

URGENCES RANGUEIL



PRÉSENTATION DU SERVICE

Service : 8h-18h (1er cycle), plutôt cardio-pneumo, uro-néphro, métabo et dig
CMCT (7 box: 3 simples, 4 doubles + salle de suture et salle de plâtre) -> secteur dit ambulatoire

AMCT (14 box) -> secteur dit couché, besoin de surveillance (on «scope» les patients pour surveiller les constantes). Quand l'AMCT est complète les patients sont orientés à l'accueil

UHCD (10 lits) -> unité d'hospit courte durée. Patients passés par le SAU mais nécessitant une surveillance médicale avant le RAD ou l'hospitalisation

UDT (4 lits) -> unité douleur thoracique SAUV (4 lits) = urgences vitales



LEXIQUE

AA = air ambiant
APP = attelle plâtrée postérieure
ASDI = abdomen souple et dépressible et indolore
AVP = accident de la voie publique
CAT = Conduite à tenir
DSM = déficit sensitivo-moteur
DT = douleur thoracique

EP = embolie pulmonaire
GDS = gazométrie en sang artériel (*gaz du sang*)
GSA/PSA = grande/petite salle d'attente
IAO = infirmière d'accueil et d'orientation
IC = insuffisance cardiaque
IDG = interne de

garde
IDM = infarctus du myocarde
M2PI = interface de commande des transports de malades
PC+/-I = perte de connaissance +/- initiale
PEC = prise en charge
PNP = pneumopathie
RAD = retour à

domicile
RCP = réflexe cutané-plantaire (*Babinski*)
SAU/V = service d'accueil et d'urgences/vitales
SCA = syndrome coronarien aigu
TC = traumatisme crânien
TVP = thrombose veineuse profonde





PRINCIPALES PATHOLOGIES

CMCT (consultation médico-chirurgicale et traumatologique) :

Traumato -> plaie ouverte (+/- suture), trauma, fracture, entorse, brûlure, AVP

Uro -> colique néphrétique (CN), infection urinaire (IU)

Divers -> douleur abdo (*dig et urologique*), céphalée, médecine légale, épistaxis...

Il n'est pas rare de faire attendre les patients dans la salle d'attente (ou en box double) après avoir débuté la PEC et prescrit les examens afin de libérer des box

AMCT (accueil médico-chirurgical et traumato) :

Cardio-vasc -> douleur thoracique/dyspnée +++ (*décompensation cardiaque, SCA, péricardite, dissection aortique*), ischémie aiguë de membre, AOMI...

Pneumo -> dyspnée, exacerbation de BPCO, pneumopathie, EP, pneumothorax

Dig -> "abdomen aigu" (= *douleur brutale abdominale*), syndrome occlusif, colique hépatique, cholécystite, angiocholite, appendicite, fécalome, infarctus mésentérique...

Néphro-uro -> pyélonéphrite aiguë (PNA), insuffisance rénale aiguë (IRA)

Infection -> sepsis, érysipèle

Attention, on peut voir n'importe quelle pathologie dans toutes les unités, ce ne sont que des généralités (ordre de fréquence). L'orientation dépend de l'état général du patient



EXAMEN CLINIQUE

INTERROGATOIRE

«En médecine on trouve ce que l'on cherche et on cherche ce que l'on connaît»

Paramètres vitaux : fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), tension, température, saturation en AA/sous XL d'O₂, glycémie, douleur (EVA)

Motif de venue aux urgences (MdH = motif d'hospit) + Histoire de la maladie (HdM)

Mode de vie (MdV) : niveau d'autonomie, lieu de vie, travail, vaccins, voyages
Tabac en paquet-année (1 PA = 1 paquet par jour pendant 1an), alcool, drogue, facteurs de risque cardio-vascu (FdRCV) si DT

Allergie et **traitements** habituel (posologie) + pris avant de venir

Antécédents (ATCD) médicaux, gynéco et chir, personnels et familiaux

Signes fonctionnels (SF) : neuro (céphalée, vertige, photo-phonophobie), cardio (DT, dyspnée), pneumo (dyspnée, toux, expectorations), digestif (N/V, diarrhée/constipation, douleur), uro (pollakiurie, brûlures miction, dysurie)



EXAMEN CLINIQUE

Examen à faire de la tête aux pieds !

