

Maladies des os, de la peau, diabète, cancer, sida, immunodéprimé, psychiatrie

Module 2

[Maladies des os et articulations](#)

[Maladies de la peau](#)

[Diabète](#)

[Cancer](#)

[Sida & Immunodéprimé](#)

[Maladies psychiatriques](#)

Maladies des os et des articulations

Ce sont des maladies chroniques douloureuses et invalidantes.

Elles nécessitent consultation spécialisée, kinésithérapie ou ergothérapie.

Si le transport a peu de risques de complications vitales, il nécessite un accompagnement personnalisé en fonction du handicap.

Une aide à la marche et à la prise d'antalgiques sont parfois nécessaires.

Une urgence, la luxation de hanche sur prothèse.

La lombalgie est un mal fréquent, particulièrement l'ambulancier qui porte des charges.

La complication est la sciatique extrêmement douloureuse.

Comprendre

Rappel anatomique

Les os permettent de constituer l'architecture du corps humain principalement au niveau des membres.

La colonne vertébrale ou rachis est un empilement de vertèbres. En son centre passe la moelle épinière.

Rappel physiologique

Grâce aux articulations, la locomotion et les gestes de la vie courante sont possibles.

Les disques entre 2 vertèbres sont soumis à des pressions importantes.

Séquelles des Traumatismes

Les fractures sont consolidées par la réduction du déplacement puis immobilisation par plâtre.

Pour certaines lésions, une intervention chirurgicale est nécessaire.

Après les articulations sont ankylosées, il faut les rééduquer.

Fracture du col du fémur

Les personnes âgées ont les os très fragiles, notamment la partie supérieure du fémur au niveau de la hanche.

Un faux pas et la personne glisse et tombe. Elle se casse le col du fémur d'où la fracture.

Une intervention chirurgicale est nécessaire puis il faut faire remarquer la personne le plus tôt possible.

Maladies du dos

Il s'agit d'une pathologie fréquente.

L'ambulancier est très exposé, doublement par la conduite automobile et la manipulation des malades.

D'autres facteurs interviennent : hygiène de vie, poids, maladies...

La flexion est le facteur majeur dans l'usure du disque intervertébral. Plus le degré de flexion est important, plus les contraintes discales augmentent.

Mal au dos, lombalgie

C'est la douleur du dos au niveau des lombaires ou lombalgie.

Il n'y a pas d'irradiation aux fesses.

On parle aussi de « tour de rein » mais les reins ne sont pas concernés même s'ils sont au même niveau, un peu plus en avant.

70% d'entre nous aura un jour mal au dos, avec parfois une invalidité et la nécessité de changer de travail.

C'est banal et la durée de la douleur est inférieure à 7 jours.

La lombalgie guérit spontanément.

Lumbago

C'est une lombalgie mais d'apparition brutale.

La douleur survient à l'occasion d'un effort ou d'un faux mouvement avec un blocage musculaire réflexe.

On ressent parfois un craquement.

La douleur est d'intensité variable, souvent forte avec impossibilité de bouger, le dos bloqué.

Il correspond à une hernie discale débutante (voir plus bas).

Lombalgie chronique

Elle est continue et dure plus de 3 mois.

C'est une douleur plus ou moins présente du dos, majorée par l'effort, la fatigue... maximum au réveil avant le « dérouillage » et en fin de journée par la fatigue.

C'est de l'arthrose, usure du rachis.

Hernie discale

Une lombalgie peut être due à une hernie discale.

Ce nom évoque plus la cause de la douleur qu'un signe.

C'est le noyau au centre du disque qui fait hernie vers l'arrière.

Cela peut comprimer une racine nerveuse et déclencher une douleur dans le territoire innervé.

Sciatique

La hernie discale touche le nerf sciatique et la douleur est ressentie sur toute la trajectoire de ce nerf dans le membre inférieur.

Elle commence parfois par une lombalgie pendant quelques jours puis la crise se déclenche avec une douleur vive, augmentée par les efforts, la toux, l'éternuement, la défécation.

Cette douleur irradie sur la face externe de la cuisse et de la jambe, croise le dos du pied et gagne le gros orteil.

Elle est très intense et nécessite un traitement antalgique puissant.

Exceptionnellement il y a paralysie des membres inférieurs voire une incontinence anale. C'est alors une urgence.

Traitement (Savoir +)

Dans 90% des cas, la guérison est spontanée en quelques jours.

Des antalgiques sont nécessaires.

Pour éviter la récurrence il faut avoir une bonne hygiène et savoir porter des charges lourdes (▷ Voir Module 4 : Ergonomie).

Repos

Elle est évidente en période d'hyperalgie.

La position allongée, relâchera les muscles, très souvent en cause, et dont la contracture permanente entretient la douleur.

Elle libérera les articulations intervertébrales des charges d'écrasement, et détendra les ligaments sous tension excessive.

Reprise d'activité

Mais si le repos calme une douleur à court terme, il l'aggravera toujours à long terme, surtout si l'inactivité s'installe.

Il convient de reprendre son activité rapidement dès que la douleur est supportable en respectant les règles d'ergonomie vertébrale.

On recommande même en période aiguë de continuer à se mouvoir.

Médicaments

- Antalgiques

diminuent la douleur. Ils sont à base de paracétamol associé ou non à la codéine.

- Anti-inflammatoires

réduisent l'inflammation qui est la réponse normale à une agression des tissus.

- Décontractants dits myorelaxants

assouplissent la contraction musculaire réflexe et involontaire et qui immobilise et rigidifie la zone vertébrale en conflit.

Leur utilité est contestée.

- Infiltration

Elle consiste à injecter un produit aux effets anti inflammatoires, au centre de la zone douloureuse.

Kinésithérapie

Bien conduite, elle est toujours un plus, quels que soient les traitements mis en place. Elle est essentielle pour une complète récupération et éviter les récurrences.

La prise en charge peut se faire dès la phase aiguë, jusqu'à complète récupération fonctionnelle.

Les massages ont une action sur la contracture musculaire. Ils libèrent et permettent les mouvements.

Le courant électrique, la chaleur, les vibrations sont un complément utile.

Immobilisation

Il s'agit d'un lumbostat, corset et minerve. Ces contentions obligent à un repos articulaire et musculaire, localisé au segment atteint.

Il ne faut pas les garder longtemps.

Elle semble peu efficace en prévention.

Chirurgie

Elle doit rester exceptionnelle.

En aucun cas elle ne traite le lumbago, mais uniquement les complications.

Une sciatique paralysante est une urgence chirurgicale.

Maladies rhumatismales

Le médecin spécialiste qui s'occupe des maladies des os et des articulations s'appelle un rhumatologue.
(Lieu d'hospitalisation : Rhumatologie).

Arthrose

C'est une maladie des articulations qui vieillissent anormalement vite, notamment la hanche, le genou et la colonne vertébrale.

Elle est plus fréquente après 50 ans. L'articulation devient raide et douloureuse.

Des médicaments améliorent la situation comme des anti-inflammatoires et des antalgiques.

Si la hanche ou le genou sont usés, ils sont remplacés par une prothèse.

Par ex. : Prothèse totale de Hanche (P.T.H.) ou de genou (P.T.G.)

Luxation prothèse de hanche

La personne a été opérée et a une prothèse.

Lors d'un faux mouvement, parfois minime, la hanche est bloquée et douloureuse, le pied raccourci par rapport à l'autre.

L'immobilisation n'est pas nécessaire et un transport simple suffit. La réduction se fera sous anesthésie générale.

La récurrence est fréquente.

Inflammation

Une inflammation d'un organe a un nom qui se termine en "ite"

- Inflammation d'un tendon : tendinite

- Inflammation d'une articulation: arthrite

Ne pas confondre arthrite (une infection) et arthrose (usure).

Citons quelques maladies rhumatologiques: (savoir +)

- spondylarthrite ankylosante

- polyarthrite rhumatoïde

- goutte

Toutes ces maladies entraînent : douleur, déformation, handicaps.

Autres maladies

Myopathie

C'est une maladie dégénérative des muscles, qui survient souvent pendant l'adolescence.

Peu à peu des difficultés de la marche apparaissent. L'atteinte des muscles de la respiration aggrave la maladie.

Amputation

En dehors des accidents, elle est en rapport avec une maladie chronique des artères ou artérite.

Transport

Une aide à la marche (chaise roulante ou allongé) est parfois nécessaire.

Pour les transports longue distance, une aide à la prise des médicaments est utile.

▷ Voir transport d'un handicapé

Maladies de la peau

Souvent négligé lors du bilan vital puis général, l'examen de la peau et des muqueuses apporte beaucoup de renseignements.

Chaleur, couleur, humidité, pli cutané, hématomes sont les éléments à rechercher.

En urgence on dépistera extrémités froides et pâles et peau cyanosée surtout au niveau des lèvres et des ongles.

On ne peut pas conclure sans une analyse des circonstances. Parfois ces anomalies sont physiologiquement explicables, d'autrefois manifestations d'une détresse cardio-circulatoire et/ou respiratoire.

Le médecin qui s'occupe des maladies de peau est le dermatologue.

Mais du chirurgien au spécialiste en passant par le généraliste, tous sont concernés par l'examen de la peau et des muqueuses.

