Cas concret N°1

M. K., 84 ans ,est adressé aux urgences par son médecin traitant.L'épouse l'ayant appelé ce soir car elle vient de retrouver M .K allongé à côté de son fauteuil,se plaignant de douleurs costales gauches.

Le premier bilan des pompiers sur place montre une hyperthemie (39,8°), une toux, une FC à 158 et une hyperglycémie à 3,50g.

A son arrivée aux urgences,voici les paramètres mesurés par l'IOA :

FC:158/mn
TA BG:164/116
Sat:88% AA
T°:38,6
EVA:9

Son pantalon de pyjama est mouillé,la protection qu'il porte est saturée d'urines.

ATCD : DNID,coronaropathie,ACFA ,HTA

TTT:Atenolol 100mg,
Peviscan
Fludex,
Lercanidipine,
Temesta 1mg,
Metformine 500mg,
Ramipril,
Josir LP 0,4,
Paracétamol si douleurs

Le traitement est préparé 1x/semaine par l'IDEL

Question 1:Determiner la CIMU de ce patient.
Où l'installez vous afin de le prendre en charge ?

Question 2:Décrivez chronologiquement votre PEC
(Vous êtes seule ,le medecin est occupé en salle de suture pendant encore 15mn,une étudiante AS est disponible)

Question 3 : Quels sont les paramètres perturbés chez ce patient ?
Quelle(s) peut ,d'après vous en être l'origine ?
Faites les liens avec les traitements et les atcd.

Question 4:Comment allez vous surveiller ce patient ?

Le medecin arrive...Il examine le patient et vous prescrit :

Bilan sg
gds,hémocultures,
BU,uroculture,rech legionnelles et pneumocoques dans les urines

recherche grippe A et B
ECG
scanner Thoraco-abdomino pelvien injecté dès resultats fonction rénale

TTT : VVP avec SP 500ml/3h
paracétamol 1g ivl
aérosol atrovent,aspirine 500mg ivd
oxygénothérapie:3l/mn

Question 5:Que devez vous faire après la réalisation des GDS ?

Question 6:Comment réalisez vous les prélevements urinaires prescrits ?

Question7:Quelle est la précaution à prendre en attendant les résultats bacterio ?

Question 8:le patient voudrait prendre ses medicaments ..et il voudrait manger.Que lui répondez vous ?

Un avis cardio est demandé:CAT : aspirine,surv HDM par monitorage et maintien de l' atenolol PO,cinétique de troponine.

BU :+ + : sang ,glucose et corps cétoniques.

Le scanner montre une pneumopathie ,pas de fractures de côtes
grippe A positif

Le rythme cardiaque se ralentit à 112/mn et se régularise après un remplissage de 1000ml de SP sur 6h

Le patient est soulagé (EVA à 3)

Il est orienté à 1h36 en UHCD pour surveillance cette nuit,sera réevalué le lendemain matin.

Question 9:Vous faites vos transmissions à votre collègue d'UHCD :
Que doit elle surveiller cette nuit chez ce patient ?

cas pratique N°2

M. D.,52 ans, se présente au secrétariat des urgences à 12h18 .Il est essouflé,tient ses mains sur sa poitrine, son teint est gris, il est en sueurs...
La secrétaire appelle de suite l'IOA qui l'allonge dans son bureau en position demi assise.

Il lui décrit sa douleur:elle est rétrosternale , « c'est comme un étau !!»lui dit il,avec irradiation dans le bras gauche depuis 9h30 ce matin.

Parmi ses antécédents, on note une HTA traitée mais mal équilibrée et un syndrome de Ménière. Son poids est de 115kg pour 1,71m.

Les paramètres pris par l'IOA sont les suivants:TA BD:164/104
BG :159/96
FC:78
Sat:100% à l'AA
T°:36,4
EVA:8
Glasgow:15

TTT:Ibesartan et logimax

Elle réalise immédiatement un ECG :elle constate un sus décalage de ST:l'ECG est montré à l'urgentiste qui pose de suite le diagnostic d'IDM .

Question 1:déterminer la CIMU de ce patient
Où l'installez vous afin de le prendre en charge ?

Question 2:Décrivez chronologiquement votre prise en charge

Question 3:Comment surveillez vous ce patient ? Quelle peuvent être les complications ?
Que faites vous pour les anticiper au maximum ?

