

Maladies : température, digestif, rein, voies urinaires

Module 2

[Température](#)

[Maladies digestives](#)

[Maladies des reins](#)

[Maladies urologiques](#)

Troubles thermiques

L'hyperthermie se rencontre lors d'un effort violent (compétition sportive) ou d'une canicule (personne âgée).

Elle peut être mortelle et nécessite réhydratation, refroidissement puis oxygénation et alerte.

Toute personne inconsciente peut se refroidir. Pour dépister une hypothermie, il faut y penser et prendre systématiquement la température.

En dessous de 30°, tout est ralenti y compris la respiration. Il y a risque d'arrêt du cœur.

Comprendre

Rappel physiologique

Notre corps à une température pratiquement constante autour de 36-37°C quel que soit l'environnement.

Elle varie faiblement dans la journée; basse la nuit, plus haute lors d'un effort.

Nous sommes capables de nous couvrir ou au contraire d'être dévêtu ou d'éviter le soleil.

Mais c'est insuffisant. Il y a en permanence un équilibre entre production de chaleur et évacuation de la chaleur en excès.

Production de chaleur

Grâce à notre alimentation, nous pouvons brûler glucides et lipides pour produire de la chaleur.

Quand on fait des efforts, les muscles chauffent.

Si on frissonne on fabrique du chaud. Les muscles se contractent sans bouger.

Le frisson, c'est comme lorsqu'on essaie d'avancer sa voiture avec les freins bloqués, les roues deviennent brûlantes.

Élimination de la chaleur

Il y a plusieurs moyens de perdre de la chaleur :

- évaporation
- sueurs
- dilatation des vaisseaux de la peau (vasodilatation). La peau devient rouge

Conservation de la chaleur

En milieu hostile, il faut garder le noyau central du corps au chaud. En effet il contient des organes vitaux.

La peau par contre peut survivre au froid.

Le cerveau donne l'ordre de fermer les vaisseaux de la peau (vasoconstriction) qui devient pâle et froide.

Régulation centrale

Le cerveau avec des capteurs de température est informé de la température du corps et peut donner des ordres automatiques adaptés.

C'est un véritable thermostat interne qui règle la température du corps à 37°C.

Physiopathologie

Lutte contre le chaud

Le corps peut résister à 41°C au maximum 8 heures.

Surtout l'organisme se défend dès les premières sensations de chaleur.

Le cœur s'accélère, les vaisseaux de la peau se dilatent ce qui permet de transpirer et d'éliminer la chaleur.

Mais il perd beaucoup d'eau d'où la nécessité de boire beaucoup.

Ces mécanismes sont parfois dépassés avec hypotension (détresse circulatoire), souffrance du cerveau (inconscience), fabrication de déchets toxiques...

Lutte contre le froid

En présence d'une température inférieure à celui du corps humain, on se couvre, puis si c'est insuffisant on frissonne.

Si le milieu est hostile, la personne est vite débordée par le froid et s'épuise et ne peut plus lutter et s'endort.

Si Les centres de la température situés dans le cerveau sont endormis lors d'une maladie neurologique (AVC) , intoxication, alcoolisme... ,même si la température n'est pas trop froide, le malade inconscient prendra la température de la pièce (qui est rarement à 37°C !).

Dérèglement du thermostat (fièvre)

En présence d'une infection, le thermostat du cerveau est réglé sur une température supérieure. C'est pourquoi on frissonne et on a une sensation de froid.

En fait, il faudrait se dévêtir et manger plus puisque l'on brûle des calories pour obtenir une température supérieure à la normale.

Mesure de la température

Elle est constante vers 36°-37°, malgré les variations de la température extérieure.

Elle se mesure avec un thermomètre.

Hyperthermie

C'est l'augmentation de la température. ("hyper" = hausse)

Circonstances

Canicule

Les épisodes caniculaires sont de plus en plus fréquents en été.

Or la France n'a pris conscience du problème qu'après la dernière canicule mortelle pour un grand nombre de personnes âgées en 2005.

Le plus important, c'est l'excès de température nocturne car dans ce cas le corps ne peut pas se reposer.

Personnes vulnérables:

- Vieillard

Passé à un certain âge, le corps transpire peu et la personne n'a plus la notion "d'avoir soif".

- Enfant

Par ex.: un enfant "oublié" dans une voiture

- Malade psychiatrique

Les médicaments favorisent le coup de chaud ainsi qu'un habillement inadapté et une exposition immobile au soleil.

Coup de chaleur

Il survient lors d'un exercice physique important surtout dans une atmosphère humide, mais la chaleur peut être modérée. C'est le cas des marathons et autres marches notamment chez les militaires.

Ne pas oublier les ouvriers du bâtiment.

Devant un "malaise" lors d'une compétition sportive, il faut penser à l'hyperthermie.

Facteurs favorisants

Hygrométrie >75% (Humidité)

Tenue vestimentaire inadaptée

Retard à la réhydratation

Utilisation de produits dopants: café, amphétamines...

Médicaments psychiatriques

Atmosphère chaude et non ventilée

Efforts

Conséquences

Détresse circulatoire

Il y a rapidement une déshydratation avec risque de détresse circulatoire puis neurologique (coma).

Insolation

Elle survient lors de l'exposition de la tête au soleil.

Rapidement apparait un malaise puis inconscience.

Bilan

L'hyperthermie se manifeste par:

- des troubles du comportement: désorientation, agitation voire inconscience et convulsions
- des crampes musculaires +++
- des troubles digestifs à type de nausées, vomissements voire diarrhée.

Un bilan vital est indispensable car le risque de détresse circulatoire est important et à tout instant un arrêt cardiaque peut survenir. La température est élevée.

Il ne faut pas oublier de prendre la température, dans ces circonstances.

Gestes à faire

La victime est déshabillée, installé dans un endroit ventilé (si possible climatisé), aspergée d'eau.

