

CAS CLINIQUE n°2: Détresse respiratoire

Urgences en centre médical isolé à Madagascar
Antananarivo - Mai 2018



Vous recevez en centre médical isolé une femme de 20 ans consultant pour hyperthermie et toux.

Elle est accompagnée de son mari

Les vaccinations du PEV sont à jour.

Il n'a pas d'ATCD particulier.

Quels sont les signes cliniques que vous recherchez pour éliminer une détresse vitale ?

Cas clinique n°2

Reconnaissance d'une détresse vitale

Conditionnement

**Hypothèses diagnostiques
Recours aux examens paracliniques**

Thérapeutiques ciblées

Surveillance/référence

PAS DE DETRESSE NEUROLOGIQUE

OUVERTURE DES YEUX	MOTRICITE	PROPOS
Spontanée	Spontanée ou à l'ordre oral	Normaux
A l'ordre oral	Adaptée à la douleur	Confus
A la douleur	Non adaptée à la douleur	Inappropriés
Nulle	En décortication	Incompréhensibles
	En décérébration	Nuls
	Nulle	

COMA PROFOND

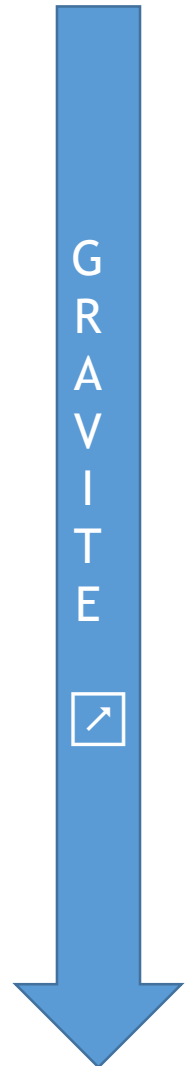
G
R
A
V
I
T
E

P
R
O
F
O
N
D
E
U
R

D
U

C
O
M
A

GRAVITE ↗	Signes précoces	Tachypnée
		Tachycardie
	Muscles inspiratoires accessoires	Tirage intercostal
		Tirage sus-claviculaire
	Expiration active	Balancement thoraco-abdominal
	Epuisement respiratoire	Faible ampliation thoracique
		Difficultés à la parole
		Toux inefficace
	Troubles neurologiques	Sensation de manque d'air
		Anxiété
		Agitation
		Détresse neurologique
		Arrêt respiratoire

GRAVITE 	Maintien du débit cardiaque	Tachycardie
	Augmentation des résistances vasculaires	Marbrures genoux/coudes
		Froideur/cyanose des extrémités
		Oligurie
	Perte de volémie	Soif intense
	Anémie si hémorragie	Pâleur cutanéomuqueuse
	Hypotension	Détresse neurologique
		Détresse respiratoire
		Détresse cardiogénique
		Défaillance multi-viscérale

Examen clinique de la patiente:

Détresse neurologique ?

- Glasgow 15 (y4m6v5), pas de convulsions



Examen clinique de la patiente:

Détresse circulatoire ?

- Déshydratation légère
- TRC < 3s
- TA 10/7
- FC: 100
- Pas de marbrures, pas de froideur des extrémités
- T° 38



Examen clinique de la patiente:

Détresse respiratoire ?

- FR:40, ampliation thoracique moyenne
- Mise en jeu des muscles inspiratoires accessoires: tirage intercostal et sus claviculaire
- Pas de balancement thoraco-abdominal
- Pas de cyanose



Quelle est votre conclusion en ce qui concerne les détresses vitales ?

Quel est votre conditionnement ?



