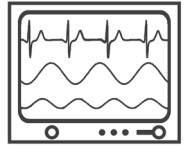




RÉANIMATION



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : lourds, souvent intubés et sédatisés

Service : Arrivée à 8h30 (transmissions)

Réanimation -> patients avec au moins une défaillance d'organe, séjour de plusieurs jours à semaines // déchocage -> patients en état de choc, urgences vitales, séjours courts avec au moins une défaillance d'organe

Anesthésie au bloc opératoire -> reprise chirurgicale de traumatisme et digestif

/!\ Hygiène -> au contact de patients souvent immunodéprimés, colonisation fréquente par des bactéries multirésistantes



LEXIQUE

AVP = accident de la voie publique

DRA = détresse respiratoire aiguë

DT = delirium tremens

DV = décubitus ventral

ECMO = oxygénation par membrane extra-corporelle

EER = épuration extra-rénale (=

dialyse)

EP = embolie pulmonaire

ETT = échographie trans-thoracique

FiO2 = fraction inspirée en oxygène

GDS = gaz du sang

IOT/EOT = intubation/extubation oro-trachéale

IMV = intoxication médicamenteuse volontaire

IRA = insuffisance rénale aiguë

NAD = noradrénaline

OAP = oedème aigu pulmonaire

OHD = oxygénothérapie haut débit

PEP = pression expiratoire posi-

tive

PNP = pneumopathie

PSE : pousse seringue électrique

ROS : réponse aux ordres simples

SNG = sonde nasogastrique

VNI = ventilation non invasive

VVC = voie veineuse centrale





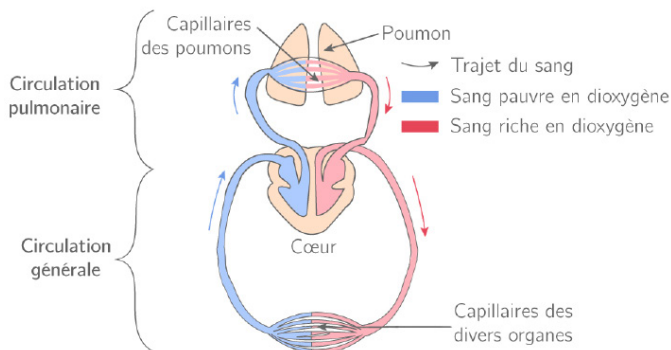
RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Petite circulation -> oxygénation du sang par le poumon + élimination du CO₂

Grande circulation (systémique) -> envoie le sang oxygéné dans les organes et permet son retour

Nécessité d'une bonne hématoèse (*oxygénation du sang*) et d'une bonne fonction cardiaque pour assurer la perfusion des tissus : divers facteurs (*sepsis, EP, IMV, IRA, hémorragie*) peuvent perturber ce fonctionnement par divers mécanismes (*hypovolémie, défaillance cardiaque, vasoplégie, obstruction*)

-> aboutit à une défaillance d'organe(s)



PRINCIPALES PATHOLOGIES

Il y a une grande variété de pathologies dans le service

État de choc : savoir le caractériser (*cardiogénique, distributif, hypovolémique, obstructif*). Choisir le bon remplissage et les bonnes drogues vasoactives pour maintenir une perfusion convenable. Assurer une suppléance d'organes si besoin. Rechercher l'étiologie et la traiter !

Infarctus (*pris en charge à Ranguéil*)

IMV : retrouver les substances ingérées, administrer des antidotes si existants. Assurer la suppléance d'organes si besoin, maintenir des constantes compatibles avec la vie et traitement symptomatique

DRA : causes directes et indirectes variées : pneumopathie, traumatisme pulmonaire, inhalation de fumées, choc, pancréatite

Traumatismes, polytraumatisés : AVP, défenestration, accident de travail

Surveillance post-greffe pulmonaire (*Ranguéil*)

Arrêt cardio-respiratoire (ACR)



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/méd interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Patients souvent sédatisés -> importance +++ de l'entourage et des médecins qui suivent le patient

Par exemple : infarctus -> heure de l'arrêt, manoeuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ? temps de massage, antécédents de syndrome coronarien aigu (SCA) ? facteurs de risque cardio-vasculaires (FdRCV) ? circonstances de survenue ? évolution dans les jours précédant l'événement ?