Le plus efficace est de l'envelopper d'un linge humide.

L'idéal est de vaporiser de l'eau fraîche (15°C) associé à un courant d'air.

Si la personne est totalement consciente, on doit la réhydrater.

Si la personne est inconsciente, elle est mise en P.L.S.

Pour une détresse majeure, les gestes habituels de réanimation sont pratiqués.

On peut utiliser la couverture isotherme dite de survie pour se protéger du soleil, mais la face dorée au contact de la victime.

Un bilan au centre 15 est indispensable.

Attention : Un coup de chaleur peut être MORTEL

En résumé il faut :

Réhydrater

Refroidir

Oxygéner

Alerter

Prévention

Eviter les périodes chaudes et surtout humide pour faire un effort

Se réhydrater régulièrement

Porter des vêtements adaptés

La nuit dormir dans un endroit frais

Fièvre

C'est aussi une hyper...thermie, puisqu'il y a augmentation (hyper) de la température (thermie).

Mais on parle de fièvre car les circonstances sont différentes.

Il s'agit d'une maladie spontanée en général une infection.

Ce n'est plus une maladie de l'environnement.

C'est un phénomène naturel de lutte contre les infections: virus et bactéries.

▷ Voir Module 3 Hygiène: Maladies infectieuses

Bilan

Tout est possible de la simple fatigue au choc septique.

Attention : Chez l'enfant, au-delà de 38,5° et surtout lors des variations brutales, il y a risque de convulsions

(Ce sont tous les signes de l'épilepsie, mais dans ce cas on préfère parler de crise convulsive).

Signes de gravité

On recherchera les signes potentiellement dangereux comme :

- teint pâle ou "terreux"

- chute tensionnelle

- détresse respiratoire notamment laryngée: sifflement, changement de la voix, tirage faisant évoquer une laryngite

(Attention à la redoutable épiglottite)

- raideur de la nuque, vomissement, la lumière fait mal (photophobie) évoquant une méningite

- somnolence voire coma

- plaques violacées sur le corps en "carte de géographie"

Gestes à faire

En présence d'un signe inquiétant et même en cas de doute, il faut immédiatement avertir le centre 15.

Les gestes classiques de réanimation sont immédiatement mis en route.

Ne pas oublier de garder la position 1/2 assise ou légèrement penché en avant pour l'épiglottite de l'enfant.

Heureusement toutes les fièvres ne sont pas inquiétantes. Des soins de confort sont nécessaires, surtout chez l'enfant:

Faire boire pour éviter la déshydratation

Habillez légèrement, enlevez couvertures

Bain pour enfant avec une température entre 18 et 20°

A titre privé, pour sa famille, on utilisera un antipyrétique de type paracétamol.

Hypothermie

C'est une température en dessous de la normale. ("hypo"= baisse)

A partir de 35°, l'organisme s'endort et en dessous de 30°, le risque d'arrêt cardiaque est majeur.

L'hypothermie modérée est entre 35°C et 32°C

L'hypothermie moyenne est entre 32°C et 28°C

L'hypothermie sévère est en dessous de 28°C

Circonstances

Milieu hostile

Le plus classique est la survie dans une eau froide.

Il peut s'agir aussi de température extrême en haute montagne (avalanche).

Milieu urbain

Une personne inconsciente qui n'est pas découverte immédiatement (suicide, AVC, alcoolisme aiguë) peut vite se refroidir même si la température de la pièce est de 15°!

Cela ne survient pas seulement en hiver ...

Le sans abri qui en hiver couche dehors et qui parfois à un taux alcoolémie élevé peut rapidement se refroidir.

Attention à la non-assistance en personne en danger, si l'ambulancier ne s'arrête pas pour vérifier que tout va bien.

On a déjà vu des personnes mourir sur le sol à quelques mètres de l'entrée d'un hôpital alors qu'un va et vient d'ambulances sont passés toute la nuit.

Cas particuliers

Le prématuré (▷ voir chapitre pédiatrie)

Signes

Ils sont très variables et souvent masqués par la maladie initiale (par ex. coma traumatique, vasculaire, toxique...)

En milieu hostile, où la personne est au départ non malade, la progression se fait en général comme suit :

Les pièges

Une peau froide et pâle ou des ongles, des lèvres bleues ne signifient pas toujours un manque d'oxygène du sang (hypoxie) ou une hémorragie massive

Il faut toujours regarder le contexte.

Un nageur qui a les lèvres bleues, c'est qu'il a froid mais peut aussi signifier une grave détresse respiratoire suite à une noyade

Ne pas oublier de prendre la fréquence respiratoire

Bilan

C'est un bilan vital (conscience, ventilation, circulation).

La température la plus "centrale" est au niveau de l'abdomen.

La prise de température est difficile car les thermomètres classiques ne descendent pas tous en dessous de 35-36 °et on peut se faire piéger.

Il faut utiliser un thermomètre hypothermique qui descend jusqu'à 27°.

En montagne, il faut regarder les extrémités (risque de gelures) et à domicile, risque d'escarres même après quelques heures d'inconscience (ou rougeur aux points d'appui comme la face interne des genoux).

Attention, il est très difficile, dans ces circonstances de faire la différence entre une personne en hypothermie majeure avec une respiration nulle, sans pouls périphérique mais en fait vivant et une personne morte...

La personne qui se réveille à la morgue est un cas très exceptionnel mais médicalement possible...

Une personne inconsciente, découverte tardivement est souvent en hypothermie même en dehors de la période hivernale

Gestes à faire

- Gestes de survie

Ils sont classiques pour les détresses.(PLS et LVA si inconscience)

- Réchauffement

Paradoxalement sauf pour le confort, le réchauffement immédiat est discutable.

Il doit être progressif.

- L'oxygénothérapie est indispensable surtout si la victime frissonne.(Ce qui est très néfaste chez un cardiaque car son cœur travaillera trop).

