



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

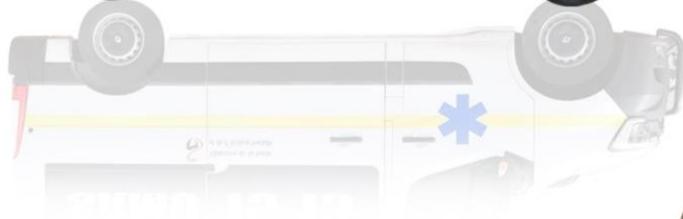
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Direction Générale des Etablissements de Santé

Direction des Etablissements Publics de Santé

Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU)

PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCES



Janvier 2022

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Direction Générale des Etablissements de Santé

Direction des Etablissements Publics de Santé

SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE (SAMU)

Protocoles de **soins d'urgences**



Janvier 2022

SOMMAIRE

PREFACE	3
REGULATION MEDICALE	4
TRIAGE AUX URGENCES	7
REFERENCE EN URGENCE : CONDITIONS PREALABLES	14
CONDITIONS DE REFERENCE ET DE TRANSFERT NEONATALS	15
• URGENCES OBSTETRIQUES ET GYNECOLOGIQUES	17
I. HEMORRAGIE	18
II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE	20
III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL	24
IV. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST PARTUM	31
V. PREECLAMPSIE / ECLAMPSIE	35
VI. VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES	37
VII. PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL	39
VIII. INFECTIONS MATERNELLES PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM	40
IX. PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DYSTOCIQUE	43
X. SOUFFRANCE FŒTALE	48
XI. URGENCES GYNECOLOGIQUES	48
• URGENCES MEDICALES	51
I. ASPHYXIE NEONATALE ET REANIMATION DU NOUVEAU-NE	52
II. CONVULSIONS NEONATALES	54
III. DETRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NE	55
IV. ICTERE NEONATAL	57
• URGENCES MEDICALES CHEZ L'ADULTE	59
I. CARDIOLOGIE	60
II. NEUROLOGIE	68
III. PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	76
IV. ETATS INFECTIEUX GRAVES	83
V. DIABETOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE	93
VI. DERMATOLOGIE	97
• URGENCES CHIRURGICALES	105
I. URGENCES VISCERALES	108
II. UROLOGIE - NEPHROLOGIE	114
III. URGENCES NEURO CHIRURGICALES	119
IV. ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE	130
V. CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE	139
VI. STOMATOLOGIE	143
VII. ODONTOLOGIE	147
VIII. OPHTALMOLOGIE	151
IX. ORL	158
X. CHIRURGIE PEDIATRIQUE	168
COMITE DE REDACTION	175



PREFACE

Situations pathologiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital d'un patient, les urgences constituent la vitrine du système de santé. S'intéresser aux urgences, c'est s'intéresser à l'ensemble du fonctionnement du système de santé et au rapport de la population avec l'offre de soins.

Dans le souci d'une prise en charge efficace et efficiente des urgences, le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) national a été créé en 2005 afin de mettre en place un système de régulation et de gestion des urgences à travers tout le pays. Cependant, le recours à ce système est loin d'être optimal et la référence connaît encore des contraintes liées à la prise de décisions, au transport et à la disponibilité d'un plateau technique performant.

Ainsi, la qualité de la prise en charge des urgences a toujours été et demeure une préoccupation majeure du Ministère de la Santé et de l'Action sociale inscrite en bonne place dans les différentes générations des stratégies nationales de développement sanitaire dont celle en cours « Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 ».

Des initiatives fortes sont en cours de mise en œuvre par l'État et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), notamment la coopération luxembourgeoise à travers la décentralisation du SAMU National, la mise en place des centres de formation par simulation médicale en soins et gestion d'urgence, l'accélération du maillage des régions en services pré-hospitaliers d'urgence, la mise aux normes en équipements des Unités d'Accueil et d'Urgence (UAU) et Services d'Accueil et d'Urgence (SAU) et l'octroi des bourses de formation diplômante aux métiers des urgences.

Dans ce sillage sont élaborés des protocoles harmonisés de soins d'urgences pour une meilleure cohérence et une efficacité accrue de prise en charge des urgences aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

Les présents protocoles, sous forme de conduite à tenir, permettront d'améliorer la qualité des soins d'urgences en donnant aux agents de santé des postes et centres de santé, voire des hôpitaux des outils de prise en charge adaptés à leur niveau et à la référence au niveau supérieur, tout en assurant la continuité des soins.

Ils ont été élaborés grâce à une collaboration entre le SAMU National, les universités, les entités du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) et les partenaires techniques et financiers.

J'exhorte les agents de santé à tous les niveaux à en faire bon usage pour une meilleure prise en charge des urgences.

J'adresse mes vifs remerciements au SAMU National ainsi qu'à toutes les institutions et personnes ressources qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Mr Abdoulaye Diouf SARR

Ministre de la Santé et de l'Action sociale



REGULATION MEDICALE (SAMU)

I - DEFINITION

La régulation médicale est un acte médical pratiqué par téléphone selon un interrogatoire méthodique, conclu par une décision du médecin régulateur en adéquation avec le besoin de santé du patient.

II - PRINCIPES

Le principe de base c'est d'abord classer un appel médical, le trier afin de prioriser puis d'acheminer les moyens adéquats vers la victime, ce qui est résumé dans la règle des " trois R " de Dr Trunkey « the right patient to the right place at the right time »).

III - ACTEURS

1. ARM : Assistant de Régulation Médicale, chargé de recueillir l'identité, la localisation de l'appelant et le motif d'appel. Il fait une priorisation des appels selon le risque vital en :

- **P0** : Déclenchement immédiat du SMUR, départ reflexe, maintien contact téléphonique avec l'appelant, gestes de secours et transfert immédiat de l'appel au médecin régulateur
- **P1** : Régulation immédiate (transfert immédiat de l'appel au médecin régulateur)
- **P2** : Régulation peut être mise en attente ; sans risque pour le patient si d'autres régulations sont en cours

2. Le médecin régulateur :

Le médecin régulateur détermine et déclenche la réponse adaptée au patient puis si nécessaire, oriente le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée.

La décision du médecin régulateur se fait selon une priorisation tenant compte de l'urgence vitale et du plateau technique des structures sanitaires d'accueil.

- **R1** : urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR) : départ réflexe
- **R2** : urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAB (Véhicule de Secours aux Blessés) dans un délai adapté, contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant,



- **R3** : recours à la Permanence des Soins au médecin de famille ou de proximité, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi,
- **R4** : conseil médical ou thérapeutique

IV - EFFECTEURS

Les ambulances sont classées selon les normes européennes en trois types :

- **Type A** : Ambulance conçue et équipée pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse.
- **Type B** : Ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance de patients.
- **Type C** : Ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients.
- **Type D** : Véhicule Sanitaire Léger (VSL)
Véhicule Léger Médicalisé (VLM)

Ils peuvent d'emblée être choisis par le médecin comme vecteur dans une consultation d'urgence à domicile ou dans un lieu public ; ils peuvent également servir à acheminer les renforts lors d'une sortie SMUR ou VSAB des sapeurs-pompiers. Ils ne sont pas destinés à transporter un patient.

V - PROCEDURES DE REGULATION

1. ARM :

- Recueil des informations suivantes :

- Lieu d'intervention,
- Nom, âge, sexe du patient,
- Motif d'appel
- Priorisation de l'appel

- Transfert de l'appel vers Médecin régulateur

2. Médecin Régulateur

- Traitement de l'appel
- Priorisation de la réponse
- En cas de déclenchement SMUR :
 - > Concertation SMUR/Régulateur sur le bilan de terrain
 - > Si EVACUATION nécessaire:
- Recherche de place
- S'adresser toujours au médecin récepteur identifié (N° Tel)



3. Équipe SMUR (Médecin, Infirmier, Ambulancier)

- Notifier au médecin régulateur l'heure de départ et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention
- Informer le médecin régulateur au moment du départ du lieu d'intervention avec tableau clinique,
- Ré-informer sur Bilan clinique 10 à 15mn après
- Informer médecin régulateur dès l'arrivée des SMUR au lieu d'accueil avec bilan clinique d'évolution
- Rappeler le régulateur après réception du patient par l'accueil et départ vers base SAMU



TRIAGE AUX URGENCES (SAU, UAU)

I. INTERET DU TRIAGE

- Reconnaître dès l'accueil, les patients les plus graves et notamment ceux qui nécessitent une prise en charge médicale adaptée
- Dispenser les soins par ordre de priorité médicale (selon l'échelle de tri) et non par ordre d'arrivée
- Identifier les besoins du patient du point de vue médical mais aussi psychiatrique et social.
- Orienter les patients dans les différents secteurs du service (médecine, chirurgie)
- Réorienter certains patients (après l'accord des médecins concernés) vers le médecin traitant ou directement vers une consultation spécialisée (par ex : dermato, ophtalmo, gynéco ...).
- Évaluer l'activité du SAU et le profil des patients accueillis afin d'adopter au mieux les moyens.

II. POURQUOI FAUT IL UNE ECHELLE DE TRIAGE ?

- Pour définir les priorités à partir de paramètres de sévérité et d'urgence connus de tous et validés par l'équipe,
- Pour homogénéiser le triage,
- Pour qu'il soit rapidement efficace,
- Pour permettre une bonne gestion des flux, notamment en cas d'affluence majeure.

III. GUIDE GENERAL DU TRIAGE

3.1. PARAMETRES DE SEVERITE ET D'URGENCE

La fonction essentielle du triage est la « priorisation » des soins, elle nécessite donc une évaluation rapide des fonctions vitales et de la douleur :

a - Liberté des voies respiratoires

b - Respiration

- Fréquence respiratoire (FR)
- Coloration (cyanose ?)
- Saturation périphérique en oxygène (SpO₂)
- Le patient arrive-t-il à parler ?



c - Circulation

- Poulx (présent ou pas, bien frappé ou filant, inférieure à 40/min ou supérieure à 120/min, régulier ou irrégulier ?)
- TA (Normale, Collapsus ou Urgence hypertensive)
- Marbrures
- Temps de recoloration capillaire (TRC inférieure à ou supérieure à 4 secondes, surtout en pédiatrie).

d - Conscience : A partir de l'Échelle de Glasgow

- Yeux /4
- Verbale/5
- Motricité/6

Normal : 15/15 Obnubilation : entre 9 et 15 Coma profond si inférieure à 8

NB : **Glycémie capillaire** à faire devant tout trouble de la conscience et/ou chez patient connu diabétique

e - Douleur :

- A partir de l'Échelle Visuelle analogique ou EVS /10
- Douleur légère si inférieure à 4
- Douleur modérée si entre 4 et 6
- Douleur sévère si supérieure à 6

3.2. SIGNALER LE PRINCIPAL MOTIF D'ADMISSION

3.3. RECUEILLIR SI POSSIBLE LES DONNEES SUIVANTES

En dehors des urgences vitales

- Le début des symptômes, les circonstances de survenue
- Les traitements reçus
- Les antécédents
- Les conditions de vie

3.4. RETENIR ET INTERROGER LES TEMOINS (accompagnants).



IV. DEFINITIONS APPLICABLES A L'ECHELLE DE TRIAGE

- NIVEAU 1 (Priorité 1)

Correspond aux patients dont l'état de santé peut conduire au décès, à la perte d'une fonction ou d'un membre si le traitement n'est pas immédiat.

L'évaluation de l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) doit être instantanée : **30 à 60 secondes maximum.**

La prise en charge médicale doit être **immédiate.**

L'IAO conduit immédiatement le patient dans le déchoquage ou la SAUV et le confie **directement** le médecin concerné.

- NIVEAU 2 (Priorité 2)

Cette priorité s'applique aux patients dont l'état requiert des soins rapides pour lesquels une attente n'entraînera pas le décès ou un déficit permanent ou sévère.

L'évaluation de l'IAO doit être rapide : **2 à 3 minutes.**

Le délai de la prise en charge médicale doit être inférieur à 1 heure. Ces patients doivent être installés en attente couchée ou en attente assise si leur état le permet.

Mais l'arrivée du patient doit être immédiatement signalée au médecin du secteur concerné.

- NIVEAU 3 (Priorité 3)

Il s'agit des patients dont l'état nécessite un traitement rapide mais le temps d'attente ne constitue pas un facteur de risque.

L'évaluation par l'IAO dépend du flux des patients.

Le délai de prise en charge médicale dépend du flux des patients. Ces patients sont installés en attente assise et sont pris en charge par ordre d'arrivée.

NIVEAU 1 : Prise en charge immédiate en SAUV

Code	Motif	Signes cliniques
1.0	Arrêt cardio-respiratoire	Absence de respiration, de pouls carotidien
1.1	Détresse respiratoire aiguë	FR supérieure à 30 ou cyanose ou SpO2 inférieure à 90% Efforts respiratoires importants ou difficultés d'élocution
1.2	Détresse circulatoire	TA inférieure ou égale à 80mm Hg, pouls filant, parfois marbrures
1.3	Hémorragie digestive	Constatée et/ou signes de choc et pâleur extrême
1.4	Trouble de la conscience	Glasgow inférieur ou égal à 8
1.5	Convulsion	Constatée à l'accueil (non rapportée)



1.6	Traumatisme avec risque vital ou fonctionnel majeur	Polytraumatisme ou traumatisme avec déficit neurologique
1.7	Perte d'un membre ou d'un segment de membre	
1.8	Blessures par balle ou arme blanche	Abdominale, thoracique ou crânienne
1.9	Brûlures étendues (supérieure à 18 % SC) et ou du visage	Règle des 9 de Wallace
1.10	Brûlure chimique de l'œil	
1.11	Réaction allergique grave	- Dyspnée laryngée - Manifestations respiratoires - Chute TA
1.12	Intoxication médicamenteuse grave	- État clinique grave - Produit dangereux - Association plusieurs produits - Quantité absorbée importante
1.13	Douleur avec EVS supérieure à ou égal à 8	
1.14	Comportement violent	Nécessitant la présence de plusieurs personnes dès l'arrivée

NIVEAU 2 (Priorité 2) : délai : 5 min à 1 heure

Il faut toujours vérifier l'absence de critères de Niveau 1 avant de classer le patient Niveau 2

Ces patients doivent être orientés en salle de surveillance ou en attente couchée et le médecin doit être informé immédiatement de leur présence

Code	Motif	Signes cliniques
2.0	Difficulté respiratoire nette	Crise d'asthme FR entre 25 et 30/min SpO2 entre 90 et 95%
2.1	Hémoptysie	Constatée ou mentionnée dans la lettre de référence
2.2	Douleur thoracique	Si ATCD cardiaque ou FDR vasculaire Age supérieur à 35 ans Douleur d'allure angineuse
2.3	Anomalie du rythme cardiaque (constatée ou notée dans la lettre de référence)	Pouls inférieur à 50 ou supérieur à 120 Rythme irrégulier
2.4	Crise hypertensive constatée	PAS supérieure à ou = 210 mmHg Et/ou PAD supérieure ou égale à 110 mmHg



2.5	Trouble de la conscience	Glasgow supérieur à 8
2.6	Confusion aiguë	inférieure à 3 jours
2.7	Paralysie et/ou troubles de la sensibilité et/ou Troubles aigus de la parole	Attention si symptômes inférieurs à 120 min, possibilité de reclassement à niveau 1 (possibilité de thrombolyse)
2.8	Céphalées aiguës	Récentes et/ou inhabituelle
2.9	Malaise ou syncope Convulsion non constatée	
2.10	Douleur et modification d'aspect d'un membre	Ex : Phlébite, ischémie aiguë d'un membre
2.11	Traumatisme crânien avec symptômes sans troubles de la conscience	Perte de connaissance initiale, vomissements, céphalée,....
2.12	Traumatisme du rachis	Cervical, dorsal ou lombaire
2.13	Traumatisme abdominal ou thoracique (sans détresse circulatoire, ni respiratoire)	
2.14	Abdomen chirurgical sans détresse circulatoire ni respiratoire	
2.15	Plaie importante	Profondeur, localisation, corps étranger
2.16	Fracture ouverte	Profondeur, localisation, corps étranger
2.17	Traumatisme violent avec douleur importante	EVS entre 5 et 10
2.18	Traumatisme violent Sans signes de Niveau 1	Vitesse élevée, chute supérieure à 4 mètres, décès dans les voitures accidentées, éjection de l'habitacle
2.19	Traumatisme avec risque hémorragique élevé	Patient sous anticoagulants, troubles coagulation (Ex : Hémophilie ...)
2.20	Douleur sous plâtre	
2.21	Douleurs rachidiennes intenses ou compliquées	EVS entre 5 et 10
2.22	Douleurs abdominales intenses et/ou aiguës	EVS inférieure à 5
2.23	Hématémèse, méléna, rectorragie	
2.24	Vomissements	Répétés ou fécaloïdes
2.25	Corps étranger digestif	
2.26	Douleur testiculaire brutale	
2.27	Rétention d'urines	
2.28	Troubles du comportement	
2.29	Agression sexuelle	Voir avec sénior pour transfert (accompagné) vers structure spécialisée



2.30	Hypothermie inférieure à 35° Hyperthermie supérieure à 40°	
2.31	Fièvre + symptômes	Troubles digestifs, céphalées...
2.32	Patient adressé pour trouble métabolique documenté	Hyperkaliémie supérieure à 6 mmol/l Hypercalcémie supérieure à 3,2 mmol/l Hyperglycémie supérieure à 3,5 g/l
2.33	Traumatisme oculaire	Corps étranger de l'œil Si douleur importante Ou baisse acuité visuelle Ou ouverture impossible œil
2.34	Surdité brutale	
2.35	épistaxis importante	Constatée ou sous anticoagulant
2.36	Corps �tranger ORL	

NIVEAU 3 (Priorité 3) : Pas de délai, prise en charge selon l'ordre d'arrivée (mais surveillance régulière par l'IAO)

Vérifier l'absence de critères de la priorité 2 avant de classer le patient en niveau 3

Patient à orienter en salle d'attente (couleur verte ou bleue) **ou en attente couchée s'il ne peut pas s'asseoir**

Code	Motif	Signes cliniques
3.0	Dyspnée modérée ou légère	FR inférieure à 25, Pas d'effort respiratoire, Pas de signes de lutte, Pas de cyanose SpO2 supérieure à 95%
3.1	Douleur thoracique	Pas d'ATCD cardiaque Pas de FDR vasculaire Age supérieur à 35 ans
3.2	Traumatisme d'une articulation ou d'un membre sans douleur majeure	EVS inférieure à 5
3.3	Douleur légère d'une articulation ou d'un membre	EVS inférieure à 5 Ex : Arthrite
3.4	Traumatisme crânien mineur isolé	Aucun signe (pas de perte de connaissance, ni vomissements, ni céphalée) sans traitement anticoagulant
3.5	Plaies mineures	
3.6	Morsure, piqure sans autre signe	Animaux, insecte
3.7	Douleur abdominale légère ou ancienne	Légère (EVS inférieure à 5) Ancienne supérieure à 15 jours



3.8	Symptômes gastro-intestinaux isolés	Diarrhée, constipation, hoquet, nausées, vomissements légers
3.9	Abcès	Ex : Panaris, abcès marge anale
3.10	Fièvre isolée	Aucun autre symptôme
3.11	Altération de l'état général ou déséquilibre d'une maladie chronique	Ex : Diabète, Sclérose en plaque, amaigrissement important...
3.12	État anxieux	Ex : Tétanie, spasmophilie ...
3.13	Tendance suicidaire	Y compris tentative de suicide peu grave
3.14	Traumatisme psychologique	Ex : Témoins d'accidents, d'agression...
3.15	Rougeur de l'œil ou gêne oculaire	Traumatisme, corps étranger sans douleur ni diminution acuité visuelle
3.16	Modification récente de l'aspect cutanéomuqueux	Ex : éruption aiguë, ictère, œdème, pâleur, sans autre signe de gravité
3.17	Adressé pour trouble biologique	Ex : Anémie..., mentionné dans la lettre du médecin à l'exclusion du 231
3.18	Dysurie sans fièvre ni hématurie	

REFERENCE EN URGENCE

I. CONDITIONS PREALABLES

1. Appeler la structure de référence ou le SAMU (1515)

- a. Description du cas en donnant tous les renseignements cliniques
- b. En cas d'urgence obstétricale, privilégier si possible le transfert in utero : TIU (voir annexe)
- c. Demande d'appui technique au SAMU pour le transport et l'accompagnement (SMUR) surtout en cas de détresse vitale

2. Conditionnement du patient

- a. Voie veineuse avec un cathéter de gros calibre (16 -18 G) : Ringer lactate ou sérum salé isotonique ou macromolécules selon le niveau.
- b. Mesurer la SpO2 : oxygénation si possible selon le niveau si SpO2 inférieure à 95%
- c. Mesurer la glycémie capillaire à l'aide du Dextro : si hypoglycémie, administrer 01 à 02 ampoules de G 30 %. Vérifier la correction par un Dextro de contrôle.
- d. Mettre une sonde urinaire si possible en cas de trouble de la conscience et/ ou instabilité hémodynamique.

3. Troubles de la conscience

- a. Libérer les voies aériennes : enlever tout corps étranger (prothèses, etc.), hyper extension prudente de la tête, subluxation de la mandibule ;
- b. Mettre en position latérale de sécurité (PLS)
- c. Aspirer
- d. Mettre une canule de Guedel
- e. Intuber si possible en cas de score de Glasgow inférieur à 8

4. En cas d'hypotension

- a. Surélever les membres inférieurs ;
- b. En cas de grossesse : mettre la patiente sur le côté gauche, ou à défaut avec un billot (champ enroulé) sous la fesse droite, si elle est en fin de grossesse ;



- c. Utiliser des médicaments : Éphédrine 2 ampoules dans 500 cc de SG 5% à raison de 30 gouttes par mn en contrôlant la TA toutes les 10 minutes pendant le transport

5. Remplir les outils de référence en donnant tous les éléments

- a. dossier
- b. fiche de référence
- c. registre de référence

6. Sensibiliser et mobiliser la communauté / famille

- a. Modalités de prise en charge
- b. Accompagnement

II. CONDITIONS DE REFERENCE ET DE TRANSFERT NEONATALS

1. Introduction

Les conditions de référence et de transport néonatal sont déterminantes pour la survie du nouveau-né. Chaque fois que c'est possible, le transfert in-utéro est préféré, car il représente le meilleur environnement pour le bébé.

Avant le transfert, il faut établir le contact mère-enfant si la mère ne participe pas au transfert.

2. Etapes de la référence

a. Stabilisation avant transfert

- Réchauffer ou éviter hypothermie surtout chez les prématurés et les nouveau-nés de faible poids de naissance
 - Éviter courant d'air (fermer portes et fenêtres)
 - Retirer les vêtements et les linges humides, les changer par habits et linges secs
 - Bonnet, couche et chaussettes.
- Si signes de détresse respiratoire :
 - Libération des voies aériennes supérieures (aspiration, positionnement neutre)
 - Sonde gastrique de décharge
 - Oxygénation lunettes ou Hood
- Remplissage SSI 10 à 20 cc/kg si état de choc (tachycardie, temps de recoloration cutanée (TRC) allongé, supérieur à 3sec, teint gris...)
- Convulsions persistantes
 - Si possible, dose de phénobarbital : 15 à 20 mg/kg en IVL dilué sur 20 min
 - A défaut, Diazépam 0,5mg/kg en IVL ou IR

Dextro systématique ou glycémie en urgence : si hypoglycémie inférieure à 0,4g/l, alimenter si possible ou administrer SG10% 3cc/kg per os ou IVL. Continuer surveillance Dextro

Donner la 1ère dose d'antibiotique si suspicion d'infection (tout nouveau-né qui va mal, facteurs de risque...) : Céfotaxime 50mg/kg en IVL ou Ampicilline 50mg/kg + gentamicine 5mg/kg/j en IVL

Administrer une dose de Vit K : 1 mg en IM quel que soit le poids du nouveau-né à terme de poids normal

Respecter les conditions d'asepsie.

b. Régulation

Appeler le centre de régulation pédiatrique et néonatal : basé dans un des services pédiatriques de référence de la région Contacter le service d'accueil

c. Remplir le dossier de tranfert obstétrico-néonatal

Donner tous les renseignements utiles sur la grossesse, l'accouchement et les évènements post-natals

d. Au cours du transfert

- Éviter l'hypothermie

Nouveau-né stable (pas de détresse respiratoire, bon état neurologique)

- Soins maternels kangourou ou position peau à peau avec la maman
- Moyen simple et sûr de transporter un nouveau-né.
- Recouvrir la mère et le bébé des vêtements de la mère et de couvertures chaudes.

- Nouveau-né instable :

- Incubateur de transport
- A défaut, bien couvrir le bébé (habits chauds, bonnets, gants,) + source de chaleur
- contrôler la température axillaire toutes les heures pendant le transport.
- lutte contre l'hypoglycémie
- si signes de danger :

Perfusion par veine périphérique : SG5% 5 à 7gouttes/min environ

- Si nouveau-né stable, alimenter régulièrement si trajet long :

- lait Maternel de préférence (mise au sein)
- lait Artificiel ;
- SG10% oral 2 à 3ml/kg si hypoglycémie
- assurer une bonne ventilation
- aspiration fréquente si encombrement en cours de trajet : aspirateur ou seringue
- oxygénothérapie si possible en cas de détresse respiratoire



URGENCES OBSTETRIQUES ET GYNECOLOGIQUES

I. HEMORRAGIE : PRINCIPES GENERAUX

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE

1. AVORTEMENT SIMPLE
2. AVORTEMENT MOLAIRE
3. GROSSESSE EXTRA UTERINE

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL

1. PLACENTA PRÆVIA
2. DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE : HRP
3. RUPTURE UTERINE /SYNDROME DE PRE-RUPTURE
4. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE
5. HEMORRAGIE DE BENKISER

IV. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

1. RETENTION PLACENTAIRE
2. INERTIE UTERINE (Atonie utérine)
3. LESIONS TRAUMATIQUES CERVICO-VAGINALES

V. PRE ECLAMPSIE / ECLAMPSIE

VI. VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

VII. PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

VIII. INFECTIONS MATERNELLES SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT OU LE POST PARTUM LIEES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT A L'ETAT GRAVIDE

1. CHORIOAMNIOTITE
2. ENDOMETRITE AIGUE DU POST PARTUM
3. ENDOMETRITE AIGUE DU POST ABORTUM

IX. PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DYSTOCIQUE

1. DYSTOCIE DYNAMIQUE
2. DYSTOCIE MECANIQUE
3. DYSTOCIE DE PRÉSENTATION 1
4. DYSTOCIE DE PRÉSENTATION 2

X. SOUFFRANCE FŒTALE

XI. URGENCES GUNECOLOGIQUES (GEU ET AVORTEMENTS EXCLUS)

1. TORSION DE KYSTE DE L'OVAIRE - HEMORRAGIE INTRAKYSTIQUE – RUPTURE DE KYSTE
2. PELVIPERITONITE
3. MYOME EN NECROBIOSE



I. HEMORRAGIE : PRINCIPES GENERAUX

1. Reconnaître un état de choc hémorragique

- Pâleur cutanée, soif vive et muqueuses sèches, sueurs profuses ;
- Froideur des extrémités, asthénie et angoisse ;
- Pouls rapide et filant; Tachycardie (supérieure à 110 pulsations/mn),
- Polypnée (supérieure à 24 cycles/min)
- Agitation au début puis obnubilation et confusion voire perte de connaissance (phase tardive);
- Hypotension artérielle (tardive)
- Oligo-anurie (Diurèse inférieure à 30 ml/h ou inférieure 0,5 ml/kg/h)

NB : Ne pas attendre la chute de la tension artérielle pour commencer à agir (indicateur tardif et mauvais de la volémie maternelle). L'accélération du pouls et la diminution de la diurèse et reflètent bien et mieux l'hypovolémie

2. Conduite à tenir selon le niveau

a. Poste et Centre de santé

- Appeler le SAMU régional (1515)
- Mettre en position :
 - Membres inférieurs surélevés ;
 - Tête basse ;
 - Sur le côté gauche, ou à défaut avec un billot (champ enroulé) sous la fesse droite, si elle est en fin de grossesse.
- Éviter de donner à boire
- Prendre deux bonnes voies veineuses : avec de grosses intranules (16G ou 18G), courtes et bien fixées
- Oxygénation si disponible
- Remplir avec les cristalloïdes (Ringerlactate, sérum salé) et les macromolécules: en fonction de l'état de la patiente et des pertes sanguines : à limiter pour éviter hémodilution et coagulopathie de dilution et aggravation de l'hémorragie
- Assurer une hémostase temporaire par des moyens physiques :
 - Tamponnement de lésions des voies génitales accessibles qui saignent ;
 - Compression utérine biannuelle (externe puis interne) ;
 - Compression de l'aorte trans-abdominale ;
 - Préhension du col déchiré par des pinces ;
 - Hémostase mécanique des hémorragies du segment inférieur (placenta bas inséré) ;



- Transférer toute patiente présentant :
 - Une hémorragie grave (plus de 1000 cc) ;
 - Un ou plusieurs signes d'alarme ou de choc ;
 - Un état hémodynamique altéré ou aggravé avec le temps.
- Administrer 1g d'acide tranexamique (EXACYL*) en 10mn puis 1g sur 8h en IV

b. EPS

- Idem Poste et Centre de Santé
- Bilan biologique (GSRh, NFS, Créatininémie, crase sanguine) ou en fonction de l'étiologie
- Transfuser si les pertes sanguines sont supérieures à 1000 cc (volume pour volume), en plus du remplissage vasculaire :
 - Utiliser du sang total frais chaque fois que possible.
 - Utiliser des médicaments :
 - * Éphédrine 2 ampoules dans 500 cc de SG 5% à raison de 30 gouttes par mn ;
 - * Voire Noradrénaline 0,1 à 4 µg/kg/mn PSE
 - * Spécifiques : (ocytociques pour l'atonie utérine par exemple)
 - Administrer 1g d'acide tranexamique (EXACYL*) en 10mn puis 1g sur 8h en IV.
 - Traiter simultanément la cause de l'hémorragie : si elle relève d'un traitement chirurgical (lésions génitales, rupture utérine, placenta prævia...)
 - Surveiller le traitement sur :
 - * L'état de conscience ;
 - * La fréquence respiratoire;
 - * L'état circulatoire (tension artérielle, pouls, coloration téguments...) ;
 - * La diurèse horaire (sonde vésicale) qui doit être ≥ 30 ml/heure sinon risque d'insuffisance rénale aigue

Dans les suites d'hémorragie grave : rechercher et traiter ou transférer les complications sévères de l'hémorragie du post-partum (l'insuffisance rénale aiguë, les troubles de la coagulation et les autres complications ischémiques (cœur, hypophyse...)).

c. Reconnaître les causes (quel que soit le niveau)

- En début de grossesse : traumatisme génital, avortement spontané ou provoqué, grossesse extra- utérine, môle hydatiforme.
- En fin de grossesse ou pendant le travail : HRP (Hématome Retro Placentaire), placenta prævia, rupture utérine, menace d'accouchement prématuré, hémorragie de Benkiser
- Dans le post-partum : inertie utérine, rétention du placenta, lésion parties molles et de l'utérus

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE

1. AVORTEMENT SIMPLE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>MENACE D'AVORTEMENT</p> <p>Hémorragies génitales, souvent continues, après un retard des règles (préciser la date des dernières règles et l'abondance des saignements)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes sous forme de crampes utérines rythmées ; • Au spéculum : une hémorragie qui vient de la cavité utérine ; • Au toucher vaginal : <p>- Un utérus mou gravide correspondant à l'âge de la grossesse</p> <p>-Un col fermé, parfois perméable à la pulpe du doigt</p> <p>- des culs de sacs libres et non douloureux</p> <p>AVORTEMENT INEVITABLE</p> <p>Signes fonctionnels</p> <p>Crampes utérines intenses et rapprochées.</p> <p>Hémorragie plus importante avec caillots.</p> <p>Signes physiques</p> <p>Spéculum : col ouvert avec issue de sang et de débris ovulaires</p> <p>Toucher vaginal : col ouvert avec parfois des débris ovulaires sentis</p> <p>Examens complémentaires</p> <p>Échographie: produit de conception en cours d'expulsion</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> •Repos au lit et antispasmodiques (voie orale ou rectale) ; • Progestérone naturelle : par voie vaginale pour la grossesse jeune (inférieure à 10 semaines) et per os au-delà, si la grossesse est évolutive et qu'il existe une insuffisance lutéale. <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie abdominale (si disponible et si l'état de la femme le permet) • Sérum anti D si Rhésus négatif <p>EPS</p> <p>Idem</p> <p>POSTE DE SANTE</p> <p>Avant 12 semaines</p> <p>Si le saignement est modéré et l'expulsion complète et spontanée : s'abstenir</p> <p>Si avortement incomplet :</p> <p>Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : protocole SAA jusqu'à 12 SA</p> <p>Misoprostol : donner 600ug (3 cp) en per os ou 400ug (2 cp) par voie sublinguale</p> <p>Assurer le suivi dans les 72 heures, réévaluer à J7</p> <p>NB : Quelle que soit la méthode d'évacuation utérine :</p> <p>Vérifier le groupe sanguin et prescrire un sérum anti D dans les 72h si rhésus négatif</p> <p>Sérovaccination antitétanique (SAT) et VAT si suspicion d'avortement provoqué clandestin</p> <p>Counseling pour planification familiale</p> <p>NB : en cas d'avortement hémorragique, référer au centre de santé</p> <p>Au-delà de 12 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en condition la patiente et la référer immédiatement au Centre de santé ou Hôpital <p>Sérum anti D si RH négatif dans les 72 h</p>	<p>TV répétés</p>