Reconnaissance d'une détresse vitale

Conditionnement

**Hypothèses diagnostiques
Recours aux examens paracliniques**

Thérapeutiques ciblées

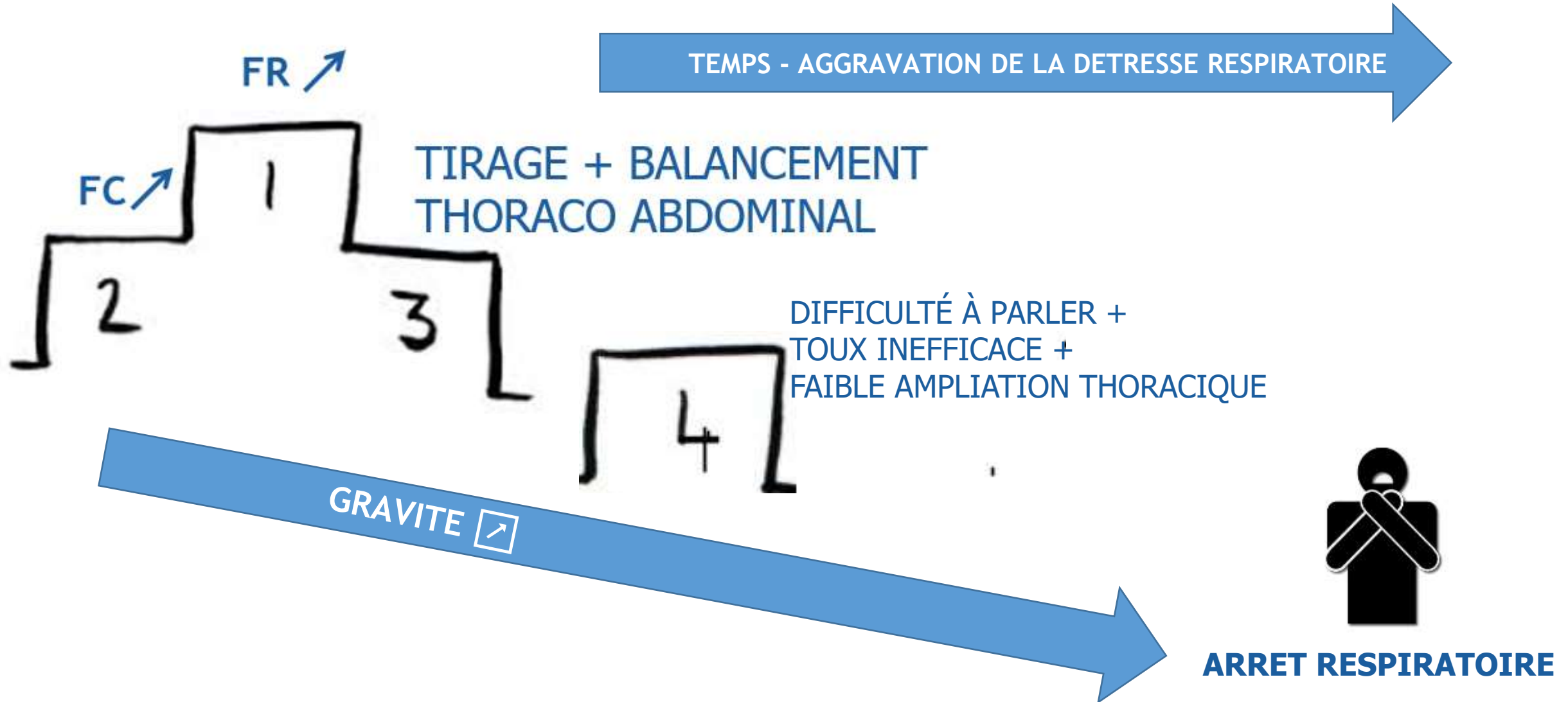
Surveillance/référence

O_2



Conditionnement en cas de détresse respiratoire

Cas clinique n°2



Examen clinique de la patiente:

- Asthénie importante et toux grasse depuis trois jours
- Glasgow 15, légères céphalées intermittentes
- Auscultation cardiopulmonaire: BDC réguliers, pas de souffle, crépitants bilatéraux des bases, prédominants à droite, dyspnée expiratoire, tirage sus-claviculaire et sous costal, pas de balancement thoracoabdominal, toux grasse, pas d'hypoxie
- Abdomen souple, indolore, pas de troubles du transit, fosses lombaires libres indolores
- Pas de grossesse en cours, pas d'éruption cutanée

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Comment les hiérarchisez-vous ?

Reconnaissance d'une détresse vitale

Conditionnement

**Hypothèses diagnostiques
Recours aux examens paracliniques**

Thérapeutiques ciblées

Surveillance/référence

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Comment les hiérarchisez-vous ?

Hypothèses diagnostiques principales:

Pneumopathie aigue (hyperthermie, contagé, fréquence, germes...)

Peste (altération de l'état général, contexte épidémique, cas contacts...)

Paludisme (zone d'endémie, migrants...)