Question 4:Le patient commence à s'agiter,il a mal ,il est très angoissé.Quelle est votre attitude ?
Que faites vous pour le soulager ?

Pendant que vous vous occupez de M.D,le médecin vous fait les prescriptions suivantes :

bilan sanguin avec troponine
pose d'une vvp
monitorage HDM continu

TTT:morphine en titration ,bolus de 3mg pour débuter

Avis Cardio demandé à Haguenau:6 effients à donner à 12h30,aspegic 250mg IVD.Une demande de médicalisation du transfert est faite au C15 ,le patient est attendu en USIC dans les plus brefs délais.

Question 5:Quelle est la précaution d'injection et de surveillance de l'antalgique précrit ?

Question 6 :Vos collègues de SMUR sont prêts à transporter le patient.Quelles sont les transmissions que vous faites à l'IDE,comment conditionnez vous M . D ?
A quoi devez vous penser afin de réaliser ce transfert dans les meilleures conditions ?

Transfert SMUR à 13h15.

Cas pratique N° 3

M. E, 31 ans.

Amené par les pompiers à 17h28 pour un traumatisme de la jambe gauche suite à une chute à motocross vers 15h30.La victime explique que la moto est tombée sur lui,il est resté coincé en dessous.

Cinétique faible, portait un casque, pas de douleurs du rachis, ni de déficit neuro sensitif et moteur.

ISP a été appellé en renfort sur place pour antalgie(une vvp a été posée,des tubes ont été prélevés pendant la ponction veineuse) . Il soulage la victime par une titration de NUBAIN IV selon son protocole .

L'IOA prend en charge ce patient à son arrivée dans le SAS des urgences.
Elle prend les paramètres :TA BD:116/64
FC:101
Sat 97% AA
T°:37,1
EVA:5

Le patient est dans un matelas coquille,la jambe gauche est immobilisée par une attelle à dépression.L'IOA constate effectivement que le membre inferieur gauche est déformé à mi jambe.

Il n'y a pas de déficit vasculo nerveuxd'aval ni de souffrance cutanée.

Atcd,allergies,TTT en cours:RAS
Ses vaccinations seraient à jour

Question 1: Determiner la CIMU de ce patient.
Où l'installez -vous afin de le prendre en charge ?

Question 2:Décrivez chronologiquement votre PEC
(L'AS est présente et est disponible pour vous aider),quelles sont les précautions à prendre (pensez à son conditionnement par les SP)

Question 3:Comment surveillez vous ce patient?Quelles peuvent être les complications liées à son traumatisme ?

Le médecin a examiné le patient,il suspecte une fracture du tibia /fibula .Il precrit:pose d'une vvp,réalisation d'un grand bilan chir +gp RAI,ECG,Radio Jbe gaucheF/P

ttt antalgique : morphine titration

Question 4:Quelle est la precaution à prendre et la surveillance à faire lors de l'injection de l'antalgique precrit ?

La radio confirme une fracture luxation fermée de l'extremité supérieure du tibia .

A 19h:réévaluation:pas de pouls pédieux,TRC lent mais présent.

Après avis oral du chirurgien:Réaxation et réduction de la luxation à faire en urgence puis immobilisation cruro pédieuse plâtrée.
Geste à réaliser sous sédation et analgésie par kétamine 50mg ,hypnovel 5mg et morphine 3mg.

Question 5: Comment vous organisez vous pour assister l'urgentiste lors de ce geste ?

Indication de scanner du genou +angioscanner du membre inférieur gauche : présence d'une thrombose poplitée avec maintien d'une circulation collatérale.

Avis ortho à Nancy puis transfert au CHU de Strasbourg pour PEC spécifique.

Question 6:Comment préparez vous ce transfert ?

Cas clinique N°4

M.R.83 ans,

Cherché à domicile sur demande du C15 par le SMUR pour hémorragie digestive basse avec trouble de la conscience (patient sous previscan).

Il arrive à 8h12 aux urgences ,l'IOA prend son poste à 9h ,c'est vous qui accueillez ce patient dans le sas des ambulances.