Comprendre

Rappel anatomique

Elle comporte des poils, des nerfs pour la sensibilité, des glandes (pour la sueur) et le bout des vaisseaux (la peau saigne). Elle recouvre toute la surface du corps.

La couche superficielle s'appelle l'épiderme composé de plusieurs couches de cellules qui meurent et régénèrent. En dessous, il y a le derme avec des vaisseaux, des fibres élastiques, du gras, et l'origine des nerfs sensitifs avec ces récepteurs (capteurs) de la douleur mais aussi de la température, de la pression.

Rappel physiologique

La peau a une fonction de :

- protection notamment contre les microbes (Voir hygiène)
- régulation de la température
- information sur l'environnement (toucher, douleur...)

Elle est très sensible et sa fonction de toucher nous permet d'avoir des sensations ou nous alarme par la douleur.

Sa coloration varie en fonction de la race et de l'exposition au soleil.

La dominante rosée est due à la couleur rouge de l'hémoglobine contenue dans le globule rouge.

Elle est aussi fonction de la bonne perfusion de la peau par les vaisseaux sanguins.

Bilan

L'examen de la peau est une étape obligatoire du bilan initial.

Elle se fait par l'inspection (les yeux) mais aussi au toucher et à la pression (recherche d'œdème, pli cutané).

La chaleur est comparée à celle de votre peau en plaçant respectivement le dos et la paume de la main sur le front de la victime.

Cette peau peut être plus froide ou plus chaude que la vôtre, être très sèche, ou au contraire moite, ou au maximum couverte de sueurs.

Pour les membres il faut comparer les 2 côtés.

On peut aussi regarder les muqueuses où il n'y a pas de peau : paupières, ongles.

Mais l'analyse du résultat ne peut se faire qu'avec les autres signes recueillis et avec les circonstances.

Par ex. une peau froide et pâle peut correspondre à une hémorragie grave mais aussi à une simple frayeur ou après une baignade dans une mer très froide!

Normalement, la peau de la victime est chaude et sèche et ses muqueuses sont roses.

Donc :

Couleur ?

Chaleur ?

Humidité ?

Plaques ? Hématomes ?

Anomalies

Anomalie de la couleur

Peau pâle voire livide souvent associée à une peau froide.

L'origine est variable et il faut l'analyser en fonction du contexte.

Elle traduit :

- la fermeture des vaisseaux de la peau (appelée vasoconstriction).
de la simple frayeur en passant par l'hypothermie et jusqu'à la détresse circulatoire
- le manque de globules rouges et donc d'hémoglobine rouge
anémie aigue souvent une hémorragie (apprécié aussi en observant la face interne des paupières)

Peau bleutée ou cyanosée

Elle se voit mieux au niveau des muqueuses.

Elle traduit un manque d'oxygène ou hypoxie, mais les extrémités sont aussi bleutées et froides lors d'un état de choc ou d'une température basse.

La saturation (SAO2) baisse en dessous de 95 %. (Mesurable par l'oxymètre de pouls)

Une peau bleutée au niveau d'un seul membre ou d'une extrémité correspond à une ischémie aigue (artère bouchée dite thrombose).

Néanmoins il faut regarder le contexte : le froid ou le stress peut se traduire aussi par des extrémités froides et cyanosées.

Peau marbrée

Les marbrures sont des zones violacées pâle qui apparaissent surtout au niveau des genoux et des cuisses.

C'est un très bon indicateur d'alerte vitale de détresse circulatoire potentielle: déshydratation, état de choc...

Plaques rouges

Elles apparaissent progressivement ou brutalement avec ou sans œdèmes.

Elles traduisent une allergie.

Attention une détresse circulatoire (choc allergique ou anaphylactique) peut brutalement survenir et/ou une détresse respiratoire.

Purpura

Ce sont des plaques bleues plus sombres survenant dans un contexte infectieux surtout de l'enfance. Appelé purpura fulminans, elles peuvent grandir très rapidement (les entourer avec un stylo à bille). L'intervention d'un SMUR est nécessaire très rapidement. (État de choc septique, mortalité importante)

Hématomes non traumatiques

Il faut interroger pour vérifier qu'il n'y a pas de traumatisme oublié ou caché (femme battue, enfant maltraité) Spontanés, leur origine est parfois un trouble de la coagulation du sang.

Peau jaune

Elle s'appelle un ictère.

Elle traduit une maladie du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule biliaire ou du pancréas (cancer).

A noter qu'associé la présence de nombreuses veines superficielles de l'abdomen confirme une cirrhose.

Anomalie de la chaleur

Peau chaude et rouge généralisée

Elle traduit:

- une hyperthermie (coup de chaleur) (↩ Revoir cours hyperthermie)
- de la fièvre (infection)
- une réaction allergique

Peau chaude et rouge localisée

Elle traduit:

- une brûlure ou coup de soleil
- une infection localisée: panaris, furoncle...
- une piqûre d'insecte

Peau froide généralisée

Elle traduit une hypothermie à confirmer (↩ Revoir cours hypothermie)

Peau froide aux extrémités

souvent associé avec pâleur et/ou cyanose.

Elle traduit la fermeture des vaisseaux de la peau (appelée vasoconstriction).

La cause va de la simple frayeur en passant par l'hypothermie et jusqu'à la détresse circulatoire

Anomalies de l'humidité

Sueurs

Associées à un engorgement et une cyanose, elles traduisent l'accumulation du gaz carbonique ou hypercapnie, due à une asphyxie.

Des sueurs isolées ont une tout autre origine :

- violente douleur,
- émotion,
- malaise,
- état de choc,
- manque de sucre (hypoglycémie)
- fièvre

Encore une fois on peut conclure qu'en analysant le contexte

Anomalies à la palpation

Pli cutané

En pinçant la peau (avant-bras), normalement la peau élastique ne garde pas le pli sauf en cas de forte déshydratation (nourrisson et vieillard).

Œdèmes

C'est de l'eau sous la peau. La pression marque le doigt. On dit qu'"il garde le godet"

On les rencontre dans l'insuffisance cardiaque, des mauvaises jambes avec varices, allergie, piqûre d'insecte mais aussi entorse.

Peau traumatique (Rappel)

Plaies

L'ouverture de la peau se fait le plus souvent par un objet tranchant.

Il y a coupure, contusion, écorchure, lacération, ecchymose, hématome...

Elle saigne en quantité modérée sauf en cas de section exceptionnelle d'une grosse artère.

Le coup ou l'objet tranchant a pu endommager un organe sous jacent et en premier les tendons et nerfs.

Si en regard de la plaie l'os est cassé, on parle de fracture ouverte.

Négligée, la plaie peut s'infecter ou faire perdre beaucoup de sang (hémorragie externe, anémie).

L'examen de la plaie doit être complet en décrivant son aspect, la présence d'un corps étranger.

Brûlures

La chaleur est à l'origine des brûlures les plus fréquentes.

Le risque principal est l'infection.

Pour les brûlures graves, les conséquences possibles sont la détresse circulatoire et/ou respiratoire.

Il faut immédiatement refroidir pendant 15 mn puis recouvrir avec un champ ou drap stérile.

Le bilan évalue l'étendue, la profondeur et recherchera les facteurs de gravité comme l'âge, les tares, les traumatismes associés

Pour les brûlures graves, après avoir refroidi, il faut réchauffer, oxygéner, et alerter.

Catalogue de maladies impliquant la peau (Savoir +)

Il existe un grand nombre de maladies ou détresse ayant des signes cutanés.

Parmi ce long catalogue citons:

Ischémie aigue de membre

Il s'agit le plus souvent d'une personne âgée séjournant en moyen et long séjour.

La découverte est hélas souvent tardive.

Elle comporte douleur brutale d'un membre (le plus souvent le pied, au pire tout le membre inférieur).

Le pied est froid, cyanosé et les pouls périphériques (pédieux) absent.

Si rien n'est fait, le membre devient marbré puis bleu.

Il faut déboucher au plus vite le membre sous peine de séquelles motrices ou de gangrène nécessitant amputation.

Il faut protéger la zone ischémisée contre tout coup même minime.

Le mieux est de la protéger en l'emballant dans un pansement ouaté.

Ictère

C'est la couleur jaune de la peau, principalement au niveau des conjonctives.

Elle est associée à un prurit (envie de se gratter).

Selon la maladie il y a fièvre (hépatite) ou non (Cancer du pancréas, cirrhose, hépatite)

Réaction allergique

Une intolérance à des médicaments ou des aliments se traduit par des réactions diverses notamment une peau rouge généralisée ou par plaques.

Un œdème est parfois associé.

Dans sa forme majeure, elle peut être associée à une détresse circulatoire voire un arrêt cardiaque

Infection

Panaris

C'est une infection de la pulpe du doigt qui gonfle et devient rouge.

La douleur est intense empêchant de dormir.

Lymphangite

C'est une traînée rougeâtre sur le bras qui suit le trajet de la lymphe. Elle est en rapport avec une infection.

Il y a souvent des ganglions

Lipome

C'est une boule de graisse sous la peau.

Ce n'est pas dangereux. On peut la retirer chirurgicalement en ambulatoire.

Cancer de la peau

Le mélanome est un cancer de la peau favorisé par le soleil.

Il faut montrer régulièrement les grains de beauté au médecin.