EXAMEN PHYSIQUE

Neuro : calculer le Glasgow, adapté et cohérent. Orientation temporo-spatiale. Sensibilité/motricité des 4 membres, réflexes ostéo-tendineux (ROT) et RCP
Grands syndromes -> sd cérébelleux, sd vestibulaire, sd pyramidal/extra-pyramidal, sd méningé // Paires crâniennes, pupille/réflexe photo-moteur

Cardio : Auscultation -> rythme des BdC, souffles, bruits surajoutés ICD -> OMI prenant le godet, RHJ, TJ ICG -> râles crépitants ± sibilants si pseudo-asthme cardiaque Signes de choc -> marbrure, temps de recoloration cutanée (TRC < 3s), froideur des extrémités

Vasculaire : PP et écouter les souffles artériels. Chercher pâleur/froidur des membres ± dépilation si trouble ancien. Signes de TVP (OMI + douleur mollet)

Pneumo : Auscultation -> asymétrie des MV, crépitants (PNP ou IC), sibilants (asthme, BPCO), ronchis (encombrement muqueux)

Urgence si : Lutte -> tirage des SCM, dépression des creux sus-claviculaire, balancement thoraco-abdominal (BTA). DRA -> cyanose, sueur, pâleur

Digestif : Percussion -> matité ou tympanisme Auscultation : chercher les BHA
Observation : regarder si circulation colatérale, cicatrices d'anciennes opérations

Palpation -> sensibilité, défense, contracture, organomégalie, signe du flot

Uro : recherche SFU, si suspicion de PNA faire un ébranlement lombaire (EL) = taper dans le dos niveau rein, D et G



A NOTER SUR L'OBSERVATION EN CAS D'EXAMEN NORMAL

Neuro : Glasgow 15 (G15), pas de désorientation temporo-spatiale (DTS)

Cardio : normocarde et normotendu. Bruits du coeur (BDC) réguliers, pas de souffles audibles et pas de bruits surajoutés (BSA).

Mollets souples et dépressibles, pas d'œdème des membres inférieurs (OMI), pouls périphériques (PP) perçus. Pas de reflux hépato-jugulaire (RHJ), pas de turgescence jugulaire (TJ)

Pneumo : eupnéique en air ambient (aa), pas de toux, pas de dyspnée
Murmures vésiculaires (MV) bilatéraux et symétriques (+/+)

Pas de signes de détresse respiratoire aiguë (DRA) ni de lutte

Dig : pas de nausée/vomissement (N/V), pas de diarrhée/constipation. ASDI, pas de défense, pas de contractures, bruits hydro-aériques entendus (BHA+)

Uro : pas de signes fonctionnels urinaires (SFU), pas de douleur à l'EL



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : standard -> NFS, plaquettes, iono, bilan rénal (*créat, urée, DFG*)

En plus -> D-dimères (*suspicion EP*) et troponine (*si DT*)

Hémostase (*si anticoagulé ou avant chir*), bilan hépatique (GGT, PAL, ALAT/ASAT *cytolysse, bilirubine*), CRP (*suspi infection*) et hémocultures si > 38,5°

Bandelette urinaire (**BU**) ± examen cyto-bactérien urinaire (**ECBU**) si SFU/recherche point d'appel infectieux

Imagerie : Radio thoracique (RT) pour toute DT et dyspnée //

Scanner // Échographie

ECG : *toujours penser à l'étiquette patient +++*

18 dériv pour toute dyspnée/malaise/DT +/- épigastrique dans les 10 min +++

Toujours penser à barrer les fausses dérivations sur l'ECG postérieur et remplacer par V3R, V4R, V7, V8, V9

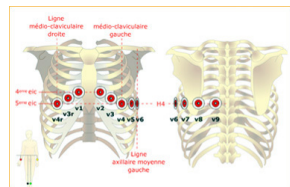
La lecture de l'ECG doit être systématique : **FRACHI**

-> **F**réquence, **R**ythme, **A**xe, **t**rouble de **C**onduction/
repolarisation, **H**ypertrophie, **I**schémie

- FC ... , rythme régulier et sinusal espace PR normal
(*onde P et onde QRS*)

- Axe (*regarder D1 et VF, si + axe normal*)

- QRS fins, pas de trouble de la repolarisation ni de la conduction, pas de sus/sous-décalage, pas d'onde Q



NOTES

