

HYPOTHERMIES ACCIDENTELLES

Definition : ↓ de la T° centrale < 35°C

hypothermie faible : T° 35°-32°C ; hypothermie modérée : T° 32°-28°C ; hypothermie sévère : T° < 28°C

Différents types d'hypothermie et physiopathologie

| Différents types d'hypothermie | Physiopathologie |
|--|--|
| <p>Hypothermie à défense maxima Noyade, chute en crevasse, naufragés, Vagabond, alpiniste en perdition</p> <p>Hypothermie à défense minima = Sujet démuné physiquement ne pouvant pas lutter contre le froid : Intoxication méd, alcooliq, coma dépassé, anesthésie gle, vieillard, TC ou vertébral, Jeune enf</p> <p>Hypothermie mixte Avalanché, polytraumatisé exposé au froid</p> | <p>Métabolisme de base ↓ VO2 et de la VCO2</p> <p>SNC ↓ DSC, perte de l'autorégulation</p> <p>Système cardiovasculaire - Faible hypotension : tachycardie avec vasoconstriction, DC et PA légèrement ↑ - Hypotension modérée : bradycardie, ↓ DC - Hypotension sévère : vasodilatation, ↓ du seuil arythmogène (FV)</p> <p>Système respiratoire - ↓ Ventilation alvéolaire, inhibi° du reflèxe de toux (encombrement+++), perte des reflèxes protecteurs pharyngolaryngés - ± OAP - ↓ de l'O2 tissulaire</p> <p>Milieu intérieur et coagulation Hte augmente ; Glycémie augmentée ; ↓ de la filtration glomérulaire</p> |

Signes cliniques et paracliniques

| Hypothermie légère (>35°-32°C) | Hypothermie modérée (32°-28°C) | Hypothermie sévère (< 28°C) |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Conscience ↓, - Frissons +++ - Extr froides, horripilées, peau bleuâtre - Douleur des membres - Tachycardie - PA ± ↑ - ECG : FC ↑ | <ul style="list-style-type: none"> - vasoconstriction (extr froides, cyanosées, pâles) - début de trbles imp de conscience avec pupilles le plus svt en myosis, coma, ROT ↓, hypertonie muscul, perte de la ss douloureuse - bradycardie, PA ↓, FR et vol courant ↓, respirat° irrég - arythmie cardiaque (FA+++ , FV possible) - ECG : bradycardie extrême ; trbles de la conduct° (PR, QT ↑), onde J d'Osborn (ST susdénivélé et concave vers ht) ; trbles du rythme (FA surtout) | <ul style="list-style-type: none"> - coma, mydriase bilat, trismus, hypertonie, ↓ TA, ACR (par FV+++), apnée (T° < 25°C) - ECG : QRS larges, FV+++ rebelle au CEE <p>Biologie dans tous les cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↑ glycémie, réact° pancréatique, coagulopathies (plaq) ; K+ ↑ - H à défense minima : ↓ PaO2 et pH ↑ de 0,001 par 1°C - H à défense maxi : alcalose ventilatoire puis acidose métabolique |

CONDUITE A TENIR

| En préhospitalier | En intrahospitalier |
|---|--|
| <p>Limiter le s déperditions caloriques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soustraction du patient à l'ambiance froide - retirer les vêtements mouillés en évitant la mobilisation brutale (risque d'arythmie et de lésions trauma associées) - sécher le patient - le recouvrir de couvertures isotherme ou à air pulsée, la cellule sanitaire doit être rechauffée <p>LVAS</p> <p>O2 (5l/min) systématique si besoin par VA, en évitant l'hypocapnie source de FV et de vasoconstriction</p> <p>IOT large en raison du risque d'hypoxie et d'inhalation dues aux troubles de la vigilance. Il est possible de donner de l'O2 rechauffer les lieux de l'accident. RAI par l'air inhalé ou ventilation jusqu'à 60° (le bb d'emblée en cas d'apnée car à apporte de l'air chaud, on le remplacera dès que possible par une ventilat° endotrachéale avec de l'air chaud). Le rechauffement du mélange gazeux insufflé se fait par un parachute thermique</p> <p>vvp de bon calibre pr remplissage (léger) avec cristalloïdes rechauffés à 39-40°C voire 45°C. Ce remplissage doit être prudent car risque de défaillance myocardique car à la phase initiale, le plus souvent le sujet est hypovolémique du fait d'une polyurie initiale et une restriction hydrique</p> <p>Boissons chaudes si malade conscient</p> <p>Surveillance étroite électrocardioscope le plus rapidement possible PA, FC, SaO2, ETCO2, ECG, T°</p> <p>sonde urinaire (pr contrôle de la diurèse), SNG si iléus</p> <p>Si asystolie ventriculaire MCE immédiatement et prolongé très longtemps (la FV est refractaire à la cardioversion tant que persiste l'hypothermie profonde)</p> <p>Transport : Pr le patient sévèremt hypotherme : vers un serv de réa ds l'hôpital disposant d'ICEC où le bilan lésionnel sera cpleté ;</p> | <p>En intrahospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite du préhospitalier - Toute la question = lequel des modes de rechauffement est le plus adapté <p>Présence de pouls fémoral</p> <ul style="list-style-type: none"> QUI <ul style="list-style-type: none"> T° > 32°C <ul style="list-style-type: none"> Non → Hemodyn instable → Oui <ul style="list-style-type: none"> - échec du rechauffement passif ext - présence de facteurs de risque hypothermie Rechauffement Passif ext (RPE) (environnement chaud) T° < 32°C <ul style="list-style-type: none"> Rechauffement actif interne ou Association avec RPE NON <ul style="list-style-type: none"> débuter MCE CEC disponible <ul style="list-style-type: none"> oui → rechauffer jusqu'à au moins 32°C tech de RAI et RPE + RCP mis en œuvre non → Rechauffement actif interne ou Association avec RPE <p>RAI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CEC (circulation extracorporelle) = méthodes de choix : débit fémoral 2 à 3 l/min avec du sang qu'on rechauffe à 38°-40°C permet de gagner 1 à 2°C en 3 à 5 min. Le débit peut être ↑ jusqu'à 6-8l/min avec cō objectif de corriger l'hypothermie en 2h (soit 10-15°/h) - hémodialyse, gaz rechauffés, irrigation pleurale et/ou péritonéale de liquide rechauffé médct (peu efficaces en hypothermie) tosylate de bretylium 10 mg/kg .ATB stt en néonatalogie .lavage gastrique .lavage médiastinale+MCI |