Kyste pilonidal

C'est un poil qui pousse à l'envers vers l'intérieur juste au-dessus de la raie des fesses.

Il peut s'infecter. Dans ce cas le transport se fera en décubitus ventral (sur le ventre) ou appui avec une bouée.

Une intervention chirurgicale s'impose.

Escarres

C'est la peau qui s'abîme par un appui prolongé (alitement, inconscience...).

La peau et tout ce qu'il y a en dessous (graisse, muscles...) ne reçoit plus de sang donc d'oxygène et de sucre car le poids du corps fait "garrot".

D'où l'apparition d'une ischémie puis d'une nécrose.

Constitution

Elles sont en rapport avec une compression de la peau et des tissus voisins par le poids du malade contre un plan dur chez un patient qui bouge très peu. La circulation sanguine est garrottée, elle s'arrête, les tissus ne sont plus irrigués. Il y a destruction de la couverture cutanée, peau voire tissus voisins, y compris parfois des muscles. L'os est parfois à nu!... Regardez lorsque vous êtes avachie dans votre fauteuil en regardant la TV. Régulièrement vous changez d'appui en bougeant les fesses !

Quand ?

Elles surviennent chez des personnes âgées, alitées, immobiles, et chez les paraplégiques ou tétraplégiques.

Elles apparaissent aux zones peu rembourrées par de la graisse et prenant appui contre un plan dur:

- les fesses et le sacrum,
- le talon,
- la face interne des genoux,
- le dos et la face postérieure du crâne (occiput).

En théorie une escarre ne doit pas survenir. C'est un défaut de soins!

Facteurs favorisants

Ce sont:

- fragilité de la peau, humidité
- trouble de la circulation du sang
- dénutrition (mauvaise alimentation)
- limitation mouvement, plan dur
- pli du drap
- action de la pression, pas de changement de position
- détérioration préexistant des tissus

Stades

Elles se reconnaissent d'abord par une zone rouge qu'on appelle "érythème". Si on appuie avec le doigt, ça laisse une empreinte blanche qui disparaît rapidement. La vascularisation est encore bonne. Si des soins fréquents sont pratiqués, la plaque régresse.

Puis des plaques violacées et noirâtres, ensuite la peau s'ouvre avec une phlyctène. Un trou plus ou moins profond va se constituer. Des soins importants et prolongés seront indispensables avec parfois intervention chirurgicale.

Prévention

Le changement de position doit être fréquent avec massage des zones rouges.

Une hygiène rigoureuse est indispensable avec changement des draps et couches devant une incontinence.

On évitera la dénutrition grâce à une bonne alimentation.

Il sera installé à l'hôpital en position adaptée avec les zones d'appui protégées, si possible sur un matelas spécial type "alternating" constitué de boudins d'eau ou d'air en mouvement.

Transport

L'escarre est protégée. Surtout le malade est fréquemment changé de positions tout en protégeant les points d'appui.

Les draps seront propres et sans pli.

Il faut respecter les règles élémentaires d'hygiène et surtout ne jamais laisser le malade dans ces déjections: selles ou urines.

Il faut immédiatement nettoyer et changer les draps.

Si le trajet est long, les escarres (en voie de constitution) seront massées.

Aucun tuyau, sonde urinaire, voire poire d'appareil à tension(!) ne prendra appui sur le corps du patient.

Sans contre-indications, la personne boit abondamment.

Diabète

L'ambulancier transporte tous les jours, sans problèmes, des patients diabétiques.

En urgence, le bilan doit toujours comporter un interrogatoire à la recherche d'un diabète et des antécédents : HTA, maladies cardiaques, artérite...

On notera son traitement dont des piqûres d'insuline.

Les urgences spécifiques sont l'hypoglycémie et l'hyperglycémie à l'origine d'un malaise plutôt qu'une véritable inconscience. L'hypoglycémie est plus grave que l'hyperglycémie.

Ce sont les circonstances (mesure de la glycémie n'est pas à la portée de l'ambulancier) qui vont permettre d'orienter (écart de régime, traitement incomplet, déséquilibré, surdosage) ainsi que la prise des constantes vitales dont la fréquence respiratoire qu'il ne faudra pas oublier.

Pour les transports plus classiques, il faudra faire attention aux patients ayant des pieds en mauvais état (plaie, ulcère, mal perforant).

Des précautions seront prises : emballage stérile et protection contre les coups.

Le médecin qui s'occupe du diabète est un diabétologue.

Comprendre

Rappel anatomique

Le pancréas est situé dans l'abdomen derrière l'estomac.

Il sécrète des enzymes très puissants qui se déchargent dans le tube digestif, mais aussi une hormone: l'insuline qui va dans le sang.

Rappel physiologique

L'insuline est une hormone qui maintient le taux de sucre dans le sang (ou glycémie) constant quel que soit l'alimentation.

Apports alimentaires de sucre

L'alimentation apporte de l'énergie par l'intermédiaire de l'appareil digestif.

Des éléments nutritifs, principalement le sucre, sont indispensables au bon fonctionnement des cellules comme l'oxygène.

Les sécrétions des glandes de l'estomac, du foie et du pancréas ont coupés les aliments en petits éléments.

Ceux-ci passent à travers la paroi du tube digestif pour aller dans les vaisseaux où ils sont dissous dans le plasma.

La circulation sanguine les transporte aux cellules où ils sont utilisés comme carburant (sucre) ou comme matériau (protéines).

Nous avons donc une alimentation irrégulière en sucre (contrairement à l'oxygène qui est apporté en permanence et hélas n'est pas stocké.).

Donc le taux de sucre dans le sang devrait varier en fonction de l'alimentation.

Pour éviter de trop fortes fluctuations, le pancréas sécrète une hormone: l'insuline qui permet de stocker le sucre en excès dans le corps. C'est un peu la clef du frigidaire !

Contrairement à l'apport d'oxygène qui se fait en permanence sans aucun stockage, l'accumulation de sucre dans le corps évite de manger en permanence.

Si le taux de sucre baisse, on prend dans les réserves comme on ouvre un frigidaire.

L'insuline stocke le sucre et évite l'hyperglycémie.

Une autre hormone, le glucagon libère le sucre et évite l'hypoglycémie.

La glycémie

C'est le taux de sucre dans le sang. Une prise de sang en ponctionnant une veine est envoyée au laboratoire.

Physiopathologie

Définition

Le diabète est l'accumulation de sucre dans le sang.

Les différents diabètes

Diabète gras ou de type II

Le taux de sucre augmente peu à peu au cours de la vie, encore plus vite chez l'obèse.

Il survient vers 50 ans, voire moins si l'hygiène de vie n'est pas bonne.

Le malade est obligé de suivre, à vie, un régime et/ou de prendre des médicaments par la bouche (dit "per os").

Les complications sont chroniques et ne concernent pas l'ambulancier (sauf la prévention).

Diabète avec insuline ou de type I

Très tôt, c'est chez l'enfant ou l'adolescent que l'on découvre devant une hyperglycémie ce type de diabète.

S'il n'est pas dépisté, des signes apparaissent comme un amaigrissement, une soif intense, une fatigue et urine beaucoup.

Dans ce cas l'utilisation plusieurs fois par jour d'injections sous la peau (sous-cutanée) d'insuline est indispensable et à vie.

Il existe aussi des pompes à insuline.

Le taux de glycémie peut être instable à l'origine d'un malaise.

Complications

On distingue :

Complications chroniques

Le diabète détruit peu à peu les artères à l'origine de maladies cardiaques, des vaisseaux, des reins et des yeux.:

- artères des coronaires : infarctus
- artères du cerveau: A.V.C.
- artère de la rétine : troubles de la vision puis cécité
- artères des reins : insuffisance rénale chronique
- artères des membres inférieurs: artérite, ischémie, mal perforant, gangrène...

Complications aiguës

Si le diabète est déséquilibré ou mal traité le malade peut avoir un malaise s'il manque de sucre (hypoglycémie) ou s'il y a trop de sucre (hyperglycémie).

Mais systématiquement il faudra rechercher une autre cause comme un A.I.T., A.V.C

Signes cliniques

Les urgences chez le diabétique

Si le diabète est déséquilibré ou mal traité le malade peut perdre conscience ou se "sentir pas bien " s'il:

- manque de sucre (hypoglycémie)
- trop de sucre (hyperglycémie).

Attention

Les manifestations cliniques ne se résument pas à une inconscience ou coma

D'ailleurs même si le terme de "coma diabétique" est utilisé, il est rare que la personne soit totalement inconsciente et durablement

Hypoglycémie

Le manque de sucre comme le manque d'oxygène (hypoxie) font souffrir les cellules surtout celles du cerveau.

Causes

Diabète

Le facteur déclenchant est varié :

- un repas insuffisant en sucre
- un exercice physique trop consommateur de sucre
- erreur dans les doses d'insuline

Le sujet est diabétique avec piqûre d'insuline voire insuffisance rénale (hémodialyse)

Le diabétique (type II) sous comprimé est moins sujet à l'hypoglycémie. Le "malaise" peut avoir une autre origine.