Crise d'asthme aigue (patiente asthmatique connue, épisodes antérieurs similaires, sibilants auscultatoires)

Insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire (insuffisance cardiaque connue, facteurs de risques cardiovasculaires, autres signes cliniques IVG ou ICD)

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Comment les hiérarchisez-vous ?

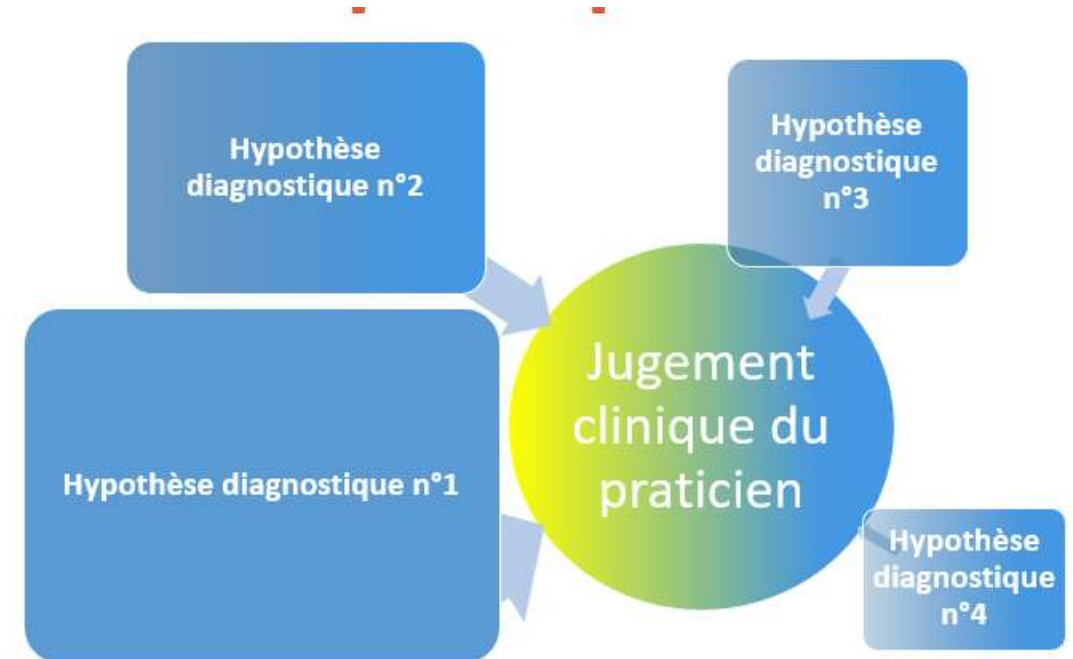
Pneumopathie aigue (hyperthermie, contagé, fréquence, germes...)

Peste (altération de l'état général, contexte épidémique, cas contacts...)

Paludisme (zone d'endémie, migrants...)

Crise d'asthme aigue (patiente asthmatique connue, épisodes antérieurs similaires, sibilants auscultatoires)

Insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire (insuffisance cardiaque connue, facteurs de risques cardiovasculaires, autres signes cliniques IVG ou ICD)



De quels examens paracliniques auriez-vous besoin s'ils étaient disponibles ?



De quels examens paracliniques auriez-vous besoin s'ils étaient disponibles ?

Frottis sanguin/goutte épaisse

Radiographie thoracique

Scanner

Biologie: NFS, CRP, ionogramme, hémocultures, ECBU...



En pratique, quel est l'examen paraclinique que pouvez utiliser en centre médical isolé devant une fièvre suspecte d'accès palustre ?



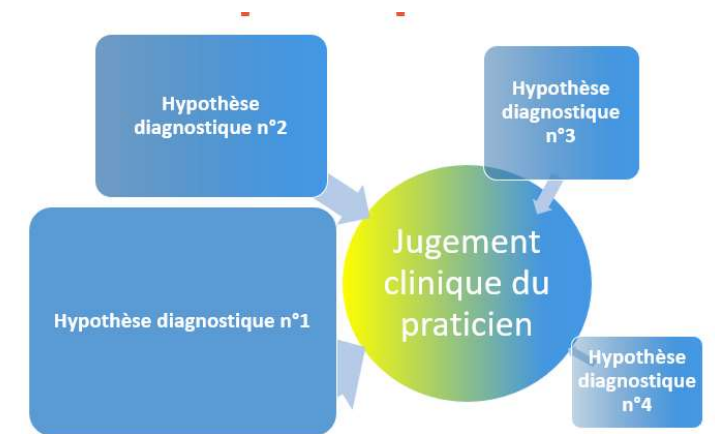
En pratique, quel est l'examen paraclinique que pouvez utiliser en centre médical isolé devant une fièvre suspecte d'accès palustre ?

