en cas de traumatisme : type de l'accident (véhicule, chute...), violence, mécanisme (choc direct, indirect, écrasement...)
- en cas de grossesse : terme normal, circonstances déclenchantes éventuelles des contractions (perte des eaux, infection...)
- en cas d'intoxication : geste volontaire ou accidentel...

III LE BILAN "LESIONNEL"

Il précise la nature de la détresse :

- en cas de maladie : plainte du malade, signes présentés (douleurs, difficultés respiratoires, paralysies...), évolution des signes
- en cas de traumatisme : plaies, suspicion d'atteinte du squelette...
- en cas de grossesse : signes de menace d'accouchement...
- en cas d'intoxication : nature du toxique, dose, voie de pénétration...

IV LE BILAN "FONCTIONNEL"

IV.A Bilan neurologique

IV.A.a Conscience, inconscience :

Un patient est conscient s'il répond aux questions ou exécute les ordres simples.

En cas d'inconscience, on peut rechercher la réactivité à la douleur en pinçant la face interne du bras, ce qui donne une notion de la profondeur du coma.

La perte de connaissance expose à des risques évolutifs :

- Perte des réflexes de sécurité protégeant les voies aériennes (toux, déglutition) d'où risque d'encombrement des voies aériennes ou, accident gravissime, de vomissement dans les bronches.
- Perte du tonus musculaire exposant à l'obstruction des voies aériennes par la chute de la langue en arrière.

En l'absence d'ACR, la mise en PLS diminue ces risques. La notion de coma justifie la médicalisation de l'intervention, sauf dans quelques situations où un réveil rapide est attendu.

- Le coma lors d'une overdose, qui réagit (habituellement) à l'oxygénothérapie.
- La phase comateuse suivant une crise simple d'épilepsie.
- La perte de connaissance banale qui suit une émotion, une douleur ("lipothymie", "malaise vagal").

IV.A.b Autres perturbations de la conscience et du comportement :

Entre l'état de conscience normal et le coma il existe un état intermédiaire, la somnolence; la victime peut aussi manifester une désorientation temporo-spatiale (DTS : elle ne sait plus où elle se trouve, quelle heure il est...), une amnésie des événements récents, une obnubilation (elle répète sans cesse la même chose) ou encore une agitation.

Toutes ces perturbations sont à prendre en considération car elles évoquent une atteinte du système nerveux (dette en oxygène, en glucose, hémorragie...)

IV.A.c Etat des pupilles :

L'examen des pupilles renseigne indirectement sur certaines perturbations intracrâniennes; il est intéressant à noter lors d'un traumatisme crânien, d'une suspicion d'AVC, d'une intoxication ou d'un arrêt cardiaque (signe de gravité et de surveillance). Bien qu'il fasse partie du bilan type imposé à la Brigade, il n'est pas nécessaire lorsque les fonctions nerveuses supérieures n'ont aucune raison d'être atteintes : grossesse, traumatisme isolé des membres, douleur thoracique...

Il consiste à évaluer 3 critères différents :

- leur taille : "normales" ou "intermédiaires" (plus ou moins ouvertes en fonction de la luminosité ambiante), "myosis" (très serrées, comme dans l'overdose d'héroïne) ou "mydriase" (complètement dilatées);
- leur symétrie : "pupilles symétriques" ou au contraire inégales, plus dilatées d'un côté que de l'autre ("anisocorie");
- leur réactivité à la lumière : normalement, les muscles de la pupille se contractent lorsque l'œil reçoit une lumière plus forte que la lumière ambiante (ou inversement).

L'interprétation des résultats en cas d'anomalie n'est pas toujours facile et de la seule compétence du médecin.

IV.A.d Atteintes de la motricité et de la sensibilité

On doit systématiquement rechercher une atteinte des nerfs en cas de traumatisme des membres ou de la moelle épinière en cas de traumatisme du rachis en examinant la motricité ("paralysie"=incapacité de contracter un muscle) et la sensibilité ("anesthésie"=incapacité de percevoir un pincement) en aval de la zone atteinte. A ne pas confondre avec "impotence fonctionnelle" qui est l'incapacité de remuer le membre atteint (par protection contre le déplacement, la douleur) sans atteinte de la motricité et de la sensibilité des extrémités (doigts, orteils).

En cas de traumatisme crânien, d'AVC, ces troubles doivent également être recherchés : "paralysie faciale" (d'un côté), "hémiplégie"...

IV.B Bilan respiratoire

IV.B.a Etat de la ventilation

- sa **fréquence** : nombre de mouvements par minute (15 à 20/min. au repos chez l'adulte)
- son **amplitude** : ample, efficace, ou au contraire superficielle
- sa **régularité** : régulière (fréquence fixe) ou irrégulière (parfois rapide, parfois lente, parfois ample, parfois superficielle), pauses (arrêt respiratoire > 10 secondes)

IV.B.b Signes de difficulté ventilatoire

- "tirage" : c'est la contraction des muscles du cou, de l'abdomen, du thorax ("muscles accessoires"); noter si la difficulté est plutôt à l'inspiration ("tirage inspiratoire") ou à l'expiration ("tirage expiratoire")
- bruits anormaux : ronflement (encombrement voies aériennes supérieures), sifflement (asthme, corps étranger), crépitement (OAP), autres râles (encombrement bronchique)

IV.B.c Signes d'inefficacité respiratoire

- Cyanose : couleur bleutée des lèvres, oreilles, ongles qui signale une **oxygénation insuffisante** du sang ("**hypoxie**")
- Sueurs qui accompagnent un **excès de dioxyde de carbone** dans le sang ("**hypercapnie**")

IV.C Bilan cardio-circulatoire

IV.C.a Etat du pouls

Le pouls se prend normalement au niveau de la carotide, en évaluant :

- Sa **fréquence** : nombre de battements par minute (60 à 80/min. en moyenne au repos chez l'adulte)
- Son **amplitude** : "bien frappé" ou au contraire difficile à percevoir.
- Sa **régularité** : régulier (fréquence fixe) ou irrégulier ("arythmie")

IV.C.b Signes de détresse circulatoire

Ces signes peuvent être généraux en cas d'ACR, de "collapsus", ou locaux en cas d'atteinte artérielle périphérique : plaie, obstruction, compression (par fracture, luxation...)

- Pâleur, froideur, marbrures cutanées
- Pouls périphériques (radial, pédieux) imperceptibles
- Cyanose des extrémités (ongles), sueurs

IV.C.c Autres signes

- Pâleur des conjonctives qui évoque une "anémie" (perte importante de globules rouges par hémorragie par exemple)
- Sensation de faiblesse extrême, de soif vive...

V LE BILAN "COMPLEMENTAIRE"

Il permet de compléter le bilan par :

- des données supplémentaires :

- Lésions, signes associés à la détresse principale.
- Température de la victime...
- Pression artérielle (médecin sur les lieux...).
- Premiers gestes effectués et évolution de la victime.

- des renseignements divers

- Autres intervenants présents sur les lieux.
- Réponses aux questions spécifiques concernant l'intervention...

Le prompt secours correspond à l'engagement de personnels secouristes sur une situation d'urgence. L'intervention peut être réalisée directement par l'équipe envoyée ou nécessiter des renforts médicalisés.

La coordination médicale, qui reçoit les bilans des chefs d'agrès et les demandes d'intervention, a un rôle complexe :

- de décision : envoi ou non d'un renfort.

- de contrôle : conformité du bilan et des gestes effectués aux données actuelles du secourisme

- de conseil : gestes de prompt secours à effectuer...

Ces données seront abordées en passant en revue les situations les plus fréquemment rencontrées lors des interventions de prompt secours

1 La détresse

La douleur thoracique, en l'absence d'un traumatisme, est souvent liée à une "insuffisance coronaire" : les artères coronaires qui irriguent le muscle cardiaque n'arrivent pas à assurer les besoins du cœur. La douleur est habituellement typique : elle est ressentie derrière le sternum ("rétrosternale"), en barre, avec une sensation d'avoir la poitrine prise dans un étau; elle irradie souvent dans les membres supérieurs (gauche surtout), le cou et la mâchoire; elle est très angoissante.