Contact avec le médecin traitant du patient pour comparer son état dans le service à son état habituel et relever les antécédents

EXAMEN PHYSIQUE

1-Constantes : fréquence cardiaque/respiratoire, pression artérielle, saturation, température

2-Pneumo : chercher des signes de lutte (*tirage, balancement thoraco-abdominal*), toux, dyspnée, auscultation++ // pour les patients intubés, vérifier que les 2 poumons sont ventilés (*murmure vésiculaire bilatéral*) // patient curarisé ? oxygénorequérance ? patient intubé : hématoxe quotidienne (GDS)

3-Neuro : patients souvent dans le coma : examen des pupilles -> intermédiaires réactives et symétriques ? réponse aux ordres simples (*serrer la main*) ? réaction à la douleur ? sédation chimique (ex: *propofol*) ? score de RASS

4-État hémodynamique : pouls périphériques, signes d'insuffisance cardiaque gauche (*dyspnée, OAP avec crépitants bilatéraux perçus aux bases voire expectorations mousseuses et rosées*) et/ou droite (*turgescence jugulaire/reflux hépato-jugulaire*), cyanose des extrémités ? marbrures ? mise sous amines vasoactives ?

5-Diurèse +++ et fonction rénale : bilan entrées/sorties si remplissage (*souvent massif*). Les patients sont pesés tous les jours, vérifier les variations par rapport à l'entrée (*oedèmes peuvent faire augmenter le poids*)

6-Digestif : bruits hydro-aériques ? émission de gaz et selles ? tolérance de la nutrition ?

7-Infectieux : bactériologie, antibiothérapie en cours ? durée ? présence de fièvre ? points d'appel infectieux ?

Pour l'observation, reporter chacun des éléments dans la case correspondante sur le logiciel ICCA



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : GDS -> équilibre acido-basique et défaillances métaboliques et/ou respiratoires // NFS / ionogramme -> état d'hydratation, désordres hydro-électrolytiques, saignements // phosphorémie, magnésémie, kaliémie : recherche d'un syndrome de renutrition inappropriée

Imagerie : radio thoracique (RT) -> recherche de foyers infectieux, épanchement pleural, insuffisance cardiaque // ETT : recherche de pathologie valvulaire, surcharge hydro-sodée, insuffisance cardiaque // échographie pleuro-pulmonaire -> complète la RT : épanchement pleural, condensations alvéolaires // FAST echo : évaluation possible épanchement des 3 principales séreuses

Examens spécifiques selon la pathologie (ex: *fibroscopie pulmonaire*)

Vérification des appareillages : VVC, sonde JJ, drains

Prélèvement bactériologiques (hemocultures, ECBU, ECBC, locaux...) : réalisés systématiquement dès que le patient a un pic fébrile



THÉRAPEUTIQUES

IOT : VAC (ventilation assistée contrôlée) -> le respirateur contrôle tout (*FR et pressions*) ou VSAI (ventilation spontanée avec aide inspiratoire) -> synchronisée sur la respiration du patient qui déclenche lui-même l'inspiration

VNI : PEP -> pour laisser les alvéoles ouvertes à l'expiration et éviter les collapsus // Optiflow -> permet d'apporter de grands volumes d'O₂ au patient

ECMO : suppléance temporaire du coeur (*artério-veineux*) ou du poumon (*veino-veineux*) (*Ranguel*)

Sonde urinaire : diurèse importante en réa et +/- déplétion par des diurétiques

EER continu ou discontinu : par ex en cas d'hyperkaliémie, d'OAP anurique ou IRA sur nécrose tubuleuse aiguë

Nutrition : SNG ou parentérale selon la tolérance, /!\ syndrome de renutrition !

Médicaments : amines vaso actives -> contrôle tensionnel et de la fonction cardiaque (*HTA ou hypotension centrale*) // laxatifs // sédation/curarisation (*facilite la ventilation, diminue la consommation en O₂*) // antibiothérapie -> adaptée au germe à l'origine du sepsis

NOTES

