

Comment examiner un patient _____gravement malade ?_____

Un patient atteint d'une maladie aiguë et tombant gravement malade en quelques minutes ou quelques heures, ou encore un patient admis dans cet état, met à rude épreuve les capacités diagnostiques de tout médecin. Il n'y a pas de temps à perdre, parfois vous n'aurez le temps ni de recueillir une histoire détaillée (et il peut n'y en avoir aucune de disponible), ni d'examiner complètement le patient. Votre démarche diagnostique est dictée par les circonstances, en particulier l'âge du patient et la vitesse d'apparition des signes.

Commencez par identifier le syndrome clinique qui domine le tableau clinique. Est-ce:

- un choc?
- de la fièvre ?
- une hypothermie?
- une détresse respiratoire?
- une intoxication?
- un trouble de la conscience {cf. chapitre 15)?

• CHOC

Un patient en état de choc peut:

- être froid avec une peau moite;
- être agité et sans cesse en mouvement;
- avoir un pouls rapide et filant;
- être hypotendu;
- avoir des signes de mauvaise circulation périphérique.

Reconnaître un choc implique que votre patient soit dans un état critique et que vous alliez de l'avant rapidement, en posant des questions directes et en recherchant des signes appropriés (Point de révision 12.1).

Choc cardiogénique

Chez un patient âgé ou d'âge moyen, la cause la plus probable est celle d'une défaillance de la pompe par un infarctus myocardique, une tamponnade ou une dissection aortique. La douleur peut être absente du tableau d'infarctus myocardique, surtout chez la personne âgée ou diabétique.

Choc hypovolémique

La perte abondante de sang par une hémorragie digestive est généralement facilement reconnaissable, par une pâleur, une hypotension et une tachycardie. Elle n'accompagne pas nécessairement une hématomèse ou un méléna (Fig. 12.1). Un saignement abondant d'un ulcère duodénal peut mettre du temps à franchir le tractus intestinal avant de se manifester par un méléna franc.

Le choc hypovolémique peut être dû à la perte de sel et d'eau au cours de nombreuses situations cliniques comme la gastro-entérite, le choléra, l'occlusion intestinale, l'épuisement à la chaleur et l'insuffisance surrénalienne aiguë. Les signes cliniques dominants sont la présence d'un pli cutané et la sécheresse de la langue.

Choc septique

Au cours des premières étapes de l'évolution d'un choc septique, l'apparence du patient est très différente des autres types de choc. Le patient peut ne pas paraître très affecté alors qu'il l'est, ses yeux sont brillants, sa peau chaude et le pouls bondissant. Ce tableau clinique est habituellement

Causes fréquentes de choc

<i>Mécanisme</i>	<i>Diagnostic possible</i>	<i>Que demander?</i>	<i>Signes à rechercher</i>
Choc cardiogénique	Infarctus du myocarde	ATCD cardiaques, surtout angor Tabagisme Diabète HTA	Hypoperfusion Insuffisance ventriculaire gauche Tachycardie Troubles du rythme
	Dissection ou rupture d'anévrisme	Comme ci-dessus mais pensez à l'anévrisme en cas de douleur dorsale	Pouls périphériques absents ou variables Baisse TA diastolique à un bras
Choc hypovolémique			
-Sang	Saignement digestif	Antécédents de dyspepsie ou d'ulcère Alcoolisme Atteintes hépatiques	Méléna Stigmates de MHC Hépto-splénomégalie
- Eau et électrolytes	Gastro-entérite Diarrhée Vomissement	Sites possibles de perte de fluide	Peau fripée Langue sèche Globes oculaires déprimés
Choc septique	Septicémie à Gram négatif	Associée à une chirurgie récente du tube digestif	Peau rouge, yeux brillants, extrémités chaudes Pouls bondissant
Choc anaphylactique	Injections, piqûres	Détails de l'incident Épisodes antérieurs similaires	Bronchospasme Vasodilatation Urticaire
Choc chirurgical	Rupture d'un viscère Pancréatite	Chapitre 27	Défense abdominale Douleur à la dépression Borborygmes absents

MHC: maladie hépatique chronique.

celui d'une infection à Gram négatif survenant après une chirurgie digestive ou génito-urinaire.