L'angine de poitrine, ou "angor" est une douleur passagère (quelques minutes) ressentie après un effort, une émotion. Elle cède rapidement au traitement spécifique (type TRINITRINE) et ne fait pas courir de danger au malade quand la crise a cessé.

L'infarctus du myocarde se manifeste par le même type de douleur mais avec une prolongation anormale (plus de 30 minutes) ou une résistance au traitement habituel de l'angor. C'est un accident grave car une partie du muscle du cœur (le myocarde), privé d'oxygène, va mourir ("nécrose"). Le malade est en danger de mort permanent du fait de troubles circulatoires qui peuvent survenir à tout instant.

2 L'intervention

2-1	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . âge, sexe . antécédent (s) du malade (angine de poitrine, autre infarctus ?) . événement (s) déclenchant (s) (effort, émotion, repos) . durée de la douleur, sa réponse à un traitement. . traitement (s) habituel (s) du patient. . autres signes présentés (bilan vital, angoisse, sueurs...) . symétrie des pouls
2-2	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . pour une crise d'angor habituelle, l'évacuation n'est pas nécessaire et on conseillera au patient de consulter son médecin. . pour une douleur persistante ou résistante au traitement, l'envoi d'une AR est habituellement justifié.
2-3	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . victime au repos strict, demi-assise si possible (pouls bien perçu) . oxygénothérapie au masque. . si la victime ne l'a pas déjà fait, donner le médicament habituellement prescrit par le médecin traitant en cas de douleur.
2-4	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . une douleur thoracique ne doit jamais être négligée, avec ou sans irradiation. . la douleur de l'infarctus peut être abdominale, dorsale ou absente!

3 Les médicaments courants

- de la crise

- . Lénitral[®], Trinitrine[®], Natirose[®], Risordan[®] (à croquer et faire fondre sous la langue)
- . Natispray[®], Lénitral spray[®] (à pulvériser une fois sous la langue)

- de l'insuffisant coronarien

- . Cordarone[®], Adalate[®], Tildiem[®], Avlocardyl[®]...

1 La détresse

C'est une insuffisance cardiaque qui se manifeste par des troubles respiratoires. Un cœur fatigué (âge, infarctus) devient parfois incapable de pomper le sang revenant des poumons ("insuffisance cardiaque gauche"); la pression dans la circulation pulmonaire augmente de façon dangereuse et perturbe les échanges alvéolaires : l'oxygène a du mal à pénétrer, le gaz carbonique à s'évacuer, et du plasma passe à travers les membranes alvéolo-capillaires vers l'intérieur du poumon. Le malade a une respiration rapide, bruyante (sorte de crépitement comme dans un feu de cheminée); il tousse en ramenant de l'écume blanchâtre ou rosée (le plasma). La menace est grave puisque le malade peut mourir d'une insuffisance d'apport d'oxygène (anoxie).

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents du malade (insuffisance cardiaque, hypertension, infarctus, autre OAP ?) . a-t-il été hospitalisé? En réanimation? . événement déclenchant (effort, émotion, repos). . durée des troubles. . traitement habituel du patient. . autres signes présentés (bilan vital, cyanose, sueurs...).
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . l'intervention doit toujours être médicalisée.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . mettre en position assise, jambes pendantes (diminue le travail du cœur), au repos strict . oxygénothérapie au masque (15 l/mn).
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . une détresse respiratoire aiguë chez une personne âgée peut survenir sur une fausse route, un OAP ou une surinfection bronchique.

3 Les médicaments courants

- . Lasilix[®], Moduretic[®] ("diurétiques")
- . Digitaline[®], Digoxine[®], Cédilanide[®] ("toni-cardiaques")

1 La détresse

L'automatisme des contractions du cœur est parfois défaillant du fait de l'âge, d'un infarctus ou d'une intoxication. La fréquence peut être trop élevée ("tachycardie" > 120 batt./min.), ou trop basse ("bradycardie" < 50 batt./min.); le rythme peut être irrégulier ("arythmie"). Le danger est la défaillance de la pompe cardiaque (OAP, collapsus) ou l'inefficacité circulatoire (ACR).

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents du malade (troubles du rythme, infarctus du myocarde, angor, maladie de BOUVERET) . événement(s) déclenchant (s) (effort, repos, intoxication, erreur de dosage...) . traitement habituel du patient. . autres signes présentés (bilan vital, palpitations, pâleur...) . pacemaker?
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . un malade qui présente un trouble du rythme connu et bien supporté peut être traité par un médecin à domicile ou être transporté sans médicalisation. . une médicalisation est nécessaire dans tous les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . malade au repos strict, allongé ou demi-assis s'il est conscient. . oxygénothérapie au masque.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . un pacemaker n'empêche pas toujours les troubles du rythme...

3 Les médicaments courants

. Cordarone[®], Rythmodan[®], Longacor[®] ...

1 La détresse

L'ACR peut être lié à la vieillesse, une maladie (infarctus,...) ou une pathologie circonstancielle (intoxication, traumatisme, noyade, électrocution,...). C'est une inefficacité circulatoire (pas de pouls, de ventilation ni de conscience) consécutive à un arrêt du cœur ("asystolie") ou un trouble du rythme grave ("fibrillation ventriculaire"). Il prive dangereusement d'oxygène les cellules de l'organisme.

ACR ne signifie pas mort : une prise en charge rapide (dans les secondes ou les minutes qui suivent) permet d'essayer de sauver les cellules nerveuses et de sauver certaines victimes (victimes jeunes et noyés en particulier).

On peut aussi décider de réanimer des victimes dont la durée de l'ACR a certainement été fatal pour les neurones : les autres cellules de l'organisme sont moins sensibles au manque d'oxygène et des organes peuvent être récupérés pour être greffés sur d'autres personnes.

Il faut faire attention aux faux ACR : victimes "hypothermiques" (température interne < 30°C) dont toutes les fonctions sont ralenties au point que le pouls n'est pratiquement plus perceptible ou très lent...

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<p>La notion d'ACR en cours de réanimation justifie à elle seule l'envoi immédiat d'un renfort médicalisé.</p> <p>D'autres renseignements sont utiles pour préciser les conditions d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> . âge . délai entre la découverte et l'appel ("depuis quand? ") . utilisation du DSA? <p>Si il y a un deuxième contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> . événement déclenchant (maladie, accident, intoxication) . antécédents du malade (maladie cardiaque, cancer) . traitement
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . en dehors des cas où la mort est certaine (rigidité cadavérique...), la décision de ne pas entreprendre les gestes de réanimation ou de les interrompre appartient au médecin; la médicalisation est donc obligatoire.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . association MCE et ventilation artificielle au masque avec oxygène (à 2 sauveteurs : 1 VA pour 5 MCE, seul : 2 VA pour 15 MCE)
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . rien ne doit retarder le départ des engins : il prime sur le bilan complémentaire. . l'état des pupilles n'a pas de valeur diagnostique mais est un signe de gravité et de surveillance. . seul l'ECG peut faire la différence entre fibrillation et arrêt

B.1 Insuffisance respiratoire aiguë

1 La détresse

Comme son nom l'indique, l'insuffisance respiratoire aiguë est une détresse respiratoire qui a pour conséquence de ne plus assurer les échanges gazeux vitaux pour l'organisme (apport d'oxygène, évacuation du dioxyde de carbone).

Elle peut avoir de très nombreuses origines :

- mauvaise qualité de l'air respiré (gaz toxiques, fumées d'incendie, CO, privation en oxygène...)
- encombrement des voies respiratoires (infection, OAP, fausse route, corps étranger...)
- traumatisme (plaie, hémorragie, volet costal, "pneumothorax")
- atteinte musculaire (maladie, électrisation...)
- atteinte nerveuse (intoxication médicamenteuse, overdose...)
- troubles circulatoires (interactions des fonctions vitales).