- Couverture isotherme dite " couverture de survie".

Elle est composée d'un film polyester qui réfléchit 90 % des rayons infrarouges.

Elle peut donc limiter la perte de chaleur.

Elle ne réchauffe pas mais garde la température du corps en évitant à la chaleur de la peau de se dissiper.

Elle est aussi un coupe-vent qui refroidit.

On met la face argentée au contact de la victime (le contraire pour protéger du chaud).

Maladies digestives

Transporté un malade porteur d'une maladie digestive ne pose pas de problème particulier.

L'installation sera de confort et la surveillance classique.

Pour les urgences, l'analyse de la douleur sera rigoureuse afin d'éliminer une autre origine beaucoup plus grave : infarctus, rupture anévrysme aorte...

La complication est la détresse circulatoire qui se manifeste par des petits signes (déshydratation, pli cutané, faciès terreux, pouls rapide, marbrures...) plutôt que par une chute tensionnelle. Le 15 sera averti. Si le transport est autorisé, le patient est installé 1/2 assis, jambes fléchies et oxygéné.

Certains malades surtout en secondaire sont appareillés porteur de sonde gastrique et/ou de stomie. On veillera à la bonne fixation et au drainage.

Comprendre

Rappel anatomique

Le tube digestif est composé :

- bouche, pharynx
- œsophage, estomac
- intestin grêle, colon, rectum et anus

Les glandes annexes secrètent :

- salive (parotide), suc gastrique (estomac)
- bile (foie), suc pancréatique (pancréas, suc intestinal (intestin grêle))

Rappel physiologique

L'appareil digestif sert à la digestion des aliments qui passent dans le sang.

L'oxygène n'est pas le seul élément nutritif de la cellule. La nourriture apporte aussi de l'énergie.

Physiopathologie (Risques)

Détresse circulatoire

La perte de liquide (diarrhée), une hémorragie digestive ou une infection risquent d'entraîner, dans les formes graves, un état de choc ou collapsus.

Détresse respiratoire

Cette détresse est exceptionnelle mais grave. Elle survient chez un malade totalement épuisé, somnolent, en état de choc.

La fausse route est alors possible.

Urgence chirurgicale

L'intervention chirurgicale est parfois nécessaire, parfois en urgence notamment s'il y a occlusion ou péritonite.

Risque infectieux

Par précaution, dans certains cas, le médecin demandera, après le transport, de laver, désinfecter, et aérer l'ambulance. Le linge sale sera stocké dans des sacs spéciaux.

Signes cliniques

Nausées et vomissements

Ils seront recueillis et mesurés.

On éliminera un vomissement de sang ou hématémèse.

Le plus souvent, il s'agit de vomissements d'aliments plus ou moins digérés dans l'estomac.

En cas d'occlusion le liquide peut ressembler à des selles d'où le nom de "vomissements fécaloïdes".

A jeun, la personne vomit le suc gastrique, liquide verdâtre souvent appelé à tort bilieux.

Diarrhée

C'est l'émission par l'anus de selles fréquentes et surtout très liquides.

Leur abondance entraîne parfois une perte d'eau, c'est-à-dire une déshydratation. La quantité d'eau présente dans le plasma (une partie de la composition du sang) peut diminuer à l'origine d'une baisse de pression sanguine puis d'un collapsus, c'est-à-dire un état de choc ou détresse circulatoire.

Le nourrisson et le nouveau-né sont particulièrement exposés à ce problème, car en plus ils vomissent.

Constipation

C'est une plainte fréquente surtout chez la personne âgée. Cette manifestation est le plus souvent banale et à négliger.

Associé à des douleurs abdominales, vomissement, arrêt des gaz (pet) et gonflement de l'abdomen (météorisme) il doit par contre inquiéter car ces signes sont ceux d'une occlusion.

Attention une détresse circulatoire est possible. La présence de marbrures aux membres inférieurs a une grande valeur.

Douleur

Il faut localiser, à droite, gauche, milieu...et noter ses caractéristiques : continue, spasmodique.

Hémorragie digestive

Il s'agit d'une hémorragie extériorisée, c'est à dire un saignement par un orifice naturel:

- par le haut (c'est à dire par la bouche), au cours d'un vomissement: c'est l'hématémèse.

- par le bas (anus), émission de sang rouge ou rectorragie ou de sang noir digéré (comme du boudin) ou mélaena.

L'origine est variée: ulcère, cancer, maladie du foie type cirrhose.

Le saignement simultané par le haut et par le bas de sang rouge signifie une hémorragie abondante et la recherche d'une détresse circulatoire est indispensable.

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Recueil des signes

L'ambulancier notera :

- douleur,

- vomissements,

- saignement

- fièvre

Les pertes sont conservées.

Analyse de la douleur

On demandera de préciser:

- le facteur déclenchant

- la localisation

- le type de trouble: continue, positionnel...

- l'intensité (voir échelle de la douleur)

- la durée

Le mieux est d'utiliser toujours le même plan pour les questions: OPQRST

O : Origine

C'est la première fois ?

C'est comme d'habitude ? C'est différent ?

P : Provoqué

C'est arrivé comment ?

Que faisiez-vous ?

Vous avez bu ?

Vous avez pris des médicaments ?

Q : Qualité

Comment est votre douleur ?

Ça pique? Ca serre ? Ça gratte ? Ça brûle ?

R: Région

Où vous avez mal ?

S : Sévérité

Montrez-moi sur cette réglette, l'intensité de votre douleur ?

T : Temps

A quelle heure a commencé la douleur ?

Depuis quand vous êtes comme ça ?

L'analyse se fera selon le plan précédent avec quelques spécificités:

comment la douleur est apparue: traumatisme, malaise... ?

douleur similaire : colon "irritable", ulcère, règles douloureuses...

après le repas ou quelques heures après

simple "point", d'une brûlure, d'un spasme, d'un déchirement, d'un serrement comme un étau, une barre...

constante ou par spasme cyclique, arrêt spontané ou après traitement

signes associés : nausées, vomissements, diarrhée, constipation, sueurs, vertiges, fièvre...

