



CHECK-LISTS DE MEDECINE D'URGENCE MEDICO- CHIRURGICALES

V0.2 BREST août 2020

Table des matières

"ANAPHYLAXIE"	4
"FIBRILLATION AURICULAIRE"	7
"ENTRAINEMENT ELECTRO-SYSTOLIQUE EXTERNE"	11

CHECK LIST

MOTIFS ENTREE

"ANAPHYLAXIE"

CHECK-LIST DIAGNOSTIQUE :

Clinique (condition 1 ou 2 ou 3) :

Condition 1 :

- installation aiguë (min ou heure)
- atteinte cutanéomuqueuse type urticaire
- ET** atteinte respiratoire et/ou hypotension artérielle/mal perfusion d'organe

Condition 2 :

- installation aiguë (min ou heure)
- exposition à un probable allergène
- minimum 2 éléments :
- atteinte cutanéomuqueuse
- atteinte respiratoire
- hypotension artérielle/mal perfusion d'organe
- signes gastro-intestinaux persistants (vomissements/douleurs abdo/etc...)

Condition 3 :

- installation aiguë (min ou heure)
- hypotension artérielle
- PAS < 70 mmHg si âge entre 1 mois - 1 an
- PAS < 70 + (2xâge) mmHg si âge entre 1 an - 10 ans
- PAS < 90 mmHg ou diminution 30% valeur habituelle chez adulte

NE PAS RATER :

- troubles digestifs évocateur anaphylaxie**
- réaction biphasique nécessitant surveillance prolongée $\geq 6h$ si :**
 - réaction anaphylactique sévère
 - répétition adrénaline
 - tachycardie importante initiale
 - élément déclenchant inconnu
 - signes cutanés ET symptômes associés
 - doute sur réaction médicamenteuse chez l'enfant
- anticipation abord sous glottique**

Paraclinique :

Objectifs du bilan biologique :

- confirmation anaphylaxie par dosage pic tryptase

Bilan à prescrire :

- tryptase (entre 30' à 2h après début symptôme)
 - tube sec ou EDTA
 - horodatage prélèvement
 - date et heure début symptôme

Objectifs de l'imagerie :

- aucun

Imagerie à prescrire :

- aucune

Objectifs d'autres examens paracliniques :

- tolérance cardiaque du choc et de l'adrénaline

Autres examens à prescrire :

- ECG 12 dérivations

CHECK-LIST THERAPEUTIQUE :

- IMMEDIAT : ADRENALINE IM 0,01 mg/kg maxi 0,5mg chez l'adulte, 0,3mg chez l'enfant
- DETRESSE CARDIO-VASCULAIRE :
 - VVP x2
 - Nacl 0,9% 20ml/kg débit libre
 - O2 pour Spo2 >95%
- DETRESSE RESPIRATOIRE :
 - Voies aériennes supérieures :
 - ADRENALINE aérosol 0,1mg/kg maxi 5mg dans 5ml de Nacl0,9% pdt 20'
 - Voies aériennes inférieures :
 - B2mimétiques aérosols

CHECK-LIST SURVEILLANCE :

- Déclencher chronomètre pour surveillance par 5min
- DETRESSE CARDIOVASCULAIRE :
 - pas d'amélioration dans 5-10' :
 - adrénaline IV :
 - bolus toutes les 1-2' : 0,05mg (adulte), bolus 0,001mg/kg (enfant)
 - adrénaline IVSE :
 - adultes : 0,05 à 0,1 microgrammes.kg-1.min-1
 - enfants : 0,1 microgrammes.kg-1.min-1
 - pas d'amélioration dans 10' :
 - majoration adrénaline IVSE + noradrénaline
 - REANIMATION
- DETRESSE RESPIRATOIRE :
 - Voies aériennes supérieures et/ou inférieures:
 - ADRENALINE IM à renouveler 1 fois 0,1mg/kg maxi 0,5mg
 - Poursuite aérosols adrénaline/B2mimétique
 - Prévoir intubation difficile (cf procédure)

CHECK-LIST ORIENTATION :

Sortie si :

- surveillance hospitalière >6h
- conseils de surveillance expliqués, donnés et compris
- ordonnance stylo auto-injecteur x2 faite ET compréhension utilisation
- capacité de rappel et/ou surveillance par un tiers
- courrier sortie pour médecin traitant donné

Hospitalisation si :

- UHCD 6h :
 - réaction peu sévère
 - bonne évolution après 1 injection adrénaline
- UHCD 12h :
 - facteurs de risque de réaction biphasique
 - réaction peu sévère
 - bonne évolution après 1 injection adrénaline
- USC :
 - réaction sévère résolutive avec adrénaline x2
 - facteurs de risque de réaction biphasique
- REANIMATION :
 - réaction sévère non résolutive avec adrénaline bolus x2
 - instabilité hémodynamique ou respiratoire persistante