	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Avant 12 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (protocole SAA). • Misoprostol : donner une dose unique de 600 µg (3 cp) per os <p>Au-delà de 12 semaines</p> <p>Voie veineuse (18G), NFS, GSRh</p> <p>Placer une perfusion d'ocytocine (10 UI d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé, au débit de 20 à 30 gouttes/mn) jusqu'à l'expulsion</p> <p>Ou bien</p> <p>Misoprostol :</p> <p>Entre 13-17 SA : donner 200ug PV/6H 4 prises max</p> <p>Entre 18-22 SA : donner 100 ug PV/6H 4 prises max</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examiner systématiquement le produit de conception et faire un prélèvement à visée anatomo-pathologique si nécessaire • Traitement antianémique (fer, transfusion si nécessaire) <p>Counseling PF</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il persiste une hémorragie sur rétention placentaire (utérus gros, mou, mal involué), compléter par un curage digital ; examiner le produit de conception • Utérotonique (ocytocine...), antibiotique et • Traitement antianémique (transfusion si nécessaire, fer) <p>Sérum anti D systématique si RH négatif dans les 72 H</p> <p>EPS</p> <p>Idem</p>	
--	--	--

2. AVORTEMENT MOLAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Signes sympathiques exagérés de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discordance entre le volume utérin et l'âge de la grossesse • Utérus plus gros que l'âge de la grossesse avec parfois de gros ovaires (kystes lutéiniques) • Vésicules de différentes tailles, si avortement en cours • Images en « flocons de neige » ou « nid d'abeille » avec parfois de gros kystes ovariens à l'échographie (si disponible) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Gestes d'urgence et référer vers le centre de santé</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évacuer l'utérus par aspiration manuelle intra utérine sous perfusion d'ocytocine (10 UI d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé à raison de 20 à 30 gouttes/mn) • Faire attention à la perforation utérine lors de l'aspiration (utérus gros et fragile) • Effectuer le prélèvement pour examen anatomo-pathologique • Contrôler systématiquement la vacuité utérine par échographie 8 à 10 jours : • Si persistance de débris ovulaires supérieurs à 17 mm, faire une deuxième évacuation utérine • Administrer sérum anti D si RH négatif • Rechercher une anémie et la traiter • Procéder à un counseling pour PF (informer sur la pathologie et l'importance du suivi et de la nécessité de la PF) <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idem Centre de Santé • Suivi post-molaire par dosage de béta HCG - Faire le dosage du taux de béta HCG : une fois par mois jusqu'à négativation - Puis pendant six mois en cas de Môle Hydatiforme partielle - Pendant 1 an en cas de Môle Hydatiforme complète • Considérer comme néoplasie trophoblastique gestationnelle si - Stagnation des béta HCG - Ré-ascension ou persistance - Diagnostic de choriocarcinome - Prise en charge en fonction des recommandations de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire 	<p>TV répétés</p>



3. GROSSESSE EXTRA UTERINE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Retard de règles (préciser la date des dernières règles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes sympathiques de grossesse • Pertes brunes ou noires • Douleurs annexielles du côté de la grossesse extra-utérine • Au toucher vaginal : qui est souvent normal, un col fermé et un utérus petit, rarement on palpe une petite masse latéro-utérine douloureuse • Échographie (si disponible) • Le dosage de la bêtaHCG (si disponible) • Coelioscopie (si disponible) • Aménorrhée, avec métrorragies • Douleurs pelviennes variables • Abdomen : distendu et sensible • Toucher vaginal : douloureux au niveau du cul de sac postérieur • État de pré-choc ou de choc par hémorragie interne • Échographie (si disponible et l'état de la femme stable) • Coelioscopie (si disponible) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Mettre en condition et transférer en urgence dès suspicion ou diagnostic de grossesse extra-utérine, Centre de santé, Hôpital le plus proche après avoir averti le CRRA régional (régulation pour une intervention chirurgicale rapide)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem sauf si chirurgie possible</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laparotomie en urgence (ou coelioscopie si disponible) dès diagnostic de grossesse extra-utérine: - Enlever la trompe (salpingectomie) rompue ou antérieurement malade ou s'il existe un choc hémorragique avec signes de gravité <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement médical si les conditions techniques réunies et si l'état clinique et paraclinique le permettent • Conduite à tenir post-opératoire : <p>Surveiller: l'état général, la tension artérielle et l'abdomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des antalgiques s'il existe des douleurs pelviennes. - Prévenir les accidents thrombo-emboliques chez les femmes à risque (lever précoce). - Mettre sous cyclines : 200 mg/j en une seule prise pendant 3 semaines si infection à chlamydia (confirmée ou suspecte). - Donner une contraception oestro-progestative pendant quelques mois avant une nouvelle grossesse. - Sérum anti D si Rh négatif - Faire HSG à 3 mois pour voir l'état de la trompe controlatérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Garder en observation • Faire partir à la maison

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL

1. PLACENTA PRÆVIA

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Métrorragies : Sang rouge plus ou moins abondant, survenant au repos ou durant une activité normale, sans douleur, en un ou plusieurs épisodes</p> <p>Un état de choc corrélé à l'importance de l'hémorragie extériorisée</p> <p>Utérus est souple.</p> <p>Présentation souvent haute dans l'utérus (dystocique).</p> <p>L'échographie (si disponible)</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Mettre en condition la femme et la transférer en urgence vers le Centre de santé le plus proche</p> <p>AVERTIR le CRRA régional pour organisation de l'évacuation et coordination avec l'équipe réceptrice</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme n'est pas en travail : transférer à l'hôpital • La femme est en travail : <ul style="list-style-type: none"> - Rompre largement les membranes, si le saignement est important, le col dilaté, le placenta prævia non recouvrant et les membranes accessibles et terminer rapidement l'accouchement sous perfusion d'ocytocine, si la parturiente est en phase d'expulsion. Pratiquer une délivrance artificielle. <p>EPS</p> <p><i>En fin de grossesse :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre artificiellement les membranes si le saignement est important et les membranes accessibles, et terminer l'accouchement par voie basse. Sinon : <p><i>Césariser la femme si :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - e placenta prævia est recouvrant, - l'hémorragie persiste ou s'aggrave malgré la rupture artificielle des membranes, - il existe une dystocie ou une souffrance foetale • Maintenir l'hospitalisation et la surveillance vigilante : si le saignement est stabilisé, attendre le terme pour terminer l'accouchement. • Indiquer, à l'arrêt du saignement si nécessaire et sous surveillance : repos au lit, tocolyse (bêtamimétiques) selon le cas et sous surveillance, et antibiothérapie. <p><i>En cours de travail :</i></p>	<p>TV répétés</p>



	<ul style="list-style-type: none"> • Accoucher par voie basse si : <ul style="list-style-type: none"> - hémorragie minime sans altération de l'état de la mère, - placenta prævia non recouvrant et membranes accessibles : rompre artificiellement les membranes. - présentation céphalique basse et comprime le placenta prævia, et pas de souffrance fœtale, - remettre le nouveau-né au pédiatre le plus vite possible. • CESARISER tous les autres cas. 	
--	---	--

2. DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE : HRP

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Métrorragies : de sang noir, minime ou nul, parfois rouge. • Douleurs utérines : constantes et brutales survenant en dehors de tout travail. • Absence de relâchement de l'utérus (hypertonie). • État de choc : dans les formes graves et évoluées, en discordance avec un saignement minime et une HTA 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>AVERTIR le CRRA régional pour organisation du transfert et accompagnement si nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre largement les membranes si le col est ouvert, mettre en condition et évacuer la patiente vers Centre de santé où chirurgie possible • Si la femme est en phase expulsive, terminer rapidement l'accouchement faire la délivrance • Si la femme est en phase expulsive, terminer rapidement l'accouchement faire la délivrance artificielle et révision utérine, placer une perfusion d'ocytocine et transférer vers le Centre de santé. <p>acide tranexamique : 1g en 10mn puis 1g sur 8h (dilution avec SSI ou SGI) puis référer vers un centre de santé spécialisé</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de Santé</p> <p>Si chirurgie possible : Césarienne en urgence sinon REFERER</p> <p>Si travail avancé : Accoucher par voie basse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rompre les membranes: si le col est ouvert, puis - Terminer l'accouchement si expulsion - Maintenir la perfusion d'ocytocine dans les suites d'accouchement 	

	<p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer rapidement: l'état fœtal et obstétrical (dilatation, présentation...) • Bilan biologique (GSRH, NFS, Créatininémie) • Évacuer l'utérus le plus vite possible, quel que soit l'âge gestationnel, lorsqu'il existe un état de choc, parallèlement à la mise en condition de la parturiente • Césariser : si le col est fermé, s'il existe une dystocie ou une souffrance fœtale, ou à dilatation débutante (inférieur à 3 cm) après rupture artificielle des membranes. • Accoucher par voie basse si travail avancé : <ul style="list-style-type: none"> - Rompre les membranes : si le col est ouvert, puis - Terminer l'accouchement si expulsion imminente et eutocie, - Maintenir la perfusion d'ocytocine dans les suites d'accouchement - Conduite à tenir post-thérapeutique - Surveiller de façon stricte (quel que soit le mode d'accouchement) : - L'état général, Le globe de sécurité et le saignement à travers l'examen de la garniture, - La tension artérielle, le pouls et la diurèse. - Remettre le plus vite possible le nouveau-né au pédiatre. 	
--	--	--



3. RUPTURE UTERINE /SYNDROME DE PRE-RUPTURE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Douleurs pelviennes avec hémorragie ou choc maternel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher rapidement à l'interrogatoire les situations à risque élevé de rupture : - Utérus fragilisé : - Traumatisme utérin - Dystocie mécanique non diagnostiqué et prolongé ; - Utilisation intempestive et non contrôlée d'ocytocine ou de prostaglandines ; - Utérus cicatriciel (gynécologique mais surtout obstétricale) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une voie veineuse de très bon calibre (18G), et mettre une perfusion de 500ml SSI <p>Mettre 1g d' acide tranexamique en 10mn puis 1g sur 8h en IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transférer la femme vers centre de santé ou EPS le plus proche et dans les meilleurs délais possibles : • perfusion de sérum salé et administrer une antibiothérapie (Ampicilline 2 g IVD). - Faire appel au SAMU pour transfert - Référer vers un centre de santé spécialisé <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de santé et Référer vers un centre de santé spécialisé ou EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE SPECIALISE ET EPS</p> <p>Opérer la femme simultanément à sa mise en condition ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suturer l'utérus : si désunion ou petite rupture utérine (peu étendue ou sous séreuse: incomplète). ; • Faire une ligature des trompes, si la patiente est grande multipare ou si l'état de l'utérus conservé ne permet pas une autre grossesse (prévenir la femme ou sa famille). • Faire une hystérectomie subtotale : si le délabrement utérin ou l'hémorragie sont importants ou si la déchirure est complexe. • Elle sera totale si lésions s'étendent en bas vers le col et le vagin <p>(chirurgien expérimenté en chirurgie gynécologique)</p>	



4. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contractions utérines douloureuses et de plus en plus rapprochées (2/10 min) • Métrorragies ± • Grossesse entre 22 et 36 SA + 6 jrs <p>Signes physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contractions utérines • Spéculum : saignements endo-utérines ± • Toucher vaginal (avec prudence) : modification du col et du segment inférieur ± <p>Examens complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie : longueur fonctionnelle du col inférieure à 30 mm <p>2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menace légère : pas de modification du col utérin • Menace modérée / sévère : <ul style="list-style-type: none"> - Modification du col - Fièvre - Métrorragies - Écoulement liquidien 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Menace légère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repos strict si contractions sans modification du col (menace légère) + Antispasmodique • Rechercher systématiquement un paludisme en cas de fièvre ou antécédents de fièvre • Rechercher systématiquement une infection génito-urinaire (Bandelette réactive) <p>Menace modérée/sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer vers EPS ou CS si : <ul style="list-style-type: none"> - Modification du col - Fièvre - Métrorragies - Écoulement liquidien <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Menace légère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repos strict si contractions sans modification du col (menace légère) + Antispasmodique • Rechercher systématiquement un paludisme en cas de fièvre ou antécédents de fièvre • Rechercher systématiquement une infection génito-urinaire (ECBU, PV) • Traiter les causes apparentes 	



	<p>Menace modérée/sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laisser accoucher : <ul style="list-style-type: none"> - si la grossesse supérieure à 34 SA et si poche des eaux rompues - si le travail est trop avancé (col effacé et dilaté à 4 cm) quel que soit le terme. - si le pronostic maternel est en jeu (très mauvais état général ; prééclampsie ; éclampsie, HRP, etc.), quel que soit le terme. • Prévoir un bon système de réchauffement et une réanimation néonatale • Dans les autres cas, tenter d'arrêter les contractions : <ul style="list-style-type: none"> - repos strict en milieu médicalisé. Le seul repos suffit dans les formes mineures (contractions sans modification du col). - tocolytiques de première intention (inhibiteurs calciques) <p>Protocole Nifédipine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contre-Indications <ul style="list-style-type: none"> Tension artérielle maternelle PAS inférieure à 9/5 Association avec le sulfate de magnésium (utiliser avec beaucoup de précaution pour éviter une chute tensionnelle relative) Antécédent de cardiopathie • Modalités du Traitement <ul style="list-style-type: none"> Dose d'attaque <ul style="list-style-type: none"> 10 mg par voie orale (précaution en cas de HTA ou pré éclampsie) Répéter toutes les 15 minutes, si persistance des CU (et TA stable), aller au maximum jusqu'à 40 mg puis arrêter. Surveillance de la tension artérielle et les BDC toutes les 15mn pendant 2 heures. Si hypotension maternelle (PA systolique inférieure à 8) : arrêt du médicament et surveillance si persistance de la baisse de tension au bout de 10mn, Donner de l'Éphédrine 6 à 9 mg (soit 2 à 3 cc de l'ampoule diluée avec 9 cc de SSI en IVD) - Dose d'entretien : <ul style="list-style-type: none"> Adalate* LP 30 mg toutes les 12 heures. A poursuivre 48 heures après la corticothérapie (12mg de bétaméthasone ou célestene* à renouveler au bout de 24 heures) Neuroprotection du fœtus en cas de MAS (Menace d'accouchement spontané) ou de césarienne programmée dans le cadre d'une prématurité : <ul style="list-style-type: none"> Protocole Sulfate de Magnésium : 4g dans 250 ml de SSI par voie IV en 20 mn puis 1 g par heure jusqu'à l'accouchement ou pendant 24h - Surveillance TA toutes les 30 min après la prise - Effets indésirables : céphalées, rash cutané •NB : L'échec de l'Adalate autorise l'utilisation intraveineuse d'un autre inhibiteur calcique (Nicardipine ou Loxen) ou les bêtamimétiques dans les 2 heures qui suivent la dernière prise. Tocolyse aux β-mimétiques <ul style="list-style-type: none"> • Contre-indications β-mimétiques <ul style="list-style-type: none"> -Troubles du rythme cardiaque et cardiopathies -Ex : Intolérance aux β-mimétiques (tachycardie, OAP) -Modalités du traitement 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Dose d'attaque -Débit initial : 1 ampoule de salbutamol dans 500cc de SSI en 15 ml/h (1,5 mg/heure. Ne pas dépasser la dose maximale de 34 ml/heure - A l'arrêt des contractions utérines, il faut maintenir un débit efficace (débit avec absence de CU) pendant 1 Heure, puis diminution jusqu'à 10 ml/heures. -Surveillance TA et fréquence cardiaque, Le pouls maternel doit rester \leq 120/min ; -En cas de tachycardie, arrêter la perfusion et surveiller les constantes, si persistance administrer 25 mg de Aténolol (Ténormine*) -Demander un ionogramme à J2 pour contrôler de la kaliémie •Traitement d'entretien : - Après 48 heures de tocolyse en IV, le relais est fait par nifédipine LP 30 mg toutes les 12 heures jusqu'à l'arrêt de la menace. <p>Corticothérapie anténatale</p> <p>Elle doit débiter avant la 34e SA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bétaméthasone - 1 cure correspond à 12 mg en IM - Faire 2 cures à intervalle de 24 heures • Dexaméthasone - 1 cure correspond à 6 mg en IM - Faire 4 cures à intervalle de 12 heures • Protocole Sulfate de magnésium 	
--	--	--



5. HEMORRAGIE DE BENKISER

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie importante lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes <p>Signes physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie d'origine utérine • État maternel conservé • Anomalie du rythme du cœur fœtal • Toucher vaginal permet de palper les vaisseaux sur les membranes intactes 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestes d'urgence • Mettre en condition et évacuer vers une maternité de référence <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Gestes d'urgence et évacuer vers un une maternité de référence</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestes d'urgence • Réaliser une césarienne en urgence • Réanimation néonatale • Transfert en néonatalogie 	TV répétés

IV. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

1. RETENTION PLACENTAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'expulsion du placenta 30 mn après l'accouchement. • d'un ou de plusieurs cotylédons de la surface maternelle placentaire à l'examen du placenta 	<p>POSTE DE SANTE :</p> <p>avertir toujours le CRRA régional +++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et la révision utérine). • Faire une délivrance artificielle <p>Mise en place d'une voie veineuse de très bon calibre (18G), et mettre 10ui de Syntocinon dans une perfusion de 500ml SSI</p> <p>Mettre 1g d'acide tranexamique en 10mn puis 1g sur 8h en IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la compression utérine manuelle externe d'abord puis interne • Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus. <p>Limiter perfusion de solutés pendant transfert pour éviter hémodilution et coagulopathie de dilution</p> <p>Puis référer vers centre de santé de référence ou EPS</p>	

	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • Mise en place d'une voie veineuse de bon calibre (18G), et mettre une perfusion de 500ml SSI • Administration séquentielle : injection IV de 10 U d'ocytocine suivi d'une perfusion de 20 unités puis Misoprostol : 600 µg en sublinguale ou intra rectale • Mettre 1g d'acide tranexamique en 10mn puis 1g sur 8h en IV <p>CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ET EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser et traiter le choc selon l'état de la femme. • Pratiquer une révision utérine, • Si le saignement persiste malgré le respect des séquences, opérer la femme pour arrêter l'hémorragie : <ul style="list-style-type: none"> - ligaturer les vaisseaux utérins ou hypogastriques - sinon, pratiquer une hystérectomie d'hémostase en dernier recours 	
--	--	--



2. INERTIE UTERINE (Atonie utérine)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie génitale après accouchement • Utérus mou • Pas de lésion des parties molles • Examen du placenta normal 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en condition et avertir le SAMU avant évacuation • Éliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et la révision utérine). • Vider la vessie <p>Mettre en place une voie veineuse de très bon calibre (18G), et mettre une perfusion de 500ml SSI</p> <p>Faire une révision utérine douce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer 600 ug de misoprostol (3cp) en per os, sublinguale ou intra-rectal • Faire la compression utérine manuelle externe d'abord puis interne • Mettre 1g d'acide tranexamique en 10mn puis 1g sur 8h en IV <p>Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus; s'aider de compression transabdominale de l'aorte (par le poing sur l'ombilic), si l'hémorragie persiste pendant le transfert</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de santé • Administration séquentielle d'injection IV de 10 U d'ocytocine suivie d'une perfusion de 20 unités, puis de l'injection intramurale de 10 U d'ocytocine • Misoprostol : 600 µg en per os, sublinguale ou intra-rectale • Transférer si l'hémorragie persiste avec : perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus ; ou • S'aider de compression utérine avec un ballonnet (1,5 litre de sérum physiologique dans un gant stérile relié à une sonde de Foley) 	

	<p>EPS</p> <p><i>Hospitaliser et traiter le choc selon l'état de la femme.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer une révision utérine. <p>Mettre 1g d' ACIDE Tranexamique en 10mn puis 1g sur 8h en IV</p> <p>Artério-embolisation si possible (filière HPP) si disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le saignement persiste malgré le respect des séquences, opérer la femme pour arrêter l'hémorragie <ul style="list-style-type: none"> - ligaturer les vaisseaux utérins ou hypogastriques - technique de capitonnage : B-Lynch, O'Cho - sinon, pratiquer une hystérectomie d'hémostase en dernier recours 	
--	--	--

3. LESIONS TRAUMATIQUES CERVICO-VAGINALES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Patiente qui saigne et qui a un bon globe de sécurité et dont le placenta est complet à l'examen • examen sous valve identifie des lésions cervico-vaginales 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et révision utérine) • Suturer les lésions vaginales simples • Tamponner le vagin avec des compresses, des mèches ou des petits champs • Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>IDEM Poste de santé</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suturer les lésions vaginales et cervicales après s'être assuré de la vacuité utérine • Mettre en condition et prise en charge chirurgicale 	



V. PRE ECLAMPSIE / ECLAMPSIE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Prééclampsie modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA systolique entre 140 et 159 mm Hg • TA diastolique entre 90-109 mm Hg • Protéinurie \geq 300 mg /24h • Protéinurie 2 croix • Absence de signes de gravité <p>Prééclampsie sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA systolique \geq 160 mm Hg • TA diastolique \geq 110 mm Hg • Protéinurie \geq 1g /24h • Protéinurie \geq 4 croix • Présence de signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> - Céphalées - Bourdonnement d'oreille - Flou visuel - Exagération de l'œdème - Douleur épigastrique - Trouble de la vigilance - Crises convulsives (éclampsie) - Diminution des MAF - Trouble de la crase sanguine - Élévation ASAT et ALAT - Élévation créatininémie - Thrombopénie - Élévation de l'acide urique - Complications (HRP, Éclampsie, HELLP syndrome, MFIU) - Retard de croissance intra-utérin - Oligo-amnios sévère 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Prééclampsie modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse de moins de 37 SA - Référer vers centre de santé de référence pour suivi <p>Prééclampsie sévère</p> <p>Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dextro systématique - VVP de bon calibre - Remplissage vasculaire : SSI 1000ml - PLS si trouble de la conscience + canule de Guedel - Démarrer protocole sulfate de magnésium (dose de charge : 4g en 15 à 30mn) <ul style="list-style-type: none"> • Évacuer vers centre de santé de référence / EPS 	

	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Prééclampsie modérée</p> <p>Idem POSTE DE SANTE</p> <p>Prééclampsie sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en condition (Idem Poste de santé) • Si troubles de la conscience avec score de Glasgow inférieur à 8 : intuber si possible • Poursuivre le protocole Sulfate de magnésium • Poursuivre le remplissage vasculaire <p>Évacuer vers centre de santé de référence</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE REFERENCE / EPS</p> <p>Prééclampsie modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse de moins de 37 SA <p>- Suivi rapproché deux fois par semaine sous traitement antihypertenseur</p> <p>◇ Surveiller tension artérielle, protéinurie, les réflexes et l'état du fœtus.</p> <p>◇ Informer sur les signes de danger</p> <p>◇ Encourager le repos et une alimentation normale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse ≥ 37 SA : déclenchement du travail <p>Prééclampsie sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant 34 SA <p>- Hospitalisation</p> <p>- Surveillance quotidienne des signes de gravité, diurèse, ROT, HU, œdèmes</p> <p>- Examens paracliniques :</p> <p>◇ Créatininémie, Uricémie ALAT, ASAT, NFS,</p> <p>◇ Échographie bihebdomadaire</p> <p>- Corticothérapie anténatale</p> <p>- Traitement antihypertenseur :</p> <p>◇ Nicardipine 10 mg : Traitement de choix. Dose d'attaque : 1 cc en bolus IV toutes les 5 min jusqu'à ce que la TAD $100 \leq TAD \leq 90$. Dose d'entretien : 10 mg dans 500 cc de SGI</p> <p>◇ Clonidine : ampoule de 150µg 500 ccs de SGI à faire passer en 8H (3 ampoules par 24H)</p>	
--	--	--



	<p>- Césarienne en urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ HTA sévère non contrôlée, céphalées, troubles visuels persistants ◇ OAP, anurie ◇ Éclampsie ◇ Plaquettes ≤ 50000, CIVD ◇ Créatininémie ≥ 180µmol/l <p>- Prévention de la crise d'éclampsie avec le sulfate de magnésium (protocole de Zuspan) devant tout signe neurologique de gravité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après 34 SA <p>- Arrêt de la grossesse en fonction du score de Bishop et de l'état de la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Déclenchement du travail ◇ Césarienne 	
--	--	--

VI. VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Vomissement de début de grossesse (6-12 SA), rarement après 16 SA sans cause organique • Vomissements simples état général conservé évolution spontanément résolutive • Vomissements graves sévères, répétés avec retentissement sur l'état général. <p>Signes fonctionnels :</p> <p>Nausées Vomissements</p> <p>Souvent le matin, déclenchés par les odeurs, Contenu muqueux le matin, bilieux entre les repas et alimentaires après les repas Accompagnés d'hypersalivation.</p> <p>Signes généraux :</p> <p>Amaigrissement (0,5 kg/semaine), Oligurie franche, Pouls accéléré; TA pincée, Déshydratation (yeux excavés, lèvres sèches, pli cutané) et odeur acétonique de l'haleine</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements simples : <ul style="list-style-type: none"> - repos - conseils alimentaires - hydratation en dehors des repas - anti-émétiques par voie orale ou rectale : metopimazine (VOGALENE®) : 15-30 mg/j per os ; metoclopramide (PRIMPERAN®) : 10 mg avant repas • Vomissements graves <p>Evacuer Centre de santé</p>	

<p>Signes physiques :</p> <p>Abdomen creux avec saillie des épines iliaques,</p> <p>TV : Utérus augmenté de volume, mou, col utérin violacé, mou</p> <p>Complications maternelles</p> <p>-Troubles nutritionnels et ioniques (Déshydratation, Perte de poids supérieure à 5%, Altération de la fonction rénale)</p> <p>-Encéphalopathie avec trouble de la mémoire, Trouble de la vigilance (torpeur), Polynévrite, Amyotrophie, Aréflexie ostéotendineuse, État de Coma entrecoupé d'agitation et de délire</p>	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements simples : idem poste • Vomissements graves <p>- Hospitalisation : isolement ++</p> <p>- Diète absolue : 24h-48h</p> <p>- Rééquilibrage hydro-électrolytique et calorique</p> <p>- Alimentation entérale</p> <p>- Antiémétiques par voie IV</p> <p>- Metopimazine (VOGALENE®):10-20 mg/j en IM ou IV (30 mn avant repas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dompéridone (MOTILIUM®) : 30-60 mg/j <p>Metoclopramide (PRIMPERAN®) : 10 mg avant repas; 10-20 mg en IM;</p> <p>2-10 mg/Kg/j en perfusion (Syndrome extra pyramidal)</p> <p>- Neuroleptiques : Halopéridol (HALDOL®) : 1-3 mg/j ou Sulpride (DOGMATIL®) : 300 mg IM/j ou Chlorpromazine (LARGACTIL®): 25-30 mg IM ou IV x 3 /j</p> <p>- Psychothérapie de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie abdominale (si elle est disponible et si l'état de la femme le permet) <p>EPS</p> <p>IDEM centre de santé</p>	
--	---	--



VII. PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • C'est la chute du cordon au-devant de la présentation après une rupture provoquée ou spontanée de la poche des eaux. • Conséquences : souffrance fœtale voire mort fœtale par compression du ou dessiccation du cordon • SPECULUM : cordon dans le vagin sous forme d'une tige blanchâtre • TOUCHER VAGINAL : Ouverture du col membranes rompues. Cordon sous forme d'une anse souple pulsatile avec battements synchrones au BDC fœtal 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • si fœtus vivant : faire gestes d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> - femme en position de Trendelenburg - Oxygénation - Imbiber le cordon dans du SGI <p><i>Évacuer Centre de santé avec bloc opératoire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • si enfant mort ou non viable : accouchement par voie basse <p>CENTRE DE SANTE IDEM POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si petite dilatation : césarienne absolue • Si dilatation avancée : <ul style="list-style-type: none"> - avec enfant vivant : césarienne ou voie basse spontanée ou artificielle. - avec enfant mort ou non viable : accouchement par voie basse. • Présentation de l'épaule : césarienne ou version par manœuvre interne <p>(VMI) – Grande extraction de siège (si deuxième jumeau)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPM : antibiothérapie et voie basse ou césarienne <p>EPS</p> <p>IDEM centre de santé</p>	<p>Refouler ou replacer le cordon</p>

VIII. INFECTIONS MATERNELLES PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT OU LE POST PARTUM LIEES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT A L'ETAT GRAVIDE

1. CHORIOAMNIOTITE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Chorioamniotite (Infection du chorion et de l'amnios au cours du travail) • Fièvre dépassant 38°C, pouls accéléré • Utérus sensible et douloureux • Écoulement spontané et continu de liquide amniotique fétide, parfois purulent. • Rechercher toujours une notion de rupture prématurée des membranes 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline : 2g IM • Paracétamol per os : 1g • Référer en accompagnant la patiente <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfuser du sérum glucosé à 5% • Ampicilline : 2g IV toutes les 6 heures pendant 3 jours puis relais par voie orale pendant 7 jours • Gentamycine 120 mg en IV Lente par jour pendant 5 jours • Accoucher la patiente si l'expulsion est imminente et qu'il n'existe pas de dystocie • Arrêter traitement après accouchement par voie basse • Référer sous perfusion et antibiotiques si : <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre sup. à 39°C malgré les antibiotiques - Il existe des signes de gravité - Dystocie <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser et perfuser • Maintenir l'antibiothérapie • Hâter l'évacuation utérine : <ul style="list-style-type: none"> - Déclencher le travail ou activer le travail - Ou Césariser 	<p>TV répétés</p>



2. ENDOMETRITE AIGUE DU POST PARTUM

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>(Infection de l'utérus qui survient entre le 4ème et le 8ème jour dans les suites de couches)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre inférieure à 39°C, pouls accéléré, sans altération de l'état général • Douleur abdominale basse • Lochies purulentes fétides, parfois hémorragiques • Utérus gros, mou, sensible et douloureux • Col ramolli, largement ouvert • Culs de sac libres et indolores 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline : 2 g IM • Métronidazole cp: 500mg (2 cp de 250mg) • Paracétamol : 1g per os • Ocytocine : 10 U en IM (pas de méthylergométrine) • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfuser sérum glucosé 5% • Ampicilline 2g IV toutes les 6h • Gentamycine 120mg par jour en IVL • Métronidazole : 500 mg en perfusion toutes les 8h • Antipyrétique en perfusion (paracétamol 1g /8h) jusqu'à apyrexie • Échographie (si disponible) : rechercher une rétention placentaire pour évacuer l'utérus par une aspiration • Évacuer l'utérus par aspiration si échographie non disponible • Ocytocine en perfusion : 10 UI dans 500 cc x 2/j • Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours : Ampicilline 4g/j et Métronidazole 500 mg X 3/j • Référer si persistance symptomatologie ou complication <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem avec Centre de santé • Prélèvement de lochies • Échographie puis évacuation utérine si indiqué • Antibiothérapie adaptée • Ocytocine en perfusion • Faire hystérectomie si utérus nécrotique 	

3. ENDOMETRITE AIGUE DU POST ABORTUM

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>(Infection de l'utérus survenant après un avortement septique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte de tentative abortive ; • Température supérieure à 39°C, frissons et pouls accéléré ; • Altération de l'état général ; • Douleurs pelviennes ; • Pertes malodorantes ; • Métrorragies ; • Utérus sensible et parfois lésions traumatiques 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline : 2 g IM • Métronidazole 500 mg per os • Paracétamol : 1g per os • Ocytocine : 10 U en IM <p>Mise en condition et remplissage vasculaire si nécessaire avec SSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en condition et remplissage vasculaire si nécessaire avec SSI • Ampicilline 2g IV toutes les 6h • Gentamycine 120mg IVL par jour • Métronidazole : 500 mg en perfusion toutes les 8h • Antipyrétique en perfusion (paracétamol 1g /8h) jusqu'à apyrexie • Échographie (si disponible) : rechercher une rétention ovulaire pour évacuer l'utérus par une aspiration manuelle intra utérine • Ocytocine en perfusion : 10 UI dans 500 cc x 2/j • Vaccination antitétanique (si indiqué) • sérum anti D (femme Rhésus négatif) • Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours : Ampicilline 4g/j et Métronidazole 500 mg X 3/j • Counseling pour la contraception • Référer si suspicion de perforation utérine ou de pelvipéritonite <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réanimation • Prélèvement de pertes • Échographie puis évacuation utérine si indiquée • Antibiothérapie adaptée • Ocytocine • Traitement chirurgical 	



IX. PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DYSTOCIQUE

1. DYSTOCIE DYNAMIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Dystocie de la phase active</p> <ul style="list-style-type: none"> • Col dilaté entre 4 et 9 cm • Contractions utérines inefficaces : moins de 3 contractions en 10 minutes • Arrêt de la dilatation cervicale entre 4 et 9 cm 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer vers le centre de santé <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer une dystocie mécanique ou de présentation • Rompre artificiellement les membranes • Placer une perfusion d'ocytocine contrôlée et progressive • Surveiller le travail à l'aide du partogramme • Accoucher par voie basse • Transférer au niveau EPS si la dilatation stagne ou si souffrance fœtale 	Garder la femme
<p>Dystocie d'expulsion</p> <p>Absence d'engagement à dilatation complète (10 cm) avec détérioration de la situation obstétricale (maternelle ou fœtale)</p>	<p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Césariser si dystocie persistante et/ou souffrance fœtale <p>POSTE DE SANTE</p> <p>Référer vers le centre de santé</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • si engagement : appliquer une ventouse • si pas d'engagement : Référer vers EPS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • si engagement : appliquer une ventouse • pas d'engagement : césariser 	