Localiser les signes

Zone précise ou "vague" ou diffuse voire...variable avec irradiations dans d'autres zones

1 : Hypochondre droit

2: Epigastre

3: Hypochondre gauche

4 : Flanc droit

5: Région péri-ombilicale

6: Flanc gauche

7 : Fosse iliaque droite

8: Hypogastre ou région sus pubienne

9: Fosse iliaque gauche

Rechercher d'une détresse

- Est-il en collapsus ?

La prise de la tension artérielle est systématique.

La détresse circulatoire se manifeste rarement par une chute tensionnelle avec pâleur et pouls filant voir absent en radial (sauf hémorragie digestive massive).

Le plus souvent, c'est l'accumulation de petits signes qu'il faut dépister:

soif, langue sèche, faciès "terreux", marbrures des genoux et/ou des cuisses, pli cutané au niveau des bras ou des cuisses

- Est-il en détresse respiratoire ?

Elle est rare dans sa forme typique.

Par contre, la douleur abdominale peut être à l'origine d'une respiration rapide et superficielle.

La toux est évitée car majeure la douleur abdominale d'où le risque d'encombrement chez la personne âgée.

- Est-il inconscient ?

La conscience est le plus souvent conservée.

La détresse circulatoire peut se manifester par bourdonnement d'oreille, vertiges, sensation de soif et d'angoisse.

Un patient, le plus souvent âgé, épuisé peut devenir somnolent.

Attention : somnolence + épuisement + vomissements = risque de fausse route d'où PLS

Le bilan est transmis au Centre 15.

Causes

Les causes sont données à titre d'information. L'ambulancier n'a pas à trouver la cause, sauf dans de rares cas qui nécessitent des gestes de survie spécifiques

Recherche une urgence vitale

L'analyse de la douleur doit pouvoir orienter vers d'autres urgences vitales comme :

- infarctus du myocarde

douleur gastrique (estomac) et nausée possible, antécédents, facteurs de risque ...

- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale

personne âgée, anévrisme connu ou non, détresse circulatoire majeure

- dissection aortique

douleur thoracique irradiant dans l'abdomen, détresse circulatoire, pouls radiaux absents

- grossesse extra-utérine

femme jeune, retard de règle, pertes vaginales, douleur bas ventre

C'est bien de chercher l'origine de la détresse, mais le plus important est de la dépister, de faire les gestes d'urgence (commun à toutes les causes), d'alerter le 15 qui enverra une équipe médicale (SMUR) afin de préciser le diagnostic et d'orienter vers le service le mieux adapté.

Savoir + : Examens médicaux à l'hôpital

En plus de l'examen clinique, l'équipe médicale confirmera la maladie par:

- prise de sang

- ecg

- échographie abdominale

- scanner ou IRM

- colonoscopie

Un tube est introduit dans l'anus relié à un système d'éclairage et de vision grâce à des fibres optiques. Une anesthésie générale est proposée.

- fibroscopie

Le tube est introduit dans la bouche et permet de voir l'estomac et l'œsophage. On peut endormir le patient pendant l'examen.

Les spécialistes

Ces maladies sont soignées en ville ou à l'hôpital selon le degré de gravité par les médecins généralistes ou par les spécialistes des maladies digestives appelés gastro-entérologue.

Le spécialiste des maladies du foie s'appelle un hépatologue (il est souvent aussi spécialiste des maladies digestives d'où: hépato-gastro-entérologue).

Un spécialiste des maladies de l'anus s'appelle un proctologue.

Un spécialiste des soins dentaires s'appelle un dentiste (non Docteur en Médecine). Les maladies médicales des dents et de la mâchoire sont soignés par un médecin appelé stomatologue.

Un spécialiste non médecin qui s'occupe de corriger les malpositions dentaires s'appelle un orthodontiste.

Le service d'hospitalisation s'appelle selon le même nom du spécialiste en rajoutant "ologie": Gastro-entérologie, hépatologie, stomatologie...

Les services de chirurgie opérant les malades sont dit de "chirurgie générale" ou de chirurgie digestive.

La chirurgie de la face se fait en O.R.L. (Oto Rhino Laryngologie) ou en chirurgie maxillo-faciale.

Gestes à faire

Si le bilan révèle une détresse respiratoire ou circulatoire, il faut rassurer, réchauffer et oxygéner, ne pas faire boire malgré la soif.

Si l'état est gravissime, il faut préférer un transport médicalisé (SMUR).

Devant un vomissement de sang (hématémèse), il faut recueillir le vomi et essayer d'évaluer la quantité.

Transport

Ne seront transportés par l'ambulancier que les malades à faible risque.

L'idéal est d'avoir le feu vert d'un médecin, avec une ordonnance pour " transport en ambulance " avec, éventuellement, une prescription d'oxygène.

Installation

Le malade sera toujours brancardé. En aucun cas il ne descendra les marches de son appartement à pied .

Tout effort est néfaste. Ces malades sont souvent en équilibre précaire. Toute agression, froid, douleur, émotion, mobilisation peuvent gravement retentir sur le cœur.

Le malade conscient est installé en position ½ assis.

Si le ventre est douloureux, les jambes seront fléchies.

Soins classiques

- Rassurer, Réchauffer

- La cellule sanitaire sera bien chauffée.

- Oxygénation

Risques pendant le transport

La surveillance est constante car à tout moment des complications sont possibles.

Si l'hémorragie est arrêtée, la reprise est toujours possible. Les paramètres habituels sont régulièrement pris : TA, pouls, fréquence respiratoire...

Le moindre malaise doit mettre en alerte.

