

Stage intégré Urgences Réanimation Anesthésie avril 2010

Dossier transversal (à partir d'une observation réelle)

Crée par

- Pr Pierre HAUSFATER

Relecture

- Pr Jean CHASTRE
- Pr Pierre HAUSFATER
- Pr Olivier LANGERON
- Dr Patrick ECOLLAN
- Dr Samuel DELERME

Examen 2^{eme} Quadrimestre 2010

Mlle B. est amenée aux urgences par les premiers secours pour coma. Il s'agit d'une patiente de 23 ans qui présente comme antécédent un diabète de type 1 traité par insuline, des troubles du comportement alimentaire à l'âge de 16 ans, plusieurs abcès des parties molles ayant nécessité un geste chirurgical et un syndrome dépressif depuis l'adolescence avec une tentative d'autolyse à l'insuline. Son traitement habituel comporte de l'insuline retard (Lantus®) et rapide (Novorapid®), une contraception orale progestative pure et un anti-dépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

Alors que sa mère l'a quittée endormie dans son lit le matin même, lorsqu'elle revient à 13h30, Mlle B. est au sol, confuse. Sa mère appelle le SAMU qui la fait transporter aux urgences.

A l'arrivée aux urgences, Mlle B. a des troubles de conscience avec un score de Glasgow à 7 (Y :1 V :1 M :5), une pression artérielle à 55/32 mm Hg une fréquence cardiaque à 55/mn, une fréquence respiratoire à 18/mn, une SpO2 à 98% et une température à 36°C. Les téguments sont froids et il existe des marbrures des genoux. L'examen retrouve également un hématome péri-orbitaire, sans plaie du scalp ni autre lésion traumatique. L'abdomen est souple et indolore. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est sans particularité.

1°) Comment complétez-vous l'examen neurologique de Mlle B. afin de caractériser le coma ? Quelle en est la 1^{ère} étiologie à éliminer et comment ?

- Taille et symétrie des pupilles
- ROT
- Tonus
- Réflexe cutané-plantaire
- Recherche signe de localisation
- Raideur méningée

La 1^{ère} cause de coma à éliminer chez un patient diabétique est un coma hypoglycémique, par la mesure en urgence de la glycémie

capillaire au doigt.

2°) Comment qualifiez-vous l'état hémodynamique de Mlle B ? Quelles en sont les 3 principales étiologies à évoquer dans ce contexte précis ? en les hiérarchisant ? Justifiez

- état de choc
- hypotension artérielle <90 mm Hg
- + signes d'hypoperfusion périphérique (marbrures, extrémités froides)
- cardiogénique
- bradycardie
- septique
- diabétique
- ATCD multiples d'infection des parties molles
- Hypothermie
- hémorragique
- traumatisme de la face

Le tracé ECG effectué à l'arrivée est le suivant :

3°) Comment analysez-vous ce tracé ? Cela vous oriente-t-il dans votre démarche étiologique ?

- bradycardie sinusale

- bloc auriculo-ventriculaire du 2^{ème} degré
- QRS fins <0.10 s
- Pas de troubles de la repolarisation
- pas d'allongement du QT

Ces troubles conductifs orientent vers un état de choc cardiogénique probablement d'origine toxique (intoxication aux cardiotropes et notamment bétabloquants éventuellement métabolique)

4°) Décrivez vos premiers éléments de prise en charge symptomatique

- c'est une urgence vitale
- installation en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)
- appel de l'équipe de réanimation
- pose de 2 voies d'abord de gros calibre et prélèvement d'un bilan biologique
- s'assurer de la liberté des voies aériennes
- oxygénothérapie à fort débit par masque à haute concentration
- préparation plateau d'intubation et sonde d'aspiration
- monitoring de la PA/Fc/FR/SpO2
- atropine : 0,5 à 1 mg en IVD pour tenter d'accélérer le rythme cardiaque
- pose SU avec prélèvement de recherches de toxiques dans les urines
- (épreuve de remplissage vasculaire initial par 500 ml de SSI en 15 mn, discutable dans un état de choc cardiogénique)

5°) Quel examen complémentaire urgent devez-vous demander pour expliquer l'état hémodynamique ?

- échocardiographie

6°) Faut-il réaliser une TDM cérébrale en urgence ? Justifiez

- non
- car même s'il existe un traumatisme de la face, l'état hémodynamique de cette patiente contre-indique de la mobiliser pour la TDM

7°) Quels examens biologiques demandez-vous pour évaluer la gravité de cet état de choc et son retentissement sur les organes ?

- dosage du lactate sanguin
- Hémoglobine
- Transaminases
- urée, créatinine
- dosage de troponine I sérique
- (NT-proBNP ou BNP)
- gaz du sang artériels
- bilan d'hémostase

8°) Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?

- numération formule sanguine
- ionogramme sanguin, glycémie
- biomarqueurs d'infection : CRP et/ou Procalcitonine
- 1 paire d'hémoculture aérobie/anaérobie
- bandelette urinaire et ECBU

- radio de thorax en SAUV
- recherche de toxiques sang et urine , notamment cardiotropes (b éta bloquants, inhibiteurs calciques, antidépresseurs tricycliques), alcoolémie
- dosage du CO

Malgré vos première mesures symptomatiques, la situation se dégrade avec une bradycardie à 20/mn sans pouls, une bradypnée à 6/mn puis un arrêt cardiorespiratoire en asystolie.

9°) Décrivez votre prise en charge immédiate

- appel de renforts
- mise en place d'un plan dur sous le patient et pose des patchs du DSA
- massage cardiaque externe à la fréquence de 100/mn
- Adrénaline 1mg IVD toutes les 3 mn
- ventilation au masque (BAVU) à la fréquence de 2 insufflations/30 massages
- dès que possible, intubation oro-trachéale sous manœuvre de Sellick, ventilation mécanique avec une FiO₂ de 100%

Les premiers résultats des examens biologiques prélevés avant l'arrêt cardiorespiratoire reviennent et sont les suivants□ :

Leucocytes : 15.1 Giga/L Hémoglobine : 12.1 g/dl plaquettes : 228 Giga/L

TP : 83% TCA patient/témoin : 34.2/34

Na⁺ : 130 K⁺ : 5.7 créatinine : 80 μmol/L glycémie : 20 mmol/l

Transaminase : normales

Gaz du sang artériels sous masque à haute concentration :

pO₂ 142 mmHg pCO₂ : 24.5 mmHg

pH 7.24 Bicarbonates : 10.2 mmol/l SatO₂ : 99% Lactate : 4.8 mmol/L

Dosages de CRP et procalcitonine négatifs

La recherche de toxiques retrouve la présence de propanolol (bétabloquant) de verapamil (inhibiteur calcique) et d'antidépresseur tricyclique.

La bandelette urinaire retrouve 2+ de glucose, 1+ de cétone, pas de leucocytes/sang/nitrites

10°) Quel est le diagnostic principal le plus probable expliquant le tableau de Mlle B. ?

- Intoxication aux cardiotropes
- responsable d'un état de choc cardiogénique

- avec bradycardie
- et coma
- par troubles de la conduction de haut degré
- et inotropisme négatif (bétabloquant, vérapamil)

11 °) Après 15 mn de réanimation cardio-respiratoire bien conduite, le rythme cardiaque spontané reste à 25/mn avec une inefficacité hémodynamique. Citez les autres thérapeutiques spécifiques que vous pouvez utiliser dans ce contexte.)

- glucagon : 2 à 5 mg IVD
- dobutamine à la seringue électrique en continue
- Isuprel
- mise en place d'une assistance circulatoire externe (CEC, ECMO)