2. DYSTOCIE MECANIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Dystocie osseuse (bassin rétréci) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bassin limite • Bassin chirurgical (BGR, bassin asymétrique) • les contractions utérines de bonne qualité sont inefficaces • Dilatation et présentation ne progressent pas • Pelvimétrie clinique anormale : <ul style="list-style-type: none"> - Lignes innominées suivies au-delà des deux tiers antérieurs - Promontoire atteint avec un promonto rétro-pubien compris entre 8,5 et 10 cm - Epines sciatiques très saillantes - Bi ischiatique inférieur à 9 cm. 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Placer une sonde vésicale + poche et une voie veineuse</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Référer vers EPS</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Césariser tout bassin chirurgical • Faire une EPREUVE DU TRAVAIL devant un bassin limite 	<ul style="list-style-type: none"> • Retenir la patiente • Mettre une perfusion d'ocytociques • Ne jamais tirer sur la tête fœtale ; • Ne pas faire d'expressions utérines ;
<p>Dystocie par macrosomie fœtale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauteur utérine excessive avec débord de la tête fœtale au-dessus du pubis ; • Dilatation traînante ; • Descente lente de la tête fœtale • « Dystocie des épaules » au cours de l'expulsion <div data-bbox="177 1339 391 1541" style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> </div> <div data-bbox="416 1339 636 1541" style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> </div>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale ; • Référer la femme vers le centre de santé <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale ; • Référer la femme au niveau hospitalier <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Césariser toute macrosomie excessive : <ul style="list-style-type: none"> - Hauteur utérine supérieure à 40 cm ; - Diamètre bipariétal supérieur à 100 mm - Poids fœtal estimé supérieur à 4500 grammes. • Gérer la dystocie des épaules : <ul style="list-style-type: none"> Demander de l'aide ; Installer la femme sur un plan dur les fesses débordant la table ; Demander à l'aide de pousser fermement les genoux fléchis de la patiente vers sa poitrine; Essayer de dégager les épaules sans forcer en sollicitant de votre aide une pression sus pubienne ; 	<p>IDEM</p>



	<p>Si l'épaule n'est toujours pas dégagée : Introduire une main dans le vagin</p> <p>Saisir l'humérus du bras postérieur et, tout en le maintenant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne.</p>	IDEM
<p>Dystocie par hydrocéphalie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débord à la palpation de la tête fœtale par rapport au détroit supérieur • Échographie : importance de l'hydrocéphalie 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CS toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transférer au niveau hospitalier toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie <p>EPS</p> <p>Césariser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hydrocéphalie mineure et proposer une dérivation ventriculaire ; • Accoucheur non expérimenté pour craniotomie. 	Retenir la femme
<p>Dystocie par tumeur fœtale :</p> <p>Échographie</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Référer au CS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Référer au niveau EPS</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Césariser si déformation volumineuse ; • Proscrire l'embryotomie si technique non maîtrisée (risque maternel). 	Perfusion d'ocytociques

3. DYSTOCIE DE PRESENTATION 1

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Dystocie par présentation transversale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utérus étalé transversalement ; • Excavation vide ; • Toucher vaginal : palper épaule et grill costal ; • Si poche des eaux rompues : c'est une épaule négligée 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Référer au CS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Référer au niveau EPS</p> <p>EPS</p> <p>Pendant la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une version par manœuvres externes (en dehors des contre-indications usuelles) à 36 semaines ; • Césariser si échec à 38 semaines. • Si contre-indication : faire une césarienne <p>Pendant l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatation complète et poche des eaux intacte : rompre et tenter version par manœuvres internes et grande extraction du siège (en dehors des contre-indications habituelles, obstétricien expérimenté et bloc opératoire fonctionnel avec anesthésiste sur place). • Présentation transverse sur deuxième jumeau : faire une version par manœuvre interne, suivi d'une grande extraction du siège • Césariser dans tous les autres cas : maturité fœtale acquise (âge gestationnel au-delà de 37 semaines), épaule négligée. 	<p>Retenir la femme</p>



4. DYSTOCIE DE PRESENTATION 2

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p><i>Présentation de la face</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation longitudinale ; • Face fixée au détroit supérieur ; • Toucher vaginal : retrouver le menton et jamais la fontanelle antérieure. Il faut préciser sa variété (antérieure ou postérieure). 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Référer au CS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accoucher par voie basse : la face en mento-antérieure et à progression normale • Référer à l'EPS le plus proche si la face est en mento-postérieure <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Césariser: la face en mento-postérieur, ou mento-antérieure avec dystocie et ou souffrance fœtale ; • Accoucher par voie basse: la face en mento-antérieure et à progression normale 	
<p><i>Présentation du front</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Céphalique fixée au détroit supérieur : <p>- FRONT: présentation irrégulière avec orbites et nez qui fait le repère de la présentation. Le menton n'est pas atteint</p> <p>- BREGMA : régulière avec voûte du crâne et bregma (losangique) au milieu du détroit supérieur (on ne palpe ni le nez, ni l'occiput).</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Référer au CS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Référer à l'EPS le plus proche</p> <p>EPS</p> <p>Césariser le front et le bregma</p>	



X. SOUFFRANCE FŒTALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION État d'hypoxie sévère entraînant une altération des BDC du fœtus et une modification de l'aspect du liquide amniotique</p> <p>SIGNES Modification des Bruits Du Cœur (BDC) : inférieurs à 110 bpm ou supérieurs 160 bpm Liquide Amniotique (LA) méconial ou purée de pois</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien affectif • Mettre en décubitus latéral gauche • Recontrôler les BDC toutes les 15 mn • Demander de l'aide • Référer vers le centre de santé <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDEM + oxygénation • Augmenter la charge hydrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Retenir la femme à petite dilatation • Ausculter les BDC au cours des contractions utérines • Tenter de réintroduire un cordon prolabé • Expressions abdominales
	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la perfusion d'ocytocique si en cours • Oxygénation et modification techniques de respiration ou de poussée • Réévaluer les conditions obstétricales • Si situation inchangée et accouchement non imminent référer • Si accouchement imminent, accouchement par ventouse • Réanimation du nouveau-né <p>EPS : Réévaluer la situation obstétricale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraction instrumentale ou césarienne selon les données de l'examen • PEC du nouveau-né immédiate et poursuite en unité de néonatalogie 	

XI. URGENCES GYNECOLOGIQUES (GEU ET AVORTEMENTS EXCLUS)

- Éliminer toujours chez une femme en période d'activité génitale une grossesse extra-utérine ou un avortement devant des douleurs pelviennes, des métrorragies ou une fièvre. Il faudra évoquer les hypothèses diagnostiques suivantes; hémorragie intra-kystique, rupture de kyste, torsion annexielle ou processus infectieux pelviens et en particulier un abcès tubo-ovarien, myome en nécrobiose aseptique.



1. TORSION DE KYSTE DE L'OVAIRE - HEMORRAGIE INTRAKYSTIQUE – RUPTURE DE KYSTE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes, vives métorragies, et moins souvent fièvre • Nausées vomissements • Tachycardie, pâleur • État de choc • Défense sans contracture <p>TV : masse latéro- utérine douloureuse et fixée</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse : SGI% ou SSI en chute PA, et antalgiques (Paracétamol) • Référer vers centre où prise en charge chirurgicale possible et mettre à jeun) <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem • Si échographie disponible confirmer le diagnostic • Perfusion 1g de Perfalgan • Référer pour prise en charge chirurgicale rapide <p>EPS</p> <p>Échographie Laparotomie Ou cœlioscopie si disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retenir la patiente • Donner des pasmo-diques • Mettre une vessie de glace • Mettre en observation • Traitement en ambulatoire

2. PELVIPERITONITE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes, • Leucorrhées • Troubles du transit, fièvre • Défense pelvienne ± contracture <p>TV : douleurs au niveau des culs de sac</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditionnement : <p>Voie veineuse (16 ou 18G)</p> <p>Pancarte de surveillance (TA, pouls, dextro, SpO2)</p> <p>Antalgique : perfalgan* 1gx3/j</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer dans centre spécialisée <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de santé</p> <p>Échographie si disponible</p> <p>Chirurgie, si non référer</p> <p>EPS</p> <p>Traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline 2g IV toutes les 6h • Gentamycine 120mg IVL par jour • Métronidazole : 500 mg en perfusion toutes les 8h <p>Traitement chirurgical si abcès pelviens ou pyosalpinx ou échec traitement médical</p>	<p>Retenir la patiente</p> <p>Donner des antipyrétiques</p> <p>Donner des antibiotiques</p>

3. MYOME EN NECROBIOSE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes, métrorragies, et moins souvent fièvre • Troubles digestifs • Antécédents de myome • Masse abdomino-pelvienne irrégulière et très sensible <p>TV : utérus augmenté de volume irrégulier et très sensible</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditionnement : Voie veineuse (16 ou 18G) <p>Pancarte de surveillance (TA, pouls, dextro, SpO2)</p> <p>Antalgique : perfalgan* 1gx3/j</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer en centre spécialisé <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie si disponible • Chirurgie, si non référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie • Vessie de glace • Kétoprofene 100mg en perfusion de 30 minutes • Surveillance • Envisager secondairement un traitement chirurgical 	<p>Retenir la patiente</p>



URGENCES MÉDICALES NÉONATALES

I. ASPHYXIE NÉONATALE ET RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

II. CONVULSIONS NEONATALES

III. DETRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU NÉ

IV. ICTERE NEONATAL

V. HEMORRAGIE NEONATALE



I. ASPHYXIE NÉONATALE ET RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Définition : Absence de cri ou de respiration autonome à la naissance</p> <p>Signes cliniques : Cri absent ou faible Respiration absente, faible ou irrégulière Cyanose généralisée Nouveau-né hypotonique</p>	<p>C'est la réanimation du nouveau-né dès son accueil en salle de naissance (avant tout transfert).</p> <p>Il faut aider le nouveau-né à respirer (HBB) dans la 1ère minute de vie (minute d'or)</p> <p>POSTE DE SANTE TARCI</p> <p>T = Température : prévenir hypothermie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le nouveau-né dans un linge sec, chaud et propre • Sécher en le stimulant, changer le linge mouillé puis lui mettre un bonnet • Appeler à l'aide <p>A = libération des voies Aériennes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouveau-né sur le ventre de sa mère, la tête inclinée sur le côté • Aspirer les sécrétions à l'aide d'un pingouin (d'abord la bouche puis les narines) • S'il ne respire pas, procéder à des stimulations : frotter le dos, faire des chiquenaudes à la plante des pieds • S'il ne respire toujours pas, clamper et sectionner immédiatement le cordon et le mettre au coin du nouveau-né sous la source de chaleur pour passer à l'étape de la respiration <p>R = Respiration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous la source de chaleur, nouveau-né sur le dos, la tête légèrement en extension (billot sous les épaules possible) • Débuter la ventilation au masque et au ballon le plus rapidement, dans la minute après la naissance (minute d'or) • Rythme de (1, 2, 3 je ventile) pendant 1 à 2 minutes puis réévaluer • Critères d'efficacité : le thorax se soulève, la coloration s'améliore • Si le nouveau-né ne respire toujours pas, évaluer la fréquence cardiaque (par l'aide) <p>Ci = Circulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si FC inférieure à 60 battements/minutes malgré une ventilation efficace pendant au moins 30 secondes, l'aide doit débuter le Massage Cardiaque Externe (MCE) par la technique des deux pouces, mains encerclant le thorax • MCE toujours couplé à la ventilation, d'où la nécessité de la présence de deux personnes minimum • Rythme : 1 ventilation pour 3 compressions thoraciques (1, 2,3 je ventile) • Site : 1/3 inférieur du sternum • Si la FC devient supérieure à 60 batt/min, arrêter MCE, continuer la ventilation • Référer même si la réanimation est réussie 	<ul style="list-style-type: none"> • Se baser sur le score d'Apgar pour décider de débuter la réanimation • Ne pas appeler à l'aide • Secouer ou suspendre le nouveau-né par les pieds la tête en bas • Donner des fessées au nouveau-né • Asperger de l'eau sur le nouveau-né <p>Frotter avec alcool</p> <p>Évacuer le nouveau-né sans</p> <p>Évacuer le nouveau-né sans entreprendre les manœuvres de réanimation</p> <p>Interrompre la réanimation durant le transfert</p>



CENTRE DE SANTÉ : TARCIM

M : médicaments = Adrénaline

- Idem Poste de sante
- Si FC reste inférieure à 60 batt/min malgré MCE couplé à la ventilation, administrer de l'adrénaline
- Préparation : 1 ampoule de 1 mg/ml diluée dans 9 ml de SSI (1 ml = 100 mcg)
- Posologie : 0,1 à 0,3ml/kg/dose en IV, répété toutes les 2 à 3min si besoin
- Sur VV périphérique rapide ou cathéter veineux ombilical (posé rapidement par un aide)
- Référer en fonction du plateau technique

EPS : TARCIM

- Idem Centre de santé
- Intubation possible à toutes les étapes



II. CONVULSIONS NEONATALES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Définition : Contractions musculaires involontaires liées à une décharge électrique neuronale</p> <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crises toniques généralisées avec raideur musculaire • Myoclonies : Secousses musculaires d'une partie du corps (lèvres, paupières et membres) • Révulsion oculaire : plafonnement du regard • Mâchonnement • Mouvements de pédalage et de boxage 	<p>POSTE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libérer les voies aériennes • Mettre en position latérale de sécurité • Placer une voie veineuse périphérique si possible • Administrer Diazépam (Valium®) en IR ou en IV 0,3mg/kg si convulsions en cours • Faire un Dextro, si glycémie $\leq 0,5$ g/l, administrer SG10% 5ml/kg en IVD ou par sonde gastrique • Perfuser selon les règles de référence • Référer systématiquement <p>Centre de santé</p> <p>Idem PS</p> <p>En première intention, Phénobarbital (Gardéna®) 20 mg/kg dilué dans 20 ml de SSI en IVL en 30 min par PSE ou débitmètre</p> <p>Si phénobarbital non disponible utiliser le diazépam (Valium®) 0,3mg/kg en IV ou IR</p> <p>Référer systématiquement vers l'EPS</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem centre de santé • Si convulsions persistantes, administrer dans l'ordre: <ul style="list-style-type: none"> o Midazolam 0,1 mg/kg en IVL o Clonazépam (Rivotril®) 0,1 mg/kg/6heure en IV continue par PSE ou débitmètre pédiatrique • Monitoring cardiorespiratoire • Mesures de réanimation, jusqu'à l'intubation pour une ventilation artificielle • Bilan: NFS, PL, ionogramme sanguin, calcémie, magnésémie, glycémie, EEG, ETF • Traitement étiologique 	<p>Retarder l'évacuation</p>



III. DETRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU NÉ

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Définition : Difficultés respiratoires chez le nouveau-né entre 0 et 28 jours</p> <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalies du rythme respiratoire : • polypnée $\geq 60/\text{min}$ • Bradypnée $\leq 20/\text{min}$ • Apnée : absence de respiration pendant plus de 20 secondes • Signes de lutte : (cotation cf score de Silverman) • Geignement expiratoire • Tirage, • Battement des ailes du nez • Entonnoir xiphoïdien • Balancement thoraco-abdominal <p>NB : La cyanose est un signe de gravité</p>	<p>POSTE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter l'alimentation • Faire les gestes d'urgence o Libérer les voies aériennes o Sonde gastrique de décharge o Si disponible, mesurer la saturation en oxygène au membre supérieur droit (normale supérieure 95 %) o Voie veineuse périphérique • Mettre une perfusion SG10% à un débit de 7 gouttes/min ou 5ml/h au pousse seringue électrique ou débitmètre pédiatrique • Référer systématiquement <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de sante • Oxygénothérapie par lunettes nasales 1 à 4 litres/minute • Adapter l'oxygénothérapie en fonction de la saturation • Référer si détresse respiratoire sévère Silverman ≥ 5 ou saturation inférieure à 95% ou si pas d'Unité de Néonatalogie <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem centre de santé • Monitoring cardiorespiratoire complet • Gaz du sang • Si persistance DR ou hypoxémie : autres moyens <ul style="list-style-type: none"> o CPAP nasale o Intubation-ventilation • Rechercher une cardiopathie congénitale • Rechercher Hypertension artérielle pulmonaire : différence de saturation de plus de 10 points entre le membre supérieur droit et les membres inférieurs <p>> Sildenafil 4 mg/kg/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement étiologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre une voie ombilicale • Alimenter le nouveau-né • Retarder la référence

Score de Silverman : évaluation de la sévérité de la détresse respiratoire chez le nouveau-né

Cotation Signes	0	1	2
Battement des ailes du nez	Absent	modéré	intense
Balancement thoraco abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
Tirage intercostal	Absent	Modéré	Intense et sus sternal
Entonnoir xiphoidien	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Audible au stéthoscope	Audible à distance

- 0 = pas de détresse respiratoire ;
- 1 à 2 = détresse respiratoire légère ;
- 3 à 4 = détresse respiratoire modérée ;
- ≥ 5 = détresse respiratoire sévère



IV. ICTERE NEONATAL

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Définition :</p> <p>Coloration jaune des muqueuses et des téguments entre 0 et 28 jours</p> <p>Examen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rechercher au niveau des yeux, des conjonctives, des lèvres, de la langue, de la peau, de la paume des mains, des ongles et de la plante des pieds • Caractère descendant = ictère généralisé, d'autant plus grave que c'est bas situé sur le corps • Distinguer deux types d'ictère : <ul style="list-style-type: none"> ◇ Ictère à bilirubine libre : <ul style="list-style-type: none"> - Urines claires, selles normo-colorées - Nette prédominance de bilirubine libre à la biologie > risque d'encéphalopathie hyperbilirubinémique ◇ Cholestase <ul style="list-style-type: none"> - Urines foncées - Selles décolorées blanchâtres - Hépatomégalie - Bilirubine conjuguée \geq 20% bilirubine totale > risque d'évolution vers la cirrhose biliaire 	<p>POSTE DE SANTÉ</p> <p>Référer dans les normes</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan : <ul style="list-style-type: none"> ◇ Chez le nouveau-né : NFS, GSRh, CRP, Bilirubinémie totale, libre et conjuguée ◇ Chez la mère : GSRh • Ictère à bilirubine libre <ul style="list-style-type: none"> ◇ Photothérapie suivant les courbes (cf encadré) ◇ Traitement étiologique ◇ Référer si : <ul style="list-style-type: none"> - Ictère grave selon courbes de photothérapie - Très faible poids de naissance inférieur à 1500 g - Persistance après 48 heures ou aggravation - Autres signes de danger • Cholestase <ul style="list-style-type: none"> ◇ Pas de photothérapie ◇ Référer vers un service de chirurgie pédiatrique <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de santé • Si ictère à bilirubine libre très sévère <ul style="list-style-type: none"> ◇ Envisager exsanguinotransfusion (cf. courbes) surtout en cas d'incompatibilité foëto-maternelle rhésus ◇ Exsanguino-transfusion en cas d'indication sur les courbes • Si ictère cholestatique : évoquer systématiquement une atrésie des voies biliaires car elle nécessite une chirurgie palliative en urgence (intervention de Kasai) • Bilan et traitement étiologiques : cf. algorithme 	<p>Exposer le nouveau-né au soleil ou à la lumière du jour au lieu de la photothérapie</p> <p>Donner la ceftriaxone comme antibiotique</p> <p>Faire une photothérapie devant une cholestase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner la ceftriaxone comme antibiotique • Faire une photothérapie devant une cholestase

V. HEMORRAGIE NEONATALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION</p> <p>Saignements graves extériorisés ou non, survenant entre 0 et 28 jours de vie</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extériorisé : <ul style="list-style-type: none"> - cutanées: purpuras, pétéchies, hémorragies au point d'injection - ombilicales: saignement en nappes - digestives: hématomène, rectorragies, melaena (≠ méconium) - urinaires: hématurie macroscopique • Interne ou non extériorisées : <ul style="list-style-type: none"> - intracrâniennes: hémorragies intraventriculaires (HIV), méningées, parenchymateuses - Hématomes superficiels ou viscéraux: hématomes musculaires, céphalhématome, hématome extensif du cuir chevelu - Hématome sous-capsulaire du foie, de la rate <p>Retentissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anémie parfois mal tolérée • Insuffisance cardiaque • État de choc hémorragique 	<p>POSTE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimer si saignement extériorisé • Arrêter l'alimentation si saignement digestif • Libérer les voies aériennes • Si respiration absente ou irrégulière, ventilation avec ballon et masque • Placer une voie veineuse périphérique • Donner une dose de vitamine K1 5 à 10 mg en IVL ; à défaut de VVP donner par voie orale • Donner la première dose d'antibiotique en IV si facteurs de risque infectieux : ampicilline ou cefotaxime : 50mg/kg • Référer systématiquement en respectant les conditions de référence <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de sante • IOxygéner aux lunettes si indiqué 1 à 3 litres/min • ISi saignement persiste, renouveler vitamine K1 à 5 mg en IVL • ISi choc, remplissage vasculaire 20 cc de SSI en 20 minutes • IBilan si disponible: NFS + plaquettes, GSRh, TP-TCK, bilan infectieux : CRP, Hémoculture • ISi anémie mal tolérée, transfusion de culot globulaire 10 à 15 cc/kg sur 4 heures ou sang total 20 cc/kg par pousse seringue électrique si possible • IRéférer en Néonatalogie <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • IIdem centre de sante • ISi bilan de la crase perturbé, transfusion de Plasma Frais Congelé (PFC) 15 ml/kg sur 1 heure • ISi thrombopénie symptomatique ou sévère inférieure à 30 000/mm³, transfusion de concentré plaquettaire 15ml/kg sur 20 minutes • IAntibiothérapie si infection • IBilan et traitement étiologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une injection intramusculaire (risque d'hématome) • Faire un tamponnement avec la vitamine K1 • Utiliser la Vitamine K huileuse en intraveineuse



URGENCES MEDICALES CHEZ L'ADULTE

I. CARDIOLOGIE

1. URGENCES HYPERTENSIVES
2. OAP D'ORIGINE CARDIAQUE OU CHOC CARDIOGENIQUE
3. SYNDROME CORONARIEN AIGU
4. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ETAT DE CHOC
5. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE
6. SCORE DE WELLS
7. ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

II. NEUROLOGIE

1. ECHELLE DE GLASGOW ADULTE
2. COMA NON TRAUMATIQUE
3. CRISES CONVULSIVES
4. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)
5. CEPHALEE AIGUE
6. POLYRADICULONEVRITE (PRN) AIGUE
7. CRISE MYASTHENIQUE

III. PNEUMOLOGIE

1. DETRESSES RESPIRATOIRES OU INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË
2. CRISE D'ASTHME
3. ASTHME AIGU GRAVE
4. EXACERBATION AIGUE DE BPCO (EABPCO)
5. HEMOPTYSIE
6. PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE
7. EMBOLIE PULMONAIRE

IV. ETATS INFECTIEUX GRAVES

1. PALUDISME GRAVE DE L'ADULTE
2. MENINGITES BACTERIENNES AIGUËS DE L'ADULTE
3. TETANOS
4. PREVENTION DE LA RAGE
5. FIEVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES
6. GASTRO-ENTERITES FÉBRILES

V. DIABÉTOLOGIE ENDOCRINOLOGIE

1. ACIDOCETOSE DIABETIQUE
2. HYPOGLYCEMIE
3. HYPERGLYCEMIE SIMPLE
4. INSUFFISANCE SURRENALIENNE AIGUË

VI. DERMATOLOGIE

1. TOXIDERMIES GRAVES
2. DERMO - HYPODERMITES BACTERIENNES
3. DERMATOSES BULLEUSES
4. LES ERYTHRODERMIES
5. URITICAIRE DIFFUSE AIGUE OEDEME DE QUINCKE CHOC ANAPHYLACTIQUE



I. CARDIOLOGIE

1. URGENCES HYPERTENSIVES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est une élévation rapide de la tension artérielle au-dessus des chiffres habituels avec une PAS supérieure à 180 et /ou PAD supérieur 110 mm Hg chez un patient habituellement normo-tendu avec la présence de signes de complication viscérale.</p> <p>SIGNES CLINIQUES (signes d'intolérance)</p> <p>Signes mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • céphalées légères • bourdonnements d'oreille • vertiges • impression de mouches volantes • palpitations <p>Signes majeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements, céphalées intenses, sensation de voile devant les yeux • Confusion, obnubilation • Convulsion, agitation • Dyspnée <p>NB : les chiffres moins élevés peuvent être à l'origine de ces signes majeurs</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Prendre la Tension Artérielle après 10 minutes de repos au calme, aux deux bras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre le pouls, SpO2, Dextro+++ • Nicardipine : 40 mg (2 cp de 20 mg) ou Captopril 50 mg per os • PLS si troubles de la conscience • Oxygénation si SpO2 inférieure à 95% • Référer au centre de santé pour un suivi par un médecin généraliste ou un spécialiste <p>Alerter le SAMU +++</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDEM Poste de santé • VVP • Scope • ECG • Nicardipine (Loxen*) IVL : 20mg (2 amp) dans 250 ml de SG5% à faire passer en 5H si pas de PSE. • Référer à l'EPS si pas de baisse et/ou apparition de signes majeurs <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation SAU ouUSIC • Monitorer (scope) • 2 VVP de gros calibre • ECG • Baisser de 25% la PAM en quelques mn à 2h puis graduellement vers 160/100mmHg en 2 à 6 h • La voie IV à la seringue électrique par un médicament titrable : Nicardipine (Loxen*) en titration puis en IVSE • Bilan : Glycémie à jeun, fonction rénale, bandelettes urinaires, bilan lipidique, radio thorax, échographie cardiaque 	<p>Administrer le traitement avant d'avoir contrôlé la pression artérielle après 10 minutes de repos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer du furosémide IV ou per os car mauvaise efficacité antihypertensive • Administrer de la nifédipine sublinguale (adalate*)



2. ŒDÈME AIGU DU POUMON (OAP) D'ORIGINE CARDIAQUE OU CHOC CARDIOGENIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est une difficulté respiratoire liée à l'inondation des poumons suite à une défaillance cardiaque aiguë.</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée avec orthopnée : difficulté respiratoire en position couchée • SpO2 basse inférieure à 90% • TA variable (élevée ou basse) • Toux avec expectoration blanchâtre ou mousseuse abondante • Râles crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Alerter le SAMU +++</p> <p>Position demi assise jambes pendantes</p> <p>VVP</p> <p>Lasilix 20mg</p> <p>SpO2</p> <p>O2 si disponible</p> <p>Évacuer avec le SMUR si disponible</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerter le SAMU +++ <p>Mettre le patient en position demi assise jambes pendantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes : TA, fréquence respiratoire, pouls, SpO2 • Mettre en place un cathéter veineux vert (de bon calibre) : garde veine seulement • Oxygénothérapie: 5 à 10 l/minute <p>VNI : CPAP de Boussignac si détresse respiratoire persiste malgré oxygénation au masque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer du furosémide 20 mg (: 2 ampoules en IVD, en cas de surcharge hydrosodée et sans signes de choc • Risordan 20mgX2 par jour per os ou spray si PAS supérieure à 90mmHg • Placer un étui pénien (péniflow) ou sonde urinaire • Faire un ECG • Avis cardio <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admettre le patient au SAU (SAUV), en réanimation ou en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) • VVP de bon calibre • Position demi-assise • O2 : MHC débit selon SPO2 voire VNI si SPO2 inférieure à 90, PaCO2 supérieure à 45, pH inférieure à 7,35 <p>IOT si signes d'épuisement respiratoire et/ ou trouble de la conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinitrate d'isosorbide (Risordan*) : 3mg en bolus en 5mn puis 3 à 5mg/h en IVSE augmenter par palier de 1mg (max 10mg/h) • Furosémide : 20 à 40 mg • Nicardipine (Loxen*) 1à2 mg/h IVSE si PAS supérieure à 140 • Bilan : NFS ionogramme sanguin fonction rénale ; bilan lipidique, GDS Troponine BNP, RX thorax, ECG, Echocoeur 	<ul style="list-style-type: none"> • Évacuer sans avertir le SAMU régional • Perfuser le malade • Obliger le malade à s'allonger • Administrer le furosémide en cas de choc

3. SYNDROME CORONARIEN AIGU

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Ensembles des signes liés à l'obstruction totale ou partielle d'une ou plusieurs artères coronaires</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur thoracique ou oppression rétrosternale, constrictive, intense, oppressante (sensation de mort imminente) durant plus de 20min, irradiant vers l'épaule, le cou, la mâchoire ou le bras gauche <p>Équivalents : épigastralgies, douleur atypique chez le diabétique</p> <p>CLASSIFICATION : ECG</p> <p>SCA avec sus-décalage du segment ST (STEMI)</p> <p>SCA sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)</p>	<p>POSTE DE SANTE'</p> <p>Alerter le SAMU +++</p> <p>Donner de l'Aspirine 150 à 300 mg per os</p> <p>Puis évacuer sans délai</p> <p>CENTRE DE SANTE ET EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un ECG avec 12 dérivations dans les 10 min suivant le 1er contact <p>> SCA ST + : sus-décalage ST ou bloc de branche gauche récent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerter le SAMU +++ : organisation d'une revascularisation dans les délais (angioplastie vs thrombolyse) • Scope avec défibrillateur à portée • 2 VVP • Dextro : <p>Prendre en charge une éventuelle hyperglycémie (insulinothérapie au besoin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygène si SpO2 inférieure à 90 % • Aspirine 250 à 500 mg IV ou 150 à 300 mg per os • Clopidogrel : dose en fonction de la décision de revascularisation <p>- 300 mg (75 mg si supérieure à 75 ans) si thrombolyse prévue</p> <p>- 600 mg si angioplastie possible dans les délais (120 min)</p> <p>Titration morphinique IV : 2mg toutes les 5 à 10mn sans dépasser 10mg si douleur +++</p> <p>Enoxaparine (Lovenox*) 30mg en IV suivi de 1mg/kg toutes les 12h sans dépasser 100mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si sujet âgé supérieur à 75 ans : 30mg en IV suivi de 0,75mg/kg en SC toutes les 12h • Si insuffisance rénale : prudence avec les HBPM risque de surdosage. Privilégier héparine non fractionnée bolus 60 UI/kg en IV avec max 4000 UI suivi 12 UI/kg/h pendant 24 à 48h (surveillance obligatoire du TCA pour avoir un taux de 1,5 à 2 fois celui du témoin) • Revascularisation : <ul style="list-style-type: none"> • Si délai porte à porte cardio inférieure à 120 min et coronarographie disponible : transport vers la table de coronarographie pour une angioplastie primaire 	<p>-Retard de référence</p> <p>-Retard de l'ECG</p> <p>-Attendre les résultats du labo avant le traitement</p>



	<ul style="list-style-type: none"> • Si délai prévu supérieur à 120 min, débiter la Thrombolyse dans les 10 min puis transfert en cardiologie <p>Protocole de thrombolyse :</p> <p>Streptokinase 1.5 M UI à la Pousse Seringue Electrique (PSE) pendant 45 mn (Hydrocortisone 100 mg en IVD au préalable) ou Ténecteplase (Métalyse) : Bolus unique 100UI/Kg (flacon 10000 UI)</p> <p>>SCA NON ST +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirine, Clopidogrel, • Enoxaparine (Lovenox) ou héparine non fractionnée • O2 au masque si SpO2 inférieure à 90% • Alerter le SAMU pour régulation • Dosage de la troponine <p>Transférer en cardiologie pour stratification du risque et prise en charge</p>	
--	--	--

4. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ETAT DE CHOC

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION C'est une insuffisance circulatoire aigue responsable d'une souffrance tissulaire (augmentation du taux de lactate dans le sang)</p> <p>SIGNES CLINIQUES Variables en fonction du type de choc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collapsus cardiovasculaire : chute de la pression artérielle systolique de plus de 25% ou inférieure 80 mmHg • Pouls filant (rapide) parfois imprenable • Extrémités froides, sueurs • Agitation, confusion voire coma, • Polypnée avec battement des ailes du nez <p><i>Face à ce tableau, on peut suspecter :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • un choc hypovolémique si déshydratation ou pertes sanguines (soif, lèvres sèches, persistance pli cutané, globes oculaires hypotoniques, pincement de la différentielle, etc.) • un choc septique devant : fièvre, frissons, foyer infectieux, • un choc anaphylactique : prise de médicament ou d'aliment ou substance allergisante + Signes cutanés d'allergies : érythème, œdème du visage, dyspnée, prurit, parfois signes respiratoires (bronchospasme) • un choc cardiogénique : terrain, dyspnée avec orthopnée voire OAP 	<p>POSTE ET CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler le SAMU pour la régulation et l'organisation de la prise en charge • mettre en place deux voies veineuses de bon calibre • oxygénothérapie : 5 à 10l/minute • Si hypovolémie : perfuser des solutés cristalloïdes (SSI, Ringer) voire des macromolécules (30ml/kg en 30mn) afin de maintenir la tension artérielle systolique (supérieure ou égale à 100 mm Hg) • Arrêter le saignement si hémorragie et transfuser si possible • Si suspicion de choc septique : remplissage prudent, maximum un litre sur deux heures (Ringer lactate ou macromolécules) plus antibiothérapie C3G (céfotaxime ou ceftriaxone) + aminosides (gentamicine) • Si choc anaphylactique : remplissage SSI + adrénaline 0,1mg en IVD à répéter jusqu'à correction hémodynamique • si douleurs thoraciques transférer enUSIC, faire un ECG en Centre de santé et rechercher toujours un SCA et envisager stratégie de reperfusion dans les délais en coordination avec le CRRA régional et le service de cardiologie ou le SAU régional • référer d'emblée à l'hôpital après avoir appelé le SAMU (pour la coordination et l'évacuation par une équipe SMUR si disponible) <p>EPS</p> <p>Idem centre et Poste de Santé</p> <p>HospitalisationUSIC</p> <p>Suite prise en charge</p>	<p>Retarder l'évacuation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un sédatif devant une agitation



5. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Thrombose veineuse profonde (TVP) : présence de caillots dans les veines profondes des membres inférieurs et susceptible de migrer à distance (embolie pulmonaire)</p> <p>SIGNES</p> <p>-Douleur : mollet ou cuisse, spontanée ou provoquée, accentuée par la dorsiflexion du pied (signe de HOMANS)</p> <p>-Œdème : ferme et chaud, ne prenant pas le godet, perte du ballotement du mollet</p> <p>-Tachycardie</p> <p>Signes le plus souvent unilatéraux</p> <p><i>Rechercher les facteurs de risque :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Immobilisation (plâtre, long voyage, alitement prolongé, paralysie) • Chirurgie récente • Cancer en cours de traitement • Cardiopathie • BPCO • SARS COV2 • Antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique veineuse 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>VVP, antalgiques</p> <p>Référer dans tous les cas au Centre de Santé ou EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scope, VVP, antalgiques, O2 si SpO2 inférieure à 95% <p>Évaluer le score de Wells :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probabilité faible : référer à l'hôpital pour D-Dimères ; si négatif : pas de traitement • Probabilité intermédiaire ou forte: <p>Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) Ex : Enoxaparine : 0,1 ml pour/10kgx2/jour en sous cutané</p> <p>Référer à l'hôpital</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admission au SAU ouUSIC - Écho Doppler veineux des membres inférieurs - Bilan : NFS plaquettes, TP, INR, TCA, D-dimères, <p>Si signes d'embolie pulmonaire (Dyspnée, douleur thoracique, tachycardie, choc) : radio de thorax, ECG, Gaz du sang, écho Doppler cardiaque, angio- scanner spirale (cf chapitre Embolie pulmonaire)</p> <p>-Traitement :</p> <p>Anticoagulants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) Ex : Enoxaparine : 0,1 ml pour/10kgx2/jour en sous cutané, -• AVK : en chevauchement avec HBPM puis relais Sintrom 2 à 4 mg en vue INR entre 2 et 3 <p>OU</p> <p>Anticoagulants Oraux Directs (AOD) : Rivaroxaban (Xarelto*) 15mgx2/j PO jusqu'au 21^{ème} jour puis 20 mg par jour pendant 3 à 6 mois</p> <p>Bas de contention</p>	<p>Mobilisations intempestives du membre</p>

<p>Chercher des signes d'embolie pulmonaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Fébricule, tachycardie, point de côté, angoisse, sensation de mort imminente, polypnée subite alors que l'auscultation pulmonaire est quasi normale, hypoxie (SpO2 inférieure à 95%) <p>Instabilité hémodynamique (embolie pulmonaire grave)</p> <p>Critères diagnostiques de Wells Cf. tableau</p>		
---	--	--

6. SCORE DE WELLS

CRITÈRE	SCORE
Cancer évolutif : traitement en cours ou récent (inférieure à 6 mois) ou palliatif	+1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée récente des Membres Inferieurs	+1
Alitement récent supérieure à 3 j ou chirurgie majeure récente (inférieure à 12 semaines)	+1
Douleur provoquée localisée à la palpation des axes veineux profonds	+1
Augmentation du diamètre de tout le Membre (mollet et cuisse)	+1
Augmentation du diamètre supérieure à 3cm du mollet : diamètre mesuré 10 cm en dessous de la tubérosité tibiale antérieure comparé à la jambe la moins symptomatique	+1
Œdème prenant le godet prédominant à la jambe symptomatique	+1
Circulation veineuse collatérale superficielle non variqueuse dilatation veineuse : persistante malgré l'élévation du membre ou située à l'aîne	+1
Diagnostic alternatif au moins aussi vraisemblable que TVP	-2

Total (T) ≤1 : Probabilité faible ; T=1 ou 2 : Probabilité modérée ; T≥3 : Probabilité forte



7. ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Un arrêt cardio-respiratoire (ACR) est l'arrêt de la circulation du sang et de la respiration</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de connaissance complète et brutale (le malade ne bouge pas, ne répond pas à l'appel ni aux stimuli) • Ne respire pas ou respire de façon anormale (gasps) • Disparition pouls carotidien 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Demander de l'aide (au moins 2 personnes) et alerter le SAMU (1515), faire amener un défibrillateur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débuter la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) • Libérer les voies aériennes supérieures : luxer la mâchoire, s'assurer visuellement et manuellement de la liberté des voies aériennes supérieures (ex : ablation des prothèses dentaires). Mettre en place une canule de Guedel • Allonger le malade sur un plan dur • Commencer le massage cardiaque associé à une ventilation selon la méthode suivante : <ul style="list-style-type: none"> - Talon de la main en appui sur la moitié inférieure du sternum, l'autre main posée sur la première, compressions thoraciques avec une profondeur de 4 à 5 cm et bien relâcher (décompressions) - Insufflation manuelle par AMBU connecté à une source d'O₂ - Maintenir un rythme de 120 compressions/décompressions par minute (intérêt d'un chrono) : 30 compressions pour 2 insufflations (30/2) - Demander un DAE et le mettre en place le plus rapidement possible et suivre ses instructions - Contrôler le pouls toutes les 2 minutes (5 cycles de RCP) - Scope, Dextro et VVP (se fait au début par l'aide) - Administrer 1mg d'adrénaline IV à répéter toutes les 3 à 5 min (chaque 2cycles de RCP), d'emblée en cas d'asystolie et après 3e CEE. <p>CENTRE DE SANTE EPS (ou SAMU)</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer de la Cordarone si rythme choquable non réduite après 3ème CEE : 300 mg IVD, ré-administrer 150 mg une fois en cas d'inefficacité puis 900mg sur les 24h - Intubation trachéale - Identifier la cause et la traiter (SCA, Hyperkaliémie, embolie pulmonaire, hypoxie, acidose métabolique pré existante, hypothermie, intoxication, pneumothorax suffocant,) <p>NB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'arrêt de la réanimation est une décision médicale. Elle s'envisage après 30 mn de réanimation cardiorespiratoire bien conduite. - Circonstances où il est admis que la réanimation puisse être prolongée : hypothermie, noyade, anesthésie générale. 	<p>Retarder la RCP</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'interruption des MCE plus de 10 sec) - Administrer Sérum glucosé -Donner des doses importantes d'adrénaline

MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE



Massage cardiaque adulte

(Image centre de simulation du SAMU National)

La main se place à deux doigts en haut de l'appendice xiphoïde (extrémité inférieure du sternum) ou entre les deux mamelons au milieu l'autre main posée sur la première. Les bras sont maintenus tendus, les compressions viennent du mouvement des épaules selon une profondeur de 4 à 5 cm, bien relâcher (décompression), ceci suivant un rythme de 120 compressions/décompressions par minute

II. NEUROLOGIE

1. ÉCHELLE DE GLASGOW ADULTE

OUVERTURE DES YEUX	RÉPONSE VERBALE	RÉPONSE MOTRICE
4- Spontanée	5- Normale	6- Aux ordres
3- A la demande	4- Confuse	5- Orientée
2- A la douleur	3- Inappropriée	4- Évitement
1- Nulle	2- Incompréhensible	3- Flexion stéréotypée (rigidité de décortication)
	1- Nulle	2- Extension stéréotypée (rigidité décérébration)
		1- Nulle

L'échelle de Glasgow ou score de Glasgow, est un indicateur de l'état de conscience. Dans un contexte d'urgence, elle permet au médecin de choisir une stratégie dans l'optique du maintien des fonctions vitales.

C'est une échelle allant de 3 (coma profond) à 15 (personne parfaitement consciente), et qui s'évalue sur trois critères : ouverture des yeux, réponse verbale, réponse motrice.



Chaque critère reçoit une note ; le total est la somme de ces 3 notes, mais les notes individuelles doivent être également considérées. Par exemple, un muet aura toujours une réponse verbale de 1 même s'il est parfaitement conscient, son total maximal sera alors de 11 et non pas de 15. De tels éléments complémentaires sont indispensables pour une évaluation neurologique correcte.

Réaction à la douleur

Si la victime n'exécute pas d'action spontanée, ni au bruit ou au toucher, on teste sa réaction à la douleur. Il convient d'exercer une stimulation qui ne cause pas de blessure ni d'aggravation de l'état, n'entraînant pas de lésion de la zone stimulée. Par exemple : exercer une pression avec un objet dur sur un ongle, appuyer avec une phalange sur le milieu du sternum, exercer une pression sous l'angle de la mâchoire inférieure ou derrière les oreilles. Les méthodes de pincement ont été pratiquées mais sont maintenant bannies.

La réponse motrice a une très grande valeur pronostique, on parle de score de Glasgow moteur +++

2. COMA NON TRAUMATIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Altération plus ou moins complète de la conscience, absence de réaction après une stimulation verbale ou douloureuse.</p> <p>SIGNES Signes neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de conscience avec absence de réactivité adaptée : Score de Glasgow cf. tableau • ouverture des yeux (E) • réponse verbale (V) • Motricité (M) <p>Plus le score est bas plus le coma est profond.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche des signes de localisation : • Déficit moteur • Myosis (diminution du diamètre de la pupille) ou mydriase (dilatation de la pupille) • Abolition ou exagération des réflexes ostéotendineux • Convulsions • Raideur méningée 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libérer les voies aériennes (enlever dentier et sécrétions, dégager la langue/canule de Guedel), légère hyperextension tête et subluxation mandibule (cf secourisme de base) <p>Mettre le patient en position latérale de sécurité +++</p> <p>Faire la glycémie capillaire en urgence +++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hypoglycémie (glycémie inférieure à 0,6 g/l) : 2 ampoules de G30% en IVD et contrôle Dextro . Après correction si prise en charge précoce , réveil complet • Si glycémie élevée (bandelettes cétonurie et glucosurie) : maintien sérum salé isotonique • Prendre les constantes : température, TA, pouls, fréquence respiratoire, SpO2 <p>Oxygénothérapie au masque si possible si coma persiste</p> <p>Évaluer le score de Glasgow</p> <p>Alerter le SAMU (1515) ++++ en transmettant toutes les informations en sus +++</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer du sérum glucosé en dehors d'un coma hypoglycémique et d'un neuro-paludisme. • Faire boire ou manger

	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • Score de Glasgow +++, si inférieur à 8 : avertir le SAMU (1515) ou la structure de référence et préparer l'évacuation vers EPS avec un SMUR si possible • Si signe de localisation neurologique (déficit moteur, asymétrie pupillaire, convulsions, raideur méningée) : faire le scanner cérébral • La suite de la prise en charge dépend de l'étiologie <ul style="list-style-type: none"> - Neuropaludisme : poursuivre le traitement anti palustre - Méningo-encéphalite bactérienne (après ponction lombaire) : céftriaxone <p>4g/J ou céfotaxime 2g/8H+ Métronidazole en perfusion 500 mg/8H</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acidocétose : réhydratation et insulinothérapie : cf. protocole acidocétose <p>EPS</p> <p>Idem centre de santé</p> <p>Bilan étiologique</p> <p>Prise en charge selon l'étiologie</p>	
--	---	--

3. CRISES CONVULSIVES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Crise convulsive : accès de contractions musculaires violentes (souvent généralisées) involontaires rythmique ou non. Etat de mal convulsif : prolongation d'une crise (durée supérieure à 10 minutes) ou répétition de crises avec persistance entre celles-ci d'une altération de la conscience ou de signes de localisation neurologique (déficit moteur, trouble du langage ou trouble sensitif intéressant une partie du corps).</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse périphérique de gros calibre avec sérum salé isotonique • Injecter immédiatement une ampoule de 10 mg de diazépam en IV lente et une ampoule de phénobarbital 40mg en perfusion lente si disponible • Libérer les voies aériennes supérieures avec mise en place d'une canule de Guedel, mesures de protection puis vérifier la respiration après la crise et PLS si respire ++++ • Glycémie capillaire <p>Si hypoglycémie (inférieure à 0,6g/l) : administrer 2 ampoules G30% IVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise des constantes : pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire • Si fièvre : 1g de Paracétamol IV renouvelable toutes les 6 heures +/- enveloppements humides • TDR , si positif, traitement anti palustre <p>Alerter le SAMU(15 15)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder la référence • Traiter une crise isolée



<p>SIGNES</p> <p>Déroulement d'une crise convulsive tonico-clonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de connaissance brutale, cri • Phase tonique : contraction tonique (enraidissement) de tout le corps avec souvent morsure de la langue (présence de sang dans la salive) • Phase clonique : secousses rythmiques des 4 membres • Phase post-critique : coma ou confusion avec respiration bruyante. • Inconscience totale du déroulement de la crise. • Lorsque l'état de mal se prolonge, les manifestations toniques et surtout cloniques peuvent disparaître. 	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • Bilan : glycémie, ionogramme sanguin, numération formule sanguine, calcémie, protidémie, ponction lombaire en l'absence de signes de localisation neurologique, goutte épaisse • Traiter une étiologie identifiée ou suspectée • Oxygénothérapie par masque facial ou lunettes: 3 à 5l/min <p>Si persistance des convulsions au delà de 30 min ou si troubles de la conscience avec un score de Glasgow inférieure à 8 : appeler le SAMU et référer à l'hôpital</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Prise en charge en réanimation</p> <p>Traitement étiologique</p>	
--	--	--

4. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit neurologique de survenue brutale en rapport avec un défaut de perfusion du cerveau (AVC ischémique) ou à une irruption de sang dans le cerveau (AVC hémorragique). 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libérer les voies aériennes supérieures <p>Position latérale de sécurité (décubitus latéral), canule de Guedel</p> <p>Dextro : corriger une hypoglycémie avec G30% en IVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la TA, le pouls, la température, la FR, la SpO2 <p>Apprécier la profondeur du coma : Glasgow</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la voie veineuse : SSI et non SGI sauf indication • Oxygénothérapie si possible • Sonde urinaire ou peniflow 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire baisser rapidement la TA • Donner du furosémide • Donner à manger ou à boire si troubles de la déglutition ou de la conscience

<p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit neurologique localisé d'installation brutale durable ou bien transitoire (quelques minutes à une heure) <p>Rechercher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents : HTA, accident ischémique transitoire (AIT) • Troubles de la conscience (Score de Glasgow) • Trouble de la parole : suspension ou incompréhension du langage, difficulté d'articulation et manque du mot. • Déficit moteur localisé = Paralyse de la moitié du corps ou d'un membre, déviation de la bouche • Troubles de la sensibilité de la moitié du corps ou d'un membre • Asymétrie des pupilles • Léthargie <p>- Rechercher des signes de gravité et corriger</p> <p>: anomalies de la TA et du pouls, fièvre élevée, trouble respiratoire (dyspnée), troubles de la conscience (cf. coma).</p> <p>NB : L'accident ischémique transitoire (AIT) a la même valeur pronostique potentielle que l'accident ischémique constitué et devra être exploré de la même manière.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • glycémie capillaire : élevée , faire bandelettes urinaires (cétonurie, glycosurie). • Baisser la fièvre si $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (paracétamol 1g IV) et faire TDR si positif, traiter (cf paludisme grave) en faisant toujours attention à l'hypoglycémie <p>AVERTIR le SAMU (15 15) pour organisation du transfert et de l'imagerie rapide (filière neuro-vasculaire)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équilibrer la TA si elle est élevée sans trop baisser (viser 160mmHg de systolique et 105mmHg de diastolique) : perfusion de Nicardipine dans du SSI : (une ampoule 10 cc = 10mg) dans 500 cc de SSI en perfusion continue de 8 heures • Oxygénothérapie (5l//min) si dyspnée ou troubles de la conscience • E.C.G au lit du malade • Surveillance des constantes • Transfert en fonction de l'évolution • Nursing • Alimentation par la sonde nasogastrique si troubles de la conscience ou de la déglutition • Faire le bilan standard, lipidique, cardio-vasculaire <p>Référer pour scanner cérébral et prise en charge y compris les cas d'AIT</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Prise en charge étiologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner de l'aspirine (Aspégic®) ou des anti-coagulants avant les résultats du scanne
--	--	--



5. CEPHALEE AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Douleur au niveau de la tête, survenue récemment et installée de façon brutale ou progressive sur quelques heures.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête diffus • Rechercher des signes associés à la douleur : <ul style="list-style-type: none"> - Signes non spécifiques : vomissements, intolérance à la lumière ou aux bruits - Signes de gravité : troubles visuels, raideur de la nuque, paralysie d'une partie du corps, troubles de la conscience, troubles du langage, troubles de l'équilibre, fièvre. 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise des constantes : TA, température, pouls, fréquence respiratoire, SpO2 • TDR • Antalgiques : Paracétamol 500mg : 2cpx 3/jour • Si TDR positif, mettre sous traitement anti-palustre <p>En cas de signes de gravité dont la fièvre avec TDR négatif : Avertir le SAMU (15 15)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique complet, examen de tous les appareils • Si fièvre, ponction lombaire (en l'absence de signes neurologiques de localisation associés) • Méningite: Antibiothérapie Céftriaxone 4g en prise unique par jour (voir protocole Ministère de la Santé) • Si signes neurologiques localisé, référer sans délai pour TDM cérébrale et prise en charge adaptée selon l'étiologie <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomodensitométrie cérébrale, • Prise en charge adaptée • Référer vers service spécialisé si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre d'emblée des antihypertenseurs • Donner de l'aspirine ou un anti-inflammatoire • Perfusion systématique de sérum glucosé • Ponction lombaire systématique • Retarder l'évacuation

6. POLYRADICULONEVRITE (PRN) AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Paralysie symétrique d'installation rapide, ascendante commençant par les membres inférieurs puis s'étendant aux membres supérieurs</p> <p>SIGNES</p> <p>Le tableau a commencé il y a moins de 4 semaines avec :</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise des constantes : température, TA, pouls, fréquence respiratoire, SpO2 • Mettre une voie veineuse • Référer le malade même en l'absence de signes de gravité <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • En cas de signes de gravité : référer le patient sous oxygène 5-6l/min 	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder ou différer la référence • Donner à boire ou à manger en présence de signes de gravité

<ul style="list-style-type: none"> • Paralysie rapide des 4 membres en quelques jours, commençant aux membres inférieurs. • Douleur, fourmillements, crampes, douleurs musculaires au niveau des membres • Difficulté pour siffler ou souffler • Signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés respiratoires - Difficultés pour avaler, hypersalivation - Difficultés pour parler - Instabilité des constantes 	<p>EPS</p> <p>Hospitalisation dans une unité de soins intensifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge respiratoire • Nursing • Antalgique : paracétamol 1g 3 fois par jour • Rééducation fonctionnelle passive + kinésithérapie respiratoire • Prévention des phlébites : énoxaparine 0,4ml / jour en s/c • Sonde urinaire si troubles sphinctériens • Surveillance pour guetter les signes de gravité 	
--	---	--



7. CRISE MYASTHENIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>La myasthénie est une maladie caractérisée par une fatigabilité musculaire d'installation progressive à l'effort et régressant avec le repos.</p> <p>La crise myasthénique est une poussée aiguë grave de la maladie.</p> <p>SIGNES</p> <p>Atteinte de plusieurs groupes musculaires dans des territoires variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chute de la paupière supérieure uni ou bilatérale, vision double • Difficulté à articuler la parole, à avaler, difficulté à mastiquer • Difficulté respiratoire • Faiblesse musculaire des membres, tête tombante 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes : tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, SpO2 <p>Mettre une voie veineuse avec 500 cc de SSI</p> <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <p>Référer sans délai +++++</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libération des VAS, décubitus dorsal à 30° • Aspiration si encombrement • Sonde naso-gastrique si trouble de la déglutition • Si fièvre mettre sous Paracétamol : 1g en IV • Oxygénothérapie au masque si disponible à 5L/min • Prostigmine 1 amp en SC • Alerter le SAMU (15 15) • Référer sans délai <p>EPS</p> <p>Admettre le malade dans une unité de réanimation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire boire ou faire manger • Administrer de la Qui- nine • Administrer du Valium • Administrer systéma- tiquement des anti- biotiques

III. PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

1. DETRESSES RESPIRATOIRES OU INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Gêne respiratoire anormale, consciente ou inconsciente, de survenue aiguë, paroxystique avec SpO2 inférieure à 90% à l'air ambiant</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée le plus souvent polypnée • Signes de lutte : battement des ailes du nez, tirage, cornage, sifflement, respiration paradoxale • Rechercher des signes de gravité : <ol style="list-style-type: none"> 1 - Ralentissement de la fréquence respiratoire 2 - Impossibilité de terminer ses phrases sans reprendre son souffle 3 - Sudation profuse, agressivité 4 - Agitation, angoisse, troubles de conscience 5 - Instabilité hémodynamique <p>ETIOLOGIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corps étranger des voies aériennes • Embolie pulmonaire • Pneumopathie infectieuse, SARS Cov 2 • Crise d'asthme • Asthme aigu grave • Exacerbation aiguë de BPCO <p>Autres...</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler le SAMU (1515) pour REFERER au CS ou à l'EPS • Position proclive (tête surélevée) : laisser le patient se mettre dans la position la plus confortable pour lui (+++) • Prendre les constantes et surveiller : Pouls, TA, FR, SpO2, Température, Score de Glasgow, Glycémie capillaire. • Voie veineuse, Oxygène si possible <p>CENTRE DE SANTE ET EPS</p> <p>Idem PS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygénothérapie avec lunettes voire MHC (10 à 15 litres/min) voire intubation et ventilation si nécessaire • Faire bilan étiologique : NFS, Glycémie, Gaz du sang artériel (si disponible), Radiographie du thorax de face ou scanner thoracique, ECG, Échographie cardiaque • Prise en charge adaptée à l'étiologie : <ul style="list-style-type: none"> - Si pneumopathies infectieuses communautaires: Amoxicilline – acide clavulanique (1 g X 3/ jour) ou C3G +/- Macrolides en IVD - Si épanchements pleuraux : ponction évacuatrice si pleurésie, exsufflation si pneumothorax, drainage - Si corps étrangers : examen et prise en charge ORL • Si pathologie neurologique : prise en charge en neurologie ou en réanimation • Si pathologie cardiaque : examen et prise en charge cardiologique - Infection à covid : cf algorithmes - Asthme aigu grave (cf Question) - BPCO (cf question) 	<p>Sédation (valium ou autres sédatifs)</p> <p>Remplissage vasculaire surcharge)</p>



2. CRISE D'ASTHME

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Dyspnée paroxystique avec respiration sifflante et difficultés expiratoires totalement ou partiellement réversibles le plus souvent chez un asthmatique connu (crise d'asthme).</p> <p>Si la crise persiste malgré le traitement ou bien si on note des signes de gravité, on parle d'asthme aigu grave</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée expiratoire (sifflante, difficile et prolongée) <p>Essoufflement,</p> <p>Sensation d'oppression thoracique</p> <p>Toux sèche persistante</p> <p>Râles sibilants expiratoires dans les deux champs pulmonaires</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes et surveiller : SpO2, FC, TA, FR, Température, État de conscience et auscultation pulmonaire • Garde veine <p>Corticoïdes : cortisone : 50mg en 1 prise per Os ou IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol en Spray 2 bouffées renouvelables 2 à 3 fois en l'intervalle de 5 min. <p>SI PAS D'AMELIORATION: alerter le SAMU (15 15)</p> <p>Reference vers centre de Santé ou EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constantes à surveiller : SpO2 (air ambiant), FC, FR, TA • Nébulisation: Salbutamol 1 Ampoule de 5mg dans 4 cc de SSI vecteur oxygène 6 l / min ; 1nébulisation toutes les 20mns en 1heure, puis 1 nébulisation toutes les 3 à 4 heures • Méthylprednisolone 1 mg/kg/j en 1 prise ou Hydrocortisone : 400 mg en 1 prise • Bromure d'ipratropium (Atrovent®): à associer éventuellement au salbutamol dans l'aérosol 0,5 toutes les 12 heures • • Radio pulmonaire si fièvre supérieure à 38°5 ou râles crépitants à l'auscultation <p>• RECHERCHER ET TRAITER UN FACTEUR DECLENCHANT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si échec : asthme aigu grave (Appeler SAMU pour transfert en EPS) • Surveillance des paramètres précédents <p>EPS</p> <p>Idem que Centre de Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer du furosémide • Administrer des antitussifs ou fluidifiants • Sédation (valium ou autres sédatifs) • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires

3. ASTHME AIGU GRAVE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Crise inhabituelle d'asthme avec obstruction bronchique sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital (c'est un tableau de détresse respiratoire aigüe)</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malade en position assise au bord du lit • Impossibilité de s'allonger <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à parler et de tousser • Sueurs, agitation et irritabilité, angoisse voire troubles de la conscience • Tirage intercostal et battement des ailes du nez, saillie des muscles expiratoires externes, pauses respiratoires • Silence auscultatoire • Cyanose • Débit Expiratoire de Pointe (DEP) inférieure à 150l/mn • SpO2 inférieure à 92%, • FR supérieure à 30c/mn, •FC supérieure à 120bpm <p>Collapsus cardiovasculaire (risque d'arrêt cardiaque+++)</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes et surveiller : SpO2, FC, TA, FR, Température, État de conscience <p>Auscultation pulmonaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP : léger remplissage • Corticoïdes : Hydrocortisone : 200mg en 1 prise IV • Oxygénothérapie si possible • Salbutamol en aérosolisation (1 ampoule de 5 mg dans 4 cc de SSI) à répéter même pendant évacuation <p>REFERENCE VERS USIP ou REA</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerter le SAMU (15 15) • constantes à surveiller : SpO2 , TA, FC, FR • Oxygénothérapie • Nébulisation: Salbutamol 1 dosette de 5mg dans 4CC de SSI vecteur oxygène 6 l / min ; 1nébulisation toutes les 15mn en 1heure, puis 1 nébulisation toutes les 4 heures pendant 4 heures puis 1 nébulisation toutes les 4 heures • Corticoïdes : méthylprednisolone 1 mg/kg/j ou hydrocortisone : 400 mg • Anticholinergiques : Bromure d'ipratropium 0,5mg la 1ère heure (maximum 3 /jour)en nébulisation (Atrovent®): à associer éventuellement au salbutamol dans l'aérosol • Rechercher et traiter un facteur déclenchant • Transfert en réanimation dans un EPS ou hospitalisation en USIP après appel SAMU pour le transport +++ • Surveillance des paramètres précédents <p>EPS</p> <p>Idem que Centre de santé</p> <p>Faire les Gaz Du Sang (GDS), l'ionogramme sanguin, la NFS</p> <p>Surveillance des paramètres précédents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilation à faire en réanimation si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer du furosémide • Administrer des antitussifs ou fluidifiants • Sédation (valium ou autres sédatifs) • Administrer des anti- histami- niques • Retarder la prise en charge pour réa- liser des examens complé- mentaires • Administrer du furosémide • Administrer des antitussifs ou fluidifiants • Administrer des anti- histami- niques • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complé- mentaires



4. EXACERBATION AIGUE DE BPCO

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Aggravation des symptômes respiratoires (supérieure à 1 jour) chez un patient atteint de BPCO au-delà des variations habituelles et entraînant une modification du traitement</p> <p>TERRAIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujet âgé • Tabagisme actif, passif ou ex-fumeur • Exposition professionnelle à des poussières ou des produits chimiques • Tousseur chronique <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malade suspect ou connu BPCO <p>Variation de la toux, du volume ou de l'aspect des expectorations, une dyspnée inhabituelle, respiration sifflante ou sibilants</p> <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire (signes de lutte respiratoire : tirage, FR supérieure à 28c/mn, SpO2 inférieure à 90%, cyanose, respiration abdominale paradoxale, • Tableau de choc cardio-vasculaire) • Signes neurologiques : sueurs, céphalées, confusion, somnolence, coma) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes et surveiller : SpO2, FC, TA, FR, Température, <p>État de conscience et auscultation pulmonaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP : léger remplissage • Hydrocortisone : 200 mg <p>Oxygénothérapie si possible de faible débit (0,5 à 2l/mn) pour un objectif de SpO2 entre 90 et 92%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol en nébulisation : 5mg dans 4cc SSI • Corticoïdes : méthylprednisolone 40 mg/j pendant 5 jours ou Hydrocortisone <p>Référence vers centre de santé ou EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Constantes à surveiller : SpO2 (air ambiant), TA, FC, FR, gaz du sang et ionogramme sanguin, Dextro etc.... • Oxygénothérapie prudente à faible débit (0,5 à 2l/mn) pour un objectif de SpO2 entre 90 et 92% • Nébulisation: Salbutamol 1 dosette de 5mg dans 4CC de SSI 6fois / jour • Possibilité : Anticholinergiques : Bromure d'ipratropium en nébulisation (Atrovent®) à associer éventuellement au salbutamol dans l'aérosol : 0,5 mg • Kinésithérapie de désencombrement bronchique • Prévention maladie thrombo-embolique • Rechercher et traiter un facteur déclenchant <p>si échec : Transfert à l'Hôpital (Appeler le SAMU 1515)</p> <p>EPS</p> <p>Hospitalisation en USIP, à la SAUV ou en réanimation</p> <p>IDEM que centre de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des paramètres précédents • Ventilation mécanique si nécessaire à faire en réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer le furosémide • Administrer des antitussifs ou fluidifiants • Administrer des anti-histaminiques • Retarder la prise en charge pour ré- liser des examens plémentaires <ul style="list-style-type: none"> • Administrer l'O2 a haut débit • Administrer du furosémide • Administrer des antitussifs ou fluidifiants • Administrer des anti-histaminiques • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires



5. HEMOPTYSIE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Rejet de sang au cours d'un effort de toux</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • sang rouge vif, aéré, extériorisé par la bouche au cours d'efforts de toux. <p>QUANTIFIER L'HEMPTYSIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 cuillerée à soupe pleine au 3/4 : 10 ml; • 1 verre ou un crachoir plein au 3/4 : 100 ml • 1 haricot (ou un bol) plein au 3/4 : 500 ml <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire (signes de lutte respiratoire : tirage, FR supérieure à 28c/mn, cyanose, respiration abdominale paradoxale, SpO2 inférieure à 95% • Tableau de choc cardio-vasculaire) • Signes neurologiques : sueurs, céphalées, confusion, somnolence, coma) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Prendre les constantes et surveiller : SpO2, FC, TA, FR, État de conscience, Dextro</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP • Oxygénothérapie si possible • Mesures Hygiéno-diététiques <p>Sucer de la glace</p> <p>Etamsylate (Dicynone*) 500mg : 1 cp x 3 / jour</p> <p>Référence vers centre de santé ou EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Constantes à surveiller : SpO2 (air ambiant), TA, FC, FR, • Oxygénothérapie • Quantifier l'hémoptysie • Voie veineuse • GS-Rh, NFS • Traitement hémostatique <p>Acide tranexamique (Exacyl*) ou Ethasi signes de gravité : Transfert à l'Hôpital msylate(dicynone) en PO ou IV</p> <p>Transfusion au besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher et traiter un facteur déclenchant <p>si signes de gravité : transfert à l'Hôpital</p> <p>EPS</p> <p>Prise en charge en hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • constantes à surveiller : SpO2 (air ambiant), TA, FC, FR, Dextro • Oxygénothérapie • Quantifier l'hémoptysie • voie veineuse de gros calibre • GS-Rh, NFS, crase sanguine • Traitement hémostatique <p>Acide tranexamique (Exacyl*) ou Ethamsylate(Dicynone*) en IV</p> <p>Nébulisation adrénaline : 1 ml d'adrénaline + 4ml de SSI</p> <p>Transfusion sanguine si nécessaire</p>	<p>Les aliments et boissons chauds</p> <p>Le soleil et les gros efforts</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher et traiter un facteur déclenchant <p>si signes de gravité : transfert en USIP ou réanimation</p> <p>si hémoptysie menaçante : Bronchoscopie ou chirurgie d'hémostase</p>	



6. PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection broncho-pulmonaire bactérienne acquise en dehors des structures sanitaires</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toux +/- expectorations parfois purulentes • Fièvre • Parfois dyspnée • Condensation pulmonaire • GB supérieure à 13000 CRP élevée • Radio thorax <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO2 inférieure à 90%, • FR supérieure à 30c/mn, • FC supérieure à 120 bpm • Température supérieure à 39 ou inférieure à 35 • Choc : PAS inférieure à 90mmHg ou PAD inférieure à 60mmHg 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les constantes et surveiller : SpO2, FC, TA, FR, Température <p>État de conscience et auscultation pulmonaire, Dextro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques : Amoxicilline : 1 g x 3 / jour ou macrolides par voie orale <p>Si un signe de gravité ou pas d'amélioration sous antibiotiques :</p> <p>Alerter SAMU 15 15 ou référer vers Centre de Santé voire EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer des antitussifs <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire radio thorax et bilan biologique • Si comorbidités <p>Amoxicilline-Acide clavulanique : 1 g x 3/jour</p> <p>Ou Amoxicilline + Macrolide</p> <ul style="list-style-type: none"> • si signes de gravité <p>- Hospitalisation</p> <p>- Antibiotique : C3G IV + macrolide PO ou AAC IV + macrolides PO</p> <p>- Fluoroquinolones mais pas EN 1ère Intention</p> <p>- Oxygénothérapie si désaturation</p> <ul style="list-style-type: none"> • si échec : <p>Alerter le SAMU (15 15) ou transfert dans un EPS (Réanimation)</p> <p>Surveillance des paramètres précédents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • administrer des corticoïdes • administrer des fluoroquinolones • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Agitation, confusion, trouble conscience • Age supérieure à 65ans • Atteinte pulmonaire étendue uni ou bilatérale <p>CRB65 (cf annexes)</p>	<p>EPS</p> <p>IDEM que Centre de Santé</p> <p>Surveillance des paramètres précédents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si choc ou Coma : Transfert en USIP ou réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> • administrer des antitussifs • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires

7. EMBOLIE PULMONAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Obstruction de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches par un caillot sanguin</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • douleur thoracique brutale • Dyspnée brutale • Hémoptysie • Syncope, malaise, angoisse • Thrombose veineuse profonde 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Alerter le SAMU (15 15) dès suspicion</p> <p>Conditionnement : VVP, SpO2, FR, FC, TA, oxygénation si possible</p> <p>Reference vers centre de santé</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • HOSPITALISATION et Repos strict • Surveillance des paramètres précédents • VVP • Oxygénothérapie adaptée à la saturation • Antalgiques si douleurs <ul style="list-style-type: none"> • HBPM à dose curative à débiter 0,1 ml/10 Kg/12 h en SC, si insuffisance rénale donner HNF <p>TRANSFERT DANS UN EPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires
<p>SIGNES DE GRAVITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désaturation (SpO2 inférieure à 95%) • FR supérieure à 30c/mn, • FC supérieure à 100bpm • Choc : PAS inférieure à 90mmHg ou PAD inférieure à 60mmHg • Agitation, confusion, trouble conscience • signes d'insuffisance cardiaque droite 	<p>EPS</p> <p>IDEM que CENTRE DE SANTÉ</p> <p>Gaz du sang, NFS, Crase, D-dimères, Fonction rénale, Ionogramme sanguin, Dextro etc...</p> <p>Angioscanner et / ou ETT à demander</p> <p>Surveillance des paramètres précédents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si signes de gravité : Transfert en USIP, USIC (Unité de soins intensifs en cardiologie) ou réanimation - Remplissage vasculaire - Ventilation artificielle - Amines - HNF en bolus 60UI/kg puis en PSE - Thrombolyse : STREPTOKINASE : 1,5 Millions en 45mn en PSE + Hydrocortisone <p>Si échec : chirurgie pour embolectomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder la prise en charge pour réaliser des examens complémentaires



IV. ETATS INFECTIEUX GRAVES

1. PALUDISME GRAVE DE L'ADULTE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Le paludisme grave est tout cas de paludisme confirmé avec présence de formes asexuées de Plasmodium falciparum (par goutte épaisse) ou TDR, associé à au moins un des signes de gravité cliniques et biologiques suivants :</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostration (indifférence à l'environnement et extrême faiblesse) • Troubles du comportement (agitation psychomotrice et délire) • Troubles de la conscience avec coma de profondeur variable • Convulsions répétées (plus de 2 crises en 24H) • Incapacité de s'alimenter • Dyspnée avec respiration ample • Œdème pulmonaire (radiologique) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire TDR pour confirmer le diagnostic • Voie veineuse de gros calibre (cathéter vert 18G) • Glycémie capillaire : si hypoglycémie confirmée administrer 2 ampoules de SG 30% en IV lente ou un flacon de SG 10% en perfusion rapide • Artésunate : recommandée en première intention à la posologie de 2,4 mg/kg en IVD à H0, puis référer <p>Si non disponible ou contre-indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfusion de sels de quinine dans du SG 10% ou SGI 5% <p>Posologie : 25mg/kg/j de quinine base en 2 perfusions espacées de 12h ou en 3 perfusions espacées de 8h (soit 2 ampoules de Paluject® 400mg ou 1 ampoule de Quinimax® 500mg) en 2 ou 3 perfusions par jour pour un sujet de 60 kg</p> <p>Prise en charge des signes de gravité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coma : Mettre en position latérale de sécurité, libérer les voies aériennes, oxygéner (3 à 5l/min) si possible • convulsions : diazépam (Valium®) 10 mg en IV lente • Fièvre (T°supérieure à 38,5°C) : 1g paracétamol IV et enveloppement humide. • Dyspnée ou SpO2 inférieure à 95% : oxygénation 3 à 5l/min • Déshydratation sévère avec collapsus cardiovasculaire ou hypotension : réhydratation avec Ringer Lactate, ou SSI (30 ml/kg en 30 minutes ou 500cc en 15 minutes renouvelable 1 fois) <p>Surveillance : constantes (température, TA, pouls, FR, diurèse, SpO2), troubles de la conscience, hypoglycémie, autres signes de gravité...</p> <p>Référence au centre de santé ou à l'hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des injections intramusculaires de sels de Quinine • Perfuser des sels de quinine dans du sérum salé ou du Ringer lactate • Administrer des corticoïdes ou de l'adrénaline • Retarder le transfert

<ul style="list-style-type: none"> • Collapsus cardiovasculaire ou choc (PAS inférieure à 80mmHg + extrémités froides, pouls petit, filant ou imprenable) • Saignement anormal (gingivorragies, épistaxis, hémorragie conjonctivale, génitale). • Ictère (coloration jaune des muqueuses et téguments ou bilirubinémie supérieure à 50micromol/l) • Hémoglobinurie macroscopique (urines rouges foncées ou noires : aspect « coca-cola ») • Oligo-anurie (diurèse inférieure à 400ml /24h ou 0,5ml/kg/heure) <p>SIGNES BIOLOGIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anémie sévère (Hématocrite inférieure à 20%; Hémoglobine inférieure à 7 g/dL ou à 8 g/dL chez la femme enceinte) • Hypoglycémie (Glycémie inférieure à 0,40 g/L ou 2,2 mmol/l) • Acidose métabolique (bicarbonates plasmatiques inférieures à 15 mmol/L ± pH inférieure à 7,35) 	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artésunate IVL: recommandée en première intention à la posologie de 2,4 mg/kg à H0, H12, H24, puis toutes les 24 heures. Un maximum de 9 doses, soit 7 jours de traitement complet pourra être administré. Le traitement par voie IV sera poursuivi tant que la voie orale n'est pas possible. La voie orale ne peut être envisagée qu'après 3 doses minimum. <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer perfusion sels de Quinine <p>Posologie : 25mg/kg/j de quinine base en 2 prises espacées de 12h ou en 3 prises espacées de 8h</p> <p>Durée minimale de chaque perfusion : 4h si 3 prises et 12h si 2 prises.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si coma : placer sonde nasogastrique et sonde urinaire • Compléter bilan paludisme grave : GE, frottis+densité parasitaire, NFS- GSRH, créatininémie, azotémie, glycémie, ASAT/ALAT, • Rechercher une affection associée : hémoculture, ponction lombaire en l'absence de signes de localisation neurologique, bandelettes urinaires • Référer à l'hôpital pour hospitalisation en réanimation <p>EPS</p> <p>Prise en charge en réanimation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder la référence • Administrer de l'adrénaline • Administrer des vasodilateurs • Administrer du piracétam • Administrer un anti-oedé-mateux
---	---	--



<ul style="list-style-type: none"> • Hyperlactatémie (Lactates supérieures à 5 mmol/L) • Hyperparasitémie (DP supérieure à 100 000/microlitres) • Insuffisance rénale (Créatininémie supérieure à 30 mg/l ou 265 µmol/L ; urée sanguine supérieure à 1,2 g/l ou 20 mmol/L) <p>Chez la femme enceinte tout cas de paludisme survenant au premier trimestre est considéré comme grave, au-delà du premier trimestre cf définition OMS 2015</p>		
---	--	--

2. MENINGITES BACTERIENNES AIGUËS DE L'ADULTE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>La méningite bactérienne est une inflammation des méninges, due à une infection bactérienne du liquide céphalo-rachidien (LCR).</p> <p>Deux germes majeurs : méningocoque (germe des épidémies), pneumocoque,</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome infectieux : fièvre élevée, frissons et sueurs • Douleurs : céphalées intenses, douleurs rachidiennes, articulaires et musculaires 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Voie veineuse de gros calibre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgique et antipyrétique : paracétamol injectable 1g toutes les 6 heures • Rechercher et prendre en charge des signes de gravité : • Antibiothérapie en urgence : ceftriaxone 2g en IVD ou céfotaxime 2g X3/Jour en IVD ou ampicilline 4g IVD ou chloramphénicol 1g en IM ou IVL) <p>Si signes neurologiques : convulsions répétées (diazépam 10mg IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • ou coma (cf. question), choc (cf. choc septique) <p>collapsus circulatoire</p> <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <p>Référence au centre de santé ou à l'EPS</p>	<p>Ne pas retarder le transfert</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements faciles, non précédés de nausées +/- constipation • Photophobie et attitude en «chien de fusil» : tête rejetée en arrière, dos tourné à la lumière avec flexion des membres inférieurs • Raideur de la nuque • Signe de Kernig : flexion spontanée des genoux à toute tentative de flexion des membres inférieurs sur le bassin, à cause des douleurs lombaires provoquées. • Signe de Brudzinski : flexion spontanée des membres inférieurs à toute tentative de flexion de la nuque • Signes neurologiques : délire, agitation psychomotrice, convulsion généralisée coma, déficit neurologique • purpura 	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement du malade • Compléter bilan : <ul style="list-style-type: none"> - Ponction lombaire en l'absence de contre-indication : aspect macroscopique, analyse cytochimique et bactériologique du LCR - Hémoculture - NFS, CRP, glycémie, créatininémie, azotémie, - ASAT/ALAT, Bandelettes urinaires • Administrer antibiothérapie pendant 10 à 14 jours : C3G : céfotaxime 2g X 3/j en IVD, ceftriaxone 4g/j en IVD Amoxicilline ou ampicilline : 4gx3/j en 3 perfusions Phénicolés : thiamphénicol 40- 75 mg/kg par voie IM ou IV <p>Traitement adjuvant et symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticothérapie : dexaméthasone 10mg x 4/j en IVD pendant 4jours à administrer avant ou jusqu' à 12h après la première dose d'antibiotiques • Antalgiques : paracétamol 1g x 4/j en IV, • Si convulsions : diazépam 10mg en IVD +/- phénobarbital 15 mg/Kg en IV ou 80 à 100mg/j en per os • Si déshydratation : réhydratation (voir protocole), • Surveillance : constantes, examen neurologique biquotidien • Cas particulier de la méningite à méningocoque (diplocoques à gram négatif ou identification du méningocoque) : Chimio prophylaxie des sujets contacts (ciprofloxacine : 500 mg per os en prise unique ou ceftriaxone 500mg en IV en dose unique chez l'adulte), Déclaration aux autorités sanitaires • Si signes de gravité : <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <p>Référence</p> <p>EPS</p> <p>Prise en charge en réanimation</p>	
--	--	--



3. TETANOS

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Le tétanos est une toxi-infection, non immunisante, due à un bacille anaérobie appelé Clostridium tetani ou bacille de Nicolaïer.</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trismus avec difficulté de l'ouverture buccale et gêne à la mastication • Dysphagie • Raideur de la nuque • Contracture généralisée avec attitude en opisthotonos ou « en arc » • Paroxysmes (aggravations transitoires de la contracture) provoqués ou spontanés • Porte d'entrée tégumentaire ou autre (parfois non identifiée) <p>Cas particulier du tétanos néonatal : absence de CPN et de VAT chez la mère, difficultés ou impossibilité des tétées, aspect du petit vieux, porte d'entrée ombilicale</p> <p>NB : pas de fièvre, ni de troubles de la conscience dans les formes non compliquées</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre le malade dans endroit calme • VVP chez adulte ou enfant • Calmer le malade avec du Diazépam: • Perfusion 2 ampoules dans 500ml SGI 5% (adulte) ou 1 ampoule dans 250cc (enfant) en 8h • Voie intra rectale chez nouveau-né : 2cc solution de diazépam (10mg dans 36ml SGI 5%) renouvelable au besoin et toutes les 2h <p>Alerter le SAMU (15 15)</p> <p>Référer au Centre de Santé ou à l'EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem que poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phénobarbital (Gardénal*) 20mg/kg/j en IM si forme sévère • Poser sonde nasogastrique chez nouveau-né pour administration de diazépam, alimentation et réhydratation • Soins de la porte d'entrée (Dakin + eau oxygénée) • Antibiothérapie : métronidazole 30-40 mg/kg/jour, ampicilline ou amoxicilline 100 à 200 mg/kg/ jour (sirop chez nouveau-né), Pénic- retard 1millionUI IM/jour, • Sérum antitétanique (SAT) <ul style="list-style-type: none"> - Hétérologue : 250 UI en intrathécale (S/O) ou 5000 à 10.000 UI en S/C ou IM (méthode de Besredka) - Homologue d'origine humaine (Gamma Tétanos) : 250 UI S/O ou 500UI IM ou S/C <p>Vaccin antitétanique (VAT) : 1 dose en IM ou S/C</p> <p>Si déshydratation : corriger selon sévérité (voir protocole)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimenter le malade • Retarder le transfert

<p>APPRECIATION DE LA GRAVITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stades de Mollaret - Stade I : un trismus et/ou une contracture sans dysphagie - Stade II : Stade I + Dysphagie et/ou Paroxysmes toniques - Stade III : Stade II + Paroxysmes tonico-cloniques (Stade IIIa : après 72 h, stade IIIb : avant 72 h) • Score de Dakar (à établir à 48 H d'évolution) 	<p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admettre en réanimation ou isoler le patient dans salle calme • Intubation ou trachéotomie si spasmes laryngés ou formes sévères (stade III ou score 4-6) cf. situation • Continuer nursing, apports caloriques et hydro-électrolytiques, sédation antibiothérapie • Administrer SAT et VAT si besoin • Parage de la porte d'entrée • Prévention de la maladie thromboembolique : HBPM <p>Bilan : NFS, glycémie, créatinine, ionogramme sanguin</p> <p>Surveillance : constantes, état d'hydratation, conscience, stade de Mollaret, glycémie.</p>	
---	---	--

Score de Dakar (à établir à 48 H d'évolution)

Paramètres	1 point	0 point
Incubation	< 7 jours	
Invasion	2 jours	
Porte d'entrée	Ombilicale Utérine Intramusculaire Fracture ouverte Chirurgicale Brûlures étendues	- Autres portes d'entrée - Porte d'entrée non retrouvée
Paroxysmes	Présents	Absents
Température	> 38,4°C	<= 38,4°C
Pouls	Adulte >120 Nouveau-né >150	<=120 <=150



4. PREVENTION DE LA RAGE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Équivalences morsures: griffures et léchages sur peau lésée ou muqueuses par chien et autres animaux domestiques ou sauvages • Complications infectieuses majeures : tétanos, rage et infections liées à d'autres germes (streptocoques, pasteurella, staphylocoque, anaérobies...) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>1 - Traitement local d'urgence non spécifique (poste de santé ou centre de santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laver à l'eau savonneuse puis rincer au sérum physiologique • Désinfecter avec un antiseptique : éther, ammonium quaternaire (sterlane), ou dérivés iodés (bétadine), ou chlorhexidine. • Extraire tout corps étranger et faire un parage chirurgical en cas de plaie profonde ou de nécrose tissulaire • Arrêter une éventuelle hémorragie • Référer au niveau d'un centre antirabique ou structure de vaccination <p>2 - Prévention du risque rabique (centre antirabique ou structure de vaccination)</p> <p>2.1 Évaluer la catégorie du risque en fonction du type de contact</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catégorie 1 : contact ou léchage sur peau intacte (absence de risque) • Catégorie 2 : peau découverte ou mordillée, griffures minimales, excoriations sans saignement (risque modéré) • Catégorie 3 : morsures ou griffures ayant traversé le derme, léchage sur une peau endommagée, contamination des muqueuses par la salive ou par léchage, exposition aux chauves ouris (risque élevé) <p>2.2 Appréciation du risque rabique et décision thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le chien non capturé : traitement antirabique préventif (voir protocole) • Si chien capturé et malade : <ul style="list-style-type: none"> - Débuter traitement antirabique (voir protocole) - Euthanasie du chien et envoi de la tête au laboratoire de référence (IPD) - Si confirmation de la rage : continuer traitement - Si recherche de rage négative : arrêter traitement • Si chien capturé et en bonne santé : mise en observation pendant 14 jours par le vétérinaire 	<p>S u t u r e immédiate</p>

	<p>- Débuter traitement antirabique</p> <p>- Si absence de signes de rage : arrêt du traitement et établissement de</p> <p>2 certificats médicaux par le vétérinaire à J15 d'intervalle</p> <p>- Si survenue de signes de rage : continuer traitement</p> <p>2.3 Traitement préventif antirabique (protocoles thérapeutiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccination antirabique préventive voie IM selon 2 protocoles OMS : - protocole dit d'Essen : 5 injections à J0, J3, J7, J14 et J28, - protocole simplifié dit de Zagreb : 4 injections : 2 J0, 1 J7, 1 J21. • Administration d'immunoglobines antirabiques - Indication : morsure de catégorie III - Injection immédiate avant vaccin ou au plus tard 7 jours après - Posologie : 40 UI/Kg si immunoglobulines équine ou 20 UI/Kg si immunoglobulines humaines <p>3 - Prévention tétanos (poste de santé et centre de santé)</p> <p>En fonction sévérité plaie et date du dernier rappel vaccinal (Cf tableau ci-dessous)</p> <p>4 - Traitement préventif des autres infections (poste de santé et centre de santé)</p> <p>Antibiothérapie : amoxicilline+ acide clavulanique 50 mg/kg/j chez enfant ou 1gx3/j chez l'adulte +/- cyclines (doxycycline 200mg/j) pendant 7 à 10 jours</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem</p> <p>EPS</p> <p>Idem</p>	
--	--	--

Situation vaccinale	Risque minime à modéré	Risque élevé
Primo-vaccination complète	Rien	Rien
Rappel < 5 ans	Rien	Rien
5 ans < rappel < 10 ans	Rien	Rappel vaccinal
Rappel > 10 ans	Rappel	Rappel + SAT
Vaccin incomplet	Revacciner	Revaccination + SAT
Pas vacciné	Vaccin + SAT	Vaccin + SAT



5. FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION</p> <p>Association</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre • signes hémorragiques (épistaxis, hématurie, hématoémèse, méléna, gingivorragies, purpura, ecchymoses, pétéchies, hémorragies sous conjonctival, hématurie... 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Isoler le malade et alerter -Constantes : T°, TA , FC, FR, SpO2, Dextro, -Rechercher les signes de gravité et les prendre en charge : <p>Fièvre (T° supérieure à 39°C) : 1g paracétamol IV et enveloppement humide.</p> <p>Hypoglycémie : administrer 2 ampoules de SG 30% en IV lente ou un flacon de SGH 10% en perfusion rapide</p> <p>Collapsus : voie veineuse de gros calibre (cathéter vert 18G) et réhydrater avec du SSI ou ringer lactate</p> <p>Coma : Mettre en position latérale de sécurité, libérer les voies aériennes,</p> <p>Détresse respiratoire : oxygénation`</p> <ul style="list-style-type: none"> -Référer dans un centre de santé en respectant les précautions standard <p>Si déshydratation sévère: VV de gros calibre et réhydratation avec Ringer Lactate, ou SSI (30 ml/kg en 30 minutes ou 500cc en 15 minutes renouvelable 1 fois)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Baisser la fièvre : paracétamol 15mg/kg toutes les 4 à 6 heures -Ralentisseurs du transit + Antibiothérapie (Quinolone, Métronidazole) pendant 3 à 5 jours -Antispasmodiques -Antiémétiques <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Isoler le malade -Prise en charge des signes de gravité : idem poste de santé -Transfusion au besoin (culot globulaire, PFC, Concentré Plaquettaire) -Rechercher une notion de syndrome grippal dans les deux semaines ayant précédé les signes hémorragiques -Rechercher d'autres signes : <p>Ictère, SPM, HMG</p> <p>Signes d'encéphalopathies</p> <ul style="list-style-type: none"> -Remplir la fiche de notification -Prélever le sang dans un tube sec et acheminer à l'IPD pour confirmation (FHV) -NFS, TP INR, ASAT, ALAT, BT, Créatinémie, urée, GS Rh 	<p>Aspirine ; AINS, contact avec la famille...</p>

<p>Contexte : syndrome grippal ayant précédé les signes hémorragiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virus I : MVE, FJ, FHCC, FVR, Dengue • Dengue : douleurs retro-orbitaires • Fièvre jaune 	<p>EPS</p> <p>Idem centre de santé</p> <p>Mesures de réanimation</p>	
--	---	--

6. GASTRO-ENTÉRITES FÉBRILES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Émission de selles très fréquente (supérieure à 3 selles par jour) d'aspect liquidien plus ou moins associée à des vomissements dans un contexte fébrile</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>-Constantes : T°, TA ; FC ; FR, SpO2, Dextro ; plis de déshydratation</p> <p>Si déshydratation modérée sans vomissements : SRO</p> <p>Si déshydratation sévère: VV de gros calibre et réhydratation avec Ringer Lactate, ou SSI (30 ml/kg en 30 minutes ou 500cc en 15 minutes renouvelable 1 fois)</p> <p>-Baisser la fièvre : paracétamol 15mg/kg toutes les 4 à 6 heures</p> <p>-Ralentisseurs du transit + Antibiothérapie (Quinolone, Métronidazole) pendant 3 à 5 jours</p> <p>-Antispasmodiques</p> <p>-Antiémétiques</p> <p>ts : SRO</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>-IDEM Poste de Santé</p> <p>-Enquête étiologique</p> <p>-Recherche de signes de gravité : déshydratation, classer et corriger la déshydratation</p> <p>-Selles KAOP, Coproculture</p> <p>-Bilan standard : NFS, CRP, Urée, Créatinémie, Ionogramme sanguin</p> <p>-Antibiothérapie : Quinolone, C3G, Métronidazole</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p>	



V. DIABETOLOGIE – ENDOCRINOLOGIE

1. ACIDOCETOSE DIABETIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est une complication métabolique aiguë du diabète qui associe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une hyperglycémie supérieure à 2,5g/l • une augmentation des corps cétoniques dans le sang et dans les urines • une acidose. <p>CONTEXTE</p> <p>Il s'agit le plus souvent d'un diabétique déjà connu qui fait un écart de régime ou de traitement (sauts de prises d'insuline) ou lors d'une agression souvent infectieuse</p> <p>Mais parfois l'acidocétose peut révéler le diabète.</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes d'hyperglycémie • Rechercher une notion de : <ul style="list-style-type: none"> - asthénie, - amaigrissement, - polyurie-polydipsie, - anorexie insolite. 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Pouls, TA, FR, SpO2, Conscience, Diurèse, Glycémie capillaire, Glycosurie, Cétonurie</p> <p>VVP</p> <p>Mise en condition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débuter la réhydratation avec du SSI, à raison de 1L/h la première heure. • Administrer 10 UI d'insuline ordinaire en IV/IM si disponible • Étui pénien ou peniflow plutôt que sonde urinaire • Rechercher le facteur déclenchant et le traiter <p>REFERER, EN CONTINUANT LA REHYDRATATION ET SURVEILLER Alerter le SAMU (1515) pour conseil thérapeutique et organisation du transfert éventue</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé • Insulinothérapie avec insuline rapide suivant le protocole: dose de charge de 0,1 UI/Kg puis perfusion continue de 0,1 UI/kg/H à la PSE ou 10UI/heure en IV <p>Voie IM toutes les heures et adapter l'insuline selon le Dextro : vitesse insuline/H=Dextro (G/l)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer la réhydratation avec SSI jusqu'à glycémie inférieure à 2,5 g/l, puis commencer à perfuser du G5% 150 à 200g/24H tout en maintenant l'insulinothérapie <p>-Bilan : NFS, créatinine, Ionogramme sanguin, CRP, ECG, glycémie, HbA1c,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher le facteur déclenchant (bilan infectieux, ECBU, Radiographie du thorax) et le traiter • Rajouter 1g de KCl à la perfusion de SSI si: <ul style="list-style-type: none"> -Reprise de la diurèse après réhydratation à la 3ème heure -Ou Kaliémie inférieure à 3,50 mmol/L à l'ionogramme sanguin • Surveillance horaire de : Pouls, TA, FR, température, Score de Glasgow et état d'hydratation, SPO2, diurèse horaire • Surveillance horaire de la glycémie, de la glycosurie, de la cétonurie. 	<p>Garder un malade comateux pendant plus de 6h car possibilité de comas intriqués</p>

<ul style="list-style-type: none"> • troubles digestifs : vomissements ++, parfois douleurs abdominales • polypnée avec respiration ample et profonde: dyspnée de Kussmaul • odeur acétonique de l'haleine • déshydratation globale : soif vive, globes oculaires enfoncés, lèvres et langue sèches, pli cutané persistant, TA basse. • altération de la conscience pouvant aller jusqu'au coma • Glycémie capillaire: supérieure à 2,5 g /L • Glycosurie, cétonurie par le kétodistix positive au moins 2 + de sucre et de corps cétoniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Si glycémie capillaire inférieure à 2,5 g / l et facteur déclenchant maîtrisé, patient s'alimente: Passer l'insuline en S/C selon le Dextro puis suivi en secteur de médecine ou endocrino-diabétologie. • Obtenir un ionogramme sanguin au moins deux fois/ jour le premier jour. • Si coma persistant pendant plus de 12h : référer en réanimation car possibilité de comas intriqués. <p>EPS</p> <p>Idem centre de santé, étiologie</p> <p>Si signe de gravité transfert en réanimation</p>	
---	---	--

2. HYPOGLYCEMIE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Glycémie inférieure à 0,60 g /l</p> <p>Survient le plus souvent chez le diabétique connu.</p> <p>NB : Y penser devant tout trouble de la conscience et faire une glycémie capillaire.</p> <p>SIGNES CLINIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tremblement • Sueurs • Malaise fringale 	<p>POSTE DE SANTE OU CENTRE DE SANTE</p> <p>Glycémie capillaire +++</p> <p>Administration de glucosé : 2 ampoules de G30 en IVD ou SG 10% en perfusion</p> <p>Si hypoglycémie moins sévère avec patient conscient, donner du sucre par voie orale (sucre, boisson sucrée).</p> <p>Éduquer et orientation pour suivi</p> <p>EPS</p> <p>Idem Poste de Santé et Centre de Santé</p>	<p>Attendre la glycémie capillaire pour commencer le traitement</p> <p>Alimenter un malade comateux</p>



<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité • Agitation psychomotrice • Troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma • Crises convulsives 		
--	--	--

3. HYPERGLYCEMIE SIMPLE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Glycémie supérieure à 2g / l</p> <p>Survient le plus souvent chez le diabétique connu ou non.</p> <p>SIGNES CLINIQUES :</p> <p>Polyurie</p> <ul style="list-style-type: none"> - polydipsie - Amaigrissement - polyphagie <p>Glycémie capillaire supérieure à 2g / l</p> <p>BU : glucosurie + à +++</p> <p>Cétonurie négative</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Glycémie capillaire</p> <p>Donner conseils diététiques</p> <p>Référer au centre de santé pour bilan: créatinine, ECG,</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <p>Bilan : créatinine, bilan lipidique, ECG, ECBU, Radio thorax</p> <p>Traitement du diabète et suivi</p> <p>EPS</p> <p>Idem centre de santé</p>	

4. INSUFFISANCE SURRENALIENNE AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION Déficit aigu de la sécrétion de la corticosurrénale</p> <p>CONTEXTE - Insuffisance surrénale lente - ISA inaugural - Corticothérapie au long cours : - dépigmentation « Xéssal », - arrêt brutal corticothérapie</p> <p>SIGNES CLINIQUES Digestifs : douleur abdominale, vomissement, diarrhée Signes cardiovasculaires : Hypotension artérielle, tachycardie voire choc Signes neurologiques : Confusion, coma</p> <p>Rechercher Déshydratation mélanodermie</p>	<p>POSTE DE SANTE Réhydratation : SSI Glycémie capillaire et correction hypoglycémie, SG30% 2 ampoules en IVD Référer vers centre de santé</p> <p>CENTRE DE SANTE Idem Poste de Santé Ionogramme sanguin Créatininémie Glycémie ECG Hydrocortisone 100mg en IVD ou IM</p> <p>EPS Cortisolémie Protocole hydrocortisone 100mg bolus puis 50mg/4 à 6H Référer en consultation endocrinologie</p>	<p>Attendre bilan paraclinique pour démarrer le traitement</p>



VI. DERMATOLOGIE

I. TOXIDERMIES GRAVES (SYNDROME DE LYELL / STEVENS JOHNSON)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Nécrose et décollement de tout ou une partie de la peau secondaire à une prise médicamenteuse par voie générale (orale nasale rectale injectable).</p> <p>Surface cutanée atteinte</p> <p>Inférieure à 10% Syndrome de Stevens-Johnson :</p> <p>Entre 10 et 30 % : Syndrome de chevauchement :</p> <p>Supérieure à 30 % : Syndrome de Lyell :</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • bulles et décollement de la peau, d'étendue variable avec de vastes érosions cutanées suintantes placards rouges et noirâtres • Rougeur oculaire • Érosions buccale et génitale hypersalivation • Hyperthermie 38°-40° possible en dehors de toute infection • Frissons intenses • Douleurs atroces <p>Pronostic : sepsis collapsus dénutrition déshydratation cécité synéchies muqueuses génitales décompensation de tares récidive</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Dans tous les cas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre une Feuille de surveillance :TA, FC, FR, T°, SpO2 • rechercher une prise d'un médicament 1 à 4 semaines avant la toxidermie (sulfamides, pénicillines, anti-épileptiques, anti-inflammatoires antalgiques hypouricémiants plantes médicinales) et l'arrêter • arrêt de tous les médicaments non indispensables <p>Recouvrir le malade de linge propre</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre en place une bonne voie veineuse de gros calibre (cathéter vert) sur peau non lésée • réhydratation avec du sérum salé isotonique (500ml/30min) <p>Référer sans délai par une ambulance médicalisée dans un service de dermatologie ou de réanimation.</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se faire aider par un ophtalmologiste et un réanimateur si disponible • Evaluer la surface décollée par la règle des « 9 » comme chez les brûlés • Soins locaux avec des gants stériles par 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer un médicament suspect • Administrer un médicament de la famille des sulfamides • Éviter les antipyrétiques • Garder le malade

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
	<p>Antiseptiques (bains de permanganate de potassium : 1 sachet dans 10L d'eau, sans frotter), puis badigeonner avec de l'éosine aqueuse sur les lésions.</p> <p>Soins oculaires matin et soir : spatulage (avec des cotons-tiges) avec du sérum physiologique ou du Dacryoserum puis appliquer des antibiotiques collyres (Fucithalamic® pde), ablation des brides oculaires</p> <p>Antiseptique buccal : 3 fois/jour</p> <p>Soins des muqueuses génitales si lésions avec compresses imbibées de sérum physiologique</p> <p>Nursing matin et soir et éviction des escarres</p> <p>Réchauffer le malade en le couvrant avec des draps propres</p> <p>Isolement de contact si possible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance : pouls, température, tension artérielle, fréquence respiratoire, conscience, diurèse • Réaliser: NFS VS CRP glycémie capillaire, créatinine, ionogramme sanguin • Réhydratation avec macromolécules ou Ringer lactate : 2ml x Poids x % <p>surface corporelle (50% de colloïdes et 50% de cristalloïdes) la moitié dans les 8heures et le reste dans les 24 à 48h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apport de base : sérum glucosé 5% (500cc+ 2gNaCl+1gKcl)/8H • Corriger une hypoglycémie ou une hyperglycémie éventuelle • Antibiothérapie quinolone ou (macrolides) si surinfection après hémocultures (staphylocoque dans la première semaine et à bacilles Gram négatifs (BGN) à partir de la 2^e semaine ou en utilisant une famille d'antibiotiques non suspects <p>Antalgiques dérivés morphiniques</p> <p>Apports nutritionnels par voie parentérale ou entérale (sonde nasogastrique)</p> <p>Référer sans délai par une ambulance médicalisée dans un service de dermatologie ou de réanimation</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p>	



2. DERMO-HYPODERMITES BACTERIENNES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection cutanée aiguë, d'origine streptococcique le plus souvent.</p> <p>On distingue les formes non nécrosantes (érysipèle) de la forme nécrosante (fasciite nécrosante)</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'érysipèle réalise un tableau d'une grosse jambe, chaude, douloureuse et fébrile <p>Fièvre importante à 39 °- 40 ° et frissons</p> <p>Douleur vive spontanée avec impotence fonctionnelle du membre</p> <p>Placard cutané rouge, chaud, à extension centrifuge, surmonté parfois des bulles.</p> <p>Adénopathie douloureuse satellite</p> <p>Siège : sur la jambe ++, parfois ailleurs (visage, bras, fesses).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La forme nécrosante (fasciite nécrosante) <p>se traduit par :</p> <p>Fièvre importante à 39- 40 ° et frissons</p> <p>Douleur vive spontanée avec impotence fonctionnelle du membre</p> <p>Placard cutané rouge, chaud, à extension centrifuge. En plus, il existe des zones violacées, insensibles, ulcérées ou nécrotiques (noirâtres) +++.</p> <p>Rechercher une porte d'entrée :traumatisme, ulcère de jambe, furoncle, intertrigo inter orteil</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Dans tous les cas prise des constantes et glycémie capillaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si Érysipèle : <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline gélules :50mg/kg//j en IV à défaut en per os ou macrolide (spiramycine cp 3M x 2/j) pendant 10j ou clindamycine 600mg x3/j - Antalgique non antipyrétique <p>Conseil : repos strict et surélévation membre atteint</p> <p>Revoir le malade à 72 H et continuer le même traitement si évolution favorable.</p> <p>Référer en cas d'évolution non favorable (persistance de la fièvre, bulles ulcération cutanée ou nécrose).</p> <p>Prise en charge des facteurs favorisants (obésité, diabète dépigmentation artificielle) et des portes d'entrée.</p> <p>Référer toujours en cas de récurrence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si fasciite nécrosante = urgence médico-chirurgicale à référer en chirurgie pour débridement après avoir débuté une antibiothérapie parentérale (ampicilline 50mg/kg/j + aminosides 160mg/j Métronidazole 500 mg x 3/j). • Si présence de signes de choc septique (cf. protocole) puis référer 	<p>Administrer des AINS!!!</p> <p>Décoller les bulles</p>

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Rechercher un facteur favorisant : dépigmentation, prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens (prescription ou auto- médication), stase veineuse ou lymphatique</p> <p>Pronostic sepsis thrombose chirurgie radicale récidive lymphœdème et éléphantiasis</p>	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem que Poste de santé</p> <p>Ou Ampicilline injectable 50mg/mg/j ou Peni-G : 4millions x 3/J en perfusion soit 200000 UI/kg/ j jusqu'à apyrexie (72 h)</p> <p>puis relais par voie orale par amoxicilline ou macrolides pendant 10 jours.</p> <p>Anticoagulants</p> <p>Enoxaparine à dose préventive (0,4ml/j) si facteur de risque de thrombose (âge > 60 ans, obésité, diabète, insuffisance veineuse...)</p> <p>Surveillance : NFS (hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile), CRP, glycémie, Créatininémie.</p> <p>Prise en charge des tares sous adjacentes</p> <p>Soins locaux si bulles ou ulcérations</p> <p>Si fasciite nécrosante = urgence médico-chirurgicale à référer en chirurgie pour débridement après avoir débuté une antibiothérapie parentérale (ampicilline 50mg/kg/j + aminosides 160mg/j Métronidazole 500 mg x 3/j).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si présence de signes de choc septique (cf. protocole) puis référer <p>Prévention des récidives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les facteurs de risque (dépigmentation, obésité, insuffisance veineuse ou lymphatique), traitement des portes d'entrée (intertrigo, plaies, dermatoses). • Pénicilline-retard: Dicarcilline 2,4 M/ 21J si absence d'allergie en attendant la mise sous bas de contention • Bandes de contention veineuse durant la période des soins locaux puis bas de contention si possible. • Arrêt de la dépigmentation <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p>	