Votre collègue de SMUR vous transmet que le patient a été retrouvé sur place avec le pantalon souillé de sang frais (caillots) ,la quantité était difficilement évaluable..Il a cependant été stable pendant le trajet avec une TA à 14/8 et une FC aux alentours de 70/mn malgré un saignement en continu. Elle a bien évidemment posé une VVP et a prélevé des tubes (dont 2 EDTA) en même temps . Un SP 0,9%o coule doucement. Elle n'a pas administré d'autres ttt par ailleurs.

Le médecin a noté ses ATCD : BBG ,Valvulopathie inopérable ,HTA

Vit avec son épouse , a un lit médicalisé ,se déplace avec un déambulateur.

Son TTT est le suivant : Previscan ,Kardegic ,pravastatine ,acebutolol ,Diffu-K Furosémide ,Tamsulosine ,Foradil.

Les paramètres à son admission aux urgences sont les suivants : TA BD 145/84 TA BG 153/78

FC :65/mn Sat 94% AA

T°36.1° EVA :0

Glasgow 15 Hémocue à 14.4g/dl

Selles liquides mêlées de sang rouge vif

Question 1 :Déterminer la CIMU de ce patient.

Où l'installez- vous afin de le prendre en charge ?

Qu'est-ce que le méléna ? Quelle est la différence avec une rectorragie ?

Question 6 :Qu'est-ce que l'Octaplex ?Quelles sont les modalités spécifiques à l'administration de ce médicament ?

Vue l'instabilité hémodynamique(HDM), l'urgentiste demande une écho abdominale, le scanner nécessitant trop de mobilisations pour ce patient ...

A l'écho, on ne trouve pas l'origine du saignement.

A 16h, Son état HDM se stabilise (TA :136/47) mais les saignements persistent en moindre quantité. L'HB est à 11.2 et l'INR à 2.84 au dernier bilan.

Après avis chir, pas de lit disponible en USC, le patient est surveillé en UHCD tant qu'il reste stable.

Question 7 : Vous faites les transmissions à votre collègue d'UHCD :Que doit -elle surveiller en particulier ?

Cas pratique N°5

M.M, 58 ans

Arrive aux urgences à 0h38 avec les SP,appel du C15 par son épouse car M.M présente depuis 23h45 une paralysie faciale gauche et déficit moteur de l'hémicorps gauche .

Il est pris en charge de suite,une salle lui a été reservée car le médecin régulateur nous avait prévenu qu'il allait arriver.
L'infirmière de nuit l'installe et prend les paramètres qui sont les suivants :

TA BD :155/78
TA BG:170/77
FC 87
Sat 98%AA
T°:36,8
Il ne connaît pas son poids ni sa taille

Dans les anciens dossiers ,elle retrouve ses ATCD:IDM 2014:stents x2 HTA
Il a une ordonnance sur lui où figure son TTT habituel:Kardégic,Sectral.

Question 1:Déterminer la CIMU de ce patient.
Où l'installez-vous ?

Question2 :Décrivez chronologiquement votre prise en charge.
A quoi devez vous absolument penser pour avoir toutes les données à transmettre éventuellement au neurologue ?

Le medecin commence l'examen:il constate :

Pas de tble sensitif ,pas de tble du champ visuel .Glasgow 15.
A l'ECG:pas de TR

Evaluation score de NIHSS:9

IL prescrit :bilan sg selon protocole alerte AVC,pose d'une vvp, monitorage en continu.

La téléexpertise est réalisée dans le cardre du protocole VIRTUALL: Le neurologue de garde au CHU de Nancy demande une IRM .

Question 3: Comment allez vous conditionner le patient pour la réalisation de l'examen ?

L'IRM est réalisée à 1h12.

Les images envoyées via T-LOR sont interprétées:AVC ischémique sylvien droit profond.Pas de saignement.

L'accord est donné pour thrombolyse.Le patient sera attendu en UNV dès que possible,transport non médicalisé.

RT-PA(Actilyse) débutée à 1h30 ;dose pour 90kg: Bolus 8mg puis PSE 73mg/h soit au total 81mg.

Question4 : Décrivez la préparation ,mise en place et surveillance de la thrombolyse.
Vous disposez de flacons d'Actilyse de 50mg /50ml et 20 mg/20ml

Question 6: Comment préparez vous le transfert ?,Que dites vous au patient et à sa famille ?

Transfert USINV Nancy, Hôpital Central;Thrombectomie à envisager sur place