Si une détresse grave est reconnue, des gestes immédiats sont pratiqués.

En cas de vomissements, on recueillera le liquide dans un récipient souvent sous forme d'haricot d'où son nom.

A la moindre somnolence ou épuisement on préfère la pls surtout que les vomissements sont fréquents.

Conduite

Toute précipitation dans le transport, ni bruit par un klaxon intempestif sont nuisibles.

Il faut éviter les mobilisations brutales comme l'inclinaison du brancard au déchargement.

Le transport doit être sans à coup, c'est-à-dire sans accélération ou décélération brutale.

Transport d'un malade appareillé

Sonde gastrique

C'est un tuyau plus ou moins gros, introduit par le nez et qui gagne l'estomac en traversant tout l'œsophage.

Elle est mise en place par le personnel soignant de l'établissement ou pendant une chirurgie et fixée au nez par l'intermédiaire d'un sparadrap.

Son extrémité est soit bouchée (dite " clampée ") ou reliée à une poche collectrice de type " poche à urine " (dite sonde " à la poche").

Elle sert à aspirer le liquide qui stagne dans l'estomac après une intervention digestive par exemple.

Mais elle peut être utilisée comme sonde d'alimentation (dite de " gavage") chez un malade qui ne s'alimente pas.

L'ambulancier doit vérifier que la sonde est bien fixée, et sous aucun prétexte la retirer, encore moins en poser une autre...

Si elle est reliée à un dispositif collecteur, celui -ci ne doit pas tirer sur la sonde.

Il accompagnera toujours le malade et faire attention lors du brancardage qu'elle ne reste pas coincée.

Cette poche doit toujours se situer en dessous du niveau du malade sous peine de refoulement du liquide vers le malade.

Colostomie

Il s'agit de mettre, lors d'une intervention chirurgicale, le colon (tube digestif) en contact avec la peau.

On parle de colostomie ou "anus artificiel". Les selles au lieu de sortir par l'anus, sont dirigées vers un trou au niveau de la peau du flanc gauche.

C'est le colon qui est à la peau d'où le nom de colostomie.

Une poche autocollante fixée autour de l'anus collecte les selles.

Avant le transport

Lavage des mains
Consignes de l'infirmière pour le transport et prendre le dossier.
La poche sera changée avant le départ. L'adhérence est vérifiée.

Pendant le transport

Il faut éviter, au cours du transport, que la poche soit percée ou éclatée.
Le patient ne sera pas couché sur cette poche et aucune pression ne sera exercée. Une poche de rechange sera à disposition.

Autres stomies

Le mot "stomie" veut dire un tube de l'organisme mis à la peau.

Iléostomie

C'est la même chose, mais plus haut. C'est l'intestin grêle dit iléon qui est à la paroi.
Les selles sont très liquides car pas encore digérées.

Gastrostomie

Une sonde est introduite par chirurgie dans l'estomac à travers la paroi abdominale. Cela permet d'alimenter directement un patient qui fait des fausses routes (maladie neurologique) ou a un cancer de l'œsophage.

(Ne pas confondre avec gastrectomie: ablation de l'estomac)

"Tomie" = on coupe, "Stomie" = on met un organe à la peau.

Variante : jejustomie : pose sonde au début de l'intestin grêle.

Urgences

Nous distinguerons les urgences à opérer dite chirurgicales et les autres dites médicales.

Néanmoins cette distinction ne concerne plus l'étape diagnostic car tous les patients sont dirigés vers le service d'urgence où les médecins urgentistes feront le premier examen médical et les examens complémentaires nécessaires.

Dans un second temps ils feront appel pour avis à une équipe chirurgicale si besoin.

(Au temps où les malades étaient adressés aux urgences par leur médecin traitant, celui-ci faisait une lettre adressée soit à l'interne de chirurgie de garde, soit à l'interne de médecine. Il y avait des salles réservées à la médecine et d'autres à la chirurgie).

Urgences chirurgicales

Hernie étranglée

C'est une petite boule au niveau du pli de l'aîne (pli entre le membre inférieur et le bassin).

Elle passe entre les parois affaiblies des muscles.

Si un bout d'intestin passe à travers cet orifice, il y a possibilité d'étranglement et donc d'occlusion.

Elle peut survenir chez l'enfant très jeune, y compris au niveau de l'ombilic (nombril).

Chez l'adulte elle est spontanée ou après un effort d'où la difficulté pour le médecin expert de savoir s'il s'agit d'un accident du travail ou pas.

Occlusion

C'est un bout du "tuyau" intestin ou colon qui est bouché, coincé ou comprimé.

Elle se manifeste par un arrêt du transit intestinal (plus de selles ni de gaz) associée à des douleurs abdominales, des vomissements et le ventre qui gonfle. (Météorisme).

Il y a risque de déshydratation et donc de détresse circulatoire.

Citons parmi les causes un cancer du côlon qui envahit la paroi ou tout simplement une bride (mauvaise cicatrice dans le ventre).

Appendicite

C'est l'infection de l'appendice (petit cul de sac situé à droite du colon) appelé appendice.

L'opération est l'appendicectomie.

Son diagnostic est parfois difficile.

Dans la forme typique, il y a douleur du flanc droit spontanée ou/et provoquée avec fièvre et signes biologiques.

Non traité elle peut se transformer en péritonite.

Cholécystite

C'est l'infection de la vésicule biliaire avec présence de calculs ou non dans les voies biliaires.

L'ablation est la cholécystectomie par cœlioscopie (mini incisions avec vidéo en gonflant l'abdomen).

Péritonite

C'est l'infection généralisée de l'abdomen (ventre).

Celui-ci devient très douloureux avec une défense si on touche la paroi (ventre dit "de bois") et de la fièvre.

Il faut opérer immédiatement.
Il y a risque de choc infectieux dit "septique".