Choc anaphylactique

Le facteur causal, comme une injection ou une piqûre d'insecte, est habituellement évident. Le syndrome clinique est dû à une libération massive d'histamine et d'autres facteurs qui provoquent une vasodilatation. Il y a une hypovolémie fonctionnelle (fuite capillaire) avec une perfusion périphérique faible.

Choc chirurgical

Dans ces circonstances, le syndrome clinique est dominé par la perforation d'un ulcère duodénal.

• FIÈVRE

C'est habituellement le signe de présentation d'un patient gravement atteint d'une infection microbienne. La majorité de ces infections surviennent en quelques heures, une journée ou deux, mais certaines, comme les abcès hépatiques, l'endocardite bactérienne subaiguë et la tuberculose, peuvent avoir un début plus progressif.

Il est utile de se souvenir de certains points généraux chez un patient fébrile grave :

- Une rigidité ou des frissons surviennent habituellement au début des infections bactériennes des voies biliaires (angiocholite), urinaires ou pulmonaires;
- Les contractures peuvent survenir sous les tropiques ou au retour d'un voyage; c'est un paludisme jusqu'à preuve du contraire;

Comment examiner un patient gravement malade?

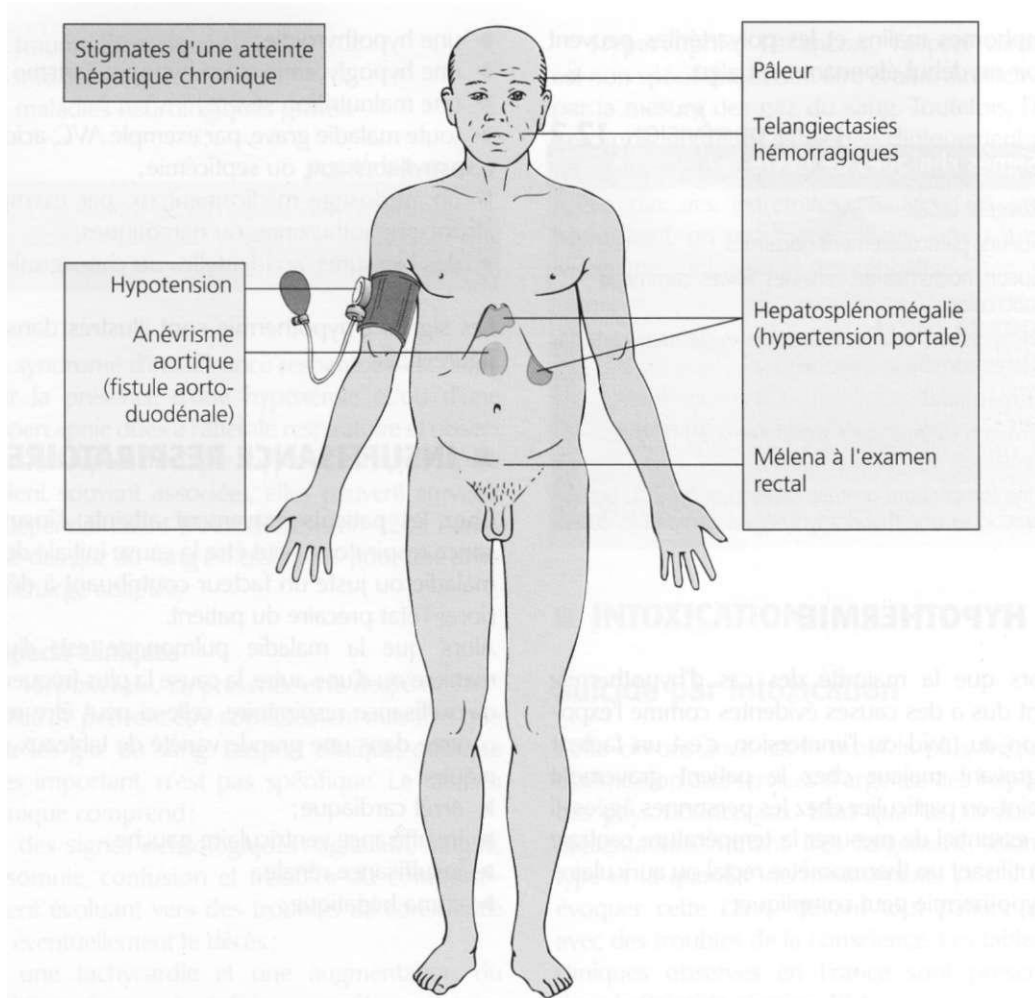


Figure 12.1. Signes à rechercher chez un patient en choc dû à un saignement digestif abondant.