Suicide

Une personne qui voudrait se suicider avec de l'insuline à haute dose, risque d'avoir une hypoglycémie majeure qui aura la même conséquence qu'une asphyxie grave, c'est à dire la destruction irréversible des cellules nerveuses du cerveau. La personne tombera dans l'inconscience (coma)

Faux malaise hypoglycémique

Il ne faut pas confondre la banale "hypoglycémie" de 11 h du matin avec crampes à l'estomac et vague malaise et la vraie hypoglycémie du diabétique beaucoup plus intense. Dans ce cas, la recharge immédiate en sucre est une priorité absolue.

Signes

Ils sont très variables:

- simple sensation de "malaise"
- crampes, sueurs, tremblements sont des signes caractéristiques pas toujours présents
- sensation de faim
- fatigue intense
- pâleur
- vision trouble
- saute d'humeur
- étourdissement

Une mention particulière à l'agitation voire avec agressivité dont l'origine est très variable: ivresse, troubles psychiatriques...

Hyperglycémie

Sans traitement ou insuffisant, le sucre s'accumule.

L'hyperglycémie n'est pas un problème vital d'urgence, contrairement à l'hypoglycémie.

Mais il nécessite un traitement médical rapide.

Les signes cliniques ne sont pas spécifiques.

La forme ultime de l'hyperglycémie est l'acidocétose appelée improprement "coma acidocétosique alors" qu'il n'y a pas d'inconscience vraie au pire une somnolence.

Les signes sont:

- soif
- polyurie (grande quantité d'urine expliquant la soif car perte d'eau)
- nausées, vomissements
- douleurs abdominales (un piège pouvant évoquer autre chose comme une appendicite)
- état confus
- respiration ample et rapide (Polypnée et tachypnée)

Il ne faut pas oublier de mesurer la fréquence respiratoire.

Il peut s'agir d'une forme inaugurale chez une personne (en général jeune) qui n'était pas encore connu comme diabétique.

Exemple vécu : jeune homme en grande fatigue depuis quelques temps, pas de recherche de la glycémie dans ces nombreuses consultations, plusieurs diagnostics évoqués.

Finalement arrive aux urgences : le diagnostic est alors évident : épuisé mais conscient ayant très soif (d'ailleurs a une bouteille d'eau dans les bras) et qui interpelle immédiatement c'est une fréquence respiratoire élevée et ample. Une prise de sang confirme immédiatement un diabète de type I inconnu jusque-là.

Doute entre Hypoglycémie ou hyperglycémie

En l'absence pour le patient de mesurer personnellement sa glycémie au bout du doigt, dans le doute on peut recharger en sucre.

Apporter du sucre supplémentaire à une personne déjà en hyperglycémie, ce n'est pas grave.

Par contre laisser sans sucre une personne en hypoglycémie, c'est dangereux.

Maladies associées

Le diabète favorise la constitution d'urgences neurologiques et cardio-circulatoires et accélère l'usure prématuré des artères (cerveau, œil, coronaires, reins, membres inférieurs).

Artérite

De nombreux facteurs favorisent l'artérite : tabac, mauvaise alimentation, obésité, diabète...

Peu à peu les artères surtout des membres inférieurs se bouchent et délivrent pas suffisamment d'oxygène lors d'un effort. Il y a alors une douleur arrêtant la marche.

Autre possibilité, la formation brutale d'un caillot obstruant une artère. On parle d'ischémie aigue d'un membre.

Rappelons que les artères coronaires se bouchent par le même mécanisme

Elle se manifeste par des douleurs à la marche,

Il se constitue facilement des escarres notamment à la plante des pieds (appelé mal perforant plantaire) et aux orteils.

Il y a une baisse de la sensibilité des extrémités.

Ischémie aigue d'un membre inférieur

Apparition brutale d'une douleur d'un membre (le plus souvent le pied, au pire tout le membre inférieur).

Le pied est froid, cyanosé et les pouls périphériques (pédieux) absents.

Si rien n'est fait, le membre devient marbré puis bleu.

Il faut déboucher au plus vite le membre sous peine de séquelles motrices ou de gangrène nécessitant amputation.

Maladie coronarienne

Le diabète favorise le rétrécissement des artères coronaires.

Les manifestations cliniques sont variables :

- rien
- mort subite
- douleur thoracique à l'effort (angor)
- infarctus du myocarde

Accident vasculaire cérébral

Le patient peut être porteur de séquelles d'A.V.C. comme une hémiplégie ou une aphasie.

Devant un malaise, le bilan neurologique recherchera un A.I.T. (accident Ischémique Transitoire) ou la constitution d'un AVC.

Autres

Le diabète est souvent associé avec :

Insuffisance cardiaque

Hypertension artérielle

Déficiência visuelle (voir cécité)

Insuffisance rénale chronique (hémodialyse possible)

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter. En présence d'un malaise, l'erreur chez une personne diabétique serait d'évoquer immédiatement une hypoglycémie et d'en rester là.

Il faut au contraire avoir un sens critique et avec un bilan complet et systématique, il faut dépister d'autres urgences comme un A.I.T., un A.V.C, un problème cardiaque...

Bilan vital

On vérifiera immédiatement les constantes vitales notamment le pouls puis la tension.

Au calme et discrètement il faudra mesurer la fréquence respiratoire et évaluer (subjectivement) l'amplitude respiratoire. Rappelons qu'un malade angoissé ou simulateur peut respirer vite et fort.

Une fréquence respiratoire élevée (tachypnée) et une amplitude importante (polypnée) aura une grande valeur pour le médecin régulateur.

Bilan complet

On vérifiera l'absence de signes neurologiques (épilepsie, hémiparésie, paralysie faciale, aphasie...), cardiaques (douleur thoracique, pouls lent...).

On sera attentif aux circonstances : défaut d'alimentation... et aux facteurs déclenchants : effort...

La recherche d'un traitement notamment des piqûres d'insuline permettra de vérifier si le diabète est équilibré, stable avec une bonne surveillance (mesure régulière de la glycémie).

Mesure de la glycémie

Au bout du doigt

Régulièrement et plusieurs fois par jour, le diabétique apprend à se piquer à l'aide d'un autopiqueur le bout du doigt, pour recueillir une gouttelette de sang qui est déposée sur une bandelette qui change de couleur en fonction du taux de sucre ou au mieux introduit dans un appareil de lecture.

Ce n'est pas un acte réalisable par un ambulancier en France.

En cas de malaise, il est judicieux de demander au patient de vérifier son taux de sucre

Prise de sang

Un bilan biologique comprenant une glycémie et d'autres constantes est régulièrement pratiqué.

Gestes à faire

Urgence

Devant un malaise, le sauveteur doit tout mettre en œuvre pour :

Mettre au repos la personne

Observer et interroger pour recueillir les informations nécessaires

Mettre la victime en position d'attente adaptée à son état

Transmettre ces informations lors de l'alerte afin d'obtenir un avis médical

Position

Mettre le patient au repos, en position allongée ou assise selon l'état de conscience.

PLS si inconscience

Si jambes surélevées par les témoins, les maintenir

Si lipothymie persistante mettre les jambes surélevées (ce qui augmente le débit dans le cerveau)

Assis si reprise totale de la conscience

Pas de station debout

Il faut la rassurer en lui parlant sans énervement et la calmer

Maintenir une bonne ventilation

Desserrer éventuellement cravate, col de chemise, ceinture et tout ce qui peut gêner les mouvements de la cage thoracique

Libérer les voies aériennes s'il a des signes d'obstruction

Oxygéner si besoin

Alerter

Bilan au centre 15 pour avis et feu vert du transport vers les urgences pour bilan ou attente du SMUR.

Un avis médical est indispensable car il est difficile pour un non professionnel de distinguer un malaise sans gravité d'une urgence grave.

Certes des facteurs identifient des malaises bénins comme:

- la fatigue

- le manque de sommeil

- un repas copieux et alcoolisé

- une absence d'alimentation (jeune)

- un stress, une peur

Mais les pièges sont trop nombreux pour que l'ambulancier seul prenne une décision.

Quelques exemples :

- un bâillement = fatigue mais aussi bas débit de la circulation sanguine du cerveau par état de choc
- pâleur, nausée, bradycardie = problème cardiaque mais aussi malaise vagal avant un vomissement !
- un malaise : grosse fatigue mais aussi A.I.T. (Accident Ischémique Transitoire) signe avant-coureur d'un A.V.C.

Hypoglycémie

Un certain nombre d'éléments vont confirmer l'hypoglycémie d'un diabétique. Mais dans le doute l'apport d'aliments sucrés n'est pas dangereux (sauf inconscience).

Si la personne est suffisamment consciente il faut lui donner du sucre immédiatement, AVANT la SOMNOLENCE, comme 3 morceaux de sucre, un verre de boisson sucré.

Sinon il risque une perte de connaissance, avec obligation de mise en PLS.

Dans ce cas la prise par la bouche de sucre est risquée avec risque de fausse route.

Il faut alerter le centre 15.

Souvent conservé au réfrigérateur l'entourage peut utiliser une ampoule de glucagon à faire en injection sous cutané. Il s'agit d'une hormone hyperglycémisante.

Attention

Apport sucré uniquement si la personne est PARFAITEMENT consciente

Cas particuliers

- Le diabétique porteur d'une pompe à insuline (sur l'abdomen). Dans ce cas il faut l'arrêter.
- Le transport secondaire d'un patient porteur d'une pompe à insuline relié à une perfusion: Demander des conseils au SAMU.