Urgences médicales

Diarrhée

C'est l'évacuation fréquente de selles liquides.
Elle peut s'accompagner de douleurs abdominales ou /et de fièvre
Les causes sont multiples dont des infections digestives.
En cas d'abondance, il y a risque de déshydratation et dans la forme ultime détresse circulatoire.

Indigestion

C'est une mauvaise digestion après un déjeuner trop copieux ou contenant des aliments infectés.
Elle se traduit par des nausées, vomissements, douleur abdominale, voire diarrhée et fièvre.

Douleur abdominale

Quoi de plus banal qu'une douleur abdominale !
Ses causes sont très variables:
Simple indigestion, mais aussi ulcère à l'estomac, appendicite ou autre urgence chirurgicale,
Elle peut aussi piéger : douleur à l'estomac ou douleur du cœur (infarctus ?)
C'est pourquoi il faut toujours écouter le patient et ne rien négliger.
Un examen par médecin est indispensable afin d'éliminer une maladie grave.

Hémorragie digestive

C'est un saignement extériorisé
- par un vomissement (Hématémèse),
- par une selle (Rectorragie ou melaena)
Parmi les nombreuses causes, citons : un cancer, ulcère ou une maladie du foie (cirrhose)

Maladies digestives

Maladies inflammatoires chroniques

Elles peuvent atteindre une ou plusieurs parties du tube digestif (préférentiellement le côlon, une partie du grêle et/ou l'anus).
Ce sont des maladies évoluant par poussées, alternant avec des phases dites de rémission (c'est-à-dire de disparition des signes cliniques de la maladie).
Des complications sont possibles nécessitant une admission d'urgence.
- Maladie de Crohn
- Recto colite hémorragique (R.C.H.)

Hémorroïdes

C'est la dilatation (varices) d'une veine de l'anus provoquant douleur voire saignement.
Autres maladies de l'anus: fistule, abcès

Cancer du colon

Avant le cancer, la personne est porteuse de polypes que l'on peut dépister tôt par une colonoscopie (passage d'un tube vidéo par l'anus) ou par recherche de sang dans les selles.
Il y a souvent des familles à risques d'où la colonoscopie de dépistage.
La tumeur est dépistée à froid ou en urgence (occlusion) ou fait saigner (anémie).
L'intervention chirurgicale est souvent nécessaire. Parfois un anus artificiel est pratiqué, c'est-à-dire une dérivation du colon directement à la peau. Les matières sont recueillies par une poche.

Maladies infectieuses

La fièvre typhoïde, le choléra entraînent une diarrhée avec fort risque de déshydratation.
Il faudra respecter les procédures de désinfection après le transport.

Oesophagite

C'est l'inflammation de la paroi de l'œsophage.

Reflux gastro-oesophagien

C'est un renvoi de liquide de l'estomac très acide vers l'œsophage voire dans la bouche quand on se penche en avant comme pour lasser ses souliers.
On parle aussi d'hernie hiatale.
Il est confirmé par fibroscopie (tube vidéo introduit par la bouche jusque dans l'estomac).

Ulcère à l'estomac (gastrique) ou au duodénum

C'est un trou qui se creuse dans la paroi à l'intérieur de l'estomac.

La personne ressent des douleurs à l'estomac souvent calmées par les repas.

Une fibroscopie gastrique (avec ou sans anesthésie générale, en ambulatoire) confirme la lésion.

L'ulcère peut perforer la paroi (violente douleur en coup de poignard puis ventre dur et douloureux). Le liquide gastrique ou les aliments vont dans le ventre (péritonite)

Il peut aussi saigner (Hématémèse).

Dans les 2 cas il faut opérer.

Attention

une douleur au niveau de l'estomac peut aussi correspondre avec une douleur d'origine cardiaque (infarctus) .

N'oublions pas qu'estomac et cœur ne sont séparés que par le diaphragme.

Carcinose péritonéale

C'est l'envahissement du péritoine par des tumeurs malignes secondaires di "métastatiques".

L'origine de la tumeur sont le cancer de l'estomac, du colon, du rectum, du pancréas ou l'ovaire.

Elle marque une dissémination métastatique de la maladie, ce qui en fait un tableau clinique de mauvais pronostic. La principale complication est l'occlusion.

Le traitement repose sur la chimiothérapie, la corticothérapie et de façon exceptionnelle sur la chirurgie.

Maladies hépatiques et pancréatiques

Cirrhose

L'alcoolisme détruit le foie.

Des hémorragies digestives (hématémèse) apparaissent et le ventre se remplit d'eau (ascite).

Métastases du foie

Un cancer peut envoyer des cellules cancéreuses au foie et se développer à l'intérieur.

Cancer du foie

Le foie peut développer lui-même un cancer

Cancer du pancréas

De dépistage tardif (ictère nu, c'est à dire jaunisse isolée), son pronostic est le plus souvent mauvais.

Maladies des reins

Transporté un hémodialysé fait partie du quotidien de l'ambulancier.

Rappelons qu'en l'absence de fonction rénale, les déchets produits par l'urine ne sont plus éliminés.

Or ceux-ci sont toxiques pour l'organisme.

Ce transport est sans problème et routinier. Néanmoins il est utile de connaître les complications rarissimes qui pourraient survenir.

Ce sont des variations tensionnelles.

Le médecin qui s'occupe de ces malades est un néphrologue, le service : néphrologie.

Comprendre

Rappel anatomique

Les 2 reins sont situés:

- dans la région lombaire
- un à droite, un à gauche
- le long de la colonne vertébrale
- derrière le tube digestif
- sous le diaphragme

Ils reçoivent du sang venant de l'aorte via l'artère rénale.

Rappel physiologique

Les reins éliminent l'eau non utilisée et les déchets comme: l'urée, la créatinine, le potassium et bien d'autres produits souvent acides.

Les déchets sont toujours dilués dans l'urine.