Concernant une fonction vitale, elle fait courir un risque vital majeur à la victime. Un taux insuffisant d'oxygène dans le sang ("hypoxie", "anoxie") se révèle par une cyanose (ongles, lèvres, lobes des oreilles); un excès de dioxyde de carbone (CO₂) dans le sang ("hypercapnie") par des sueurs.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. antécédents du malade (respiratoires, cardiaques). événements déclenchant (effort, repos, intoxication, traumatisme, repas). traitement habituel du patient.. autres signes présentés: cyanose, sueurs, bruit respiratoire, tirage,...
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. les troubles respiratoires avec cyanose et sueurs nécessitent habituellement une médicalisation.. Overdose : <p>l'oxygénothérapie (inhalation ou insufflation) pratiquée par l'équipe du prompt secours peut se révéler suffisante.</p>
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. malade au repos strict, demi-assis s'il est conscient.. ventilation artificielle au masque et oxygène à fort débit (15 l/min.) si la ventilation est arrêtée ou inefficace (pauses > 10 sec.). inhalation d'oxygène au masque à fort débit (15 l/min.) dans tous les autres cas, avec surveillance de l'évolution de la fréquence ventilatoire.. pas de canule de Guédel®.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. l'impossibilité brutale de respirer au cours d'un repas (adulte, enfant) ou d'un jeu (enfant) impose la pratique d'une manœuvre de Heimlich (ou son équivalent chez le petit enfant)

B. 2 - Insuffisance respiratoire chronique

1 La détresse

L'insuffisance respiratoire chronique n'est pas à proprement parler une détresse. C'est la conséquence de maladies ou d'opérations pulmonaires qui ont "amputé" une partie importante des surfaces d'échange respiratoires : obstruction bronchique par cancer, infections, maladies respiratoires...

Ces malades sont d'une fragilité extrême : ils vivent en permanence avec des taux sanguins d'oxygène bas (certains nécessitent même une oxygénothérapie à domicile pour survivre, continue ou par périodes) et des taux de gaz carbonique élevés. On comprend donc que la moindre infection, le moindre effort puisse rompre l'équilibre respiratoire dans lequel ils vivent, précipitant une insuffisance respiratoire aiguë (cf. B.1).

Trois remarques importantes s'imposent :

- certains asthmatiques ou bronchitiques chroniques (= qui font des bronchites à répétition) peuvent, après une très longue évolution, développer une IRC mais asthme et bronchite chronique ne sont pas synonymes d'IRC;

- l'insuffisant respiratoire chronique qui fait une insuffisance respiratoire aiguë a toujours une dette d'oxygène très importante : l'oxygénothérapie à fort débit s'impose donc en urgence, même si la sensibilité à l'oxygène de ce type de victimes peut avoir des effets paradoxaux (pauses respiratoires); la surveillance du malade permettra d'adapter le traitement : on passera de l'inhalation à la ventilation artificielle si nécessaire...

- une intervention chez un IRC pour une autre cause qu'une détresse vitale impose par contre d'être très prudent dans l'oxygénothérapie : débit limité à 3 l/min. en l'absence de dette en oxygène manifeste.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan</u>	.antécédents du malade (respiratoires, cardiaques) .circonstances de l'appel (effort, infection, intoxication, traumatisme...) .traitement habituel du patient (débit d'O ₂ à domicile) .autres signes présentés: cyanose, sueurs, bruit respiratoire,... .température
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	.la décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique impose une médicalisation. .surveillance accrue du prompt secours en attendant l'équipe médicale
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	.malade au repos strict, demi-assis s'il est conscient. .en cas de décompensation : inhalation d'oxygène à fort débit (15 l/min.) avec surveillance de la fonction ventilatoire et ventilation artificielle (avec même débit d'oxygène) si la ventilation devient inefficace (pauses > 10 sec.) .en l'absence de détresse, prudence sur l'oxygénothérapie.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	.on meurt de dette en oxygène, jamais du contraire.

3 Les médicaments courants

B.3 - Crise d'asthme et asthme aigu grave (AAG)

1 La détresse

L'asthme est une maladie respiratoire évoluant sous forme de crises : les muscles bronchiques se contractent en rétrécissant le diamètre des bronches : la respiration devient rapide, sifflante, avec une difficulté accrue pour chasser l'air des poumons (temps expiratoire allongé, actif : "bradypnée expiratoire"). La crise d'asthme est favorisée par une infection, une allergie, une contrariété.

Le danger chez l'asthmatique, est de faire une crise sévère, résistante au traitement habituel, qui entraîne une insuffisance respiratoire aiguë : c'est l'asthme aigu grave, anciennement appelé "état de mal asthmatique", qui peut devenir mortel en moins d'une heure. La gravité se manifeste par :

- des fréquences respiratoire et cardiaque très élevées, un pouls instable ("pouls paradoxal")
- une cyanose et des sueurs,
- une impossibilité de parler ou de tousser.
- des troubles du comportement (agitation) ou de la conscience...

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. antécédents du malade (en particulier AAG, séjour en réanimation).. durée de la crise, délai de prise en charge, évolution sous traitement.. signes présentés: cyanose, sueurs, bruit respiratoire, tirage,.... traitement habituel du patient.. facteurs de gravité: délai important de prise en charge impossibilité de parler ou de tousser agitation hospitalisation en réanimation +/- intubation lors d'une crise précédente troubles de la conscience V> 30/min, Pouls>120/min Pouls irrégulier
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. devant le moindre doute sur la gravité d'une crise il faut envoyer une équipe médicalisée.. une crise d'allure habituelle nécessite quand même un avis médical à domicile ou un transport non médicalisé sur le secteur.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. malade au repos strict, demi-assis.. inhalations d'oxygène à fort débit (15 l/min.).. répétition éventuelle des médicaments en spray.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. il ne faut jamais oublier que l'asthme peut être mortel.

3 Les médicaments courants

- . Bricanyl[®], Salbutamol[®], Ventoline[®], Bécotide[®], Berotec[®], Serevent[®], Atrovent[®],
- . Théophylline, Armophylline[®].

C.1 - Epilepsie, convulsions et état de mal convulsif

1 La détresse

Les convulsions sont des mouvements désordonnés de tout ou partie du corps dus à des contractions musculaires involontaires; ces convulsions peuvent être liées à :

- une maladie du système nerveux : l'épilepsie
- une "hyperthermie" (fièvre élevée chez l'enfant)
- des atteintes neurologiques secondaires à un alcoolisme chronique, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une intoxication, une dette en oxygène...

La crise d'épilepsie classique ("grand mal") est normalement de courte durée et se déroule en trois phases : raidissement général (avec chute) puis mouvements convulsifs pendant une minute environ puis phase de coma de laquelle le malade sort en ne gardant aucun souvenir de la crise ("amnésie de la crise").

Les convulsions peuvent n'intéresser qu'un membre, que la moitié du corps ("crises partielles" ou "petit mal").

L'état de mal convulsif est défini comme la répétition de plus de trois crises sans retour à la conscience entre les crises ou comme une crise qui se prolonge au delà de 10 minutes. Il fait courir des risques graves sur les fonctions vitales.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. antécédents du malade (épilepsie, AVC). évolution de la (ou des) crise(s).. événement (s) déclenchant (s): arrêt traitement, alcool, fièvre.... autres signes présentés: état des pupilles.... traitement habituel du patient.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. un épileptique connu qui fait une crise simple peut rester à domicile à condition qu'une visite médicale soit programmée.. une médicalisation est nécessaire en cas d'état de mal épileptique ou de crise secondaire à un autre type de détresse;. les autres crises nécessitent un transport non médicalisé sur le secteur.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. ne pas empêcher la crise mais éloigner les objets dangereux.. mettre en PLS en attendant la reprise de conscience.. en cas d'hyperthermie chez un enfant, le refroidir en lui donnant un bain de 2°C inférieurs à la température rectale.. liberté des voies aériennes et oxygénothérapie
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. à ne pas confondre : épilepsie (convulsions) et tétanie (contraction)

3 Les médicaments courants ("anti-convulsivants")

. Valium[®], Dépakine[®], Rivotril[®], Gardéнал[®], Alepsal[®], Tegretol[®]

1 La détresse

Ces maladies seraient dues à une excitabilité excessive des muscles, dans un contexte fréquent d'instabilité émotionnelle. A l'occasion d'une angoisse, d'un stress, la victime ventile de façon trop rapide ce qui crée des conditions propices au déclenchement de la crise (par diminution du taux de dioxyde de carbone dans le sang, "hypocapnie").