- Certaines fièvres ont un aspect caractéristique qui peut aider au diagnostic. Par exemple, la fièvre de la brucellose peut-être rémittente, et dans la dengue, la fièvre peut avoir un aspect bi-phasique;
- Dans une pneumonie lobaire non traitée, la fièvre tombera rapidement au cours de la récupération clinique;
- Des sueurs nocturnes peuvent être dues à une tuberculose ou une maladie non infectieuse comme le lymphome;
- La septicémie à méningocoque peut présenter une évolution fulminante conduisant au décès en 24 heures en dépit d'un traitement rapide et approprié;

- Pensez à la possibilité d'une atteinte par le virus du sida chez une personne jeune avec une atteinte fébrile inhabituelle;
- Les réponses fébriles à l'infection peuvent être atténuées chez les personnes âgées.

POINT PRATIQUE

La chute de la pression artérielle à la station assise (chute posturale) oriente vers une hypovolémie.

Rappelez-vous que tout patient avec de la fièvre n'a pas forcément une infection microbienne. Alors que les causes non infectieuses de fièvre ont un début progressif, certaines comme les

Comprendre les différents appareils

lymphomes malins et les polyarterites peuvent avoir un début étonnamment aigu.

POINT DE RÉVISION 12.2 Signes cliniques de fièvre

Rougeur faciale

Sueurs, particulièrement nocturnes

Sueurs nocturnes de certaines fièvres comme la tuberculose

Tachycardie (mais la bradycardie existe dans certaines fièvres comme la typhoïde)

Herpès labial

Delirium (température supérieure à 39 °C chez l'enfant et 40 °C chez l'adulte)

Une température centrale supérieure à 42 °C peut provoquer une rhabdomyolyse, un coma et le décès.

• HYPOTHERMIE

Alors que la majorité des cas d'hypothermie sont dus à des causes évidentes comme l'exposition au froid ou l'immersion, c'est un facteur aggravant majeur chez le patient gravement atteint, en particulier chez les personnes âgées. Il est essentiel de mesurer la température centrale en utilisant un thermomètre rectal ou auriculaire. L'hypothermie peut compliquer:

- une hypothyroïdie;
- une hypoglycémie et un hypopituitarisme;
- une malnutrition sévère;
- toute maladie grave, par exemple AVC, acido-cétose diabétique, ou septicémie;
- un surdosage médicamenteux, par exemple alcool, phénothiazines, ou narcotiques;
- des blessures, accidentelles ou chirurgicales.

Les signes d'hypothermie sont illustrés dans la figure 12.2.

• INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

Chez les patients gravement atteints, l'insuffisance respiratoire peut être la cause initiale de la maladie ou juste un facteur contribuant à détériorer l'état précaire du patient.

Alors que la maladie pulmonaire est, d'une manière ou d'une autre, la cause la plus fréquente d'insuffisance respiratoire, celle-ci peut être rencontrée dans une grande variété de tableaux cliniques:

- arrêt cardiaque ;
- insuffisance ventriculaire gauche;
- insuffisance rénale;
- coma hépatique;