Hyperglycémie

Ne rien faire, mais demander à la personne de consulter rapidement un médecin

Transport d'un diabétique avec un pied en mauvais état

Il faudra faire très attention aux membres du malade en évitant tout traumatisme même minime car une ulcération apparaît très vite et sans guérison majeure.

Toute plaie ou escarres seront protégés par un pansement stérile et emballer ensuite dans un pansement ouaté (pas directement sur la plaie bien sûr!)

Rappelons que la "douleur alerte" est souvent absente car insensibilité possible.

Obésité

Certains patients diabétiques de type II ont un excès de poids majeur.

Des précautions spécifiques sont à observer:

- possibilité ou non de marche
- nombre suffisants pour le portage
- brancard robuste et adapté
- passage possible en zone rétrécie (portes, ascenseur)

Cancer

L'ambulancier transporte tous les jours des patients porteurs d'un cancer pour consultation, examens ou traitement.

Il doit connaître quelques notions pour écouter et dialoguer.

Quelques précautions sont à prendre : respect du secret médical, rester neutre dans l'information, bonne installation de confort car fatigue fréquente et mesure d'hygiène surtout chez les personnes sous traitement (chimiothérapie, radiothérapie) car immunodéprimé.

Les médecins spécialistes sont les cancérologues.

Comprendre

Cellules anormales

Certaines cellules regroupées en tissu dans un organe (sein, utérus, colon, prostate, poumon....) prolifèrent anormalement. Un petit morceau de tissu est prélevé (biopsie) et regardé au microscope (service d'anatomie-pathologique dit " ana-path"). L'analyse conclut ou non à une tumeur maligne ou cancer.

Le cancer grossit et peut comprimer un autre organe : tube digestif, voies urinaires...

Il risque de faire saigner, de boucher un tuyau (tube digestif par ex.) ou d'irriter des nerfs entraînant des douleurs.

Par le sang, il peut gagner d'autres organes où il prolifère. Ce sont les métastases, notamment dans le foie, les poumons, le cerveau ou les os.

Le scanner, l'IRM, le PET-Scan permettent sans intervenir, de regarder la tumeur et de mesurer son extension.

Origine du cancer

Il est encore peu connu.

Mais il existe des facteurs favorisants:

- Héritéité (d'où l'utilité de faire des dépistages dans la famille: ex.: colonoscopie chez un membre de la famille ayant un cancer du côlon).

- Produits toxiques: le plus connu est le tabac à l'origine du cancer du poumon mais aussi de la gorge et de la vessie (et aussi maladies cardio-vasculaire: infarctus, artérite)

- Virus...

Le tabac est certainement le facteur le plus nocif.

Statistiques

Le nombre de cancers augmente mais sa mortalité diminue.

Le dépistage précoce et le vieillissement sont les causes principales

- Le plus grave : Cancer du poumon (2600 nouveaux cas par an) avec une forte croissance de femmes.

- Les plus fréquents : Prostate (62000 nouveaux cas par an) soit + 6% en 20 ans, sein (50000 nouveaux cas par an) soit + 5% en 20 ans

- Les plus agressifs : Cancer de l'œsophage, de l'estomac et de la gorge (Larynx, langue...ORL)

Signes cliniques (Diagnostic)

Grâce à la prévention, on peut désormais dépister un cancer avant qu'il se manifeste par un signe clinique.

Le cancer peut se révéler par une complication: anémie, douleur, hémorragie, urgence chirurgicale (occlusion) ou par l'apparition d'un ganglion, d'une "boule"...

Examens complémentaires

Le médecin après examen clinique et prise de sang va prescrire un certain nombre d'examens complémentaires.

L'ambulancier transportera le patient vers le service d'imagerie médicale ou la chirurgie ambulatoire (pour endoscopie, biopsie...).

Quelques notions de base sont utiles afin de rassurer chez cette personne angoissée.

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 en ambulatoire.

Une vidange préalable du tube digestif est nécessaire (risque de fuite anale pendant le transport)

Fibroscopie

A jeun, un tube est introduit dans la bouche et permet de voir l'estomac et l'œsophage ou les bronches. On peut endormir le patient pendant l'examen.

Echographie

Ce n'est pas un examen radiologique. Un tube est passé sur la peau du malade et envoie des ondes de type " radar " qui sont réfléchies.

Cet examen n'est pas agressif et est indolore. On regarde ainsi tous les organes abdominaux.

Scanner

C'est une étude en coupe artificielle du corps humain grâce à l'utilisation de radiographies et d'un ordinateur.

Appelé aussi tomodensitométrie.

Il fait appel aux rayons X associés à l'informatique. Un faisceau de rayons x tourne autour de la zone à explorer, plan par plan.

Des détecteurs mesurent la quantité de rayons absorbés par les tissus. Un ordinateur reconstitue la zone explorée sous forme de tranches comme si on avait coupé le malade.

L'examen est rapide et indolore. Le patient doit rester immobile sur une table dure qui se déplace sous un large arceau. Le personnel est souvent dans une salle à coté. Il communique au malade par haut parleur notamment pour arrêter de respirer pendant quelques secondes.

Parfois on injecte dans une veine un produit de contraste à base d'iode. Il ne faut pas que le malade soit allergique. Le malade sent que son corps chauffe. C'est normal.

Résonance magnétique nucléaire ou IRM

Le patient est placé dans une sorte de gros aimant. Le malade et son environnement ne doit pas contenir de pièces métalliques, y compris des prothèses.

Il utilise un champ magnétique. Cela fait vibrer des molécules du corps qui accumulent de l'énergie. Il n'y a pas de rayons X. A la fin de la vibration, des signaux émis par ces molécules sont captés. On obtient des photos de coupe en longueur du corps.

L'examen est long et bruyant. Le patient est enfermé dans un tube clos, claustrophobe s'abstenir.

La personne ne doit être porteur d'aucun objet métallique qui pourrait interférer avec le champ magnétique.

Isotope ou service de médecine nucléaire

C'est l'injection dans le corps d'un produit émettant des ondes radioactives .Celles-ci rayonnent et sont captés par un compteur. Parmi les organes observés : le cœur, les poumons, les os, la thyroïde.
Les produits radioactifs sont rapidement éliminés.
Il n'y a aucun risque pour l'ambulancier et la famille.

PET-Scan

Très utile en cancérologie. Il repose sur le principe de la scintigraphie associé à une variante du scanner.

Biopsie

Un prélèvement des cellules cancéreuses ou/et d'un ganglion permet de préciser au microscope la nature du cancer.
La pièce est envoyée au service d'anatomo-pathologique.

Annonce

Annoncer un cancer nécessite du temps et de l'attention.
Une consultation obligatoire est dédiée à cette douloureuse information.

Traitement

Le malade est traité dans un service spécialisé de l'organe ou du cancer (centre de traitement des tumeurs ou service d'oncologie).

Un cancéreux n'est jamais soigné par un médecin isolé mais par une équipe multidisciplinaire.

La décision d'un traitement est prise après réunion commune et selon des protocoles bien définie.

Chirurgie

La tumeur est souvent enlevée ainsi que les éventuels ganglions autour.

Radiothérapie

Des rayons, issus d'une source radioactive type cobalt sont dirigés à travers la peau vers le cancer. Mais le rayonnement est dangereux s'il se propage trop, il est donc protégé dans des véritables blocs de béton. Il faut donc prévenir le malade qu'il sera isolé mais en contact permanent avec le personnel soignant et que la séance est indolore. Plusieurs séances sont nécessaires.

L'ambulancier transportera régulièrement le malade .Il faudra respecter scrupuleusement les heures de rendez-vous

Chimiothérapie

Des médicaments puissants sont introduits dans les veines du malade afin de détruire la tumeur. Hélas ces médicaments sont souvent mal tolérés. Ils sont corrosifs pour les veines, alors que le malade sera souvent piqué. Un dispositif glissé sous la peau, est relié à une grosse veine près de la clavicule. (Port a Kath ou chambre implantable).

Des nausées et vomissement sont fréquents. La fatigue est souvent importante après une séance de chimiothérapie. Le malade est souvent porteur d'une perruque, car il perd ses cheveux.

La chimiothérapie peut détruire les cellules du sang, notamment les globules blancs. Le malade est alors en " aplasie". Il est immunodéprimé.

Soutien psychologique

Mieux vivre avec son cancer

Grâce au progrès de la médecine, on peut guérir de certains cancers. Il faut donc s'habituer à vivre avec son ancien cancer. Mais d'autres, malgré le traitement, évoluent et se généralisent.

Mieux annoncer le cancer

Le droit à la vérité est maintenant inscrit dans notre société occidentale. Parler vrai à un malade c'est autre chose que de dire des banalités au malade. Mais ce n'est pas une raison pour lui déverser un flot d'informations qu'il n'assimilera pas. C'est un travail progressif. Il commence par la consultation d'annonce. Elle est d'ailleurs légale.

Lutte contre la douleur

Le cancer irrite, surtout lorsqu'il grossit, des nerfs à l'origine de douleurs chroniques.

Elles seront évaluées par l'équipe médicale et combattues par des médicaments souvent à base de morphine, en pompe dans l'urgence, sinon sous forme de comprimés ou de patch (collé sur la poitrine). Des nausées, constipation sont fréquentes et traitées.