Le premier stade associe à une hyperventilation des sensations anormales de type fourmillements (membres, région thoracique). A un stade plus avancé, certains de ses muscles se contractent, en particulier au niveau des membres supérieurs avec aspect en "mains d'accoucheur".

Le traitement est essentiellement psychologique : il faut calmer, rassurer, isoler le malade des spectateurs, faire ventiler calmement. L'oxygène n'est pas du tout contre-indiqué: son administration peut servir à calmer l'angoisse du patient

Touche préférentiellement les jeunes femmes et les adolescentes.

2 L'intervention

2-1	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents du malade (crises similaires) . traitement suivi: tranquillisants, calcium, magnésium . signes présentés: fourmillement, tremblements, mains "en accoucheur"
2-2	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . au choix : TNM, médecin généraliste ou laissé sur place.
2-3	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . rassurer, pas trop de monde autour. . faire ventiler avec calme.
2-4	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . tétanie ne doit pas être confondue avec épilepsie. . attention aux douleurs thoraciques chez ces personnes: il faut calmer la crise de spasmophilie avant de réévaluer par l'interrogatoire cette douleur.

3 Les médicaments courants

Mag B6[®], Calcibronat[®], Lexomil[®],...

1 La détresse

L'accident vasculaire cérébral est une atteinte de l'encéphale selon deux mécanismes différents :

- une hémorragie par rupture d'un vaisseau sanguin cérébral : "AVC hémorragique" (le plus fréquent chez les jeunes)
- une insuffisance circulatoire cérébrale par obstruction d'un vaisseau sanguin : "AVC ischémique" (personnes âgées surtout)

Il se révèle par un déficit neurologique brusque :

- paralysie ou diminution de la force d'un côté du corps, le plus souvent : "paralysie faciale", "hémiplégie", "hémiparésie"...
- troubles de la parole, déficit des organes des sens.
- troubles de la conscience...

La gravité est difficile à apprécier sur l'instant puisque des récupérations complètes sont possibles ("accidents ischémiques transitoires").

- l'hospitalisation s'impose pour bilan, traitement et surveillance.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents du malade: hypertension, autre AVC, troubles du rythme,... . signes présentés: état des pupilles(symétrie, dilatation, réactivité), déficits moteur et/ou sensitif, conscience (score de Glasgow) . traitement
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . le sujet jeune doit être médicalisé (AVC à priori hémorragique). . chez le sujet âgé, l'AVC est à priori de type ischémique; il ne nécessite pas le plus souvent de transport médicalisé sauf s'il existe une détresse vitale
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . liberté des voies aériennes et oxygénothérapie à fort débit (15 l/min.).
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . l'AVC peut être responsable d'un état de mal convulsif. . l'alcoolique chronique est un candidat potentiel à l'AVC. . chez la personne âgée qui a fait un AVC seule chez elle et qui est restée allongée au sol plusieurs heures: attention à l'hypothermie et aux compression des membres (vérifier les pouls)

3 Les médicaments courants

--

D.1 - Menace d'accouchement

1 La détresse

L'appel chez une femme enceinte près du terme (9 mois de grossesse, 38 semaines d'"aménorrhée" = absence de règles) pose le problème du délai donné par la menace d'accouchement : transport non médicalisé, transport médicalisé ou accouchement à domicile...

La coordination est ici toujours très délicate car de nombreux facteurs interviennent sur la durée du "travail" (contractions douloureuses préparant la sortie de l'enfant) : nombre de grossesses, position de l'enfant, force des contractions...

La présence d'un médecin est nécessaire dès qu'il existe un risque d'accouchement à domicile car celui-ci représente un risque pour l'enfant et sa mère.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. antécédents de la parturiente (médicaux, obstétricaux). suivi ou non de la grossesse, problèmes au cours de celle-ci.. âge de la grossesse, nombre d'enfants attendus.<ul style="list-style-type: none">. détermination du score de MALINAS. notion de contractions. notion d'infection, d'hémorragie, d'envie de pousser.... traitement habituel.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. accouchement en cours ou réalisé : médicalisation.. grossesse à risque, hémorragie, fièvre : médicalisation (avec SMUR pédiatrique si possible). score de MALINAS < 5 et maternité à moins de 30 min. : TNM. en cas de doute : médicalisation.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. PLS côté gauche en attendant l'AR ou lors du transport (pour ne pas que l'utérus appuie sur les veines caves inférieures, gênant le retour veineux.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. contraction utérine = douleur

3 Les médicaments courants

1 La détresse

L'accouchement inopiné, qui se produit hors d'une structure spécialisée, est toujours un accouchement dangereux, pour l'enfant (accouchement difficile, hypothermie...) comme pour la mère (hémorragie).

Facteurs de risque: grossesse(s) précédente(s) à risque, grossesse non suivie, milieu socio-économique défavorisé, problème de langue,

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents de la parturiente (médicaux, obstétricaux) . suivi ou non de la grossesse, problèmes au cours de celle-ci. . âge de la grossesse, nombre d'enfants attendus. . phase de l'accouchement (descente de l'enfant, enfant sorti, délivrance, accouchement complet réalisé) . notion d'infection, d'hémorragie... . autres signes présentés (bilan vital de la mère, de l'enfant) . traitement habituel.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique. . demande de SMUR pédiatrique si naissance prématurée (< 8 mois de grossesse), troubles chez le nouveau-né.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . calmer, rassurer la parturiente. . soutenir l'enfant lors de sa sortie, sans tirer. . désobstruer les voies aériennes du bébé, tête en bas. . réchauffer le nouveau-né (corps et cuir chevelu enveloppés dans un drap et une couverture isothermique), contrôler sa température. . le laisser sur le ventre de sa mère. . la section du cordon se fait par le médecin. . conserver le placenta si l'expulsion du placenta (délivrance) se fait.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . une fréquence cardiaque < 80 battements/min. chez le nouveau né impose MCE + VA. . une hémorragie lors de la délivrance est toujours extrêmement grave.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

La grossesse peut se compliquer d'un certains nombres de pathologies plus ou moins graves.

En début de grossesse, le risque majeur est la "grossesse extra-utérine" (GEU) qui réalise une véritable hémorragie interne : toute douleur abdominale + pâleur + pouls filant chez une femme en âge de procréer est suspecte de GEU. L'autre problème de début de grossesse est la menace d'avortement (fausse couche): contractions et de saignement vaginal, mais de caractère en général non urgent.

Une dernier trimestre de la grossesse peut être aussi émaillée de contractions ("menace d'accouchement prématuré", MAP), fièvre, convulsions ("éclampsie")...

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents (médicaux, obstétricaux) . grossesse connue ou non, suivie ou non, normale ou pathologique. . âge de la grossesse, nombre d'enfants attendus. . notion de contractions, d'infection, d'hémorragie, de perte des eaux,.... . autres signes présentés: douleur abdominale,... . signes d'éclampsie: céphalées, œdèmes, prise de poids excessive, convulsions. . traitement habituel.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique en cas de GEU. . médicalisation systématique de toute femme enceinte qui convulse ou qui a convulsé. . décision selon le bilan dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . calmer, rassurer la patiente. . oxygéner à fort débit (15 l/min.)
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . une GEU est possible chez une femme qui ne se croit pas enceinte, quelques soit son moyen de contraception ou ses allégations... . les convulsions chez la femme enceinte ("éclampsie") font courir un risque vital à l'enfant et à sa mère.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

Le traumatisme crânien violent expose à l'atteinte des organes intra-crâniens, avec ou sans fracture du crâne : hémorragie, lésions nerveuses...