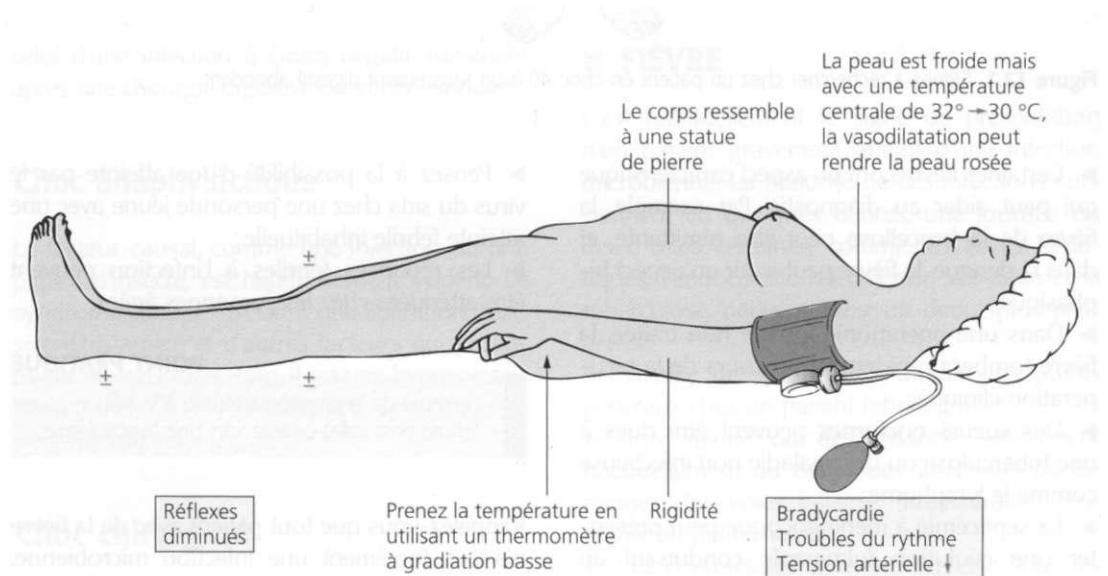


Figure 12.2. Signes d'hypothermie.

Comment examiner un patient gravement malade?

- trauma thoracique;
- intoxication;
- maladies neurologiques graves.

POINT PRATIQUE

L'insuffisance respiratoire fait souvent partie du tableau clinique des pathologies engageant le pronostic vital.

Le syndrome d'insuffisance respiratoire est défini par la présence d'une hypoxémie et/ou d'une hypercapnie dues à l'atteinte respiratoire et observées au repos. Bien que l'hypoxie et l'hypercapnie soient souvent associées, elles peuvent survenir indépendamment (Point de révision 12.3). L'analyse des gaz du sang est essentielle pour une prise en charge adaptée.

Aspects cliniques

Hypoxémie. La présence et le degré de l'hypoxie ne peuvent être correctement mesurés que par les gaz du sang. L'aspect clinique, quoique très important, n'est pas spécifique. Le tableau clinique comprend :

- des signes neurologiques: agitation, fatigue, insomnie, confusion et troubles du comportement évoluant vers des troubles de conscience et éventuellement le décès;
- une tachycardie et une augmentation du débit cardiaque; toutefois, un arrêt respiratoire hypoxémique peut être précédé d'une bradycardie;
- une hyperventilation;
- une cyanose (cf. chapitre 5).

Hypercapnie. Là encore, l'aspect clinique est non spécifique et doit être évalué directement par la mesure des gaz du sang. Toutefois, l'hypercapnie peut être suspectée cliniquement par un « flapping tremor », une vasodilatation manifestée par des extrémités chaudes, un pouls bondissant, un œdème papillaire, une somnolence, une confusion et des céphalées.

POINT PRATIQUE

Beaucoup de patients recevront de l'oxygène au cours de leur transport à l'hôpital, ce qui peut masquer des signes d'hypoxémie antérieure (par exemple, la cyanose). Les patients avec une maladie pulmonaire chronique obstructive ne doivent pas être privés de cet apport en oxygène.

• INTOXICATION

Suicide par intoxication

Cette circonstance est le motif le plus fréquent d'admission aux services d'urgence des hôpitaux des pays occidentaux. Bien que les formes de présentations varient très largement selon le type et la quantité de médicaments pris, il faut évoquer cette cause devant tout patient aigu avec des troubles de la conscience. Les tableaux cliniques observés en France sont présentés dans le Point de révision 12.4.

POINT DE RÉVISION 12.3

Causes de l'insuffisance respiratoire

Déficit des échanges gazeux

Hypoxémie sans hypercapnie:

- Atteintes des voies aériennes : asthme, emphysème, bronchite chronique ;

- Maladies vasculaires: thromboembolique;

- Maladies du parenchyme pulmonaire : pneumonie, fibrose pulmonaire, œdème pulmonaire, alvéolite.

Déficit ventilatoire

Hypercapnie souvent avec hypoxie :

- Atteinte de la paroi thoracique: trauma, déformations;

- Atteinte de la commande centrale: intoxication, maladies neurologiques ;

- Atteinte neuromusculaire : poliomyélite ;

- Troubles mécaniques inspiratoires : obstruction sévère.