Physiopathologie (Savoir +)

Dans l'insuffisance rénale chronique, les reins ne peuvent plus éliminer les déchets comme l'urée, mais aussi l'eau et le potassium.

Ces produits toxiques vont s'accumuler dans le sang.

Il y a risque d'accumulation d'eau (prise de poids, hypertension artérielle et détresse respiratoire par OAP).

Le potassium est toxique pour le cœur.

Peu à peu les reins sont détruits. Il est alors nécessaire de remplacer la fonction d'élimination par une hémodialyse.

Comme on ne peut pas accumuler plus de 2 à 3 jours de déchets, les séances sont rapprochées.

Causes (Savoir +)

Elles sont multiples et complexes.

Citons le diabète, l'hypertension artérielle...

Hémodialyse

Définition

C'est un système de filtration en dehors du corps humain assurée par une machine de dialyse qui permet d'éliminer les déchets du sang et l'eau en excès.

C'est un "rein artificiel".

Hémodialyse vient du mot "hémo" qui veut dire le sang (Rappelez-vous: hématologie, hémothorax...hémoglobine...) et de "dialyse" la filtration comme un filtre à café! Il laisse passer le liquide avec ses produits dissous mais pas le solide.

Les déchets et l'eau s'accumulant dans l'organisme, il faut être dialysé 3 fois par semaine en moyenne.

Fistule artério-veineuse

Le sang est dérivé en ponctionnant une grosse veine et passe dans un filtre artificiel avant d'être rendu au malade dans une autre grosse veine.

Pour cela on va créer de grosses veines comme des "varices". Le chirurgien va brancher une petite artère de l'avant-bras sur une veine.

C'est la fistule artério-veineuse.

Avant la séance

En cas d'écart de régime ou de délai trop long, l'eau en excès va déborder et le potassium est dangereux pour le cœur. Cela se manifestera par :

- Hypertension artérielle
- Céphalées en rapport avec l'hypertension artérielle (maux de tête)
- OAP, convulsions, provoqué par l'accumulation d'eau dans les poumons et le cerveau
- Troubles du rythme cardiaque par excès de potassium
- Vomissements

Bien sûr, cela ne surviendra jamais si le patient est correctement traité, au pire par des signes mineurs moins graves.

Pour l'ambulancier les précautions à prendre sont:

- Prise de la tension (T.A.) sur un autre bras et de la fréquence respiratoire (F.R.)
- Eviter les efforts
- Position 1/2 assise
- Manipulation avec précautions la fistule :

Bras visible, fistule non comprimée

Pas de prise de tension de ce côté

Pendant la séance (Savoir +)

2 aiguilles sont introduites dans l'avant-bras à travers la fistule. Elles sont reliées aux lignes ou tuyaux qui va et revient du filtre de la machine.

La séance dure 3 à 5 heures (4 h en moyenne) dans un centre d'hémodialyse.

Pour certains patients bien éduqués, la séance peut se faire à domicile.

Après la séance

Après la séance de dialyse, le patient est souvent fatigué. Il y a risque d'hypotension (vertiges, malaise) et de saignement de la fistule.

Au retour, le patient est allongé, le bras visible. Il ne sera jamais couché, sous peine d'obstruction, sur l'avant-bras porteur de la fistule artério-veineuse.

De même on ne prendra pas la tension du malade sur ce côté.

La surveillance repose sur la prise habituelle des constantes vitales. C'est à dire la conscience, la ventilation et la circulation.

La prise de la tension artérielle est essentielle.

Notes

Ces patients sont en ALD (100%)

L'ambulance est UNIQUEMENT réservée aux patients nécessitant une position allongé et une surveillance constante si non VSL.

Les frais engagés par les personnes qui utilisent leur véhicule personnel ou les transports en commun sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

Transplantation rénale ou greffe de rein

Un donneur (volontaire dans la famille ou coma dépassé) offre un de ces 2 reins.

Peu à peu le greffé va uriner de nouveau et se passer de dialyse.

Il prendra un médicament antirejet (dit immunosuppresseur) à vie.

Il est considéré comme patient à risque pour les infections.

Il est immunodéprimé et l'ambulancier prendra toutes les précautions habituelles nécessaires.

Maladies de l'appareil urinaire

3 urgences douloureuses de l'abdomen ont pour origine l'appareil urinaire :

- colique néphrétique

- torsion du testicule

- rétention aigue d'urine

Non vitales, elles nécessitent rapidement une consultation médicale.

Le transport ne pose pas de problème : position de confort et conduite souple, sans vibrations.

Le médecin spécialiste (souvent chirurgien) est un urologue et le service d'urologie.

Comprendre

Rappel anatomique

A partir des 2 reins, les uretères rejoignent la vessie.

L'urine sort par l'urètre entouré par la prostate chez l'homme.

Rappel physiologique

Les reins filtrent en continu de l'urine, qui s'écoule par les 2 uretères.

L'urine est jaune plus ou moins foncée en fonction de la quantité d'eau rejetée.

La quantité d'urine émise sur 24 h, s'appelle la diurèse.

On élimine en général entre 500 ml (1/2 l) et 2 l selon les boissons, la température, les efforts...

Urgences urologiques

Torsion du testicule

C'est l'étranglement du cordon du testicule par sa rotation sur lui-même.

Elle se manifeste par une douleur unilatérale du testicule. L'infection donne aussi le même signe.

Devant toute douleur brutale (surtout chez une personne jeune) il faut immédiatement consulter un médecin.

Il faut opérer immédiatement même si il y a un doute.

Si non le testicule sera définitivement détruit et il faudra l'enlever.

Colique néphrétique

C'est la présence d'un petit caillou dit calcul ou "lithiase «dans les voies urinaires.

L'urine au-dessus s'accumule et l'uretère s'étire, se dilate et ça fait mal.

Elle se manifeste brutalement par une douleur unilatérale (d'un seul côté) dans le dos (lombaire) qui irradie vers le devant et le bas jusqu'aux organes génitaux.