3. DERMATOSES BULLEUSES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Éruption de lésions bulleuses, cutanées et muqueuses, diffuses</p> <p>SIGNES CLINIQUES Lésions bulleuses associées à des érosions et des croûtes, diffuses à tout le corps. Parfois érosions douloureuses des muqueuses buccale, oculaire, génitale Frissons Pronostic : sepsis déshydratation</p>	<p>POSTE DE SANTE Dans tous les cas, arrêt de tous les médicaments non indispensables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une voie veineuse de gros calibre (cathéter vert) • Réhydratation avec du SSI ou Ringer lactate • Glycémie capillaire • Antiseptiques cutané (permanganate de potassium et éosine aqueuse) et buccal • Référer si possible dans un centre dermatologique <p>CENTRE DE SANTE Idem que poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance : pouls, TA, Temp, FR, SpO2, poids, conscience, diurèse • Bilan : NFS, Ionogramme sanguin, créatinine, ECG, prélèvements bactériologiques et hémocultures de gravité : déshydratation sévère, <p>Recherche et correction des signes</p> <ul style="list-style-type: none"> • signes de collapsus, oligo-anurie, syndrome infectieux) Corriger une pathologie sous-jacente (diabète, cardiopathie) <p>Antibiothérapie (macrolides) si surinfection après hémocultures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réchauffer le malade avec des draps propres • Prévention des escarres • Mesures d'isolement de contact si possible • Référer dans un centre dermatologique <p>EPS Idem CS</p>	<p>Décoller les bulles</p>



4. LES ERYTHRODERMIES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatose érythémato-squameuse ou vésiculo-suintante généralisée et d'évolution prolongée <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desquamation diffuse de la peau ou œdème • Érythème (rougeur de la peau) généralisé. <p>Signes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurit frissons, hypotension voire collapsus, hyperthermie ou hypothermie AEG œdème des extrémités adénopathies périphériques <p>Pronostic : déshydratation choc hypovolémique ou septique décompensation de tares</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Dans tous les cas, arrêt de tous les médicaments non indispensables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une voie veineuse de gros calibre (cathéter vert) • Réhydratation avec du SSI ou Ringer lactate si déshydratation • Faire glycémie capillaire • Antiseptiques (si lésions humides) • Antihistaminiques (Atarax® cp 25 mg x 3/j) • Référer si possible dans un centre dermatologique <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer le patient et la famille • Surveillance : pouls, TA, T°, diurèse, FR, SpO2, poids, conscience • NFS, Ionogramme sanguin, créatininémie, ECG, prélèvements bactériologiques et hémocultures si disponible • Rechercher et équilibrer une pathologie sous-jacente • Antibiothérapie (macrolides) si surinfection <p>Chauffer le malade en le couvrant avec des draps propres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention des escarres, • Nutrition hypercalorique <p>Dermocorticoïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer dans un service de dermatologie <p>EPS</p> <p>Idem CS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administrer systématiquement des pénicillines - Administrer un médicament suspect ou non indispensable



5. URTICAIRE DIFFUSE AIGUE OEDEME DE QUINCKE CHOC ANAPHYLACTIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Urticaire superficielle : plaques ou placards prurigineux mobiles et fugaces de durée inférieure à 24h • Urticaire profond ou angiooedème ou • Œdème de Quincke : avec œdème de durée inférieure à 24h douloureux et ou prurigineux localisé aux lèvres, à la langue, au larynx, aux paupières, des régions génitales • Œdème de Quincke orolaryngé entraîne une obstruction des voies aériennes qui peut aussi être un signe inaugural du choc anaphylactique associé à une dysphonie et des troubles de la déglutition • Le choc anaphylactique correspond à une chute brutale de la tension artérielle, syncope <p>Classification de Muller de l'anaphylaxie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stade I urticaire généralisé prurit malaise anxiété • Stade II angiooedème, oppression thoracique nausées douleurs diarrhées abdominales vertiges • Stade III en plus des stades I et II avec 2 signes : sibilances dyspnée stridor dysphagie dysphonie dysarthrie faiblesses confusion impression de mort imminente • Stade IV stades I, II ou III avec hypotension < 90mmHg syncope perte de connaissance incontinence urinaire cyanose arrêt cardiorespiratoire 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les cas; éviction immédiate du facteur déclenchant • En cas d'urticaire aigüe diffuse Antihistaminique injectable ou en comprimé • En cas d'œdème oro laryngé Corticoïdes si disponible • En cas d'œdème oro laryngé Corticoïdes injectables hydrocortisone 100 à 200 mg en IV • Antihistaminiques • Adrénaline en aérosol • Libération des voies aériennes et oxygénothérapie en cas de persistance • En cas d'anaphylaxie <p>Signes prémonitoires : sueurs profuses, démangeaisons, oppressions thoraciques, œdème laryngé, dyspnée, dysphonie, troubles de la déglutition, malaises, hypotension</p> <p>Adrénaline 0,5 mg à 1 mg par voie sous cutanée</p> <p>à injecter de manière fractionnée en fonction de la réponse clinique.</p> <p>Si choc 0,1 à 0,2mg en IV en bolus répété jusqu'à amélioration</p> <p>Remplissage vasculaire : sérum salé isotonique</p>	<p>Bétabloquant IEC</p>



SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Stade III et IV correspondent à l'anaphylaxie</p> <p>Principales causes</p> <p>Absorption quelques minutes à heure avant en cas d'allergie ou de pseudo allergie à un aliment, un médicament</p> <p>Piqûres d'insecte (guêpe, abeille, frelon, bourdon)</p>	<p>Bêtamimétiques en aérosol en cas de bronchospasme</p> <p>Oxygénothérapie</p> <p>Massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardiorespiratoire (cf arrêt</p> <p>Centre de santé</p> <p>Idem poste de sante cardio respiratoire)</p> <p>Surveillance rapprochée des constantes : TA, FR, FC,</p> <p>Transfert en milieu hospitalier</p> <p>EPS</p> <p>Idem centre de santé</p> <p>Prévention des récives</p> <p>Transfert en service hospitalier pour des tests allergologiques médicamenteux, alimentaires ou venins d'hyménoptères</p> <p>Carte d'allergie</p> <p>Trousse d'urgence (adrénaline 0,3mg en stylo autoinjecteur, corticoïde injectable, antihistaminique)</p>	



URGENCES CHIRURGICALES

I. URGENCES VISCERALES

1. APPENDICITE AIGUE
2. PERITONITE AIGUE GENERALISEE
3. OCCLUSION INTESTINALE AIGUE
4. HERNIE ETRANGLEE
5. PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN
6. CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

II. UROLOGIE - NEPHROLOGIE

1. RETENTION AIGUE D'URINES
2. TORSION DU CORDON SPERMATIQUE
3. HÉMATURIE
4. COLIQUE NEPHRETIQUE
5. PRIAPISME
6. ACCIDENT DE LA CIRCONCISION

III. URGENCES NEUROCHIRURGICALES

1. SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE
2. TRAUMATISME CRANIOENCEPHALIQUE (TCE)
3. HEMORRAGIES SOUS ARACHNOIDIENNES PAR RUPTURE D'ANEVRYSME
4. HYDROCEPHALIES DU NOUVEAU-NÉ OU DU NOURRISSON
5. SUPPURATIONS INTRA-CRANIENNES
6. TRAUMATISME DU RACHIS (VERTEBRO-MEDULLAIRE)
7. LOMBOSCIATIQUE DISCALE COMPLIQUÉE
8. SPINA BIFIDA



IV. ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE

1. PANARIS DES DOIGTS
2. PHLEGMONS DE LA MAIN
3. MYOSITE SUPPURÉE
4. INFECTIONS OSTEOARTICULAIRES
5. FRACTURES FERMÉES DE MEMBRES
6. FRACTURES OUVERTES DE MEMBRES
7. PLAIES TRAUMATIQUES DES MEMBRES
8. LUXATIONS TRAUMATIQUES AU NIVEAU DES MEMBRES
9. ENTORSE DE LA CHEVILLE
10. BRULURES GRAVES

V. CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

1. ISCHÉMIE AIGUE DES MEMBRES INFÉRIEURS
2. LE PIED DIABÉTIQUE INFECTÉ
3. TRAUMATISMES THORACIQUES
4. TRAUMATISMES VASCULAIRES DES MEMBRES

VI. STOMATOLOGIE

1. CELLULITE CERVICO-FACIALE
2. TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX
3. LUXATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE (ATM)
4. NOMA

VII. ODONTOLOGIE

1. DOULEURS PULPAIRES AIGUËS OU CHRONIQUES
2. NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES
3. ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE
4. TRAUMATISMES ALVEOLODENTAIRES

VIII. OPHTALMOLOGIE

1. INFLAMMATION PALPEBRALE
2. BAISSÉ ACUITÉ VISUELLE AVEC ŒIL ROUGE



3. BAISSÉ ACUITÉ VISUELLE AVEC ŒIL BLANC
4. CONTUSION OCULAIRE
5. PLAIE DU GLOBE OCULAIRE
6. BRULURE OCULAIRE
7. GLAUCOME AIGU

IX. ORL

1. CORPS ÉTRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES
2. CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE
3. CORPS ÉTRANGERS NARINAIRES
4. CORPS ÉTRANGERS AURICULAIRES : CE DE L'OREILLE EXTERNE
5. BRULURES CAUTIQUES DE L'ŒSOPHAGE
6. PLAIES PÉNÉTRANTES DU COU
7. ADENOPHLEGMON CERVICAL
8. PHLEGMON PERI AMYGDALIEN
9. ETHMOÏDITE AIGUE EXTERIORISÉE
10. SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE BLOQUÉE
11. OTITE MOYENNE AIGUE
12. EPISTAXIS
13. SYNDROME ADENOÏDIEN SEVÈRE : VÉGÉTATIONS ADENOÏDES OBSTRUCTIVES
14. ATRESIE CHOANALE

X. CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

1. MALFORMATION ANO-RECTALE (IMPERFORATION ANALE)
2. OCCLUSION NÉONATALE
3. ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE
4. ANOMALIES DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE : OMPHALOCÈLE ET LAPAROSCHISIS
5. TRAUMATISME CRANO ENCÉPHALIQUES HÉMORRAGIQUES D'ORIGINE OBSTÉTRICALE



I. URGENCES VISCERALES

1. APPENDICITE AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Inflammation aigue de l'appendice iléo- caecal.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none">• Douleur spontanée et ou provoquée de la fosse iliaque droite• Défense fosse iliaque droite avec hypersensibilité cutanée• Vomissement ou nausée• Diarrhées ou constipation• Au TR le doigt orienté vers la fosse iliaque droite réveille la douleur• Fièvre• Pouls accéléré	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Placer une bonne voie veineuse• Référer au CS ou à l'hôpital <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none">• NFS- GSRH• Échographie abdominale• Intervention chirurgicale <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p>	<p>Faire boire ou alimenter le patient</p> <p>Administration d'anti inflammatoires</p>



2. PERITONITE AIGUE GENERALISEE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Inflammation aiguë généralisée du péritoine</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale diffuse • Vomissements • Arrêt des matières et des gaz • Défense abdominale généralisée ou contracture abdominale (c'est le classique « ventre de bois ») • Cri de l'ombilic (douleur vive à la pression de l'ombilic) • Cul de sac de Douglas douloureux au toucher rectal (cri de DOUGLAS) • Mauvais état général • Muqueuses pâles • Fièvre élevée (mais fonction de la cause et de l'évolution) • Pouls accéléré • Tension artérielle variable, tantôt normale (au début) tantôt abaissée 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser une bonne voie veineuse 16G (gris) ou 18G (vert) pour le remplissage vasculaire (1 litre SSI) Sonde urinaire Alerter le SAMU • Référer d'urgence à l'EPS pour prise en charge chirurgicale <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonde nasogastrique et sonde urinaire Paracétamol 1g injectable • ASP debout de face - NFS – GSRh – TP-TCK, Fonction rénale, CRP, Glycémie, Ionogramme sanguin, • Intervention chirurgicale ou référer immédiatement à l'EPS ou contacter le SAMU (1515) <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>TDM abdominale</p> <p>Prise en charge chirurgicale</p> <p>Hospitalisation en réanimation si instabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'un anti- pasmodique au poste de santé • Faire boire ou alimenter le malade <p>Administration d'anti inflammatoires</p>

3. OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du transit intestinal (absence de selles et de gaz) <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale • Vomissements • Arrêt des matières et des gaz • Augmentation du volume de l'abdomen avec tympanisme (hyper sonorité de l'abdomen à la percussion) • Pouls rapide, filant, parfois imprenable • Tension artérielle abaissée 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancarte de surveillance : TA, FC, FR, SpO2, Dextro • VVP calibre 16G (gris) ou 18G (vert) pour remplissage vasculaire (1litre de SSI) • Paracétamol 1g injectable • Référer au CS ou à l'EPS immédiatement ou contacter le SAMU (1515) <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>IDEM poste de santé</p> <p>Sonde urinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonde nasogastrique • NFS-GSRH - TP-TCK • Ionogramme sanguin • Radio ASP – scanner si disponible • Intervention chirurgicale ou référer immédiatement à l'EPS <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>TDM abdominale</p> <p>Prise en charge chirurgicale</p> <p>Hospitalisation en réanimation si instabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire boire ou ali- menter le malade • Donner des laxatifs et faire un lavement évacuateur



4. HERNIE ETRANGLEE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Une hernie est l'issue des organes abdominaux ou pelviens hors de la cavité abdominale par un orifice (ou un point faible) de cette paroi anormalement ouvert. On parle de hernie étranglée lorsqu'un organe intra abdominal reste coincé au niveau du collet herniaire.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • tuméfaction douloureuse inguinale ou ombilicale, crurale et/ou de la ligne blanche • nausée ou vomissement • arrêt des matières et des gaz (si intestin coincé) • tuméfaction (inguinale ou ombilicale) douloureuse, non expansive à la toux ou à l'effort et non réductible 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP de bon calibre 16G (gris) ou 18G(vert) pour remplissage vasculaire (1 litre de SSI) • Paracétamol 1g injectable <p>Alerter le SAMU 1515 ou référer au CS ou à l'EPS immédiatement</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • GSRH - NFS • Intervention chirurgicale ou référer immédiatement à l'EPS - Alerter le SAMU (1515) <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire boire ou alimenter le malade • Vessie de glace • Réduction Administration d'anti inflammatoires

5. PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Solution de continuité (ouverture ou effraction) de la paroi abdominale suite à une agression mécanique avec effraction du péritoine.</p> <p>(cf image)</p> <p>SIGNES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture punctiforme habituellement (orifice d'entrée) de l'abdomen • Hémorragie • Éviscération • Signes de choc : Pouls rapide, filant, parfois imprenable, Tension artérielle abaissée, troubles de la conscience 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - VVP calibre 16G(gris) ou 18G(vert) pour remplissage vasculaire (1 litre de SSI) - Pansement stérile protecteur imbibé de SSI -prendre la TA, FC, FR, SpO2, Dextro - Référer au CS ou à l'EPS immédiatement -Alerter le SAMU (1515) <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> -SAT-VAT Paracétamol 1g injectable -amoxicilline-acide clavulanique 1g toutes les 8h en injectable NFS-GSRH-TP-TCK Intervention chirurgicale ou référer immédiatement à l'EPS ou contacter le SAMU (1515) <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Imagerie</p> <p>Chirurgie</p>	<p>Explorer ou suturer la plaie</p> <p>Mettre un pansement sec</p> <p>Faire boire ou alimenter le malade</p> <p>Administration d'anti inflammatoires</p>



6. CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Agression mécanique des viscères intraabdominaux sans solution de continuité (ouverture ou effraction) de la paroi</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale - Ecchymoses - Signes de péritonite : <ul style="list-style-type: none"> • Défense abdominale généralisée ou contracture abdominale (c'est le classique « Ventre de bois ») • Cri de l'ombilic (douleur vive à la pression de l'ombilic) • Cul de sac de Douglas douloureux au toucher rectal (cri de DOUGLAS) <p>Signes de choc : pâleur des muqueuses, Pouls rapide, filant, parfois imprenable, Tension artérielle abaissée, troubles de la conscience</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>VVP calibre 16G (gris) ou 18G(vert) pour remplissage vasculaire (1 litre de SSI)</p> <p>Référer au CS ou à l'EPS immédiatement ou alerter le SAMU (1515)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <p>Paracétamol 1g injectable</p> <p>NFS-GSRH-TP-TCK</p> <p>Surveillance de l'hémoglobine avec l'HEMOCUE</p> <p>Échographie abdominale répétée au besoin</p> <p>Intervention chirurgicale si indiquée</p> <p>- si état de choc hémorragique : contacter le SAMU 1515 ou référer immédiatement à l'EPS</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Compléter imagerie</p> <p>Surveillance rapprochée</p> <p>Chirurgie si indications</p> <p>Transfert en réanimation si instabilité</p>	<p>Mobilisation intempestive du patient</p> <p>Faire boire ou alimenter le malade</p> <p>Administration d'anti-inflammatoires</p>

II. UROLOGIE - NEPHROLOGIE

1. RETENTION AIGUE D'URINES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>La rétention aiguë d'urines est l'impossibilité pour un individu d'émettre les urines malgré une envie urgente.</p> <p>Elle peut survenir dans un contexte de rétention chronique</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense du bas ventre • Absence d'émission d'urines depuis plusieurs heures • Masse du bas ventre médiane, arrondie, douloureuse, tendue. (GLOBE VESICAL). La pression de la masse augmente l'envie d'uriner • Agitation, sueur et angoisse 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Soulager le patient par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un sondage urinaire (sonde de calibre adapté) puis consultation chez l'urologue • une ponction sus-pubienne : si la sonde ne passe pas ou si épisode aigu sur rétention chronique <p>Associer un remplissage vasculaire (1 litre de SSI en 1 heure) pour éviter le syndrome de levée d'obstacle</p> <p>Référer au Centre de Santé ou à l'EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé • Échographie (vessie) • Adresser au spécialiste <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie (reins, vessie, prostate) 	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatiser l'urètre en forçant le passage lors du sondage urinaire -Pression sur le globe vésical -Ponctions répétitives -Sondage après traumatisme du bassin



2. TORSION DU CORDON SPERMATIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>La torsion du cordon spermatique (appelée à tort torsion du testicule) réalise l'enroulement ou la rotation du cordon spermatique sur lui même</p> <p>C'est une extrême urgence car au-delà de 6 heures il y a un risque de nécrose testiculaire.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur violente et brutale au niveau de la bourse irradiant vers la cuisse et la région inguinale • Nausées ou vomissements • Testicule tuméfié, douloureux et rétracté à la région inguinale • Absence de fièvre • Agitation++++ 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser l'heure de début de la crise douloureuse • Administrer des antalgiques et des antispasmodiques en IV (Paracétamol 1g, phloroglucinol 40mg) • Référer immédiatement au Centre de Santé ou à l'EPS où la prise en charge chirurgicale immédiate est possible <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <p>Chirurgie en urgence si possible sinon référer à l'EPS</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Chirurgie en urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire boire ou alimenter le patient • Echo-doppler des bourses • vessie de glace (traiter à tort une orchio-épididymite) • Ponctionner

3. HÉMATURIE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> Émission d'urines contenant du sang <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> Regarder le patient uriner (urines rouges) Rechercher des signes de gravité : muqueuses pales, baisse de la TA, pouls accéléré, sueurs, extrémités froides 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> VVP pour le remplissage vasculaire Référer au Centre de Santé ou à l'EPS <p>TA, FC, FR, T°</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Idem Poste de Santé Sonde à 3 voies pour irrigation NFS-GSRH, TP-TCK ASP Échographie (reins, vessie, prostate) ECBU, examen du culot urinaire, créatininémie etc... Transfusion si nécessaire Référence vers un spécialiste si nécessaire <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> Cystoscopie Uroscanner Traitement fonction de l'étiologie 	<p>Injection Ethamsylate (Dicynone*)</p> <p>Administration d'AINS</p>



4. COLIQUE NEPHRETIQUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Douleur aigue du flanc en rapport avec une distension brusque de l'uretère et du bassinet sur obstacle lithiasique</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur brutale, en coup de poignard, insupportable, continue, strictement unilatérale irradiant vers les organes génitaux externes et la face interne de la cuisse • Autres signes : nausées, vomissement, agitation, sueurs, le patient n'arrive pas à trouver une position antalgique • Rechercher une fièvre ou une anurie qui sont des éléments de gravité 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vessie de glace sur le flanc -VVP / 1 litre de SSI • Calmer la douleur par l'administration d'AINS (100mg de Kétoprofène en IVL) • Hyperhydratation : Faire boire 2,5 à 3L d'eau par jour <p>Référer immédiatement au Centre de Santé ou à l'EPS (urologie)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASP • Échographie • Référer à l'EPS (urologie) <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Prise en charge fonction de l'étiologie</p>	<p>Administrer du Ringer Lactate</p>

5. PRIAPISME

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Érection prolongée (plus de 6 heures) survenant en dehors de toute excitation sexuelle • C'est une urgence car il y a un risque d'impuissance <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verge (pénis) très tendue et douloureuse • Agitation, sueurs, angoisse 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Effort physique • Antalgique (paracétamol injectable) <p>Alerter le SAMU (1515) ou structure de référence</p> <p>Référer immédiatement à l'EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé • Ponction lavage des corps caverneux si possible • NFS, GSRH, électrophorèse de l'hémoglobine <p>EPS</p> <p>-Idem Centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge par un spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage vésical • Faire boire ou faire manger le patient

6. ACCIDENTS DE LA CIRCONCISION

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évènements inattendus liés à l'acte chirurgical lors d'une circoncision <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement abondant de la verge • Amputation du gland • Infection de la verge (pus) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Amputation du gland :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conditionner le gland dans un sachet puis mettre dans la glace • Pansement compressif <p>Saignement incontrôlable de la verge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansement compressif • Évacuation rapide au Centre de Santé ou à l'EPS <p>Traumatisme urétral</p> <p>Pansement stérile</p> <p>Référer immédiatement à l'EPS</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • NFS GSRH, TP TCK • Hémostase sous anesthésie générale si bloc opératoire fonctionnel • Transfusion sanguine si nécessaire <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Réimplantation du gland le plus rapidement possible</p> <p>En cas d'échec, méatoplastie</p>	<p>Camoufler l'accident</p> <p>Mettre un garrot sur la verge</p> <p>Mettre le gland directement dans la glace</p> <p>Sonde urinaire en cas de traumatisme de l'urètre</p>



III. URGENCES NEUROCHIRURGICALES

1. SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est un ensemble de signes liés à une augmentation de la pression intracrânienne</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées à prédominance matinale, déclenchées par les efforts ou changement de position, résistantes aux antalgiques habituels • Vomissements en jet, ou nausées • Troubles de la vigilance, baisse de l'attention • Flou visuel • Paralyse d'un membre ou de la moitié du corps • Convulsion (épilepsie). <p>Macrocranie chez l'enfant</p> <p>Signes d'extrême GRAVITE</p> <p>Triade de Cushing HTA (qui est à respecter), bradycardie, troubles respiratoires</p> <p>Signes d'engagement mydriase, anisocorie, myosis aréactif, nuque raide</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Rassurer le patient</p> <p>Maintenir l'axe tête-cou</p> <p>Tête du patient en position proclive 30°,</p> <p>En attendant l'évacuation</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP (18 G) : SSI <p>Pancarte de surveillance: TA ; pouls ; FR ; température, pupilles, GCS, SpO2, Dextro</p> <ul style="list-style-type: none"> • O2 si SpO2 inférieure à 95%, pris en charge des ACSOS (cf TCE) • Diurétiques (furosémide), corticoïdes <p>Si signes de gravité, appeler le SAMU (1515) pour la régulation</p> <p>Si transfert impossible, Mannitol 250 cc chez l'adulte, chez l'enfant 0.5 à 1 g par Kg</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solution hypertonique (Mannitol 10 ou 20%) • Appeler le SAMU (1515) pour la régulation et le transport sanitaire (SAU , Neurologie, Neurochirurgie) • TDM cérébrale : si disponible <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • TDM cérébrale • Référer en milieu spécialisé : Neurologie, Neurochirurgie, Réanimation 	<p>Ponction lombaire (risque d'engagement)</p> <p>Mettre du SG</p> <p>Mettre des antihypertenseurs</p> <p>Ponction lombaire (risque d'engagement) avant scanner</p>

2. TRAUMATISME CRANIOENCEPHALIQUE (TCE)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Choc ou coup reçu directement ou indirectement au niveau du crâne par un objet ou une collision avec un obstacle suite à une chute, AVP, rixe, ou à un sport.</p> <p>Nouveau-né : enfant secoué</p> <p>Enfant : maltraitance</p> <p>SIGNES</p> <p>Perte de connaissance initiale présente ou absente associée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - céphalées / vertiges, vomissements (HTIC) , - Crises convulsives, agitation, amnésie post traumatique - Nouveau-né – nourrisson : pleurs irritabilité, somnolence <p>Troubles de la conscience : allant de l’obnubilation au coma pouvant être léger ou profond :</p> <p>Fracture du crâne ouverte ou embarrée</p> <p>Rhinorrhée, otorrhée, hémotympan,</p> <p>Intoxication à l’alcool ou à des stupéfiants,</p> <p>Troubles de la mémoire à court terme ≥ 30mn</p> <p>Lésion traumatique au-dessus des clavicules</p> <p>Mécanisme de blessure dangereux (p. ex., collision piéton, éjection du véhicule, chute ≥ 1m ou \geq cinq marches</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Installation :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Maintenir droit l'axe tête-cou-tronc, mettre une minerve si possible, -Assurer la liberté des voies aériennes -Position proclive 30°, -Éviter la flexion du cou <p>Pose VVP : perfusion de SSI</p> <p>Antalgiques</p> <p>Mesure des paramètres vitaux + évaluation neurologique (échelle de GCS+ pupille) : surveillance neurologique à intervalle toutes les 30 mn pendant 2 heures, puis par heure pendant 4 heures : TA, FC, FR, SPO2, DEXTRO, Température, SCG, pupilles.</p> <ul style="list-style-type: none"> -O2 si SpO2 < à 97% -SSI 20ml/kg sur 1h si PAS < 100 -Hypoglycémie : G < 0,7 : 1 ampoule de SG30% -Hyperthermie : paracétamol - Si convulsions répétées ou état de mal convulsif 10mg Diazépam* : 0,3 mg/kg/dose IVL -Pose d'une sonde urinaire et SNG en cas de coma <p>Si présence d'une plaie du scalp hémorragique : suture/ pansement compressif +++ et un rappel de la vaccination antitétanique</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfant : 20ml/kg SSI + transfert+++ <p>TC sans perte de connaissance, avec un GCS à 15 et un examen neurologique normal, un retour à domicile envisagé avec une surveillance par un tiers (céphalées, vomissements, paresthésie, somnolence) : Alerter le SAMU</p> <ul style="list-style-type: none"> -GCS <15/ Blantyre ≤ 4 : Alerter le SAMU (1515) pour la régulation et/ou le transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusion des solutions hypotoniques (sérum glucosé) • Faire boire ou alimenter le patient • Étouffer le patient par un attroupeement • Mobilisation du cou



SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant : Blantyre / SCG pédiatrique • Si SCG ≥ 13 = TCE mineur ; SCG [9-12] = TCE modéré ; SCG ≤ 8 = TCE grave • Signes de gravité <p>Blantyre ≤ 4</p> <p>SCG ≤ 8 ou perte de points</p> <p>Signes engagement: anisocorie, mydriase, myosis aréactif</p> <p>Déficit moteur ou sensitif,</p> <p>Convulsions répétées ou état de mal convulsif</p> <p>Triade de Cushing : bradycardie, l'hypertension artérielle et une bradypnée</p> <p>ACSOS : enfant (muqueuses pales, TA...)</p> <p>hypotension ≤ 90mmHg, l'hypoxémie SPO₂$<97\%$, hyperglycémie : glycémie $\geq 1,82$ g/l ou 10mmol, hypoglycémie : G$<0,7$ hyperthermie, anémie Hb<8g/dl, Hyponatrémie</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'autres traumatismes doit être recherchée • Indications d'un scanner en urgence : <p>TCE mineur = SCG<15</p> <p>≥ 2 vomissements</p> <p>Céphalées qui s'accroissent</p> <p>Convulsions répétées</p> <p>Âge supérieur à 60 ans,</p>	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé <p>Pancarte de surveillance : détection des ACSOS</p> <p>Évaluation neurologique (échelle de GCS+ pupille) : surveillance neurologique à intervalle toutes les 30 mn pendant 2 heures, puis par heure pendant 4 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si signes de gravité : Appeler le SAMU (1515), <p>Prendre en charge les ACSOS</p> <p>10mg Diazépam à Convulsions répétées ou état de mal convulsif</p> <p>Si présence d'une plaie du scalp hémorragique à suture, pansement compressif +++ Enfant : 20ml/kg SSI/ transfusion + bilan si possible+ transfert+++</p> <p>Score de Glasgow inférieur ou égal à 8 à intuber et sédaté si possible et attendre le SMUR</p> <p>Si signes d'engagement : triade de Cushing à Osmothérapie Mannitol 20% 250 cc, et appeler le 1515</p> <p>Bilan : NFS, GS Rh, TP, TCK, Ionogramme sanguin si possible+++</p> <p>TDM cérébrale + cervicale : si disponible HED à chirurgie+++</p> <p>Body-scanner enfant+++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer à l'hôpital/SAMU à SAU, réanimation <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • TDM cérébrale + cervicale • Référer en milieu spécialisé EPS ayant un neurochirurgien de préférence (SAU, neuro-réanimation, réanimation polyvalente et neurochirurgie) <p>HED et chirurgie+++</p>	

SCORE DE BLANTYRE (adapté aux enfants de moins de 5 ans)

Mouvement des yeux	Dirigés (suit le visage de la mère)	1
	Non dirigés	0
Réponse verbale	Appropriée	2
	Inappropriée ou gémissement	1
	aucune	0
Meilleure réponse motrice	Localisation du stimulus douloureux	2
	Retrait du membre à la douleur	1
	Réponse non spécifique ou absence	0



3. HÉMORRAGIES SOUS ARACHNOÏDIENNES PAR RUPTURE D'ANEVRYSME

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Ce sont des manifestations neurologiques liées à une issue brutale de sang dans les espaces sous arachnoïdiens due à une rupture d'anévrisme</p> <p>CONTEXTE</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • CEPHALEES BRUTALES, inhabituelles, atroces, le plus souvent au cours d'un effort • Vomissements faciles en jet <p>Crises convulsives</p> <p>SYNDROME MENINGE NON FEBRILE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient gêné par la lumière (photophobie) • Patient gêné par les bruits (sonophobie) • Raideur de la nuque • Agitation, confusion, désorientation • Possibilité de paralysie d'une paupière <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <p>Déficit moteur brutal</p> <p>Troubles de la conscience voire coma</p> <p>Triade de Cushing</p> <p>Troubles du rythme cardiaque</p> <p>Troubles respiratoires</p> <p>COMPLICATIONS</p> <p>« Re-saignement »</p> <p>Vasospasme</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>En attendant l'évacuation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer le patient et l'entourage • L'isoler si possible pour éviter les bruits, • Décubitus dorsal strict • Réduire la lumière dans la salle • Pancarte : TA, FC,,FR SpO2, FR, Dextro, Température • VVP (18G), Sonde vésicale, SNG si malade inconscient, • Antalgique : Paracétamol • Anxiolytiques, <p>Diazépam si Convulsions répétées,</p> <p>PAS permissive de 140 à 160 voire 180 mm de Hg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laxatifs <p>Gérer les ACSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerter le SAMU (1515) pour la régulation : chirurgie le plus précocement possible <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <p>Scanner si disponible et angioscanner si disponible</p> <p>ECG et avis cardio (Troubles du rythme)</p> <p>Bilan : NFS GS-Rh, TP, TCK, Urée, Créatininémie, Ionogramme sanguin</p> <p>Démarrer la Nimodipine 300mg par jour</p> <p>Appeler le SAMU (1515) pour la régulation et le transport sanitaire (neurochirurgie + réanimation) pour chirurgie le plus précocement possible</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>AngioTDM cérébrale: si disponible</p> <p>Référer en milieu spécialisé (Neurochirurgie)</p>	<p>Ponction lombaire</p> <p>Donner des antiinflammatoires et des antiagrégants plaquettaires</p> <p>Faire baisser la TAS en dessous de 140 mm de Hg</p>

4. HYDROCEPHALIES DU NOUVEAU-NE OU DU NOURRISSON

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Traduit une dilatation permanente des cavités ventriculaires en rapport avec des anomalies de l'hydrodynamique du liquide céphalorachidien</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation progressive du périmètre crânien (« macrocranie =grosse tête », au-dessus de 2 DS du Périmètre crânien) • Veines du cuir chevelu visibles et dilatées • Fontanelle bombée, tendue, largement ouverte • Regard anormal (aspect coucher de soleil) <p>Retard du développement psychomoteur chez le nourrisson</p> <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <p>Fontanelle tendue (tension extrême)</p> <p>Troubles de la conscience voire coma</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>En attendant l'évacuation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la famille • Antipyrétiques (Paracétamol) en cas de fièvre • Alerter le SAMU 1515 ou référer directement à l'EPS <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé • TDM cérébrale ou échographie transfontanellaire (ETF) : si disponible • Référer directement à l'EPS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem CS • TDM cérébrale ou ETF si disponible • Référer en milieu spécialisé (neurochirurgie) 	<p>Ponction de l'hydrocéphalie</p>