Comprendre les différents appareils

Autres causes d'intoxication

Les médecins peuvent méconnaître la possibilité d'une intoxication (qu'elle soit accidentelle, professionnelle ou intentionnelle) devant un patient en phase aiguë. Les substances hautement toxiques sont le cyanure, l'arsenic, le thallium, le monoxyde de carbone et les pesticides comme le paraquat et les organophosphorés. Les signes cliniques d'intoxication à ces substances ne font pas partie des objectifs de cet ouvrage, mais envisagez ce cas chez tout patient gravement atteint pour qui vous n'arrivez pas à poser un diagnostic.

POINT PRATIQUE

Pensez à une intoxication chez :

Tout patient gravement atteint chez qui vous n'arrivez pas à poser un diagnostic ;
Tout patient gravement atteint avec des troubles de la conscience.

L'intoxication peut être :

Suicidaire
Accidentelle
Professionnelle
Criminelle

POINT DE RÉVISION 12.4

Signes cliniques des intoxications en France

<i>Substance ingérée</i>	<i>Groupes touchés</i>	<i>Présentation clinique</i>
Alcool	Tous, à partir de l'adolescence	Ataxie, dysarthrie, nystagmus évoluant vers le coma, problèmes liés à l'aspiration du contenu gastrique
Analgésiques non opiacés	Tous, intoxication accidentelle chez l'enfant	
- Aspirine	Plus fréquent dans les groupes plus âgés	Hyperventilation, vasodilatation, sueurs, vertiges, surdité, coma rare
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Plus fréquent dans les groupes plus âgés	Nausées et vomissements, toxicité sévère inhabituelle
- Paracétamol	Tous	10 à 15g suffisent à provoquer une nécrose hépatocellulaire
Analgésiques opiacés	Toxicomanes	Dépression respiratoire et coma
Antidépresseurs	Patients traités pour une dépression chronique	Hypotension, hyperréflexie, convulsions, troubles du rythme
Bêta-bloquants	Intoxication accidentelle chez l'enfant	Variable selon les préparations mais un surdosage massif provoque une bradycardie et une hypotension
Sels de Fer	Intoxication accidentelle chez l'enfant	Nausées, vomissements, hémorragie digestive, coma et nécrose hépatocellulaire
Hypnotiques et Anxiolytiques		
- Barbituriques	Moins prescrits actuellement, donc intoxication plus rare	Somnolence, dépression respiratoire et coma
- Benzodiazépines	Tous	Somnolence et ataxie, coma prolongé inhabituel
Théophylline	Tout groupe mais prédisposition chez les patients traités pour l'asthme	Vomissements, agitation, tachycardie, puis troubles du rythme
Phénothiazines	Surtout les patients traités depuis longtemps pour une psychose	Arythmies et hypotension, réactions dystoniques

Comment examiner un patient gravement malade?

POINT DE RÉVISION 12.5
Patients nécessitant une hospitalisation en réanimation

Patients suspectés de septicémie à méningocoque (Fig. 12.3)

Patients intoxiqués avec des niveaux altérés de conscience et d'arythmies, tachycardie incluse (plus de 120/min)

États de mal épileptique

États de somnolence avancée

Patients avec des signes d'inhalation

Patients neurologiques, agités avec une contusion cérébrale, une hypoxie méconnue ou une intoxication

Traumatismes crâniens avec un score de Glasgow de 10 se dégradant rapidement

Patients asthmatiques ne répondant plus à la thérapeutique maximale, s'épuisant, ou avec une PaCO_2 élevée/normale

**• MALADIES AIGUËS
OU CRITIQUES NÉCESSITANT
DES SOINS INTENSIFS**

Tout comme vous devez être capable d'identifier des patients gravement atteints, vous devez aussi connaître les circonstances ou les conditions dans lesquelles il vous faudra contacter une unité de réanimation. (Point de révision 12.5). Ceci ne sous-entend pas forcément une ventilation assistée mais souligne les situations extrêmement dangereuses.



Figure 12.3. Purpura d'une septicémie à méningocoque. Chez ce patient ce fut le seul signe orientant le diagnostic, avec une fièvre élevée.