Soins palliatifs

Si le cancer n'est pas guérissable, en fin de vie on pratique des soins de confort, on parle de soins palliatifs.

Prévention

Il faut éliminer les facteurs favorisant le cancer comme le tabac.

Le mieux est de ne pas attendre l'apparition d'un signe clinique mais de faire des dépistages systématiques (sein, colon...) auprès de son médecin traitant.

On parle de médecine préventive.

Transport

Le malade, du fait des nombreux soins et examens est souvent transporté.

Dans la mesure du possible le même ambulancier effectuera ce transport, afin d'établir un bon contact.

La ponctualité dans les RDV est importante.

Règles d'hygiène

Le malade est souvent immunodéprimé. Il faudra donc respecter les règles d'hygiène.

Installation de confort

Le type d'ambulance, couché ou VSL ne sera pas imposé par la société sous prétexte d'un 100%, mais répondre à une prescription médicale écrite adaptée.

Une personne ayant eu une intervention sur le sein

(ablation dit mammectomie avec ablation du système lymphatique et des ganglions) risque d'avoir un gros bras plein d'eau appelé lymphœdème.

Il ne faut pas prendre la tension de ce côté.

Il faudra respecter la pudeur du malade qui souvent perd ses cheveux.

Ecoute

Le patient est inquiet et pose souvent des questions sur sa maladie. Il faut être attentif à la demande du patient transporté.

L'ambulancier n'est pas apte à répondre. Il ne confiera pas le dossier au malade.

Par contre il doit rassurer en expliquant clairement les soins, les examens et les traitements.

Il ne faut pas fuir le malade qui a mal, toute plainte doit être prise en considération.

Même si elle semble disproportionnée, exagérée elle est toujours l'expression d'une souffrance physique ou morale qui est bien réelle et ressentie par le sujet.

Il faut établir une communication de confiance, respecter ses désirs, entendre ses angoisses et ses plaintes.

Une simple écoute ou la prise de la main peuvent parfois suffire.

On évaluera la douleur ressentie grâce à l'échelle visuelle analytique (E.V.A.)

Aide au traitement

Aide à la prise de médicaments

L'ambulancier ne délivre pas de médicaments.

La prise des cachets est sous la responsabilité entière du malade et de sa famille.

On peut vérifier l'exactitude de la prise en contrôlant l'ordonnance (dosage et surtout fréquence de prise).

La plupart du temps, le médicament se prend avec un verre d'eau.

On notera sur la feuille de surveillance la prise et la posologie.

Surveillance d'une pompe

Il y a plusieurs modèles : du pousse-seringue simple au dispositif à usage unique (en plastique).

Le produit utilisé est le plus souvent la morphine mais aussi des anesthésiques locaux.

Il est délivré en sous-cutané, ou via une aiguille à travers un dispositif implantable (port à Kt) le plus souvent sous la clavicule.

Les anesthésiques locaux sont délivrés en local via des petits tuyaux (redons) (après une intervention chirurgicale) voir parfois dans le dos en fin de vie (péridurale).

Le produit est administré en continue et/ou par le malade à l'aide d'un bouton presseur (si on appuie trop souvent, le produit n'est plus délivré, mais la personne ne le sait pas).

La question délicate est : "peut-on transporter un patient porteur de ce dispositif ?".

En théorie: NON car si l'appareil se dérègle, il y a des risques.

Rappelons que la morphine déprime la respiration avec baisse de la fréquence respiratoire et somnolence.

Il faudrait que le patient soit accompagné par une infirmière.

En pratique, en transport secondaire, validé par écrit (ordonnance du médecin) et devant témoin....un patient cancéreux sous antalgique permanent (parfois à très haute dose de morphine en pompe ou par la bouche) aura besoin de transport pour consultation, examen complémentaire....

Le plus important est de surveiller l'état de conscience, la fréquence respiratoire au-dessus de 10 /mn.

Devant une dépression respiratoire ou /et somnolence, il faut en premier stimuler en permanence avant d'alerter.

Attention

Il ne faut JAMAIS appuyer sur le bouton presseur à la place du patient

Sida et immunodéprimé

Transporté un patient immunodéprimé demande une rigueur d'hygiène car il ne faut pas transmettre au patient des microbes (port de masque).

Pour l'ambulancier c'est lors d'intervention sur la voie publique qu'il faut utiliser des gants particulièrement en présence d'une plaie.

La victime ne sait pas forcément qu'elle est porteuse d'un virus (SIDA mais aussi hépatite virale).

Comprendre

Immunité

C'est le moyen pour l'homme de lutter contre tous les microbes, virus, champignons qui l'entoure.

Si elle est fragilisée, affaiblie, le risque d'attraper une infection est majorée.

Ils peuvent développer facilement des infections graves avec des microbes qui chez des sujets en bonne santé ne sont pas méchants.

On parle donc d'immunodépression.

SIDA

C'est l'initiale de Syndrome d'Immuno Déficience Acquise.

Plus précisément :

S Syndrome : signes de la maladie

I Immuno : pour immunitaire, moyen de lutte naturelle de l'homme

D Déficience : Incapacité de l'immunité à lutter

A Acquise : car elle a été contractée par un virus

d'où l'abréviation S.I.D.A.

Le virus

La maladie est en rapport avec un virus, le VIH ou HIV,

Virus de l'Immuno-déficience Humaine d'où V.I.H. ou H.I.V. en Anglais (les lettres sont inversées).

Celui-ci est retrouvé dans plusieurs liquides de l'organisme:

- le sang,
- le sperme,
- les sécrétions vaginales

Ce virus est très résistant et peut survivre sur un chariot, par ex. pendant plus de 15 jours...

Par contre, il est détruit par de nombreux désinfectants comme l'eau de javel.

On voit tout de suite la façon de s'en débarrasser en nettoyant correctement les surfaces et en désinfectant rapidement toute plaie.

D'autres virus sont aussi dangereux sinon plus comme celui de l'hépatite C.

Transmissions

Certaines personnes ne sont pas malades, ce sont des porteurs sains dit "séro positif" et sont contagieux.

Le virus se transmet par:

Contact sexuel homosexuel ou hétérosexuel

Il se retrouve dans le sperme et les sécrétions vaginales.

Lors d'un rapport non protégé, il peut pénétrer dans le corps par les muqueuses.

Il faut donc se protéger par un préservatif.

Sang

drogué,
piqûre d'un malade,
transfusion sanguine,

materno-fœtal (mère- nouveau né)

Il faut insister sur la transmission chez les soignants (donc les ambulanciers) par du matériel souillé comme des aiguilles, une sécrétion, du sang.

Mais il faut que votre peau laisse le passage au virus donc qu'il y ait eu une piqûre ou une plaie même minime, d'où l'usage de gants.

Mécanismes d'action

Le virus détruit le système de défense contre l'infection (ou système immunitaire) notamment des cellules du sang que sont les lymphocytes et les macrophages (qui font partie des globules blancs).

Les lymphocytes sécrètent des anticorps et les macrophages sont plutôt une poubelle en avalant les mauvaises cellules et les cellules mortes.

L'immunité est donc déprimée d'où le nom d'immunodépression.

Les différentes phases de la maladie (En savoir +)

L'incubation

C'est la période entre la contamination et les premiers signes de la maladie.

Après contamination, le virus rentre ou pas dans l'organisme. Si c'est le cas, en 4 heures il est déjà en profondeur et en 4 à 11 jours il prolifère dans le sang.

D'où la "course contre la montre", les premières heures pour une consultation médicale en cas de piqûre accidentelle...Heureusement toutes les piqûres ne sont pas contaminantes!

Si le virus se développe, la personne peut déjà transmettre la maladie, même si les tests (recherche d'anticorps) sont encore négatifs. Le malade est dit séronégatif.

Premiers signes, Séropositivité

Souvent, rien n'apparaît (dans 30 % des cas, signes banaux: fièvre, diarrhée...).

Mais les tests deviennent positifs. On dit que la personne est séropositif.

Il est donc contaminé.

Mais cela ne signifie pas être malade du sida.

La maladie se déclare plusieurs mois ou années après la contamination.

Mais tout patient séropositif est contaminant. Le dépistage est anonyme et gratuit dans un centre de dépistage.

Le SIDA

Pendant une durée variable, il n'y a rien, puis apparaît des infections puisque le système immunitaire est déprimé.

A noter le risque d'attraper la tuberculose.

Le malade présentera des infections à répétition de plus en plus graves, entraînant une altération de l'état général, se terminant sans traitement par la mort du malade.

Des infections surviennent avec des microbes qui chez d'autres personnes ne sont pas dangereux.

En résumé, la maladie évolue en plusieurs étapes de durée imprévisible:

Malade porteur du virus avec tests négatifs

Malade porteur du virus avec tests positifs (HIV +)

Infections à répétitions

Phase terminale avec altération de l'état général

Mais grâce au traitement de plus en plus performant, la progression peut être stoppée tôt.

Traitement

Des médicaments atténuent la virulence du germe. Ils sont associés souvent par 3 d'où le nom de trithérapie (tri=3).

D'autres traitent les infections.

Il n'y a pas de vaccin pour l'instant.

Prévention

Elle passe par la protection des rapports sexuels (préservatif).

Et surtout la désinfection rapide de toute plaie puis la consultation médicale en urgence.