"FIBRILLATION AURICULAIRE"

CHECK-LIST DIAGNOSTIQUE :

Clinique :

- tachycardie irrégulière à QRS fins
 - rapide
 - lente (rechercher beta-bloquant)
- signes fonctionnels :
 - palpitations
 - douleur thoracique
 - dyspnée
 - début des signes à préciser
 - hypotension artérielle/mal perfusion d'organe
- signes cliniques :
 - troubles de vigilance
 - insuffisance cardiaque
 - stabilité hémodynamique ou non

NE PAS RATER :

- ATCD de FA connu ou non : préciser l'heure de début
- altération FeVG déjà connue sur ETT précédente
- FA valvulaire connue (changement de thérapeutique)
- mauvaise tolérance hémodynamique nécessitant une cardioversion en urgence
- recherche de facteurs déclenchants
 - ischémie myocardique
 - Embolie pulmonaire
 - sepsis
 - hypovolémie
 - thyrotoxicose
 - prise de toxiques notamment OH
 - troubles métaboliques

Paraclinique :

Objectifs du bilan biologique :

- recherche des facteurs déclenchants
- retentissement du passage en FA

Bilan à prescrire :

- hématologie
 - NFS/plaquettes
 - TP/TCA/fibrinogène
- biochimie
 - ionogramme sanguin
 - bilan rénal (urée et créatininémie)
 - bilan hépatique (ASAT/ALAT)
 - TSH
 - troponine (si orientation ischémique ou mauvaise tolérance cardiaque)
 - D-dimères (si orientation thrombo-embolique)

Objectifs de l'imagerie :

- bilan étiologique (sepsis/cardiopathie sous jacente)
- retentissement de la FA (insuffisance cardiaque)

Imagerie à prescrire :

- radio thorax face debout si possible, assise stricte sinon**

Objectifs d'autres examens paracliniques :

- bilan étiologique (sepsis/cardiopathie sous jacente)
- retentissement de la FA (insuffisance cardiaque)

Autres examens à prescrire/faire au lit du malade :

- échographie cardiaque
- échographie pulmonaire

CHECK-LIST THERAPEUTIQUE :

- âge et poids du patient pour décision thérapeutique
- calcul du score CHADS-VASC 2 et HAS BLEED
- si instabilité hémodynamique ou troubles de vigilance
 - cardioversion immédiate (200J biphasique)
 - anticoagulation (héparine SC ou IVSE)
- si stabilité hémodynamique et cardioversion possible :
 - anticoagulation curative en cours et/ou début < 48h certain

- flécaine 2mg/kg IVL (contre indications : insuffisance cardiaque, cardiopathe connue ou aigue, troubles de conduction)
- ou amiodarone 5mg/kg IVL puis 50mg/h (si cardiopathie)
- Anticoagulation curative par AOD si non existante préalablement
- si stabilité hémodynamique et absence de cardioversion
 - FEVG préservée : contrôle du rythme par bisoce 2,5mg PO ou tildiem 0,25 à 0,3mg/kg IVL et anticoagulation par AOD ou héparine (en l'absence de contre indication)
 - FEVG altérée : contrôle du rythme par bisoce 2,5mg PO, ou digoxine 0,25mg IVL (contre indication : hypokaliémie, troubles de conduction de haut grade, WPW) et anticoagulation par AOD ou héparine
- si signes d'insuffisance cardiaque ou hypotension sans instabilité :
 - contrôle du rythme par digoxine 0,25mg IVL (contre indication : hypokaliémie, troubles de conduction de haut grade, WPW) toutes les 2h
 - ou amiodarone 5mg/kg IVL (principalement si FEVG basse) et anticoagulation par héparine
 - O2 pour Spo2 >94%

CHECK-LIST SURVEILLANCE :

- Scope : surveillance du rythme (ralentissement, réduction)
- PA : signes de choc ou d'insuffisance cardiaque
- SpO2 : tolérance de la FA et signes d'insuffisance cardiaque

CHECK-LIST ORIENTATION :

Sortie si :

- bonne tolérance FA
- pas de cause secondaire nécessitant hospitalisation
- suivi possible par médecin traitant
- accord cardiologique

Hospitalisation si :

- cardiologie conventionnelle :
 - FA primaire avec nécessité exploration cardiologique
 - FA secondaire cause cardiologique
- USIC :
 - FA avec mauvaise tolérance hémodynamique
 - FA avec cardioversion en cours
 - Syndrome coronarien à l'origine de la FA (après coronarographie éventuelle)
- service médecine autre que cardiologie :
 - FA secondaire sans cause cardiologique (service adaptée à la cause)
- REANIMATION :
 - nécessité d'une prise en charge ventilatoire