Éliminer un accès palustre: TDR paludisme



Le TDR paludisme est négatif.

Quel hypothèse diagnostique envisager vous et quel examen paraclinique faut-il envisager ?



Le TDR paludisme est négatif.

Quel hypothèse diagnostique envisager vous et quel examen paraclinique faut-il envisager ?

Pneumopathie bactérienne avec signes de gravité chez une femme jeune sans antécédent

- Paraclinique en rapport avec une pneumopathie avec signes de gravité
- Biologie, radiographie standards
- ...Souvent impossible en centre médical isolé

Reconnaissance d'une détresse vitale



Conditionnement



**Hypothèses diagnostiques
Recours aux examens paracliniques**



Thérapeutiques ciblées



Surveillance/référence

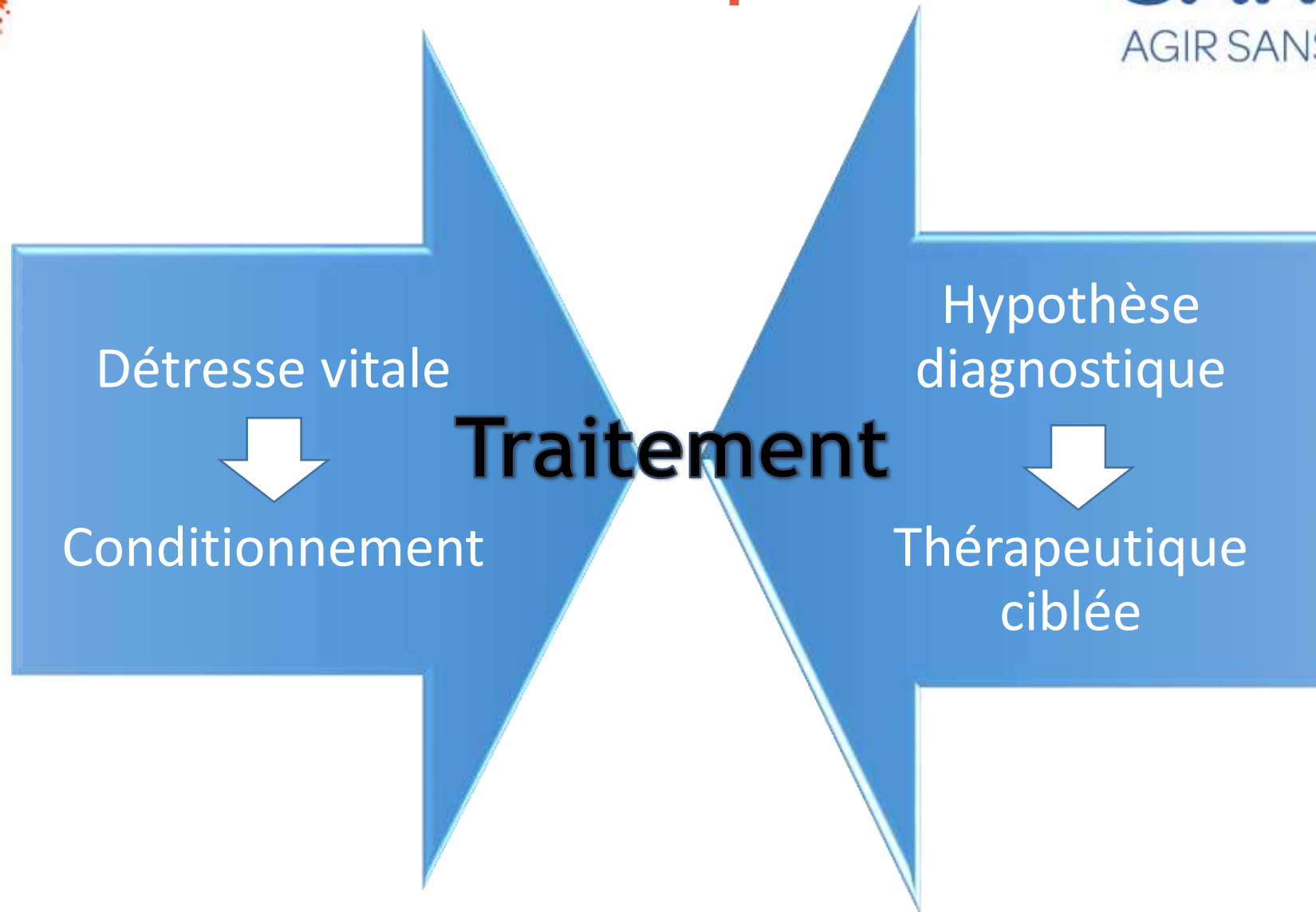
Quelles thérapeutiques initiez-vous ?

