

NOYADE

DEFINITION : Asphyxie ä, consécutive à une submersion dans un liquide, avec ou sans inondation broncho-alvéolaire

PHYSIOPATHOLOGIE	MODE DE SURVENUE	MECANISMES	NATURE DU LIQUIDE INHALE
Noyade à « glotte fermée » - Pc due à l'asphyxie - laryngospasme définitif, «noyade sèche» Noyade avec inhalation - Inondation broncho-alvéolaire - OAP lésionnel Hypoxie et hypothermie rapides Une réanimation prolongée est impérative car l'hypothermie assure une protection une protection cérébrale relative	On distingue 3 types de noyade : - La noyade par épuisement ou incapacité - L'hydrocution ou noyade IIaire une syncope (thermique, trauma, allergiq... - La noyade en plongée (barotraumatisme, accident de décompression, narcose au mélange, hyperoxye)	noyade primaire sujet conscient alors qu'il s'enfonce dans l'eau noyade secondaire - syncope primitive . thermodifférentielle . post-traumatique (choc épigastrique, oculaire, génital) - Pc : épilepsie, hypoglycémie, TDR paroxystique - Accident de plongée	Eau de mer : hypertonique - majoration de l'inondation alvéolaire (OAP d'emblée) - hypovolémie avec hémococoncentration Eau douce : hypotonique - Hypervolémie avec hémodilution - Hémolyse de mécanisme osmotique - Risque cst d'↑K+, si inhalation massive - lésion de la mbr alvéolo-cap et inactivation du surfactant pulmonaire⇒ micro-atélectasies

SIGNES CLINIQUES

Groupe I Aquaress	Groupe II Petit hypoxique	Groupe III Grand hypoxique	Groupe IV Etat de mort apparente
La victime n'a pas inhalé d'eau	Inhalation (de l'eau a pénétré dans l'arbre respiratoire), patient «ayant la tasse», toux, cyanose, tachypnée FC rapide, ± râles bronchiques, conscience normale	OAP et/ou coma, encombrement trachéo-bronchique grave, détresse respiratoire	arrêt circulatoire Témoigne d'une anoxie durable

CONDUITE A TENIR PREHOSPITALIERE

Dvt un aquaress	Dvt un petit hypoxique	Dvt un grand hypoxique	Etat de mort apparente (réa standard)
- asseoir, sécher et frictionner la victime pour la rechauffer - rassurer - contrôler la glycémie et si nécessaire (hypoglycémie) : SG 10% 10 ml en ivl Surveillance de 24h dans un centre hospitalier	(victime essentiellement encombrée) - étendre, sécher, rechauffer - aspiration gastrique - O2 : à hte concentration 8-10l/min - sonde gastrique et vidange gastrique - transport médicalisé : en PLS, sous O2 à bon débit - si spasme bronchique : nébulisation de ventoline (5 mg) ou Bricanyl + corticoïdes iv surveillance 48h dans un service de soins intensifs du fait d'une possible aggravation de la fonction respiratoire (OAP secondaire)	- LVAS, aspiration naso-pharyngée - Collier cervical de principe (se méfier d'1 trauma du rachis stt si coma après plongeon, choc) - Respecter axe tête-cou-tronc - Sécher, rechauffer - Scope, SpO2, Dynamap, Dextro, - O2 au masque à fort débit puis - IOT avec VC (FiO2 100%, PEEP 5-10 mbar si SpO2 basse ou coma ou VS-PEP si malade en V° spontanée = solution séduisante chez malade en hypoxie modérée) - Sonde gastrique, vidange gastrique - 2 vvp + SSI ou macromolécule (prudence +++) si hypovolémie (noyade en eau de mer hypertonique) secondaire au passaged'eau du vaisseau vers l'alvéole : 250 ml en 10 min (à ne pas renouveler car si nécessaire, utiliser amines vasoactives) - Diurétique si OAP clinique, noyade en eau douce : Lasilix* 0,5-1 mg/kg (adulte), 1,5-2mg/kg (enfant)	- LVAS, VC sous O2 pur et MCE, SG - alcalinisation (imp) : bicarb 42% 20 ml - respecter l'hypothermie tant qu'il existe des troubles V° et/ou hémodynamiques (protect°céréb) sinon mesures de lutte contre hypothermie - prolonger la RCP si il existe une hypothermie - attention au CEE (assecher le thorax et s'isoler)

CONDUITE A TENIR INTRA HOSPITALIERE

*Ds les formes graves, grande hypoxie, anoxie: VM+PEP (lutte contre l'hypoxie, CEC (hypothermie prof), correction des troubles hydro-électrolytiques et acido-basique, ATB si eau polluée et septique
 *Ds ts les cas : Rx pulm, GDS (↓O2, ↑CO2, acidose mixte, Hb (→hémolyse en cas eau douce), K+ (↑K+ en cas de mer), EEG et TDM (si ↓O2 céréb), swan ganz si SDRA