Elle associe nausées voire vomissements et agitation car aucune position soulage.

On dit classiquement que le malade "gueule, engueule, dégueule".

C'est la première crise ou bien le malade a déjà eu la même chose ce qui facilite le diagnostic.

Des examens complémentaires sont pratiqués: recherche de sang dans les urines, échographie, scanner..

Le médecin doit éliminer d'autres urgences: appendicite, GEU, torsion ovaire....

De puissants antalgiques soulageront la douleur.

Rétention aigue d'urine

L'urine est bloquée. Elle ne peut pas sortir.

Mais la vessie continue de se remplir (Elle peut contenir plusieurs litres).

Un obstacle (la prostate), chez l'homme au niveau de l'urètre bloque l'évacuation.

La douleur du bas ventre est intense voire syncopale (pouls lent, sueurs, pâleur) évoquant d'autres détresses.

Il (il s'agit toujours d'un homme) a envie d'uriner mais " ne peut plus pisser ".

Le transport sera fera en douceur, sans à-coups en évitant les trous de la chaussée. (Penser à votre propre vessie bien pleine !).

A l'hôpital, l'urine sera évacuée par sondage par la verge ou par ponction directe de la vessie.

Autres maladies urologiques (Savoir +)

Troubles de la miction

La miction est la fonction d'uriner (" faire pipi ").

Adénome prostatique

Une difficulté à uriner (miction) survient parfois chez l'homme de plus de 50 ans.

Il s'agit d'une maladie bénigne d'installation progressive qui se développe sur des années.

Elle se traduit par une augmentation du volume de la prostate.

La prostate comprime l'urètre et gêne l'évacuation normale de l'urine.

La puissance du jet diminue. La vessie se vide mal d'où le besoin fréquent d'aller uriner même la nuit (risque de chutes, fracture col du fémur)

Les troubles s'aggravant deviennent un vrai handicap. Un traitement médical puis chirurgical, souvent par les voies naturelles est nécessaire.

Dans les cas extrêmes, le patient n'urine plus et la vessie se remplit et « gonfle ». C'est la rétention aiguë d'urine.

Incontinence urinaire

La personne ne peut pas garder ses urines. Il y a des fuites en permanence et une protection est nécessaire.

Il faut respecter l'intimité de la personne et ne pas oublier de changer les draps si nécessaire.

Hématurie

Ce n'est pas une maladie mais un signe : sang dans les urines, donc une hémorragie dite extériorisée.

Cette hémorragie est rarement dramatique et n'entraîne pas de détresse circulatoire.

Mais c'est un signe de grande valeur qu'il faut signaler, notamment si le sang apparaît au début du jet , au milieu ou à la fin ou tout le temps.

Lors d'un accident, si le blessé a envie d'uriner, et si les urines sont rouges, il est très important de le signaler lors des transmissions.

Infection urinaire

Il s'agit de la présence de microbes (bactéries) en grande quantité dans les urines.

Si l'infection est localisée à la vessie, on parle de cystite ("cyst"=vessie).

Une infection de la partie haute de l'appareil urinaire et des reins s'appelle une pyélonéphrite.

Le signe le plus évident est la douleur à la miction appelée : "brûlure mictionnelle" associée ou non à de la fièvre.

Exceptionnellement l'infection se généralise (septicémie) avec très rarement une détresse circulatoire (choc septique).

C'est pourquoi il faut toujours prendre les constantes circulatoires.

Transport d'un malade appareillé

Sonde urinaire

Les difficultés à uriner se soignent provisoirement ou définitivement par la pose d'une sonde urinaire dite à demeure qui est introduite dans l'urètre jusqu'à la vessie où un ballonnet est gonflé pour bloquer la sonde.

Elle est aussi posée provisoirement après une intervention chirurgicale ou pour surveiller la diurèse (utile lors d'une détresse circulatoire).

La pose est du domaine médical.

Avant le transport

La contenance de la poche est de quelques litres.

Au départ il est préférable qu'elle soit vide.

L'ambulancier ne doit pas changer la poche.

Un malade porteur d'une sonde a une sensation permanente d'avoir envie d'uriner.

Il faut lui expliquer que son urine va s'écouler spontanément dans la poche.

Le transport d'un malade porteur d'une sonde urinaire nécessite quelques précautions élémentaires car il y a risque d'infection urinaire :

- Lavage des mains
- Consignes de l'infirmière
- Vérifications :

La sonde doit être maintenue en haut de la cuisse avec du sparadrap, mais le malade doit pouvoir bouger sans que le dispositif ne tire sur la sonde urinaire.

Le tuyau ne doit jamais être ni tordu ni obstrué, par exemple tuyau comprimé par les fesses du malade lors de l'installation sur le brancard.

Le malade ne doit pas présenter de douleurs ou de fuites au niveau de la sonde.

Le transport

Passage lit - brancard

La sonde est clampée puis déclampée.

Surtout la poche collectrice est fixée sur le côté du brancard, et toujours à un niveau inférieur du malade dite déclive.

On vérifiera que le tuyau n'est ni tordu ni obstrué, par exemple comprimé par les fesses du malade. Donc la sonde passe au dessus de la cuisse.

Pendant le transport

En aucun cas la poche doit rester entre les jambes du malade pendant le transport.

Si la sonde se détache, par accident, du tuyau collecteur, il faut la remettre avec asepsie (gants et compresses stériles) et le signaler à l'arrivée.

Passage brancard - lit

Si la sonde a été fixée, il ne faut pas oublier de la défixer lors de l'arrivée.

Une transmission avec le service de soins infirmier est faite.

Urétérostomie

C'est la mise à la peau chirurgicale "stomie" de un ou 2 uretères. (Cancer vessie, petit bassin).

L'urine est recueillie par une poche collée à la peau.

Il ne faut écraser la poche.