L'importance du traumatisme est signalée par une perte de conscience (PC) passagère ("perte de connaissance initiale", PCI) ou prolongée ("coma d'emblée"), ou des lésions externes importantes (plaies, "scalp" du cuir chevelu, déformation, "otorragie"...).

La gravité du traumatisé crânien dépend de l'atteinte de ses fonctions vitales et des lésions présentées. Une perte de connaissance secondaire (après un "intervalle libre" de quelques minutes à quelques heures), une modification des pupilles qui deviennent asymétriques, sont des signes de gravité à rechercher systématiquement.

Le traumatisme du rachis met en péril la moelle épinière : elle peut être atteinte d'emblée (paralysie de tous les étages inférieurs à la lésion) ou, du fait d'une fracture instable, risque d'être touchée à l'occasion d'un changement de position. Tout traumatisme important doit faire suspecter une atteinte du rachis et impose aux personnels de prompt secours d'effectuer un relevage en respectant l'axe tête-cou-tronc.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances de l'accident (violence du traumatisme, mécanisme) . lésions présentées (de la tête aux pieds) . bilan vital, état des pupilles (taille, symétrie, réactivité) . notion de PC, initiale, secondaire. . capacité de remuer les membres, sensibilité au toucher. . traitement éventuel, antécédents.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique en cas de troubles de conscience, d'asymétrie pupillaire, de déficit moteur et/ou sensitif. . décision selon le bilan dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . collier cervical et matelas coquille obligatoires pour le transport. . oxygéner à fort débit (15 l/min.) . PLS si troubles de conscience (respect axe tête-cou-tronc) . pansement des plaies.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . tout traumatisé crânien ayant présenté une PCI doit être hospitalisé pour surveillance. . un traumatisme cervical doit être suspecté devant tout traumatisme crânien (le collier est donc obligatoire). . la protection des intervenants avec des gants de latex est nécessaire pour éviter la transmission de maladies infectieuses (SIDA, hépatite virale B). . tout exposition accidentelle au sang sur intervention doit être immédiatement rapporté au médecin régulateur afin qu'il mette en route la procédure réglementaire.

1 La détresse

Le thorax protège le coeur et ses gros vaisseaux ainsi que les poumons. Le traumatisme thoracique peut mettre en danger ces organes vitaux :

- par atteinte du gril thoracique : "volet costal" mobile (partie détachée du reste du thorax qui a des mouvements propres, entraînant une "respiration paradoxale" dangereuse pour l'équilibre des échanges gazeux)
- par pénétration : plaie par arme blanche, projectile ou perforation par côte fracturée: risque de lésion interne, d'hémorragie ("hémothorax"), de fuite d'air ("pneumothorax", "plaie soufflante")..

Une détresse peut se révéler à tout instant, de façon brutale.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances de l'accident (violence du traumatisme, mécanisme) . lésions présentées (de la tête aux pieds) . bilan vital. . cyanose, sueurs, pâleur, coloration des conjonctives. . présence d'une plaie hémorragique ou soufflante. . mouvements anormaux d'une partie du thorax. . traitement éventuel, antécédents.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . en cas de traumatisme fermé : médicalisation au moindre doute. . en cas de plaie : médicalisation obligatoire (au départ des secours)
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . position demi-assise le plus souvent . oxygéner à fort débit (15 l/min.) . PLS sur le coté atteint si troubles de conscience (respect axe tête-cou-tronc) . ne pas obturer une plaie soufflante avant l'arrivée de l'A.R.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . la surveillance doit être constante car le risque d'aggravation est permanent. . une plaie par arme à feu (ou arme blanche) cervicale ou abdominale peut intéresser les organes thoraciques. . la protection des intervenants avec des gants de latex est nécessaire pour éviter la transmission de maladies infectieuses (SIDA, hépatite virale B). . tout exposition accidentelle au sang sur intervention doit être immédiatement rapporté au médecin régulateur afin qu'il mette en route la procédure réglementaire.

3 Les médicaments courants

--

1 La détresse

Les traumatismes de l'abdomen peuvent être responsables d'une hémorragie interne (plaie du foie, de la rate), d'une infection ("péritonite") par atteinte du tube digestif.

La fracture du bassin est toujours grave car elle s'accompagne en particulier d'une hémorragie interne abondante.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances de l'accident (violence du traumatisme, mécanisme) . lésions présentées (de la tête aux pieds) . bilan vital, état des pupilles. . sueurs, pâleur, marbrures, coloration des conjonctives, sensation de soif . présence d'une plaie hémorragique, d'une éviscération (sortie d'une partie du tube digestif par la plaie) . abdomen dur, tendu, gonflé, douloureux . douleur déclenchée par la mobilisation du bassin . traitement éventuel, antécédents.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . traumatisme fermé: médicalisation. . plaie abdominale: médicalisation au départ des secours.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . position allongée, le plus souvent jambes repliées ou surélevées. . oxygéner à fort débit (15 l/min.) . PLS si troubles de conscience (respect axe tête-cou-tronc) . pansement des plaies (emballage si éviscération).
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . le risque principal est l'hémorragie interne. . la protection des intervenants avec des gants de latex est nécessaire pour éviter la transmission de maladies infectieuses (SIDA, hépatite virale B). . toute exposition accidentelle au sang sur intervention doit être immédiatement rapportée au médecin régulateur afin qu'il mette en route la procédure réglementaire.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

Le traumatisme de membre est souvent la cause d'une fracture. Celle-ci peut se déplacer et léser un vaisseau sanguin (hémorragie), un nerf (paralysie)... Même isolées, les fractures du bassin ou du col du fémur, sont toujours hémorragiques et cette hémorragie met en péril la fonction circulatoire. La fracture du col du fémur chez la personne âgée expose moins à ce risque.

2 L'intervention

2-1	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances de l'accident (violence du traumatisme, mécanisme) . lésions présentées (de la tête aux pieds) . bilan vital, coloration des conjonctives. . impotence fonctionnelle (incapacité de bouger du fait de la douleur) . présence d'une plaie, d'une déformation. . atteinte motrice ou sensitive. . coloration, température du membre, présence d'un pouls en aval. . traitement éventuel, antécédents.
2-2	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation en cas de fracture du bassin, du fémur, de fracture avec grosse angulation, de gros délabrements, de déformation importante, d'atteinte vasculaire ou nerveuse et si le patient est très algique. . pas de médicalisation pour une entorse, une luxation des petites articulations.
2-3	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . pansement des plaies. . immobilisation provisoire du membre. . oxygéner à fort débit (15 l/min.)
2-4	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . la fracture ouverte (fracture + plaie en regard de la fracture) n'est pas une indication à elle seule de médicalisation. . le matelas coquille est souvent nécessaire à l'immobilisation du blessé. . la protection des intervenants avec des gants de latex est nécessaire pour éviter la transmission de maladies infectieuses (SIDA, hépatite virale B). . tout exposition accidentelle au sang sur intervention doit être immédiatement rapporté au médecin régulateur afin qu'il mette en route la procédure réglementaire.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

Une hémorragie externe n'est grave que si elle est abondante ou si elle ne peut être stoppée. Les moyens pour arrêter cet écoulement sont: la compression manuelle directe relayée par un pansement compressif, le point de compression, le garrot (de fortune ou pneumatique).

Les hémorragies extériorisées sont soit d'origine digestive (cf. G.1), soit d'origine gynécologique (cf. D.3), soit d'origine pulmonaire (hémoptysie).