Autres immunodépressions

Elles sont nombreuses, citons:

Le SIDA

Le cancéreux sous chimiothérapie

Les prématurés

Les grands brûlés

Les greffés ayant un traitement anti-rejet

La fracture ouverte

le diabète, le dialysé, la leucémie ...

Eléments à rechercher (Bilan)

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

Patient séropositif sans signe spécifique

Le bilan est classique et ne comporte aucun élément particulier.

Patient séropositif avec altération de l'état général

Le bilan sera complet avec recherche de détresse respiratoire, de déshydratation.

On sera particulièrement attentif devant une toux persistante (possibilité de tuberculose)

Prise en charge en urgence malaise ou blessé

L'interrogatoire (s'il est possible) cherchera à savoir si la victime est séropositive.
Mais attention certains porteurs de la maladie ne le savent pas.
C'est pourquoi et surtout en présence de plaies, toutes les précautions seront prises.
Patient immunodéprimé
Se reporter au chapitre correspondant (brûlé, prématuré...)

Transport et précautions

Pour le malade

Dans les formes non évoluées on évite la " psychose " et ne pas considérer le malade comme un " pestiféré ".
Il ne faudra pas oublier de se présenter et de serrer la main de votre " client ". Il n'y aucun risque
Ce n'est que dans les formes terminales que des précautions particulières seront prises.
Il est immunodéprimé. ON évite de transmettre au patient des microbes.
Car il y a plus de risques pour le malade que pour l'ambulancier !
Dans ce cas le malade portera un masque pendant le transport pour ne pas respirer l'air toujours contaminé par des microbes que nous supportons, mais pas lui.
Des protections spécifiques sont prises comme:
- Couveuse pour le prématuré
- Couverture stérile pour le brûlé
- Compresses stériles et attelle pour la fracture ouverte...

Pour l'ambulancier

L'ambulancier aura une tenue propre, des mains soigneusement lavées.
En prenant un minimum de précautions, les risques sont mineurs.
Il faut éviter toute coupure ou piqûre avec le sang du malade.
Il faudra donc se laver correctement les mains avant et après tout contact avec le malade, puis essuyer avec du papier essuie mains.
En cas de plaie, même minime comme autour de l'ongle, une protection avec un pansement est indispensable voir un arrêt de travail.
Des gants protecteurs non stériles sont utiles, voire indispensable en cas de contact avec des sécrétions ou du sang.
En cas de sécrétions respiratoires importantes et expulsives comme une trachéotomie, l'usage de lunettes protectrices est recommandé.

En principe, l'ambulancier n'utilise pas d'aiguilles ou de seringues, mais autour de lui, on peut rencontrer ce type de matériel. Il doit faire attention de ne rien toucher et surtout ne pas recapuchonner une aiguille mais la jeter dans un récipient jaune réservé à cet usage.
Si l'ambulancier est enrhumé, il portera un masque.

Pour l'ambulance

Il faut éviter la dissémination des sécrétions : le linge et la literie seront changés.
Toute trace de sang nettoyée à l'eau de javel.
Le linge souillé sera mis à l'écart dans un sac hermétique, nettoyé puis stériliser.
Le matériel à usage unique sera introduit dans un conteneur spécial.
L'ambulance et le matériel sont désinfectés.

Prise en charge d'un malaise sur la voie publique ou d'un blessé

Systématiquement on utilisera des gants à usage unique et éventuellement en cas de risque de projection des lunettes.
En présence d'une équipe médicale qui perfusera la victime, il faudra faire attention à l'aiguille de ponction veineuse (mandrin du cathéter) et aux seringues.
En principe le médecin ou l'infirmière les auront déposés immédiatement dans une boîte spécifique.

Accident d'exposition au sang (A.E.S.)

Devant une piqûre ou de projection de sang, il faut IMMEDIATEMENT:

- Laver à l'eau courante 30 secondes
- Puis au savon et rincer
- Nettoyer et désinfecter avec de l'alcool à 70 °C ou de l'eau de Javel à 0,1%, ou de la bétadine et laisser en contact 10-15 mn, plutôt en immersion que pansement.

L'incident est notifié à l'employeur afin de faire une déclaration d'accident de travail, dans les 48 heures.

Une visite médicale immédiate (le plus tôt possible et avant la 4^{ème} heure) dans un service d'urgence est impérative.

Une prise de sang sera faite (ainsi qu'au malade avec son autorisation) et selon les cas un traitement préventif sera institué ou non.

Maladies psychiatriques

Rencontrer une personne au profil "bizarre" nécessite une approche spécifique.

C'est dans l'urgence chez une personne violente, agitée que des précautions doivent permettre d'éviter tout risque pour le patient et pour vous même.

Il ne faut pas jouer aux héros et au besoin demander de l'aide.

Dans un premier temps, rester à distance, être neutre, à l'écoute sans rentrer dans son jeu. On prévient un acte suicidaire (fenêtre, objet...).

Puis la personne calmée, un bilan s'impose afin d'éliminer une urgence non psychiatrique.

Si la personne est trop violente avec de l'aide officielle, on sera contraint d'attacher tout en prenant toutes les précautions.

Le médecin qui s'occupe des maladies mentales s'appelle un psychiatre.

Comprendre

Les manifestations cliniques

Comportement inhabituel

Souvent l'appel concerne un proche qui constate que la personne est "bizarre".

il y a rupture de contact avec le monde extérieur.

La communication est difficile, avec des propos incohérents.

Son comportement peut devenir antisocial.

Agitation

C'est un signe d'appel qu'il ne faut pas négliger. Mais tout ne doit pas être mis sur le compte de la psychiatrie.

Syndrome confusionnel

La personne est consciente et peut parler. Mais ces propos sont incohérents.

Son comportement est soit calme ou agité.

Délire

La personne a un comportement anormal, en dehors de la réalité. Il est dans un autre monde.

Cela peut entraîner des angoisses, de l'agitation, de l'agressivité, des comportements irrationnels.

Dépression suicidaire

La personne est triste, prostrée.

Le danger est le risque suicidaire pendant le transport. Une attention toute particulière est à observer.

Crise nerveuse

Le patient est angoissé, pleure.

Spasmophilie, Tétanie

Il ressent des picotements au niveau du visage et des mains. Ces dernières peuvent se contracturer. Les doigts se rejoignent.

Hystérie

L'agitation est intense, très théâtral. Il peut simuler une inconscience mais les paupières bougent beaucoup et le tonus est conservé.

Par ex. si son bras est flasque, en le portant au niveau du visage et en le lâchant...il évite soigneusement le nez.

Classification des maladies psychiatriques (Savoir +)

En théorie on distingue les névroses et les psychoses.

La névrose n'altère pas la personnalité et surtout la personne est consciente de son état.

Dans la psychose, la personne n'est pas consciente de son délire et n'est plus en phase avec le réel.

Il s'agit le plus souvent de personnes jeunes principalement des hommes (l'alcool favorisant) mais aussi des personnes âgées (mais plutôt démence que vraie maladie psychiatrique).

Paranoïa

La personne est agressive avec délire, se sent persécuter et la plus forte. Attention elle est aussi manipulatrice et donc peut vous piéger.

Hypochondriaque

Le malade ressent avec amplification tous les signes anormaux de son corps: douleur, pincement, constipation...

Il croit avoir une maladie grave et consulte souvent les médecins et demande des examens pour être rassuré.

Lorsqu'on apprend ses cours, il y a de quoi devenir hypochondriaque !

Psychose maniaco-dépressive ou bipolaire

Le patient a des phases d'humeur expansive et d'excitation suivie d'une phase de mélancolie.

Durant la phase maniaque, il est euphorique, plein de projets avec mythomanie, mégalomanie qui va jusqu'au délire.

Pendant l'autre période dépressive, au contraire la personne est triste, se sent coupable, n'a plus de projets et surtout peut avoir des idées suicidaires.

Bouffée délirante

Cela peut être la première fois.

Dépression nerveuse

C'est une vraie maladie qu'il faut soigner. Sinon la personne lutte jusqu'à l'épuisement.

On ne doit pas rendre la personne "coupable" en ne comprenant pas son problème.

Schizophrène

Il s'agit d'une personne jeune, plus souvent un homme présentant de graves troubles de l'affectivité avec repli sur lui-même, des hallucinations, insensible au monde extérieur.

Surtout il peut se sentir téléguider allant jusqu'à sauter par la fenêtre (par ex. car il croit qu'il vole) ou s'automutiler (amputation d'un doigt par ex. car cela ne lui appartient pas !).

Maladies NON psychiatriques

Délirium tremens ou DT

Il survient chez un alcoolique qui arrête brutalement de boire par ex. lors d'une hospitalisation ou après une chute à domicile et découverte tardive.

Il nécessite des soins d'urgence si non la situation risque de s'aggraver voire décès. Une hospitalisation en réanimation est souvent nécessaire.

Pré délirium ou pré DT

Le malade dort mal avec des cauchemars.

Il est angoissé et tremble au niveau des mains.

Le médecin doit le dépister et le traiter rapidement sous peine d'aggravation

Délirium tremens

La "chaudière s'emballe".

L'agitation est intense avec des tremblements y compris pour la parole.

La personne est couverte de sueurs, et a une hyperthermie.