CHECK LIST

PROCEDURES

"ENTRAINEMENT ELECTRO-SYSTOLIQUE EXTERNE"

FONCTIONS ET NOMBRE DE SOIGNANTS NECESSAIRES A LA PROCEDURE :

- médecin x 1
- IDE x 1

MATERIEL NECESSAIRE :

- défibrillateur avec mode stimulation disponible
- electrodes adaptées
 - adulte
 - enfant
- VVP disponible vérifiée
- Monitoring du patient
 - Fc continue
 - PA réglée sur 5'
 - Spo2 continue
- Antalgie adaptée

NE PAS OUBLIER AVANT PROCEDURE :

- stratégie antalgique adaptée à l'hémodynamique du patient
- stratégie de sedation procédurale en fonction de l'hémodynamique
- s'assurer d'une prise en charge cardiologique rapide possible pour prise en charge conjointe
- matériel de réanimation disponible

PROCEDURE CHRONOLOGIQUE :

- raser le torse du patient si nécessaire
- brancher les electrodes du défibrillateur
- brancher les patches du défibrillateur
 - si disposition en antéro-postérieur :
 - poser le patch antérieur au niveau medio-thoracique dévié vers la gauche, en interne du mammelon gauche
 - poser le patch postérieur directement en postérieur (souvent paravertebral gauche)
 - si disposition dans l'axe du coeur :
 - poser le patch "Left" en thoracique gauche en regard du choc maximal de pointe
 - poser le patch "Right" en medio-thoracique dévié vers la droite, en interne du mammelon droit
- allumer le "défibrillateur" en mode stimulateur (mode de base "sentinelle")
 - changer pour le mode "fixe" si BAV complet avec onde P uniquement sans aucune stimulation ventriculaire
 - aller dans menu (en bas à droite sur l'écran)/valider
 - mode de stimulation/valider
 - choisir mode fixe/valider

- les réglages machine de base sont une Fc = 70bpm et une intensité de stimulation de 30mA
 - diminution possible de la Fc 60/min
- s'assurer que personne ne touche les électrodes
- appuyer sur début de stimulation pour la lancer.

- si la capture n'est pas effectuée :
 - monter l'intensité de stimulation par palier successif de 5mA jusqu'à fc 60-70/min
 - Ne pas hésiter à monter l'intensité jusque 70-80mA jusqu'à obtenir une stimulation qui permet un entrainement electro-systolique

- si détection onde P (barre blanche sur le scope visible) mais pas de stimulation :
 - erreur de détection des ondes P par le stimulateur avec confusion avec les QRS
 - changer la dérivation D1-D2-D3 (bouton en haut à gauche)

But : obtenir la bonne amplitude de QRS et permettre à la machine de distinguer l'onde P des QRS

- changer le mode "sentinelle" en mode "fixe"

SURVEILLANCE NECESSAIRE ET DUREE PREVISIBLE :

- Fc en continue
- PA par 5' --> s'assurer de l'amélioration de l'hémodynamique PAM ≥ 65 mmHg
- douleur --> réévaluation régulière pendant toute la durée du pacing
- SpO2 $\geq 92\%$

CRITERES REUSSITE PROCEDURE :

- capture de la Fc jusqu'au niveau de Fc souhaité (60 à 70/min)
 - si capture immédiate à 30mA --> diminuer l'intensité au minimum nécessaire pour capture Fc
- Restauration d'une PAM ≥ 65 mmHg
 - possibilité de diminuer la fc à 50/min avec surveillance hemodynamique
- Antalgie acceptable pour le patient

ECHECS PROCEDURE ET MESURES RECTIFICATIVES :

- Pas d'augmentation de la Fc car pas de stimulation
 - augmenter l'intensité par palier de 5mA
- Pas d'amélioration de l'hémodynamique
 - augmenter l'intensité si pas de capture de la Fc
 - augmenter le Fc jusqu'à restaurer une PAM ≥ 65 mmHg si stimulation correcte
 - Appel cardiologue pour pose sonde d'entrainement interne (dans tous les cas)
- si détection des ondes P sans stimulation ventriculaire
 - Augmenter l'intensité jusqu'à obtenir une stimulation
 - Changer les dérivation (D2-D3 ou D1) pour majorer amplitude des QRS et permettre une distinction de la machine entre les ondes P et les QRS
 - Passer en mode de stimulation "fixe"
- douleur intense du patient
 - Majoration l'analgésie
 - envisager la sedation procedurale en fonction de l'hémodynamique
 - diminuer la Fc 50/min si hémodynamique préservée
- analyse de son échec à transmettre aux collègues pour éviter une récurrence pour les mêmes causes.