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances, mécanisme du traumatisme. . lésions présentées (de la tête aux pieds) . bilan vital, coloration des conjonctives. . notion de pâleur cutanée, de sueurs. . importance, localisation de la plaie. . caractère du saignement (en jet saccadé, en nappe) . quantité de sang perdu. . traitement éventuel, antécédents.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation en cas de signes de détresse (pouls rapide, difficilement perceptible), de point de compression ou de pose de garrot. . en cas d'hémoptysie: médicalisation sur décision du médecin coordinateur . pas de médicalisation dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . proposer le point de compression en cas d'échec de la compression manuelle. . allonger à plat. . oxygéner à fort débit (15 l/min.) . surélever les jambes en cas de détresse circulatoire.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . la protection des intervenants avec des gants de latex est nécessaire pour éviter la transmission de maladies infectieuses (SIDA, hépatite virale B). . tout exposition accidentelle au sang sur intervention doit être immédiatement rapporté au médecin régulateur afin qu'il mette en route la procédure réglementaire.

3 Les médicaments courants

F.1 - Intoxications aiguës médicamenteuses

1 La détresse

La tentative de suicide par médicament est très fréquente. Tous les produits peuvent être utilisés car ils ont tous une dose toxique mais les plus fréquemment rencontrés sont les "tranquillisants" en général : somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques...

Tous n'ont pas la même toxicité ni le même risque : peu élevé pour les benzodiazépines par exemple, qui peut entraîner un coma, ou potentiellement grave pour les antidépresseurs tri cycliques qui sont responsables de troubles cardiaques...

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. antécédents (médicaux, psychiatriques). médicaments absorbés et quantités supposées: notion de <u>Dose Supposée Ingérée</u> (DSI).. association avec alcool, gaz.. bilan vital, état des pupilles, température cutanée.. autres signes présentés, en particulier traumatiques.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. le médecin coordinateur seul peut prendre une décision.. médicalisation en cas de troubles des fonctions vitales, de produits potentiellement dangereux, de doses élevées.. TNM sur le secteur dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. PLS si inconscient ou somnolent (attention aux vomissements). oxygéner à fort débit (15 l/min.), en PLS.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. On ne peut laisser un intoxiqué à domicile.. Il faut toujours penser à la dissimulation possible des doses ou des médicaments absorbés.. attention avec les intoxications chez les personnels médicaux ou paramédicaux.

3 Les médicaments courants

- . Benzodiazépines : Lexomil[®], Lysanxia[®], Tranxène[®], Temesta[®], Xanax[®] ...
- . Antidépresseurs tricycliques: Anafranil[®], Laroxyl[®], ...
- . Barbituriques : Gardéнал[®], Alepsal[®] ...
- . Carbamates : Equanil[®], Atrium[®] ...
- . Neuroleptiques : Largactil[®], Nozinan[®], Tercian[®], Haldol[®], ...
- . Antipaludéens : Nivaquine[®], Savarine[®].
- . etc...

1 La détresse

L'injection d'héroïne (dérivé puissant de la morphine) chez le toxicomane entraîne une intoxication aiguë responsable de troubles de conscience (les morphiniques sont des produits anesthésiques) avec pupilles en myosis serré et de troubles ventilatoires (action dépressive sur les centres respiratoires). Le risque immédiat est lié à l'hypoventilation c'est à dire à une dette en oxygène, d'où l'intérêt d'une oxygénothérapie précoce.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . antécédents (médicaux, psychiatriques, toxicomane connu) . notion d'une injection, traces de piqûres. . association avec alcool, médicaments. . bilan vital, état des pupilles, température. . autres signes présentés, en particulier traumatiques.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation en cas d'ACR ou de troubles persistant malgré une oxygénation efficace pendant 15 à 20 minutes. . transport sur le secteur après début de réveil (si accepté)
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . PLS si inconscient . oxygéner à fort débit (15 l/min.), sous forme de ventilation artificielle en cas de pauses respiratoires > 10 secondes. . nouveau bilan à refaire 10 minutes plus tard pour juger de l'effet de l'oxygénothérapie (réveil normalement).
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . le patient qui refuse son transport peut être laissé sur place à condition d'être surveillé par une tierce personne.

3 Les médicaments employés

Subutex[®], Methadone[®], Moscontin[®], patch aux morphiniques, etc...

F.3 - Monoxyde de carbone et fumées d'incendie

1 La détresse

Le monoxyde de carbone est un gaz toxique qui prend la place de l'oxygène dans les globules rouges. Les premiers signes de l'intoxication sont les céphalées avec vomissements, sensation de faiblesse, rapidement suivis par des troubles de la conscience et risque d'ACR (par manque d'oxygène). Le traitement repose sur l'oxygène : inhalation ou ventilation artificielle à 15 l/min. au début, oxygénothérapie hyperbare en caisson si insuffisant.

L'inhalation de fumées est souvent responsable d'une intoxication par monoxyde de carbone mais aussi par d'autres toxiques dégagées par les matériaux qui brûlent : cyanures (CN) en particulier.

La présence de suies dans les orifices respiratoires, de troubles de la conscience, donne lieu à une oxygénation systématique en attendant l'avis médical sur place (un traitement spécifique de l'intoxication aux cyanures pourra être commencé).

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">. bilan vital, état des pupilles, température cutanée.. autres signes présentés : céphalées, voix rauque, vomissements, brûlures, suies sur le visage, les narines, la bouche.... notion d'abus d'alcool, de prise médicamenteuse.. antécédents, traitement éventuel.. mesure du CO par MONOXOR au moindre doute.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">. médicalisation en cas de troubles de conscience ou de notion de temps d'exposition important.. TNM sur le secteur dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">. PLS si inconscient ou somnolent.. oxygéner à fort débit (15 l/min.). ventiler le local.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">. Tout trouble de la conscience inexplicable dans un appartement en saison hivernale doit faire évoquer une intoxication par CO.. Tout malaise digestif collectif en saison hivernale dans une famille doit faire évoquer une intoxication par CO.. Les personnels de prompt secours qui interviennent sur une détresse vitale inexplicable à domicile peuvent être intoxiqués par CO s'il n'ont pas évoqué cette possibilité (MONOXOR et ventilation de la pièce au moindre doute).. l'intoxication au CO peut exister même en plein été!

3 Les médicaments courants

1 La détresse

La consommation excessive d'alcool est dangereuse pour la santé, qu'elle soit régulière ou exceptionnelle.

L'intoxication aiguë est responsable de la plupart des décès et de nombreux appels :

- ivresse avec chutes, accident de circulation, d'arme à feu, bagarres.
- coma éthylique, avec risque de fausse route alimentaire, de troubles respiratoires et circulatoires...

Une consommation excessive fréquente, même sans ivresse, est responsable d'une destruction progressive des cellules, en particulier celles du foie ("cirrhose hépatique") et du cerveau : tremblement, agitation, troubles psychiatriques (*delirium tremens*). L'alcoolique chronique au foie malade a un ventre gonflé de liquide ("ascite") et des veines dilatées au niveau de l'œsophage ("varices œsophagiennes") qui peuvent se rompre en donnant un tableau d'hémorragie extériorisée (par le haut, "hématémèse", ou par le bas "melæna"). Les vaisseaux sanguins fragilisés et les troubles de la coagulation aggravent le risque d'accident vasculaire cérébral chez ce type de malade.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances de l'appel (malaise, agitation, traumatisme) . bilan vital, état des pupilles. . autres signes présentés. . antécédents (médicaux, psychiatriques) . vomissements de sang noir ou rouge, signes d'état de choc . melæna . ictère (jaunisse); œdèmes des membres inférieurs; ascite (distension de l'abdomen).
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation en cas de coma, hématémèse et/ou de melæna. . transport sur le secteur dans les autres cas.
<u>2-3</u>	<u>Conseils:</u>	<ul style="list-style-type: none"> . oxygéner à fort débit (15 l/min.), en PLS.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . il faut se méfier des risques de vomissements et de fausse route. . un tableau psychiatrique violent impose une prise en charge médicale urgente (assisté au besoin de la police) . le coma éthylique peut tuer par hypoglycémie. . attention au risque d'hypothermie chez l'alcoolique comateux. . faire la différence avec des vomissements alimentaires colorés

3 Les médicaments courants

Avlocardyl® (pour les varices œsophagiennes), Equanil®, Mopral®

1 La détresse

Le diabète est une maladie de la coordination du taux de sucre dans le sang ("glycémie"); celui-ci est un aliment indispensable aux cellules, en particulier cérébrales.