Il délire avec vision d'animaux comme des insectes courant sur les murs, entraînant une terreur intense.

Ce qui peut devenir dangereux pour le malade et les soignants donc l'ambulancier.

Syndrome de manque

En cas d'arrêt rapide ou brutal d'une prise régulière de drogue apparaît des signes variés dont l'agitation et un délire.

Les effets sur le psychique sont : anxiété, irritabilité, des troubles du sommeil et/ou un état dépressif.

Physiquement apparaît des lombalgies, une sensibilité accrue à la douleur (hyperalgésie), des larmoiements, un rhinorrhée, une augmentation de la transpiration, l'accélération du transit intestinal avec diarrhée et parfois vomissements, de la tachycardie, de l'hypertension et une dilatation anormale des pupilles (mydriase) peuvent être perçus.

Il y a aussi sueurs froides, bouffés de chaleur, changements de température, incapacité de se sentir à l'aise dans son corps.

Démence sénile ou maladie d'Alzheimer

La personne oublie ses souvenirs dans un premier temps les récents.

Une désorientation apparaît avec difficulté à se repérer et confond les moments de la journée.

Il n'est pas rare de rencontrer fortuitement une personne égarée dans un couloir d'hôpital ou dans le hall d'accueil. Il faudra l'aider à retrouver sa chambre.

Détresse vitale

Insistons encore une fois sur le fait qu'un comportement anormal peut révéler une souffrance d'un organe qui manque d'oxygène ou de sucre par ex.

Détresse respiratoire (hypoxie), détresse circulatoire (collapsus) ont parmi leurs signes, la possibilité d'une agitation (ou d'une somnolence...).

Une maladie du cerveau avec une lésion cérébrale peut aussi être à l'origine d'une agitation ou de troubles mentaux (Accident Vasculaire Cérébrale dit A.V.C, hémorragie méningée, tumeur...).

Approche du patient (Protection)

Avant tout bilan, il faut au préalable protéger la personne, votre équipe et les témoins.

Une personne agitée sera calmée et isolée. Le mieux est le dialogue. Néanmoins il faut éviter qu'il se blesse et blesse l'entourage.

Le but est d'éviter que la personne se mutile ou que vous et l'entourage soient blessés.

Dans un deuxième temps il faudra rechercher pourquoi la personne est dans cet état car il ne s'agit pas toujours d'un malade mental ou d'un alcoolique.

Des erreurs d'aiguillage, lors de l'hospitalisation, sont parfois commises.

Méfiance

Arriver discrètement sans avertisseur sonore ou lumineux. Se garer à distance.

Ne pas être un héros, si agression, tir par ex, rester éloigné en attendant les forces de police spécialisées.

Attitude

Toujours se présenter. En général, il y a un respect de l'autorité, d'où l'intérêt de ne pas être en civil mais en tenue complétée d'ambulancier.

Parfois au contraire la blouse blanche est mal vue.

Une attitude rassurante calmera le patient.

Ne pas sourire, ne pas rentrer dans son jeu délirant (de plus peut être manipulateur).

Se tenir face à la personne mais à distance (en dehors de la zone intime de 30 cm) (1 m minimum).

Il faut essayer d'être au même niveau que la personne, par ex. faire asseoir et s'installer à côté de lui.

Dans un premier temps ne pas toucher la personne qui peut le percevoir comme une intrusion dans son corps.

Isoler

L'abord du malade n'est pas toujours simple.

Il faut dédramatiser la situation, en écartant la famille et les témoins. Le patient est ainsi isolé.

Sans spectateur, sa crise s'arrête parfois.

Tentative de dialogue

Votre comportement doit être "neutre".

L'attitude doit être correcte, sans remarque, calme, mais ferme, sans chantage.

On évitera la familiarité, utiliser le vouvoiement, "Monsieur, Madame"

Laisser s'exprimer (se sent léser, croit à son histoire) et surtout ne pas le contredire.

L'expression: "Monsieur calmez-vous " en haussant le ton n'arrange pas les choses au contraire.

Et surtout ne pas s'énerver, dans ce cas on rentre dans une spirale infernale.

Ecoute

Il faut de la patience, en essayant de faire parler la personne sans rentrer dans son jeu.

C'est plus une écoute, en ne coupant pas la parole et rester très poli.

Ne pas relancer le débat et pas de réponse trop longue

Reformuler les questions (Accuser réception du message de détresse : "je vous ai entendu")

Faire comprendre que l'on écoute.

Il ne faut pas juger, rester neutre, garder son opinion pour soi et pas de réflexion à voix basse, d'autant qu'il peut l'entendre.

Toujours rester courtois et calme "zen"

Passer le relais à l'équipier si le "courant" passe mieux avec lui.

Prévenir le passage à un acte suicidaire

Ecarter la personne d'une fenêtre.

Enlever tout objet

Ne jamais laisser la personne seule

Ne jamais lui tourner le dos (risque d'agression)

Ne pas avoir de foulard, écharpe (risque de strangulation)

Signes cliniques

En dehors de l'agitation visible dès l'approche de la victime, on notera:

- propos incohérent, confus
- faciès triste ou frayeur
- comportement anormal
- angoisse, pleurs
- hallucinations
- mégalomanie, mythomane
- doigts contractés
- tremblements, sueurs

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter. Il est extrêmement important dès que l'approche est possible de réaliser un bilan afin d'éliminer une urgence NON psychiatrique

Le bilan sera donc complet organe par organe en insistant sur :

- bilan traumatique avec recherche d'un traumatisme crânien comme une plaie du scalp (occiput) ou d'un trauma oublié dans les jours précédents

- bilan neurologique en insistant sur :

recherche d'une paralysie comme une hémiplégie

état des pupilles (myosis du drogué)

raideur de la nuque, maux de tête, lumière douloureuse (photophobie)

convulsion: perte des urines ? morsure de la langue ?

- bilan respiratoire

- bilan circulatoire

- prise de la température

recherche d'une hypothermie, hyperthermie

- signes digestifs

nausées

vomissements

Eliminer une urgence non psychiatrique

Citons comme causes possibles:

- Aggravation d'un traumatisme crânien (Hématome extradural ou sous dural)

- Accident vasculaire cérébral (A.V.C.) (hémorragie cérébrale, méningée)

- Manque d'oxygène (hypoxie) du cerveau avec toutes les causes des détresses respiratoire

- Intoxication oxyde de carbone (CO)

- Manque de sucre (hypoglycémie) du cerveau

- Hypothermie ou hyperthermie (coup de chaleur)

- Ivresse aigue

- Drogue

et bien d'autres causes...

On sera particulièrement attentif à la personne sans abri dont l'examen est difficile (déshabillage, hygiène) et avec une haleine alcoolisée.

Des erreurs grossières de diagnostic sont possibles si le bilan n'est pas complet.

Transport

La plupart des personnes agitées ou/avec troubles du comportement sont conduits aux urgences d'un hôpital général.

Il est exceptionnel qu'un patient soit directement admis en hôpital psychiatrique.

Continuer le dialogue

Cela permet d'apaiser la personne et de la surveiller visuellement en permanence.

Eviter les avertisseurs sonores ou lumineux.

De nuit ou dans les tunnels, les flashes lumineux sont neurostimulants voire épileptogènes

Prévenir le suicide

Les portes de l'ambulance seront fermées

Contention exceptionnelle

Avant d'utiliser la force, le dialogue est préférable.

Si la situation devient dangereuse, l'intervention n'est possible qu'en nombre suffisant, car l'agitation du malade va s'aggraver.

Il faudra alors se résoudre à la contention.

Elle est possible mais uniquement en cas de nécessité absolue et en référer au plus vite au 15 (article 122.7 du code pénal)

Le matériel doit être adapté avec des liens larges

Surtout pas de garrot et risque de compressions vasculaires et nerveuses (chevilles et poignets)

Quelques précautions sont nécessaires :

- vider les poches (couteau, briquet)

- limiter le risque d'étirement

- surveillance visuelle permanente

- urinal à disposition
 - attention aux crachats et coup de pied possibles
- En secondaire : prescription médicale écrite de la contention obligatoire

Constantes, surveillance

Chez une personne sédaturée par un médecin (piqûre intramusculaire ou comprimés) il y a risque, en cas de surdosage, de dépression secondaire respiratoire et chute tensionnelle ou/et somnolence importante. D'autant que l'effet du produit n'est pas toujours immédiat.

Somnolence = PLS

Surveiller tension artérielle et fréquence respiratoire

Transmission à l'arrivée

Prévenir le service des urgences de l'arrivée d'une personne agitée (salle, personnel en nombre)

A l'arrivée il faut toujours procéder à des transmissions écrites et bien remplir feuille de surveillance

Modalités d'hospitalisation (Voir aussi Module 8)

Les placements en hôpital psychiatrique sont réglementés par la loi du 5 Juillet 2011.

Les psychiatres privilégient les soins en secteur ouvert dit hospitalisation libre.

Si nécessaire, l'hospitalisation ou les soins sont faits à la demande d'un tiers ou à défaut en urgence par le directeur.

Pour les cas les plus graves, c'est l'autorité de l'état (préfet) qui confirme la demande au vu d'un certificat médical d'un psychiatre.

Quel que soit le type d'hospitalisation, des contrôles permettent d'éviter une hospitalisation abusive.