5. SUPPURATIONS INTRA-CRANIENNES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Abcès du cerveau : collection suppurée développée au sein du parenchyme cérébral</p> <p>Empyème intracrânien : collection suppurée développée entre les méninges et le cerveau :</p> <p>Dans l'espace sous-dural +++ (entre le cerveau et la dure mère)</p> <p>Ou dans l'espace extradural (entre l'os du crâne et la dure mère : empyème extradural)</p> <p>SIGNES</p> <p>Abcès du cerveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crises convulsives • Signes d'hypertension intracrânienne (cf HIC) : céphalées, vertiges, nausées, vomissements, flous visuels • Déficit moteur ou sensitif : • Paralysie associée ou non à une perte de la sensibilité d'un ou plusieurs membres : hémiparésie, hémianopsie • Aphasie • Paralysie faciale + troubles de l'équilibre • Les signes infectieux sont inconstants : la fièvre est modérée, de même que les signes biologiques : hyper leucocytose, augmentation de la vitesse de sédimentation, CRP 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Maintenir droit l'axe tête-cou-tronc,</p> <p>Éviter la flexion du cou</p> <p>Position proclive 30°,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancarte de surveillance : TA, FC, FR, SpO2, Température, Dextro • Évaluer le score de Glasgow (cf Coma) + pupilles • Pose d'une bonne voie veineuse et perfusion de SSI <p>Paracétamol 15 mg/kg/ 6 heures, en 15 minutes (max. 60 mg/kg par jour)</p> <p>diazépam si Crises convulsives répétées</p> <p>10mg IV chez l'adulte</p> <p>0,3 mg/kg/dose IV lente chez l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pose d'une sonde urinaire et SNG en cas de coma • Interrogatoire +++ : recherche d'une porte d'entrée : carie dentaire, panaris, otite chronique, sinusite, blessure/plaie, cyanose+ essoufflement (enfants+++) • Alerter le SAMU (1515) pour la régulation et /ou le transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponction Lombaire • AINS

<p>• Étiologie :</p> <p>Infection de voisinage</p> <ul style="list-style-type: none"> - ORL : otite chronique, sinusite - buccodentaire : carie dentaire - face : furoncle, plaie, abcès - Post trauma ou Post chirurgie <p>Foyer infectieux à distance du cerveau : l'infection se propage par la circulation sanguine</p> <ul style="list-style-type: none"> - panaris I - nfection pulmonaire - endocardite bactérienne (enfant++) <p>Empyèmes du cerveau : tableau plus bruyant+++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes infectieux sont marqués+++ : - fièvre++ - hyper leucocytose, augmentation de la vitesse de sédimentation, CRP • Syndrome méningé+++ <p>Troubles de la conscience, évoluant rapidement vers un coma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crises convulsives • Déficit moteur ou sensitif • Étiologie = Infection de voisinage descavités aériennes (sinus, oreilles) : otite chronique, sinusite <p>Complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement cérébral : mydriase, myosis aréactif, • Ischémie cérébrale 	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé • Alerter le SAMU (1515) pour régulation, • Surveiller et prendre en charge les ACSOS • Si signes d'engagement èOsmothérapie Mannitol 20% 250 cc • Si Score de Glasgow inférieur ou égal à 8 intuber si possible et attendre le SMUR • Bilan : NFS, GS-Rh, TP, TCK, Ionogramme sanguin, créatininémie • TDM cérébrale : si disponible <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • TDM cérébrale • Référer en milieu spécialisé (neuro-réanimation, neurochirurgie) <p>Référer à l'EPS disposant de neurochirurgiens</p>	
--	--	--



6. TRAUMATISME DU RACHIS (VERTEBRO-MEDULLAIRE)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Il s'agit de lésions de la colonne vertébrale et ou de son contenu suite à un traumatisme</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur sur épineuse (vertèbre) • Torticoli (enfant +++) <p>-Nevralgie brachiale (fourmillements, paresthésies)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contracture des muscles para vertébraux • Paralysie d'un ou de deux ou des quatre membres <p>Perte de sensibilité d'une partie du corps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Globe vésical, perte involontaire d'urines ou des selles <p>SIGNES DE GRAVITE</p> <p>-Priapisme, troubles respiratoires, hypotension artérielle, bradycardie</p> <p>-Incontinence sphinctérienne (urinaire et anale)</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ramassage et transport du patient sur un brancard ou planche (5 personnes sont requises au minimum pour un déplacement en monobloc) • Mettre un minerve ou collier pour traumatisme du rachis cervical • Surveillance des constantes • VVP : administration d'un antalgique par voie injectable, remplissage vasculaire si PAS inférieure à 110 avec 500 cc à 1 litre de SSI • Pose d'une sonde vésicale • Corset pour le traumatisme dorsolombaire • Alerter le SAMU (1515) pour la régulation et le transfert du patient accompagné d'une fiche de référence dûment remplie vers un centre spécialisé <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gérer les ACSOS (O2 si SpO2 inférieure à 95%, remplissage si PAS inférieure à 110) • Radiographie au mieux scanner du rachis • Bilan pré-opératoire • Alerter le SAMU (1515) pour la régulation et le transport sanitaire <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographie du rachis , IRM ou TDM du rachis si disponible • Avis du chirurgien : orthopédiste ou neurochirurgien • Référer en milieu spécialisé (orthopédie ou neurochirurgie) 	<p>Mobilisation de la colonne vertébrale (surtout le rachis cervical)</p> <p>Alimentation</p> <p>SG</p> <p>PAS inférieure à 110</p>

7. LOMBOSCIATIQUE DISCALE COMPLIQUEE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est une douleur sciatique revêtant un caractère soit hyperalgique malgré un traitement médical, soit accompagnée de paralysie du pied, soit accompagnée d'un syndrome de la queue de cheval.</p> <p>SIGNES</p> <p>Sciatique hyperalgique : Douleurs lombaires (lombalgie) avec irradiation au membre inférieur (L5 : douleurs se terminant au gros orteil, S1 : douleurs se terminant au petit orteil) ne cédant à aucun traitement antalgique</p> <p>Sciatique déficitaire</p> <p>Paralysie du pied (à l'extension ou à la flexion)</p> <p>Syndrome de la queue de cheval :</p> <p>Troubles de la sensibilité du périnée et des organes génitaux externes,</p> <p>Rétention d'urines, incontinence urinaire ou anale et ou constipation</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer le patient • Antalgiques, anti-inflammatoires, Diazépam 5mg, vitamines B • Sonde urinaire si syndrome de la queue de cheval • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem que Poste de Santé • Évacuation le plus rapidement possible dans les 6 heures par ambulance • TDM lombaire : si disponible <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • TDM lombaire si disponible <p>Traitement antalgiques palier 3 (titration morphinique), corticothérapie, chirurgie si résistance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer en milieu spécialisé (Neurochirurgie) 	



8. SPINA BIFIDA

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est un défaut de fermeture du tube neural entraînant une masse congénitale de siège le plus souvent lombosacrée</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masse arrondie, médiane, lombosacrée le plus souvent • Avec souvent une plaie au centre de la masse saignant facilement au contact, <p>Poche rompue avec issue de LCR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déformation et paralysie ++ des membres inférieurs • Écoulement continu de selles et urines • Rechercher une augmentation du périmètre crânien (hydrocéphalie associée) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>En attendant l'évacuation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre le malade en décubitus dorsal <p>Rassurer la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de plaie de la masse, pansements humides et occlusifs • Plaie sale : amoxicilline sirop • Référer l'enfant à l'hôpital <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEC en pédiatrie : Échographie de la malformation (ETF) • TDM si disponible : meilleure pour rechercher une hydrocéphalie associée • Référer à l'EPS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • Référer en milieu spécialisé (néonatalogie) 	<p>Ponction ou incision de la masse</p> <p>Pansements compressifs</p> <p>Mettre des couches</p>

IV. ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGIE

1. PANARIS DES DOIGTS

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection aigue d'un doigt ou d'un orteil</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au début, douleur modérée et diurne avec une tuméfaction rouge et douloureuse à la palpation sans collection visible • Au stade collecté, douleur intense permanente pulsatile, insomnante avec une tuméfaction blanchâtre entourée d'une zone inflammatoire • Complications : arthrite, ostéite, phlegmon, lésion tendineus 	<p>POSTE DE SANTE et CENTRE DE SANTE</p> <p>Au début :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAT-VAT • Antiseptique local par bains réguliers <p>Au stade collecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à plat <p>SAT-VAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques • Excision tissus nécrotiques <p>Complications :cf iconographie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arthrite, ostéite, atteinte matrice ongle <p>Si complications, référer</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Traitement stade collecté et complications</p>	<p>Traitement par antibiotiques si non collecté</p>

2. PHLEGMONS DE LA MAIN

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection des tendons ou des espaces cellulux péri-tendineux fines enveloppes entourant les tendons</p> <p>SIGNES</p> <p>Phlegmon des espaces cellulux</p> <p>Douleur ou tuméfaction en regard de l'espace cellulux (mobilisation limitée mais possible)</p> <p>Phlegmon de la gaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspect du doigt en crochet avec douleur à l'extension passive ou à la flexion contrariée • Impotence fonctionnelle importante • Douleur à la pression de la gaine au poignet ou à la paume de la main 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansement alcoolisé • Évacuation en urgence <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'une porte d'entrée et de traînées de lymphangite • Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Radiographie main - NFS-GS Rh, Cinétique CRP - Mise à plat des phlegmons des espaces <p>Bactériologie</p> <p>Antibiothérapie anti staphylococcique</p> <p>Évacuation du patient si phlegmons des gaines</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Traitement en milieu spécialisé</p>	<p>Incisions anarchiques ne respectant pas l'anatomie de la gaine.</p>



3. MYOSITE SUPPUREE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Inflammation du muscle d'origine infectieuse.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperthermie • Pouls accéléré • Collection suppurée inflammatoire, chaude, douloureuse, fluctuante avec impotence fonctionnelle 	<p>POSTE DE SANTE et CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgiques • Pansement alcoolisé • Évacuer le patient <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgiques • Reprendre l'examen clinique • Ponction diagnostique • Mise à plat chirurgicale sous anesthésie • Antibiothérapie parentérale 	

4. INFECTIONS OSTEOARTICULAIRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Infection aigue d'un os (ostéomyélite) ou d'une articulation (arthrite)</p> <p>SIGNES</p> <p>OSTEOMYELITE AIGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur osseuse • Impotence fonctionnelle • Fièvre (39-40°) <p>Mobilisation du membre difficile mais possible</p> <p>ARTHRITE AIGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur en regard d'une articulation • Impotence fonctionnelle • Fièvre • Gonflement chaud en regard d'une articulation <p>Mobilisation du membre impossible</p>	<p>POSTE DE SANTE et CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer une voie veineuse de gros calibre • Donner un antalgique: Paracétamol 15 mg/Kg x 4 par jr en IVL • Immobilisation du membre • Référer rapidement le malade en orthopédie ou en chirurgie pédiatrique <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoculture - NFS-VS-CRP-TE, Glycémie à jeun, HIV • Échographie de l'os ou de l'articulation • Radiographie standard • Ponction (échoguidée si possible pour la hanche) et examen bactériologique du pus • Amoxicilline-acide clavulanique, gentamycine ou Oxacilline si disponible • Mise à plat si abcès sous-périosté • Arthrotomie si arthrite • Immobilisation du membre 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des corticoïdes (CS) • Ponctionner l'articulation au niveau du poste de santé

5. FRACTURES FERMEES DE MEMBRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Cassure fermée d'un os</p> <p>SIGNES</p> <p>Douleur</p> <p>A l'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impotence fonctionnelle (difficulté à utiliser le membre traumatisé) • Tuméfaction localisée et déformation en regard de la fracture <p>A la palpation douce :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur localisée en regard de la fracture • Rechercher les pouls distaux (radial, pédieux), la mobilité et la sensibilité des doigts ou des orteils du membre fracturé, une froideur des extrémités. <p>Rechercher un choc hémorragique (pouls filant, tension artérielle abaissée...) si d'autres traumatismes sont associés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • importe après le plâtre, fourmillements et paresthésie 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgique (Paracétamol 15mgKg) • Remettre le membre dans l'axe. • Placer le membre blessé dans une écharpe pour le membre supérieur, associer les 2 membres inférieurs dans un bandage pas trop serré. • Pancarte de surveillance (Prendre les constantes) • Transférer le patient avec une fiche de référence dûment remplie <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reprendre l'examen clinique • Examens complémentaires : Radiographies F/P du membre si disponible <p>Prévention MTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si possible, traitement orthopédique ou chirurgical (avis orthopédique). • Sinon, référer. <p>EPS</p> <p>Traitement en milieu spécialisé (orthopédique ou chirurgical)</p>	<p>Mobilisation exagérée du membre fracturé.</p>



6. FRACTURES OUVERTES DE MEMBRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Cassure ouverte d'un os à la peau</p> <p>SIGNES</p> <p>CLASSIFICATION de CAUCHOIX</p> <p>Type 1 : ouverture punctiforme ou d'une plaie peu étendue, sans décollement ni contusion</p> <p>Type 2 : Plaie linéaire sup à 1 cm avec décollement</p> <p>Type 3 : large plaie délabrante exposant l'os</p> <p>Rechercher les pouls distaux (radial, pédieux), la mobilité et la sensibilité des doigts ou des orteils du membre fracturé, une froideur des extrémités.</p> <p>PRECISER LE DEGRE DE SOUILLURE DE LA PLAIE</p> <p>NB : plaie par arme à feu PEC en milieu spécialisé</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>VVP + Antalgiques + SSI</p> <p>Laver à grande eau (SSI ou eau courante)</p> <p>Retirer les débris ou les corps étrangers</p> <p>Pansement bétadiné sur la plaie</p> <p>Respecter l'axe</p> <p>Mettre en place une attelle</p> <p>SAT – VAT (après vérification du statut vaccinal)</p> <p>Antibiothérapie : Amoxicilline-acide clavulanique + Métronidazole, Ampi-Genta + Métronidazole,</p> <p>Transférer le plus rapidement possible dans les 6 heures</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <p>Type 1 : Lavage, parage, fermeture</p> <p>Type 2 et 3 : avis orthopédique</p> <p>Radiographie du membre sans retarder l'évacuation</p> <p>Évacuer avant les 6 heures</p> <p>EPS</p> <p>Service spécialisé</p>	



7. PLAIES TRAUMATIQUES DES MEMBRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Effraction ouverture cutanée par un objet tranchant ou contondant (couteau, machette ...) d'un membre avec ou non la présence de lésions tendineuses, musculaires, vasculaires ou nerveuses.</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaie linéaire ou contuse voire délabrée hémorragique • Diminution ou absence de mobilité des membres (lésion tendineuse) • Absence de sensibilité des membres (lésion nerveuse) • Froideur des membres (rupture artérielle) <p>Perte de la mobilité ++</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>VVP</p> <p>Antalgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer la plaie à l'eau ou au SSI puis une solution antiseptique puis pansement protecteur stérile • Immobiliser le membre dans une écharpe. • Suturer si pas de lésions tendineuses ou vasculo-nerveuses • Évacuer le patient si présence ou suspicion de lésions tendineuses ou vasculo-nerveuses <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser l'examen clinique • Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Radiographie main - NFS-GS Rh <p>Évacuer</p> <p>EPS</p> <p>Traitement chirurgical de toutes les lésions</p>	<p>Suturer la plaie sans exploration préalable des nerfs, tendons et vaisseaux.</p>



8. LUXATIONS TRAUMATIQUES AU NIVEAU DES MEMBRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Déboitement permanent de 2 surfaces articulaires ayant perdu leurs rapports normaux</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur localisée au niveau de l'articulation • Impotence fonctionnelle (diminution ou disparition mobilité active) • Déformation de l'articulation traumatisée • Tuméfaction locale • Rechercher sensibilité et mobilité doigts et orteils • Palper les pouls en regard radial ou pédieux <p>NB palper les pouls et rechercher la sensibilité avant et après toute manœuvre de réduction</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>VVP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre le membre blessé dans une écharpe pour l'épaule ou le coude, dans une attelle pour le genou ou la cheville. • Antalgique (Paracétamol 1g) • Évacuation du traumatisé. <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reprendre l'examen clinique à la recherche de complications cutanées, nerveuses ou vasculaires • Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Radiographie de F/P de l'articulation blessée -Si réduction sans anesthésie possible pour l'épaule, le coude et la cheville -Si hanche, genou ou réduction impossible évacuer <p>EPS</p> <p>Bilan</p> <p>Réduction luxation impossible ou complications post réductionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massage de l'articulation concernée. • Immobilisation serrée • Toute tentative exagérée de réduction



9. ENTORSE DE LA CHEVILLE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Lésions de ligament ou d'une articulation sans luxation</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entorse bénigne <p>Douleur sur le trajet ligamentaire en 3 temps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Accalmie • Douleur avec impotence fonctionnelle <p>Tuméfaction en œuf de pigeon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entorse grave • Impossibilité de faire 4 pas consécutifs • Douleur permanente • Tuméfaction de toute la cheville <p>Indications de la radiographie si Cf images</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Entorse bénigne • VVP Antalgiques+ Anti-inflammatoire Glace, repos, surélévation et contention ;</p> <p>Entorse grave Idem + évacuation</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de Santé <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • Échographie ; IRM, • Pansements 	



10. BRULURES GRAVES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Destruction partielle ou totale de la peau, des tissus mous ou même des os par un agent causal (thermique, électrique, physique, chimique). On parle de gravité lorsque la destruction cutanée est supérieure à 15°/o de la surface corporelle totale ou les lésions profondes supérieures à 10°/o de la surface corporelle ou qu'il s'associe des lésions d'inhalation ou un traumatisme grave</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Phlyctènes (ampoules) rompues ou non <p>Apprécier la surface corporelle brûlée(SCB) par la règle des 9 de Wallace :cf annexes page</p> <p>Profondeur : cf annexes page</p> <p>Facteurs de gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age : extrêmes moins de 2 ans et plus de 65 ans • Siège : <ul style="list-style-type: none"> - visage - plis de flexion - orifices naturels • Étendue : Grave quelque soit l'étendue chez le nouveau-né ;supérieure à 10% chez le nourrisson et le sujet âgé et à 20% chez l'enfant 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 voies veineuses de gros calibre (18G) • Débuter le remplissage par du Sérum Salé ou du Ringer Lactate • Placer une sonde urinaire • Antalgiques • Nettoyage abondant au sérum physiologique puis pansement stérile • Recouvrir avec du linge propre • SAT-VAT • Évacuation avec pancarte de surveillance : TA, FC, SpO2, t°, Diurèse horaire <p>Appeler le SAMU (1515) pour la régulation si facteurs de gravité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rompre les phlyctènes • Mettre une antibiothérapie à la phase aigüe avant le bloc <p>Les produits de cosmétiques ou autres (pâte dentifrice, karité ..)</p>

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>chez l'adulte : si SCB sup à 20% ou 3ème degré avec SCB sup à 5% ou une brûlure avec inhalation de fumée ou avec une localisation particulière (face, mains, cou circulaire, pieds, périnée) ou une brûlure électrique à haut voltage ou chimique ou une SCB à 20%</p> <p>chez un sujet de plus de 65 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profondeur : - peau carbonnée, perte de sensibilité - atteinte des muscles et des os. <p>Trauma associés Tares (cardia</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de choc hypovolémique • Infection 	<p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre e remplissage (règle de Parkland + apport de base) cf annexes • Faire les soins au bloc sous anesthésie si disponible • • Antalgiques (Kétamine si disponible) <p>Alimentation hypercalorique</p> <p>Protection MTE 1 dose HBPM • Protection gastrique si nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques si infection • Si signes de gravité ou aggravation état clinique, évacuer <p>Appeler le 1515 pour la régulation si facteurs de gravité</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de Santé • Réanimation • Pansements 	



V. CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

1. ISCHÉMIE AIGUE DES MEMBRES INFÉRIEURS

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>L'ischémie aiguë d'un membre est l'interruption de l'apport de sang oxygéné aux tissus d'un ou des membre(s) inférieurs en aval de l'obstruction brutale d'un tronc artériel principal</p> <p>Véritable urgence médico-chirurgicale :</p> <p>risque d'amputation après les 6 heures</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none">• Douleur début brutal, de la cuisse, du mollet ou du pied en « coup de fouet »• Pâleur et refroidissement cutané du membre• Paralysie du membre• Absence des pouls au niveau du pied	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Avertir le district• Rassurer le patient et ses accompagnants• Voie veineuse• Antalgique (paracétamol)• Référer DIRECTEMENT en ambulance vers l'Hôpital National (CHU) en vue d'une revascularisation (fogartisation) <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Idem poste de santé• Enoxaparine 0,1ml/Kg• Référer DIRECTEMENT en ambulance vers l'Hôpital National (CHU) en vue d'une revascularisation (fogartisation)• Tenir compte des délais et distances d'évacuation	



2. LE PIED DIABETIQUE INFECTE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Ensemble des lésions infectieuses du pied chez le diabétique</p> <p>Risque majeur = amputation</p> <p>SIGNES</p> <p>Au niveau d'un orteil ou de tout le pied</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur, chaleur, rougeur, • Gonflement (abcès ou phlegmon) • Plaie à l'odeur fétide (très mauvaise odeur) • Présence de pus • Gangrène (nécrose des tissus) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si présence d'une plaie - Pansement avec antiseptique - SAT/VAT, antalgique • Si abcès ou phlegmon - Antalgique • Dans tous les cas : Référer au centre de santé 	<p>Incision de l'abcès</p>
	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Bilan à faire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glycémie, urée, créatininémie, NFS, CRP, TP, INR, TCK, GSRH • Radiographie du pied • Prélèvements bactériologiques <p>CAT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si abcès : incision, antibiotique amoxicilline-acide clavulanique ou flucloxacilline • Si phlegmon : débridement large, amoxicilline-acide clavulanique flucloxacilline, immobilisation du pied par attelle • Équilibre du diabète et référer le malade vers l'hôpital 	
	<p>EPS</p> <p>Idem</p> <p>Référer au Diabétologue</p>	



3. TRAUMATISMES THORACIQUES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>C'est l'ensemble des lésions de la paroi thoracique et/ou de son contenu menaçant le pronostic vital et provoquées par un traumatisme quel qu'il soit.</p> <p>Les traumatismes thoraciques se distinguent en :</p> <p>Traumatismes pénétrants ou ouverts (ouverture de la plèvre)</p> <p>Traumatismes fermés (plèvre intacte)</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs thoraciques • Dyspnée • Pâleur des muqueuses • Signes de choc : pouls accéléré, tension artérielle abaissée • Cyanose des muqueuses <p>Lésions cutanées : plaies, égratignures, ecchymose sur peau claire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaie soufflante ou pas <p>Crépitation sous-cutanée</p> <p>Déformation de la paroi thoracique</p> <p>Mobilité anormale de la paroi thoracique lors des mouvements respiratoires</p> <p>Immobilité d'un hémithorax lors de la respiration</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Oxygène au masque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser deux voies veineuses de gros calibre pour un remplissage vasculaire • Maintenir droit l'axe tronc-cou-tête • Nettoyage et pansement stérile si plaie • Administrer du sérum et du vaccin antitétaniques • Faire des injections d'antalgiques (paracétamol) et d'antibiotiques • Pancarte de surveillance : pouls, TA, FR, SpO2, conscience • Transférer le patient avec une fiche de référence correctement remplie (Alerter le SAMU 1515 pour la régulation et éventuellement le transport sanitaire) <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Poste de santé • Radiographie du thorax • EchoDoppler cardiaque • Exsufflation si pneumothorax suffocant • Drainage thoracique si hémithorax abondant • Drainage péricardique si tamponnade • Référer à l'Hôpital National (CHU) <p>Alerter le SAMU 11515 pour la régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une ponction pleurale exploratrice • Suturer une plaie soufflante • Extraire un corps étranger

4. TRAUMATISMES VASCULAIRES DES MEMBRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Lésions liées à une contusion ou à une plaie d'un vaisseau des membres</p> <p>Urgence médico-chirurgicale à traiter dans les</p> <p>6 heures pour éviter l'amputation</p> <p>SIGNES</p> <p>1. Syndrome hémorragique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collapsus ou état de choc • Hémorragie externe : jet de sang rouge parfois pulsatile • En dessous les pouls faibles ou abolis <p>2. Syndrome ischémique au niveau du membre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur, pâleur et froideur du membre • Abolition des pouls • Paralysie <p>3. L'hématome (masse contenant du sang)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficiel ou profond • Parfois pulsatile, battant 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser une voie veineuse de gros calibre pour remplissage vasculaire • Si hémorragie : pansement compressif • SAT, VAT, antalgiques • Pansement stérile et immobilisation du membre • Pancarte de surveillance : pouls, TA, FR, SpO2, conscience <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste santé • Référer vers Hôpital National (CHU) en vue d'une revascularisation avant les 6 heures <p>HOPITAL REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Centre de santé • Référer vers Hôpital National (CHU) en vue d'une revascularisation avant les 6 heures 	<p>Garrot du membre Suturez la plaie</p> <p>Ponction ou incision de l'hématome</p>



VI. STOMATOLOGIE

1. CELLULITE CERVICO-FACIALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection du tissu cellulaire sous cutané de la face et du cou</p> <p>SIGNES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre +/- • Tuméfaction cervicale rénitente et chaude • Asthénie • Trismus+/- <p>Otalgie reflexe</p> <p>Issue de pus +/-</p> <p>Une Phase séreuse(non collectée)</p> <p>Une phase suppurée ou collectée</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amoxicilline (2g) + Amoxicilline + acide clavulanique 2cpx3 • Métronidazole (500mg/8h) ou pénicilline G (3MUI) + métronidazole • paracétamol : 1g/6h <p>Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • amoxicilline (50 à 100mg/kg) • métronidazole (750mg) ou pénicilline G (1MUI) + métronidazole • paracétamol : 250mg/6h <p>Référer centre de santé ou hôpital</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Idem Poste de Santé • Ponction évacuatrice avec un gros trocard ou grosse aiguille <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation • Idem poste et centre de santé • incision + drainage (lame de Delbet) • extraction dentaire (dent causale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incision (niveau poste et centre de santé) • Prescription de corticoïdes ou d'AINS <p>Drainer en phase non collectée (phase séreuse)</p>

2. TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Ensemble des lésions traumatiques de la face (exclusion des brûlures et des fractures pathologiques)</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Œdème ou déformation de la face • Dermabrasion de la face • Plaie cutanée et/ou muqueuse • Troubles de l'articulé dentaire • Douleur à la palpation (exquise) <p>Hématome du plancher buccal+++ (fracture de la mandibule)</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minerve ou collier cervical • Voie veineuse • amoxicilline 2g à 3g/j chez l'adulte <p>Amoxicilline + acide clavulanique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgiques • Bains de bouche (Chlorhexidine, Povidone iodée, Dakin stabilisé, eau oxygénée diluée) • SAT VAT • Nettoyer la plaie avec de l'eau oxygénée (10 volumes) ou Povidone iodée (Bétadine jaune) • Pansement protecteur • Évacuer au CS <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • Sonde nasogastrique si nécessaire • Consultation chirurgien-dentiste • Référer EPS <p>EPS</p> <p>Idem Centre de Santé</p> <p>Prise en charge spécialisée</p>	<p>Manipulation du rachis cervical</p>



3. LUXATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE (ATM)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Perte permanente des rapports articulaires normaux entre le condyle mandibulaire et le condyle temporal dans la cavité glénoïde ou glène</p> <p>CONTEXTE</p> <p>Ouverture exagérée de la cavité buccale</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité de fermeture de la bouche • Mandibule trop en avant par rapport au maxillaire (proéminence) • Dépression prétragienne (tragus) • Troubles de l'articulé dentaire • Stase salivaire • Difficulté à la déglutition à la mastication et à l'élocution 	<p>POSTE DE SANTE ET CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manœuvre de Nélaton = manœuvre de réduction manuelle (patient assis sur une chaise, dos au mur, tête droite ; praticien debout en face ; saisie des bords latéraux de la mandibule ; pouces sur les molaires inférieurs ; exercer un mouvement d'abaissement et de rétropulsion (en bas et en arrière) • Référer à l'EPS dans tous les cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Insister en cas d'échec de la manœuvre <p>Nélaton</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement médical <p>Faire un bilan radiologique (inutile et perte de temps)</p>

4. NOMA

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Gingivo-stomatite ulcéro-nécrotique aiguë survenant dans un contexte de dénutrition ou malnutrition surtout chez l'enfant (2 à 6 ans en général)</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition ou malnutrition • Immunodépression <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflammation de la gencive avec ulcération et/ou nécrose • Perte de substance plus ou moins étendue allant de la muqueuse vers la peau • Tableau de dénutrition avec œdème et altération de l'état général 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Antibiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline (50 à 100mg/kg/j) <p>Amoxicilline + acide clavulanique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole (750mg/j) • Ou pénicilline G (500 000 UI X 3/j) + métronidazole • Antiseptiques locaux : eau oxygénée ; povidone iodée ou chlorhexidine) • Sonde nasogastrique et débuter une renutrition <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem poste de santé • Sonde nasogastrique et débuter une renutrition (régime hypercalorique, hyperlipidique, hyperglucidique, oligo-éléments, vitamines) • Soins locaux cutanéomuqueux • Forcer l'ouverture buccale pour éviter une limitation de l'ouverture buccale ultérieurement (constriction permanente des mâchoires) • Référence EPS (service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale) 	<p>Faire une plastie en phase évolutive</p>



VII. ODONTOLOGIE

1. DOULEURS PULPAIRES AIGUËS OU CHRONIQUES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Douleur siégeant au niveau d'une dent ou de ses structures de soutien (os, ligament, gencive)</p> <p>CONTEXTE</p> <p>Traumatisme ou complication de l'infection carieuse (pulpite ou desmodontite)</p> <p>SIGNES</p> <p>Douleur aigue, projetée ne cédant pas aux antalgiques mineurs provoquée par les différences de température ou par la percussion axiale ou transversale</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgique : Paracétamol • Antibiotique : péni A : Amoxicilline 1g fois 3, ou macrolide : Érythromycine <p>500mg : 1cp x3fois/j</p> <p>CENTRE DE SANTE ET EPS</p> <p>IDEM POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographie rétro-alvéolaire ou panoramique dentaire • Traitement canalaire ou ostéo-cémentogène 	<p>Extraction dentaire</p>

2. NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES (NEURALGIES DU TRIJUMEAU OU NERF V)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense et paroxystique unilatérale de la face (territoire du nerf trijumeau) <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur unilatérale siégeant sur le territoire du trijumeau avec une notion de zone gâchette (qui déclenche la douleur) • Absence de déficit moteur 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol 1g + ibuprofène (400mg) <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carbamazépine LP 600mg à 1,8g/j • A défaut Lévipromazine (Nozinan 25mg/cp : adultes seulement) • Référer en milieu spécialisé (service de stomatologie) 	<p>Extraction dentaire</p>

3. ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Accès douloureux à heure fixe quotidien ou pluriquotidien d'une durée de 30 minutes à 2 heures</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur sans prodromes souvent nocturne, à type de brûlure ou de broiement au niveau de la région orbitaire et rétro-orbitaire • Pas de zone gâchette 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Paracétamol 1g + ibuprofène (400mg)</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>IDEM POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygénothérapie 6l/mn • Tramadol LP : 50mg/6h • Référer à l'hôpital (service de stomatologie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction dentaire • dévitalisation



4. TRAUMATISMES ALVEOLODENTAIRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Lésions traumatiques dentaires et/ou cutanéomuqueuses isolées ou associées à un traumatisme facial</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accident de la voie publique • Rixes/agressions • Chutes • Ruades d'animaux (coups de sabots ou de cornes) <p>SIGNES GLOBAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaie cutanéomuqueuse associée ou non à des lésions osseuses ou dentaires • Mobilité et déplacement dentaire <p>SIGNES SPECIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élongation traumatique de la dent (Extrusion) • Enfoncement intra-alvéolaire de la dent (intrusion) • Luxation totale et sortie de la dent hors de l'os alvéolaire (expulsion) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>En cas d'extrusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiseptique local ; antibiothérapie et antalgique <p>En cas d'intrusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiseptique local ; antibiothérapie et antalgique <p>En cas d'expulsion</p> <ul style="list-style-type: none"> • conservation de l'élément dentaire dans du sérum physiologique ou dans une solution à base d'antibiotique (poudre de pénicilline) et de sérum <p>Remise en place de la dent si possible (mise en nourrice : vascularisation conservée)</p>	<p>Extraction dentaire</p> <p>Extrusion et intrusion</p> <p>Extraction dentaire</p> <p>Expulsion</p> <p>curetage</p> <p>intempestif alvéolaire</p>

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
	<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>En cas d'extrusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiseptique local ; antibiotique et antalgique • Anesthésie locale • Repositionnement manuel • contention souple pendant 2 semaines • traitement endodontique <p>En cas d'intrusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antiseptique local ; antibiotique et antalgique • tests de vitalité et • traction orthodontique <p>En cas d'expulsion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réimplantation et contention semi rigide de la dent <p>EPS</p> <p>En cas d'extrusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiseptique local ; antibiotique et antalgique • Anesthésie locale • Repositionnement manuel • contention souple pendant 4 semaines • traitement endodontique • recherche de fracture osseuse associée <p>En cas d'intrusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antiseptique local ; antibiotique et antalgique • tests de vitalité et • traction orthodontique <p>En cas d'expulsion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réimplantation et contention semi rigide de la dent <p>par arcs de DUCLOS ou de DAUTREY</p> <p>Blocage maxillo-mandibulaire au besoin</p>	<p>Expulsion</p> <p>curetage intempestif alvéolaire</p>