Le diabétique à problèmes est le "diabétique insulino-dépendant", traité par injections d'insuline, hormone qui fait baisser la glycémie en permettant l'entrée du glucose dans les cellules. La glycémie de ce type de malade est très dépendante des apports (repas) et du traitement (insuline), avec un équilibre qui n'est pas toujours facile à atteindre. S'il saute un repas, fait un effort anormal, ou exagère ses doses d'insuline, il risque de se retrouver en hypoglycémie.

Les "diabétiques non insulino-dépendants" (DNID) sont traités par des comprimés à avaler appelés "hypoglycémifiants oraux". Le risque de déséquilibre est beaucoup moins grand.

Le malaise hypoglycémique peut avoir des manifestations très variables :

- fatigue, somnolence, avec pâleur et sueurs.
- perte de connaissance ("coma hypoglycémique")
- agitation voire troubles psychiatriques.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances du malaise (effort, repas sauté...) . antécédents, traitement suivi (insuline, hypoglycémifiants oraux) . horaire du dernier repas, de la dernière injection . bilan vital, état des pupilles si inconscient . sueurs, pâleur, agitation, somnolence...
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation en cas de troubles de conscience. . laissée à domicile ou amenée sur le secteur après re-sucrage efficace.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . en l'absence de trouble de conscience : donner à boire de l'eau sucrée. . PLS si inconscient. . oxygéner à fort débit (15 l/min.)
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . tout malaise chez un diabétique insulino-dépendant doit faire suspecter une hypoglycémie . le re-sucrage est une urgence : par voie orale chez le diabétique conscient, ou par intraveineuse. . le GLUCAGON est une hormone à l'effet inverse ("hyperglycémifiante") que les diabétiques insulino-dépendants peuvent s'injecter sous la peau en cas de malaise.

3 Les médicaments courants

- Insuline.
- Hypoglycémifiants oraux.(Diamicron, Glucophage retard, Glucidoral, Daonil.)
- Hyperglycémifiant. (Glucagon)

1 La détresse

La noyade est une détresse vitale. L'inhalation de liquide n'est pas obligatoire. Les noyades en eau froide (cas le plus fréquent) s'accompagnent d'une hypothermie qui protège les cellules de l'hypoxie (les cellules, en particulier cérébrales, consomment moins d'oxygène en hypothermie); cela explique que des noyés en ACR peuvent être récupérés même après des délais relativement longs de détresse.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . bilan vital, état des pupilles. . température, cyanose, vomissements, toux, tirage ? . circonstances (lieu, chute, malaise, tentative de suicide) . délai écoulé avant la sortie de l'eau. . antécédents, traitement.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique si suspicion d'inhalation de liquide (toux) ou détresse vitale
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . position demi-assise si conscient, PLS dans le cas contraire. . oxygéner à fort débit (15 l/min.) en inhalation ou ventilation artificielle selon l'efficacité ventilatoire. . ventilation artificielle (+ oxygène) et massage cardiaque externe en cas d'ACR . déshabiller, essuyer, couvrir...
<u>2-4</u>	<u>A</u>	<ul style="list-style-type: none"> . les notions de noyé "bleu", "blanc", de noyade en eau douce ou eau salée n'ont aucun intérêt pour la prise en charge sur le terrain. . les noyades en eau chaude (baignoire), polluée (Seine) ou traitée (piscine) ont une gravité potentielle plus élevée.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

La brûlure peut être d'origine thermique (feu, liquide bouillant), chimique (acide, base) ou électrique. Elle est grave lorsqu'elle :

- couvre une grande étendue de surface corporelle (perte de plasma)
- est profonde (destructions cellulaires)
- est susceptible d'entraîner une détresse vitale (voies aériennes), des troubles circulatoires (brûlures circulaires des membres)
- atteint des organes particuliers (oeil, organes génitaux...)

Quand c'est possible, son refroidissement rapide permet d'en limiter l'extension donc la gravité; à condition de ne pas être la cause d'une hypothermie...

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan</u>	<ul style="list-style-type: none"> . circonstances, type de brûlure. . localisation, étendue, aspect local (rougeur = 1er degré, phlyctènes = 2ème, destruction, carbonisation = 3ème) . bilan vital. . température. . atteintes associées (intoxication, traumatisme...) . antécédents, traitement éventuel. . si brûlure chimique, nom du produit.
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique si notion de gravité réelle ou potentielle. . évacuation de la victime vers un milieu spécialisé pour les brûlures de l'œil.
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . refroidir de façon précoce les brûlures cutanées. . laver à grande eau les brûlures chimiques. . déshabiller, essuyer, emballer, couvrir... . oxygéner à fort débit (15 l/min.) . rassurer, calmer.
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none"> . les accidents électriques sont susceptibles d'entraîner des troubles du rythme (sur le moment ou plus tardivement) . les brûlures par feu s'accompagnent souvent d'une inhalation de fumées.

3 Les médicaments courants

1 La détresse

L'élévation de la température est souvent très rapide chez les enfants. Chez l'enfant de moins de 4 ans, elle peut entraîner des convulsions.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none"> . Interrogatoire des parents pour rechercher la chronologie de la fièvre. . antécédents . traitement en cours: antibiotiques, antipyrétiques, sirops, anticonvulsivants . notion d'épidémie de maladies infantiles (rougeole, rubéole, varicelle, oreillons) . prise de température rectale: . bilan vital . recherche d'éruption cutanée ou de purpura (tache rouge)
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none"> . médicalisation systématique les hyperthermies majeures et des purpura fébriles . transport non médicalisé ou médecin à domicile dans les autres cas
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none"> . faire chuter la température pour éviter les convulsions (enfant de moins de 4 ans et/ou antécédents convulsifs) . refroidissement : déshabillage, bain avec température de l'eau de 2°C au-dessous de la température rectale . aspirine ou paracétamol que après conseil médical
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<p>.on parle d'hyperthermie majeure si > 39°C pour un nouveau-né 40°C pour un nourrisson</p>

3 Les médicaments courants

--	--

1 La détresse

La dyspnée représente une des urgences les plus fréquentes en pédiatrie. Cette détresse respiratoire a pour conséquence de ne plus assurer correctement les échanges gazeux vitaux pour l'organisme.

Elle peut avoir de nombreuses étiologies :

- corps étranger
- infection pulmonaire
- asthme
- bronchiolite (infection des voies aériennes du nourrisson et du nouveau-né due à des virus et évoluant par épidémie saisonnière -automne et hivers-)
- laryngite (dyspnée inspiratoire fréquente chez l'enfant de moins de 3 ans liée à une infection pharyngée)

épiglottite (inflammation du carrefour pharyngée avec œdème important et abcès) qui est une urgence vitale.

2 L'intervention

2-1	<u>Bilan :</u>	<p>.âge</p> <p>.Interrogatoire des parents pour rechercher la chronologie de la détresse respiratoire.</p> <p>.antécédents</p> <p>.traitement en cours: antibiotiques, antipyrétiques, sirops,....</p> <p>.prise de température rectale</p> <p>.bilan vital : V > 60 ou < 15 avec tirage, cyanose, battements des ailes du nez ; pouls > 120, sueurs, hypotonie musculaire, troubles de la conscience.</p>
2-2	<u>Décision</u>	<p>.manœuvres de Heimlich ou de Mofenson si corps étranger</p> <p>.avis du médecin régulateur obligatoire</p> <p>.un examen médical doit être obligatoirement réalisé soit par une AR/SMUR si il existe une détresse vitale soit par un médecin à domicile ou aux urgences</p>
2-3	<u>Conseils</u>	<p>.laisser l'enfant en position demi assise</p> <p>.ne pas tenter de regarder la gorge</p> <p>.mettre sous oxygénothérapie</p>
2-4	<u>A savoir</u>	<p>.la diminution des signes de lutte respiratoire par épuisement est un signe de gravité extrême (risque d'arrêt cardiaque)</p>

3 Les médicaments courants

H.3 - Malaise grave / mort subite inexpliquée chez le nourrisson

1 La détresse

Tout malaise chez un nourrisson (1 mois, - 1 an) doit être considéré comme potentiellement grave.