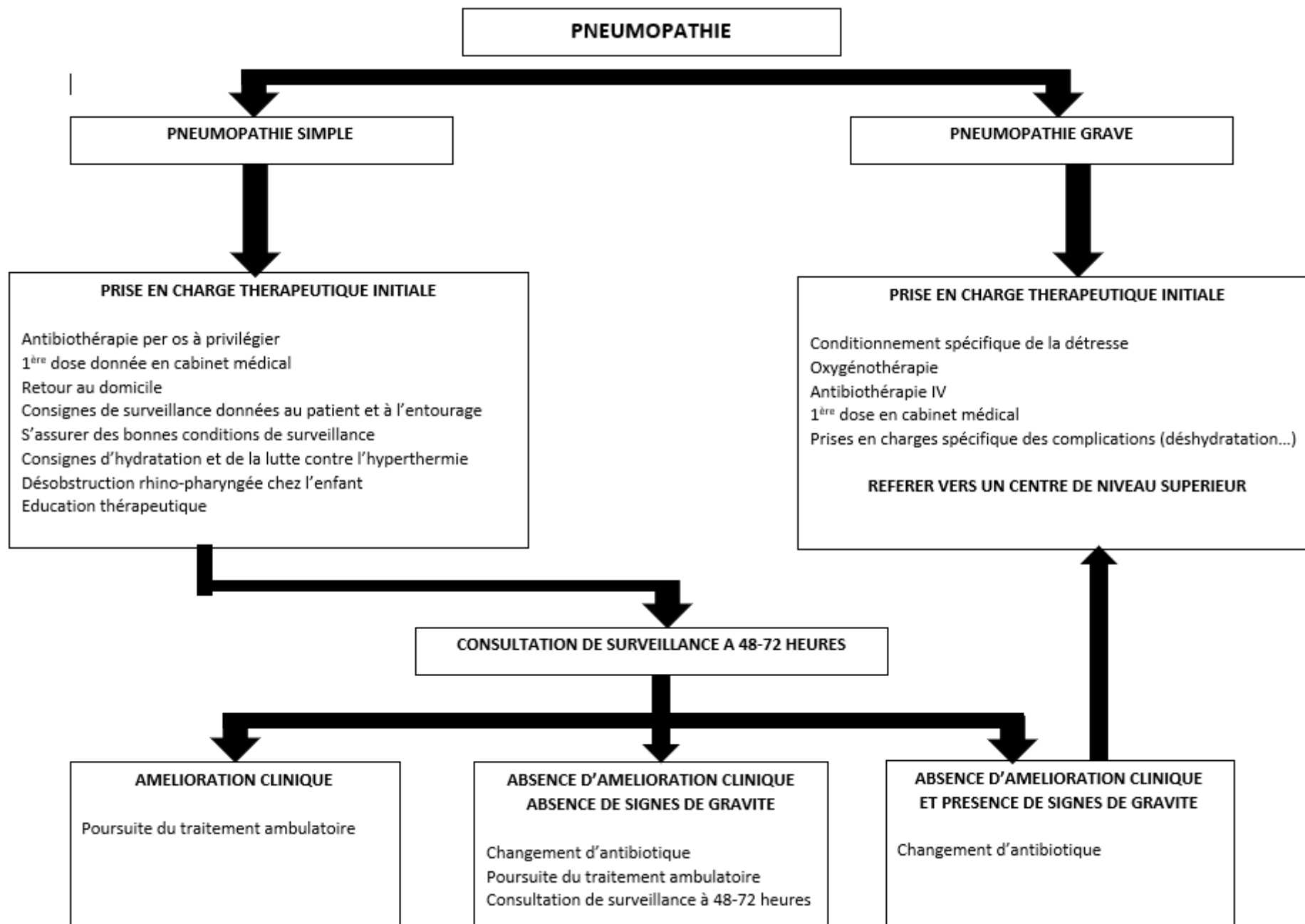


Quelles thérapeutiques initiez-vous ?