VIII.OPHTALMOLOGIE

1. INFLAMMATION PALPEBRALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Inflammation tissu cellulaire des paupières ou de l'orbite (paupières supérieurs+++)</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme palpébral • foyers infectieux contigus Septicopyoémie <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Douleur palpébrale • Tuméfaction palpébrale, avec peau en regard chaude, rouge, tendue et luisante • Blépharospasme, exophtalmie • Troubles de la conscience 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique 7 à 10 jours, métronidazole - Adulte : 1g X3/j - Enfant : 80mg/Kg/j en 3 prises • antipyrétique <p>Courbe de température, état de conscience, pansement occlusif</p> <p>Référer au centre de santé ou EPS si absence d'amélioration</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>IDEM POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansement <p>NFS, RX Blondeau, Hémoculture si disponibles</p> <p>Référer hôpital en cas de complications (cellulite orbitaire)</p> <p>EPS</p> <p>IDEM CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incision si abcès collecté • Pansement <p>Corticothérapie, Scanner ,</p>	<p>AINS</p> <p>Incision</p>

2. BAISSÉ ACUITÉ VISUELLE AVEC ŒIL ROUGE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Chute de la vision brutale associée à un œil rouge</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme oculaire • Conjonctivite • Port de lentilles • Pathologies générales, ORL, stomato • Hypermétropie • Prise antispasmodique • Activité soutenue dans l'obscurité <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'acuité visuelle • Douleur oculaire • Hémicrânie • Blépharospasme • Rougeur oculaire • Signes digestifs • Globe dure (bois) 	<p>POSTE DE SANTE ET CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise acuité visuel, reflexe photomoteur • Antalgique • Pansement occlusif • Référer à l'EPS <p>EPS</p> <p>Hospitalisation</p> <p>Examen complet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kératite: Recherche germe, bi-ATB synergique topique, quinolone, cycloplégique, pansement -Uvéite (endophtalmie): corticoïdes, ATB, mydriatiques, recherche étiologique - Glaucome aigu : décubitus dorsal, hypotonisants locaux (bétabloquants, pilocarpine, dorzolamide), 	<p>Corticoïdes oraux et locaux mydriatiques</p>



3. BAISSÉ ACUITÉ VISUELLE AVEC ŒIL BLANC

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION Chute de la vision brutale avec un œil calme non inflammatoire</p> <p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme • Amétropie (myopie) • Pathologies générales (diabète, HTA, Drépanocytose, rhumatisme) • HIC • Pathologies inflammatoires <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'acuité visuelle brutale • céphalées • Douleur oculaire à la mobilisation du globe • Phosphène (sensation d'éclair), • scotome (amputation du champ visuel), mydriase 	<p>POSTE DE SANTÉ ET CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise Acuité Visuelle, reflexe photomoteur • Antalgique • Pansement occlusif • Patient allongé • Référer immédiatement à l'EPS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Examen complet <p>- Occlusion vasculaire : Explorations (angiographie, tomographie en cohérence optique, IRM) Aspirine 100, Avastin</p> <p>- Papillite : corticoïdes en bolus, TDM, recherche étiologique, vitamine B,</p> <p>- Décollement de la Rétine position de la tête en fonction de la topographie de la lésion, chirurgie</p>	<p>Mobilisation de la tête</p> <p>Pression sur le globe</p>



4. CONTUSION OCCULAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION Traumatisme oculaire sans solution de continuité</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rixe • Accident de sport • Explosion <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAV (variable) • Hématome palpébral • Rougeur • Douleur • Blépharospasme • Ophtalmoplégie 	<p>POSTE DE SANTÉ ET CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise Acuité Visuelle, • Reflexe photomoteur • Antalgique • Pansement occlusif <p>Référer immédiatement à l'hôpital</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation, surveillance • Examen complet • Échographie oculaire • Rx Blondeau voire scanner • Traitement en milieu spécialisé 	<p>Corticoïdes oraux et locaux</p> <p>Pression sur le globe</p> <p>Mydriatiques Pression sur le globe</p>

CAS PARTICULIERS DE L'ENFANT (Contusion oculaire)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>Leucocorie</p> <p>Refllet pupillaire blanchâtre</p> <p>Baisse acuité visuelle</p> <p>Absence suivi oculaire</p> <p>Strabisme</p> <p>Déviaton des globes</p> <p>Mégalocornée</p> <p>Cornée augmentée de volume</p>	<p>Référer service spécialisé</p>	<p>Retard de référence</p>



5. PLAIE DU GLOBE OCULAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Solution de continuité siégeant au niveau du globe oculaire avec ou sans corps étranger</p> <p>CONTEXTE</p> <p>Accidents voie publique , circulation, guerre, sport, ludique, domestique (éclat de pare-brise, arme blanche, fléchette, arme à feu),</p> <p>SIGNES</p> <p>Larmolement, hémorragie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur oculaire+++ • Photophobie (peur de la lumière) +++ • Baisse de la vision • Blépharospasme (Occlusion des paupières) 	<p>POSTE DE SANTE ET CENTRE DE SANTE</p> <p>Calmer le malade et son entourage</p> <p>Instillation anesthésique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansement occlusif • SAT, VAT <p>ATB par voie générale</p> <p>Antalgique</p> <p>Référer immédiatement à l'EPS</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen et exploration oculaire • Exploration et Parage au bloc <p>RX orbitaire Blondeau et profil avec repère sur les paupières</p> <p>TDM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Application locale collyre et pommade antibiotique et anti inflammatoire • Pansement fermé 	<ul style="list-style-type: none"> • Suture <p>Pression du globe</p> <p>Pression sur le globe</p> <p>Echo</p> <p>IRM</p>

6. BRULURE OCULAIRE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Ensemble des lésions oculaires provoquées par un produit chimique (eau de javel, soude, potasse, ammoniacque, acide sulfurique), thermique, physique</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accident circulation • Accident domestique • Accident de travail - iatrogènes - Accident de sport <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur oculaire+++ • Photophobie+++ • Larmolement • Blépharospasme (occlusion des paupières) 	<p>POSTE DE SANTE et CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavage oculaire abondant à l'eau de robinet ou SSI en retournant les culs de sac conjonctivaux 10 à 15 mn++ • Pansement fermé • Référer dans une structure spécialisée immédiatement <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavage oculaire abondant au sérum physiologique ou antiseptique en insistant dans les culs de sac 10 à 15 mn +++ <p>Instillation anesthésique pour examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débridement et excision des tissus nécrotiques • • Pansement fermé <p>Spatulage, chirurgie (greffe membrane amiotique, cornée)</p>	<p>Application de pommade</p>



7. GLAUCOME AIGU

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Augmentation brutale de la tension oculaire</p> <p>CONTEXTE Patient hypermétrope ayant séjourné dans un endroit sombre</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise douloureuse localisée au niveau de l'œil • Céphalées intenses -vomissement parfois • Rougeur oculaire++ • Tension oculaire (œil dur comme une bille à la palpation bidigitale) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malade en décubitus dorsal ++ • Référer immédiatement à l'EPS <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration de mannitol 20% par voie veineuse 500cc en 45 minutes • Référer immédiatement à l'EPS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Administration de mannitol 20% par voie veineuse 500cc en 45 minutes • Pilocarpine 2% : 1 goutte chaque heure jusqu'à obtention hypotonie • Traitement chirurgical • Hypotonisant local une goutte X 2/J • Antibiotique collyre 1 goutte X 5/J • AINS ou Antalgique 	

1. CORPS ETRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Introduction accidentelle d'une substance solide (graines d'arachides, arêtes de poisson, perle...) dans les voies respiratoires inférieures</p> <p>VRI : larynx, Trachée, Bronches</p> <p>CONTEXTE</p> <p>Survenue devant les parents ou au cours d'un jeu avec un objet dans la bouche</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de pénétration (accès brutal de toux avec suffocation) • Dyspnée laryngée (bradypnée inspiratoire) • Dysphonie (enrouement de la voix) • Stridor (sifflement) • Tirage • Wheezing <p>Détresse respiratoire aiguë sans fièvre chez un enfant antérieurement sain et bien portant</p> <p>Asymétrie des bruit à l'auscultation</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la FR, SPO2, FC VVP • Corticoïdes (1 ampoule d'hydrocortisone 5mg/kg) • Antibiotiques, Ampicilline 500mg en IV • Alerter le SAMU (1515) pour régulation <p>Référer systématiquement même si amélioration</p> <p>Transport Médicalisé si possible et en cas de détresse</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP • Corticoïdes (1 ampoule d'hydrocortisone) <p>Nébulisation à l'adrénaline oxygénation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques : Ampicilline 500mg en IV • Référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopie en urgence • Sinon Trachéotomie • Imagerie 	<ul style="list-style-type: none"> • Manœuvre de HEIMLICH sauf en cas d'obstruction totale • Mettre sous Bronchodilatateurs • Intubation <p>Laisser rentrer l'enfant</p>



2. CORPS ETRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Introduction accidentelle d'un objet solide dans les voies digestives</p> <p>CONTEXTE Enfant qui joue avec une pièce de monnaie dans la bouche</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'ingestion • Dysphagie • Hypersalivation • Dyspnée +/- 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP • Paracétamol puis référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographie +++ • Paracétamol • Extraction si les moyens le permettent • Référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographie +++ • Endoscopie 	<p>Émétisant</p> <p>Extraction</p>

3. CORPS ETRANGERS NARINAIRES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Introduction accidentelle d'un objet solide dans le nez</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant +++ • Interrogatoire (Témoins) <p>EXEMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graine d'arachide • Éponge, Pile de montre +++ <p>SIGNES</p> <p>Odeur nauséabonde provenant du nez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruction nasale • Écoulement nasal purulent, fétide ou sanglant unilatéral 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgiques • Référer à l'EPS <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique • Antalgique • Radiographie du nez si corps étranger métallique • Référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraction après rétraction muqueuse ou Extraction sous AG 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction même si CE visible

4. CORPS ETRANGERS AURICULAIRES : CE DE L'OREILLE EXTERNE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Introduction accidentelle d'un objet solide dans le conduit auditif externe ,</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant +++ <p>EXEMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perle <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otagie • Écoulement de l'oreille • Otoscope+++ 	<p>POSTE DE SANTE Référer</p> <p>CENTRE DE SANTE Référer</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraction par lavage ou à la pince • Ou Extraction sous AG au microscope 	<p>Manœuvres d'extraction ou lavage (Risques d'enclavement et de blessure du tympan)</p>

5. BRULURES CAUSTIQUES DE L'ŒSOPHAGE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Ensemble des lésions muqueuses secondaires à l'ingestion d'un caustique Caustique : produit acide ou oxydant (« Khémé », soude caustique, eau de javel)</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'ingestion • Dysphagie • Hypersalivation • Dyspnée • Dysphonie • Toux • Brûlures des lèvres • Signes pulmonaires 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antalgique • Antibiotique • Cimétidine (Tagamet) • Référer immédiatement au Centre de Santé <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiacide IV (cimétidine, ranitidine) • Corticoïdes • Antibiotique <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopie • Fibroscopie • SNG • Trachéotomie+/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Manœuvres émétisantes • Absorption de lait ou aliment • Mettre en place une sonde nasogastrique • Effectuer un lavage gastrique • Donner des médicaments par voie orale



6. PLAIES PENETRANTES DU COU

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Plaies du cou avec franchissement du muscle peaucier (plaie profonde) du cou</p> <p>COU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base du crâne et orifice supérieur du thorax • Triangles antéro-latéral et postéro-latéral <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autolyse (suicide), traumatisme, agressions • Accidents <p>Rixe ou bagarre</p> <p>SIGNES MAJEURS</p> <p>Plaie vasculaire par arme à feu ou arme blanche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choc • Hémorragie massive • Hématome extensif • Hémiplégie – Coma • Abolition pouls carotidien <p>Plaie trachéale ou pharyngo-œsophagienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asphyxie • Aphagie • Dyspnée laryngée majeure • Emphysème extensif • Issue de salive ou d'air 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse avec remplissage avec SSI <p>Prendre TA,FR,FC, SpO2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique : amoxicilline-acide clavulanique et antalgique : Paracétamol • Corticoïde : hydrocortisone • Pansement compressif • Référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique et antalgique • Corticoïde : hydrocortisone • Pansement compressif • Bilan : NFS, GSRH, TP TCK • Transfusion si possible • Intubation ou Trachéotomie • référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trachéotomie • Exploration • Réparation 	<p>Plaie vasculaire par arme à feu ou arme blanche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirer l'agent vulnérant • Suturer ou • Clamper les vaisseaux • Donner à boire <p>Plaie trachéale ou pharyngo-œsophagienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner un sédatif • Mettre une canule ou une sonde d'intubation dans la plaie



7. ADENOPHLEGMON CERVICAL

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Collection suppurée développée aux dépens des ganglions cervicaux</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrain • Enfant (Rhinopharyngite) • Adulte (infection dentaire) <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masse cervicale inflammatoire • douleur • Fièvre • Torticolis • Dysphagie +/- 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique : Amoxicilline acide clavulanique • Antalgique : Paracétamol • Si fistulisation : expression manuelle + pansement • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de Santé</p> <p>Référer</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique • Antalgique : Paracétamol • ponction+ Incision + drainage • Débridement si nécessaire • Bactériologie ++ 	<p>Ponction</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incision + drainage <p>Ponction</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incision + drainage



COLLECTION SERVICE ORL CHU FANN

8. PHLEGMON PERI AMYGDALIEN

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Collection suppurée développée autour de l'amygdale (complication des angines)</p> <p>CONTEXTE Terrain : Adulte ou sujet diabétique</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Dysphagie • Douleur • Otagie • Œdème de la luette ++ • Voussure du voile du palais • Trismus +/- 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP • Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique • Antalgique : Paracétamol • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique • Antalgique : Paracétamol • Bilan : NFS <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique • Antalgique • Incision + drainage • Bactériologie • Amygdalectomie à distance 	<ul style="list-style-type: none"> • Incision

9. ETHMOIDITE AIGUE EXTERIORISEE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Infection et/ou inflammation aiguë des sinus ethmoïdaux</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rhinite ou Rhinopharyngite • Terrain : Enfant <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs • Œdème palpébral bilatéral inflammatoire ++ • Télécanthus (augmentation de la distance entre les 2 angles internes de l'œil) • Exophtalmie • Baisse de la vision +/- • Fièvre 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP • Antibiotique • Corticoïde : hydrocortisone <p>Antalgique : paracétamol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer immédiatement en milieu spécialisé <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>IDEM POSTE DE SANTE</p> <p>Référer immédiatement en milieu spécialisé</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Antibiotique • Corticoïde - antalgique • Scanner • Drainage • Bactériologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Incision

Image d'un garçon atteint d'une ethmoïdite extériorisée gauche

Collection du Service ORL (Pr E.M.DIOP)



10. SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE BLOQUEE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection et/ou inflammation de la muqueuse du sinus maxillaire avec rétention purulente bloquée</p> <p>SIGNES</p> <p>Douleur sous orbitaire rebelle, insomniente</p> <p>BLONDEAU</p> <ul style="list-style-type: none"> Opacité complète du sinus maxillaire 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique Corticoïdes : hydrocortisone Décongestionnant nasal (sérum physiologique) Référer à l'EPS <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste De Sante</p> <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> Ponction du sinus maxillaire 	<ul style="list-style-type: none"> Ponction

11. OTITE MOYENNE AIGUE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Infection et/ou inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne</p> <p>CONTEXTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rhinite ou rhinopharyngite <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> Otalgie Fièvre Tympan congestif, rouge bombé (otoscope) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <p>Per os :</p> <ul style="list-style-type: none"> Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique Antalgique : paracétamol Sérum physiologique nasal Référer au Centre de Santé <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Per os pendant 10 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> Antibiotique : amoxicilline acide clavulanique Antalgique : paracétamol Corticoïde : prednisone Sérum physiologique nasal Référer si pas amélioration <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracentèse Antibiotique Antalgique Adénoïdectomie +/- 	<ul style="list-style-type: none"> Paracentèse Mettre des gouttes auriculaires <p>Nettoyer avec coton tige</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracentèse Mettre des gouttes auriculaires

12. EPISTAXIS

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Hémorragie d'origine nasale ou sinusienne</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • HTA • Hémopathie • Hémophile • Traumatisme • Accident iatrogène <p>Prise anticoagulants</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement de sang par le nez • (examen après mouchage pour déterminer l'origine) 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pincement du nez pendant 10 mn • si persistance Tamponnement vestibulaire : boule de compresse dans les fosses nasales • Référer au CS <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamponnement vestibulaire ou antérieur avec compresse imbibée de pommade hémostatique • VVP • NFS, GS-Rh, TP, TCK • Transfusion si nécessaire et référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamponnement • VVP • Transfusion • Recherche étiologique 	<ul style="list-style-type: none"> • pencher la tête en arrière

TAMPONNEMENT ANTERIEUR

Figure 1 : tamponnement antérieur (d'après Pialoux et al.)

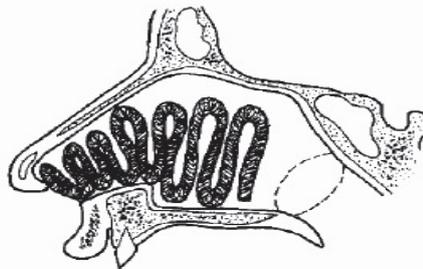


Figure 1a : tamponnement antérieur simple

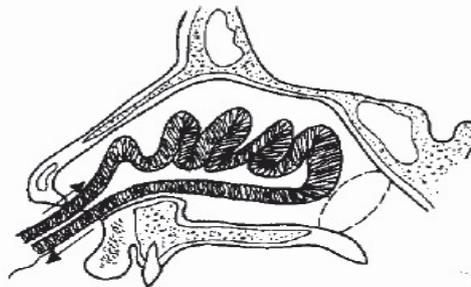


Figure 1b : tamponnement antérieur bloqué



13. SYNDROME ADENOÏDIEN SEVERE : VEGETATIONS ADENOÏDES OBSTRUCTIVES

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION Obstruction des fosses nasales</p> <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant +++ • Rhinite ou Rhinopharyngite <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiration par la bouche • Pauses respiratoires • Ronflements • Toux nocturne • Radio Cavum : Végétations Adénoïdes 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique • Corticoïdes : hydrocortisone • lavage nasal / décongestionnant nasal • Référer <p>CENTRE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique • Corticoïdes • Stérimar • Mettre une canule de GUEDEL (à fixer) • Radiographie du Cavum • Référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adénoïdectomie +/- Amygdalectomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sous bronchodilata-teurs

14. ATRESIE CHOANALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION Malformation caractérisée par un défaut de perforation des orifices postérieurs des narines</p> <p>CONTEXTE Nouveau-né</p> <p>SIGNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire persistante après Aspiration des fosses nasales et de la cavité buccale • Tirage cervical • Impossibilité d'introduire une sonde nasogastrique • Absence de buée lorsqu'on présente un objet métallique en regard des fosses nasales 	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditionnement du nouveau-né (cf stabilisation et transfert du nouveau-né) • Référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre une sonde oro-gastrique pour alimentation • Canule de Guedel fixée avec Sparadrap • Oxygénation • Réguler puis référer <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre une sonde oro-gastrique pour alimentation • Canule de Guedel fixée avec Sparadrap • Oxygénation • TDM • Chirurgie 	<p>Retour à domicile</p>



X CHIRURGIE PEDIATRIQUE

1. MALFORMATION ANO-RECTALE (IMPERFORATION ANALE)

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DÉFINITION</p> <p>Absence d'orifice anal perméable avec possibilité de communication entre le rectum et les voies urinaires et/ou génitales (fistules)</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'anus • Émission anormale du méconium par un autre orifice (urètre, vagin, périnée) • Ballonnement abdominal parfois • Complications • Occlusion néonatale • État de choc ... 	<p>POSTE DE SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas alimenter sinon arrêter l'allaitement • Libérer les voies aériennes • Si respiration absente ou irrégulière, ventilation avec ballon et masque • Placer une sonde gastrique de drainage en aspiration douce ou en drainage libre • Perfusion : SG10% à un débit de 7gouttes/min ou 5ml/h au pousse seringue électrique ou débitmètre pédiatrique • Bien couvrir le nouveau-né • Référer vers un service de chirurgie pédiatrique <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter la perfusion (électrolytes et débit) • Colostomie si chirurgien disponible et transfert rapide impossible <p>EPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan des malformations associées : rachidiennes, génito-urinaires, cardiaques ... • Bilan préopératoire (biologie, imagerie) • Le traitement des MAR ne doit être envisagé qu'après identification précise de la variété de la malformation - Colostomie et référer dans un service de chirurgie pédiatrique 	<p>Alimenter le nouveau-né</p> <p>Tenter de perforer l'anus</p> <p>Laisser retourner le nouveau-né à domicile</p>



2. OCCLUSION NÉONATALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Arrêt du transit intestinal survenant durant les 28 premiers jours de vie.</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements bilieux • Absence ou retard (au-delà de 48 heures), ou anomalie d'émission du méconium (aspect, volume faible) • Abdomen peut être plat ou ballonné <p>NB : Toujours vérifier la présence d'un orifice anal perméable. Un toucher rectal au petit doigt, non traumatisant vérifie la perméabilité anale</p> <p>NB : Tout vomissement ou résidus bilieux chez le nouveau-né est à priori une urgence chirurgicale, imposant son transfert rapide vers un centre de chirurgie, et mieux de chirurgie pédiatrique</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas alimenter sinon arrêter l'allaitement • Libérer les voies aériennes <p>vSi respiration absente ou irrégulière, ventilation avec ballon et masque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une sonde gastrique de décharge • Perfusion : SG10% à un débit de 7gouttes/min ou 5ml/h au pousse seringue électrique ou débitmètre pédiatrique • Bien couvrir • Référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter la perfusion (électrolytes et débit) • Radiographie de l'Abdomen Sans • Préparation (ASP) si disponible • Référer en chirurgie pédiatrique <p>EPS</p> <p>Idem Centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures de réanimation si indiquées • Bilan biologique : NFS, ionogramme sanguin +++, bilan d'hémostase et groupage sanguin • Devant une occlusion à ventre plat, penser à : Volvulus du grêle : faire l'échographie doppler en urgence (signe du tourbillon ou whirpool sign) <p>Atrésie duodénale (image de double bulle à la radiographie de l'ASP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devant une occlusion à ventre ballonné (occlusion basse probable) : faire une épreuve à la sonde rectale 	<p>Alimenter le nouveau-né</p> <p>Donner des laxatifs ou des suppositoires</p>

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
	<p>Technique : une sonde rectale souple, à défaut une sonde de foley ch 18, bien lubrifiée est introduite dans la partie terminale du colon à travers l'orifice anal d'une manière douce atraumatisante. Elle permet de mieux apprécier la perméabilité anale que le toucher rectal souvent traumatisant chez le nouveau-né</p> <p>Résultats :</p> <p>Épreuve à la sonde rectale positive lorsqu'elle ramène du méconium et des gaz : penser à la maladie de Hirschsprung, au bouchon méconial ...</p> <p>Épreuve à la sonde négative lorsqu'elle ne ramène rien ou ramène des traces de méconium anormal : penser aux atrésies (grêlique ou colique), à l'iléus méconial ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention chirurgicale si indication 	



3. ATRÉSIE DE L'ŒSOPHAGE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Interruption congénitale de la continuité de l'œsophage avec ou sans communication avec les voies respiratoires (fistule œso-trachéale)</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypersalivation (mousse aux lèvres) • Détresse respiratoire et cyanose • Butée de la sonde : la tentative de mise en place d'une sonde gastrique ou l'aspiration gastrique est impossible; la sonde bute à environ 8-10 cm des arcades dentaires • Test à la seringue négatif (après mise en place de la sonde) : injection de 5 à 10 ml d'air à travers la sonde : l'air injecté n'est pas perçu par le stéthoscope au niveau épigastrique (estomac) <p>NB : Toujours faire le test à la seringue même si la longueur mesurée sur la sonde a pu être introduite car les sondes souples s'enroulent au niveau du cul de sac œsophagien</p> <p>NB : Tout nouveau-né qui mousse aux lèvres en salle d'accouchement doit faire penser une atrésie de l'œsophage</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réchauffer le nouveau-né • Libérer les voies aériennes • Si respiration absente ou irrégulière, ventilation avec ballon et masque • Mettre en place une sonde de décharge fixée à 4 - 5cm au niveau pharyngé : aspirations pharyngées fréquentes à la seringue (pour éviter les fausses routes salivaires) • Perfusion : SG10% à un débit de 7gouttes/min ou 5ml/h au pousse seringue électrique ou débitmètre pédiatrique • Référer immédiatement vers un service de chirurgie pédiatrique en position semi-assise (pour éviter le reflux du liquide salivaire dans les bronches) <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygénothérapie aux lunettes • Adapter la perfusion (électrolytes et débit) • Référer vers un service de chirurgie pédiatrique en position semi-assise ou proclive (pour éviter le reflux du liquide salivaire dans les bronches) <p>EPS</p> <p>Idem Centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures de réanimation si indiquées • Bilan malformatif rapide : radiographie thoraco-abdominale de face, radiographie du rachis, échographie cardiaque ... • Bilan préopératoire (NFS, Ionogramme sanguin, GSRH, TP, TCK) • Chirurgie rapide : rétablissement de la continuité œsophagienne • Gastrostomie d'attente si chirurgie immédiate impossible 	<p>Alimenter le nouveau-né</p> <p>Forcer si la sonde donne l'impression de buter : risque de perforation œsophagienne</p>

4. ANOMALIES DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE : OMPHALOCÈLE ET LAPAROSCHISIS

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Omphalocèle : issue à travers un orifice central ombilical des viscères abdominaux, qui sont recouverts par une membrane transparente surmontée par le cordon ombilical</p> <p>Laparoschisis : issue à travers un orifice latéro-ombilical (droit le plus souvent) des intestins qui ne sont pas recouverts par une membrane. L'ombilic est normal</p> <p>Signes cliniques :</p> <p>Issue de l'intestin et/ou des autres viscères intraabdominaux à travers un orifice de la paroi abdominale</p>	<p>L'objectif avant l'arrivée du nouveau-né en centre spécialisé est de lutter contre l'hypothermie, la déshydratation, l'infection.</p> <p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien couvrir les viscères avec un pansement stérile (compresses) • Bien couvrir le nouveau-né pour qu'il n'ait pas froid • Sonde gastrique de drainage (pour réduire la distension des anses) • Perfusion : SG10% à un débit de 10 gouttes/min ou 7ml/h au pousse seringue électrique ou débitmètre pédiatrique • Installation du nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> - Si laparoschisis, mettre le nouveau-né en décubitus latéral du côté du défaut (DLD+++), en veillant à ce qu'il n'y ait pas trop de tractions sur les anses - Si omphalocèle, maintenir en décubitus dorsal • Référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>Idem Poste de sante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter la perfusion (électrolytes et débit) • Pansement avec compresses stériles imbibées de sérum salé et bandage • Référer vers chirurgie pédiatrique <p>EPS</p> <p>Idem Centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibio prophylaxie : céphalosporines, aminosides • Bilan des malformations associées (cardiaques, génito-urinaires, rachidiennes ...) surtout si Omphalocèle • Urgence chirurgicale si laparoschisis ou l'Omphalocèle rompue • Si Omphalocèle non rompue : <ul style="list-style-type: none"> Soit réintégration-fermeture en un temps Soit réintégration progressive (méthode du silo) Soit tannage avec topiques locaux (si volumineuse Omphalocèle), avec cure ultérieure de l'éventration 	<p>Alimenter le nouveau-né</p> <p>Manipuler les anses et/ou viscères extériorisés</p> <p>Tenter de réintroduire les anses et/ou viscères extériorisés</p> <p>Mettre des tissus adhérents comme du coton</p> <p>Faire un pansement serré</p>





Omphalocèle Volumineuse malformation centrée par le cordon **Laparoschisis Malformation** para ombilicale (avec le cordon normalement inséré)

5. TRAUMATISMES CRANIO ENCÉPHALIQUES HÉMORRAGIQUES D'ORIGINE OBSTETRICALE

SITUATION	CONDUITE A TENIR	GESTES A EVITER
<p>DEFINITION</p> <p>Lésions du scalp, du crâne et/ou de l'encéphale acquises au décours d'un accouchement difficile chez le nouveau-né</p> <p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bosse séro-sanguine (BSS): tuméfaction molle et douloureuse du scalp au niveau de la présentation, non limitée par les sutures. Disparaît en quelques jours à 3 semaines • Céphalématome : tuméfaction ferme et douloureuse limitée par les sutures, donc ne chevauche pas la ligne médiane, parfois bilatérale. Disparaît en quelques semaines • Hématome extensif du cuir chevelu (HECS) : volumineux hématome s'étendant progressivement jusqu'au cou avec risque de choc hémorragique et troubles de la coagulation <p>FF : ventouse, expression utérine ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lésions intracrâniennes : hématome sous dural, extra dural ... <p>FF : expression utérine, secousses brutales lors d'une réanimation ...</p>	<p>POSTE DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devant une BSS : surveiller, pas de traitement • Céphalématome : <ul style="list-style-type: none"> - Demander aux parents de ne pas comprimer - Référer • Hématome extensif : <ul style="list-style-type: none"> - Voie veineuse - Si signes de choc, remplissage avec 20ml/kg de SSI en 20 minutes - Référer immédiatement <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>IDEM poste de santé</p> <p>En cas d'Hématome extensif</p> <p>Bilan : NFS, groupage, crase sanguine</p> <p>Si anémie décompensée, transfusion culot globulaire 10 à 15 cc/kg sur 4 heures par pousse seringue électrique (cf règles de transfusion)</p> <p>Si troubles de la crase : transfusion de PFC 15 ml/kg sur 1 heure (cf règles de transfusion)</p> <p>Référer si nécessité de mesures de réanimation</p> <p>EPS</p> <p>Idem Centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie transfontanellaire (ETF), scanner cérébral si trouble de la conscience, déficit moteur ... • Mesures de réanimation néonatale si indication 	<p>Minimiser et renvoyer à la maison</p> <p>Masser ou poser un bandage compressif</p> <p>Inciser ou ponctionner une tuméfaction du crâne</p>



Volumineux céphalématome droit (ne chevauche pas la ligne médiane)



Important hématome expansif du cuir chevelu décollant les oreilles



COMITE DE REDACTION

- Pr Mamadou Diarra BEYE
 - Pr Oumar Kane
 - Pr Madieng Dieng
 - Pr Anna SARR
 - Pr Suzanne Oumou NIANG
 - Pr Aïssatou Maguette WANE
 - Pr Nafissatou Oumar TOURE
 - Pr Amadou Ndiassa KASSE
 - Pr Pape Ibrahima NDIAYE
 - Pr Mbaye THIOUB
 - Pr Silly TOURE
 - Pr Mamadou Mour TRAORE
 - Dr Abdallah WADE
 - Dr Kéba Kamara
 - Dr Ibrahima BA
 - Dr Souleymane DIATTA
 - Dr Alpha SABALY
 - Dr Khadijatou Mouhammadou SALL
 - Dr Seyyed Yahya NIANE
 - Dr Helene BASSAMA
 - Dr Ibrahima FALL
 - Dr Jean Pierre DIAGNE
 - Dr Évariste LODI
 - Dr Assane DRAME
 - Dr Mame Bocar LO
 - Dr Mamadou SARR
 - Dr Fatimata B. R MBAYE
 - Dr Khadissatou DIAGNE
 - Dr Ousmane CISSE
 - Dr Antoine SYLVA
 - Dr Daouda THIOUB
 - Dr Ndèye Fatou SECK
 - Dr Ibrahima KA
 - Dr Fatoumata Y. BAH
 - Dr Ciré NDIAYE
 - Dr Abdoulaye DIAW
 - Dr Moustapha DIEDHIOU
 - Mr Ousmane DIOUF
 - Mr Michel DIOUF
 - Mme Gisèle DAGBA
 - Mme Oumou Diané DIAGNE
 - Mme Léna HARTZ
 - Mme Yolande TSASA
- Anesthésie réanimation Urgences SAMU
Anesthésie Réanimation FANN
Chirurgie viscérale HALD
Diabétologie endocrinologie Abass NDAO
Dermatologie HALD
Ophtalmologie HED
Pneumologie FANN
Orthopédie Traumatologie HOGIP
Anesthésie réanimation HALD
Neurochirurgie FANN
Stomatologie HALD
Anesthésie Réanimation HEAR
Anesthésie réanimation Urgences SAMU
Urgences SAMU
Urgences SAMU
Urgences SAMU
Urgences SAMU
Urgences SAMU
Anesthésie réanimation FANN
Centre de Santé Ngor
Ophtalmologie Abass NDAO
Santé Publique, ATI LuxDev/MSAS
Pédiatrie Santé Publique, ATN LuxDev/SAMU
Santé Publique, ATN LuxDev/Zone Nord
Santé Publique, ATN LuxDev/Zone Centre
Pneumologie CHU FANN
Gynéco-Obstétrique MSAS/DSME
Neurologie CHU FANN
SAU HOGIP
Maladies infectieuses CHU FANN
Chirurgie Pédiatrie HEAR
Chirurgie HOGIP
Anesthésie - réanimation Dalal Jamm
ORL CHU FANN
MSAS/DPRS/DSISS
SAU CHR SAINT-LOUIS
MSAS/DGES/DEPS
Informatique SAMU
Régulation SAMU
SMUR SAMU
ATN LuxDev
Informatique Consultante



Cette brochure a été réalisée sous la coordination du SAMU National dans le cadre du Programme de coopération bilatérale Sénégal - Luxembourg



**COOPÉRATION
SÉNÉGAL - LUXEMBOURG**

LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT 

The logo for Luxembourg AID & DEVELOPMENT, consisting of a stylized flower or star shape made of eight small, colorful geometric shapes (red, blue, and white) arranged in a circular pattern.