Malaise grave : manifestation brutale et bruyante, très angoissante pour l'entourage, qui menace ou semble menacer la vie de l'enfant et qui fait évoquer par les témoins une sensation de mort imminente.

Mort subite : décès brutal et inattendu d'un nourrisson considéré jusque là comme bien portant.

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">.âge, sexe.Interrogatoire des parents pour rechercher la chronologie des évènements et les gestes entrepris.antécédents.traitement en cours.bilan vital : fréquence ventilatoire, tirage, cyanose, battements des ailes du nez ; pouls, sueurs, hypotonie musculaire, troubles de la conscience..récupération complète ou incomplète du malaise.MCE en cours si mort subite
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">.hospitalisation systématique (emmener le jumeau s'il y a lieu).médicalisation obligatoire si détresse vitale ou récupération incomplète.médicalisation conseillée si récupération complète
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">.penser au corps.pour les parents : mettre en PLS si inconscience, ne pas alimenter, ne pas faire boire, prendre la température
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">.éviter d'employer le terme de mort subite inexpliquée et avoir des paroles prudentes vis à vis des parents.le corps est emmené par l'AR dans le service pédiatrique référent

3 Les médicaments courants

I.1 - Réactions allergique (sauf asthme) / Œdème de QUINCKE

1 La détresse

Les réactions allergiques apparaissent après la mise en contact du patient avec un allergène (produit alimentaire ou médicament). Ces réactions peuvent être cutanées (urticaire) entraînant une sensation de grattage (prurit) et des plaques plus ou moins étendues, respiratoires (œdème de QUINCKE : réaction inflammatoire avec gonflement du carrefour pharyngo-laryngé) ou générales (choc allergique avec retentissement hémodynamique).

2 L'intervention

<u>2-1</u>	<u>Bilan :</u>	<ul style="list-style-type: none">.âge, sexe.antécédents en particulier allergique.prise récente d'un médicament ou contact avec un aliment allergisant (délai en général inférieur à 1 heure) ou piqûre d'hyménoptères ou morsure de serpent..traitement en cours.bilan : recherche d'éruption cutanée avec prurit, œdème du visage, picotement laryngé, détresse circulatoire...
<u>2-2</u>	<u>Décision</u>	<ul style="list-style-type: none">.AR si détresse vitale ou œdème de QUINCKE.hospitalisation si urticaire généralisé sans choc.médecin traitant si urticaire localisé
<u>2-3</u>	<u>Conseils</u>	<ul style="list-style-type: none">.arrêt de l'administration de la substance supposée responsable
<u>2-4</u>	<u>A savoir</u>	<ul style="list-style-type: none">.en France métropolitaine, il y a 30 décès par an par piqûre d'hyménoptères (dose mortelle = 400 piqûres chez un sujet non allergique mais 1 piqûre chez un sujet allergique) et 5 morts par an par morsure de serpent.

3 Les médicaments courants

T.1 - Score de GLASCOW

Le score de Glasgow est basé sur trois critères cliniques :

1. l'ouverture des yeux ;
2. la réponse verbale ;
3. la réponse motrice aux stimuli.

Il permet d'évaluer la conscience d'un patient.

SCORE DE GLASCOW (3 à 15)

Ouverture des yeux	Spontanée	4
	Sur ordre	3
	A la douleur	2
	Aucune	1
Réponse verbale	Orientée, cohérente	5
	Confuse	4
	Inappropriée	3
	Incompréhensible	2
	Aucune	1
Réponse motrice	Sur ordre	6
	Localisée vers le stimulus	5
	Retrait ou évitement	4
	Flexion stéréotypée	3
	Extension stéréotypée	2
	Absence	1

Si le score est inférieur à 8, il existe un risque d'inhalation du patient comateux et la décision d'intubation du patient doit être discutée par la médecin.

T.2 - Score de GLASCOW

Le score de Malinas prend en compte cinq éléments :

1. le nombre de grossesse ;
2. la durée du travail ;
3. la durée des contractions ;
4. l'intervalle entre les contractions ;
5. la perte des eaux.

Il est un des éléments qui permettent d'évaluer le délai avant l'accouchement.

Il peut permettre de prendre la décision d'envoyer une AR / SMUR dès la réception de l'appel au 18.

SCORE de MALINAS (0 à 10)

COTATION	0	1	2
PARITE (n^{bre} de grossesse)	1	2	3 ou +
DUREE DE TRAVAIL	< à 3 h	3 à 5 h	> à 6 h
DUREE DES CONTRACTIONS	< à 1 min	1 min	> à 1 min
INTERVALLE ENTRE LES CONTRACTIONS	> à 5 min	3 à 5 min	< à 3 min
PERTE DES EAUX	non	récente	> à 1 h

Total: < à 5: marge de temps: TNM

Total > à 5: d'autant plus imminent que près de 10

DILATATION DU COL	1 pare	2 pare	Multipare
5 cm -----> DC	4 h	3 h	1 h 30
7 cm -----> DC	2 h	1 h	30 min
9 cm -----> DC	1 h	30 min	qq min

Pas de transport si délai inférieur à 1 heure

FAMILLE	D.C.I	D. TOX	RISQUES - SIGNES	
ANESTHESIQUES (Cocaïne)			Délire - Mydriase Convulsions - Hypoventilation Collapsus - Nausées Vomissements - Hyperthermie	
ANTICOAGULANTS (Sintron - Troméxane)			Troubles digestifs Hémorragies internes et extériorisées	VITAMINE K
ASPIRINE		20g Ad : 100mg / Kg Enf : 70mg / Kg	Coma - Convulsions Hyperthermie Hyperventilation Hypersudation Hémorragie digestives Acouphène	ALCALINISER
BARBITURIQUES (Gardénal)	- al	0,5g	Coma - Hypothermie Hypoventilation Collapsus	
BENZODIAZEPINES (Valium - Léxomil Tranxène - Mogadon)	- am	0,1 - 0,5g	Hypotension - Coma	ANEXATE
CARBAMATES (Equanil - Atrium)	- ate	4g	Coma - Mydriase Hypothermie Collapsus	
COLCHICINE (Colchimax)		5mg	Diarrhées - Collapsus Atteinte hématologique	
IMIPRAMINES (Anafranil - Laroxyl)	- ine	0,5g	Agitation - Délire - Coma Mydriase - Convulsions Tachycardie Troubles de la conduction cardiaque	
MORPHINIQUES (Codéine - Héroïne)			Coma - Hypoventilation Myosis	NARCAN
NIVAQUINE		2g Dose Mortelle : 4g	Troubles de la vision et cardiaques (arythmie brutale == A.C.R.)	VALIUM
PARACETAMOL (Dafalgan - Doliprane)		10g	Coma - Hypoventilation Atteinte hépatique grave	ACETYLCYSTEINE
PHENOTHIAZINES (Largactil - Nozinan)	- azine	0,5g	Coma - Myosis ou Mydriase Collapsus - Hypothermie Convulsions Troubles de la conduction cardiaque	
QUINIDINE			Troubles cardiaques	
TONI-CARDIAQUES (Digitaline - Digoxine)		2 - 5mg	Confusion - Troubles visuels Signes digestifs Troubles cardiaques (bradycardie == A.C.R.)	