- Accès vasculaire, conditionnement, oxygénothérapie si possible
- Hydratation
- Antibiothérapie: laquelle ?
- Traitement antipyrétique
- Traitement symptomatique
- Si bronchospasme associé: B2 mimétiques possibles







Cas clinique n°2

ETAPE DE PRISE EN CHARGE	STADE INITIAL Antibiothérapie de 1 ^{ère} ligne			STADE DE REEVALUATION Réévaluation à 48-72 heures En cas d'échec de l'antibiothérapie de 1 ^{ère} ligne		
	1 ^{er} choix	2 ^{ème} choix	3 ^{ème} choix	1 ^{er} choix	2 ^{ème} choix	3 ^{ème} choix
ANTBIOTIQUE	Amoxicilline	Ceftriaxone	Ampicilline	Azithromycine	Erythromycine	Doxycycline
VOIE D'ADMINISTRATION	Per os ou IV	IV ou IM	IV ou IM	Per os	Per os	Per os
POSOLOGIE CHEZ L'ADULTE	3g/j	1g/j	3 à 4g/j	J1 : 500mg J2 à J5 : 250mg/j	2g/j	200mg/j
POSOLOGIE CHEZ L'ENFANT	100mg/kg/j	50mg/kg/j	200mg/kg	10mg/kg	30 à 40mg/kg	4mg/kg/j
RYTHME D'ADMINISTRATION	En 3 prises Pendant 5j	En 1 prise Pendant 3j Puis relais possible par amoxicilline per os Pendant 5j	En 3 à 4 prises Pendant 3j Puis relais possible par amoxicilline per os Pendant 5j	En 1 prise Pendant 5j	En 4 prises Pendant 10j	En 2 prises Pendant 10j (Sauf femme enceinte et enfant de moins de 8 ans)
En cas de signes de gravité, la voie IV est à privilégier, effectuer un relais per os à J3 en cas d'amélioration clinique En cas de suspicion de pneumopathie de déglutition, choisir préférentiellement amoxicilline/acide-clavulanique (3g/j chez l'adulte, 100mg/kg/j en trois prises chez l'enfant) Le cotrimoxazole (800mg x 2/j) per os est une alternative à l'amoxicilline per os en cas de pneumopathie sans signes de gravité Toujours associer un traitement anti hyperthermique par paracétamol et des mesures de réhydratation Conditionner la détresse respiratoire, oxygénothérapie si possible en cas d'hypoxie						

Reconnaissance d'une détresse vitale



Conditionnement



**Hypothèses diagnostiques
Recours aux examens paracliniques**



Thérapeutiques ciblées



Surveillance/référence

Référer vous le patient ?

Si oui, quelles sont les modalités d'organisation de la référence ?

Référer vous le patient ?

Si oui, quelles sont les modalités d'organisation de la référence ?

En cas de pneumopathie, référer les patients:

- Présentant une détresse vitale ou des signes de gravité
- Ne s'améliorant pas après une antibiothérapie bien conduite
- Avec des comorbidités sévères ou en situation d'immunodépression (VIH)

Référer vous le patient ?

Si oui, quelles sont les modalités d'organisation de la référence ?

En cas de pneumopathie, référer les patients:

- Si référer est impossible, surveiller le patient au minimum 12 heures au cabinet médical
- Si l'évaluation initiale a autorisé un retour au domicile et une prise en charge ambulatoire, reconvoquer le patient à 48 ou 72 heures pour s'assurer d'une évolution clinique satisfaisante

Référer vous le patient ?

Si oui, quelles sont les modalités d'organisation de la référence ?

Organisation du référencement:

- Vers un centre sanitaire de niveau supérieur
- Prise de contact avec le médecin
- Par téléphone si possible
- Fiche médicale de référence
- Moyen de transport
- Cout

Misaotra !

