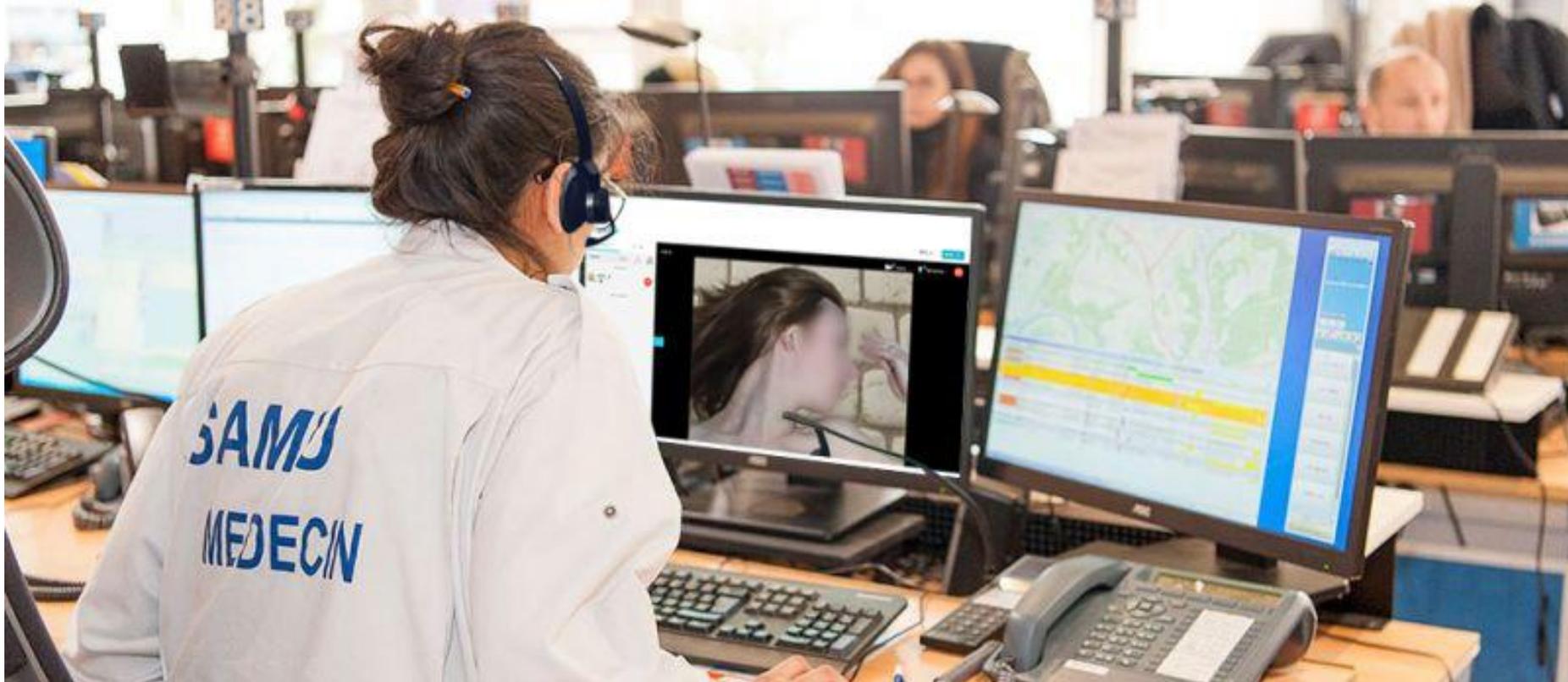


Dyspnée aiguë



Vous êtes à la régulation du SAMU

8h15 le 9 novembre 2023

Homme 81 ans

Appel au 15 car très gêné pour respirer depuis 1 heure

Ne peut pas finir ses phrases : 3 mots à la suite max

FR au téléphone : environ 45/min

Respiration très bruyante (crépitations ?)

Sa femme trouve qu'il a les lèvres bleues et qu'il lutte pour respirer, elle est en panique



Avant même une hypothèse étiologique

-> évaluation de la gravité pour la décision à la régulation

1. Envoi d'un SMUR +
ambulance privée

2. Envoi d'une
ambulance privée

3. Passage de SOS
médecins dans la
matinée

4. Reste sur place ça
va passer avec un
paracétamol

Avant même une hypothèse étiologique

-> évaluation de la gravité pour la décision à la régulation

1. Envoi d'un SMUR +
ambulance privée

2. Envoi d'une
ambulance privée

3. Passage de SOS
médecins dans la
matinée

4. Reste sur place ça
va passer avec un
paracétamol



Son traitement

Furosémide 40 mg le matin

Bisoprolol 2,5 mg le matin

Acide acétylsalicylique 75 mg

Dans le dossier médical vous trouvez un passage aux urgences avec hospitalisation en médecine pour décompensation cardiaque gauche

Hypothèses étiologiques ?

hiérarchisation

1.

. Pneumopathie

2.

. Embolie pulmonaire

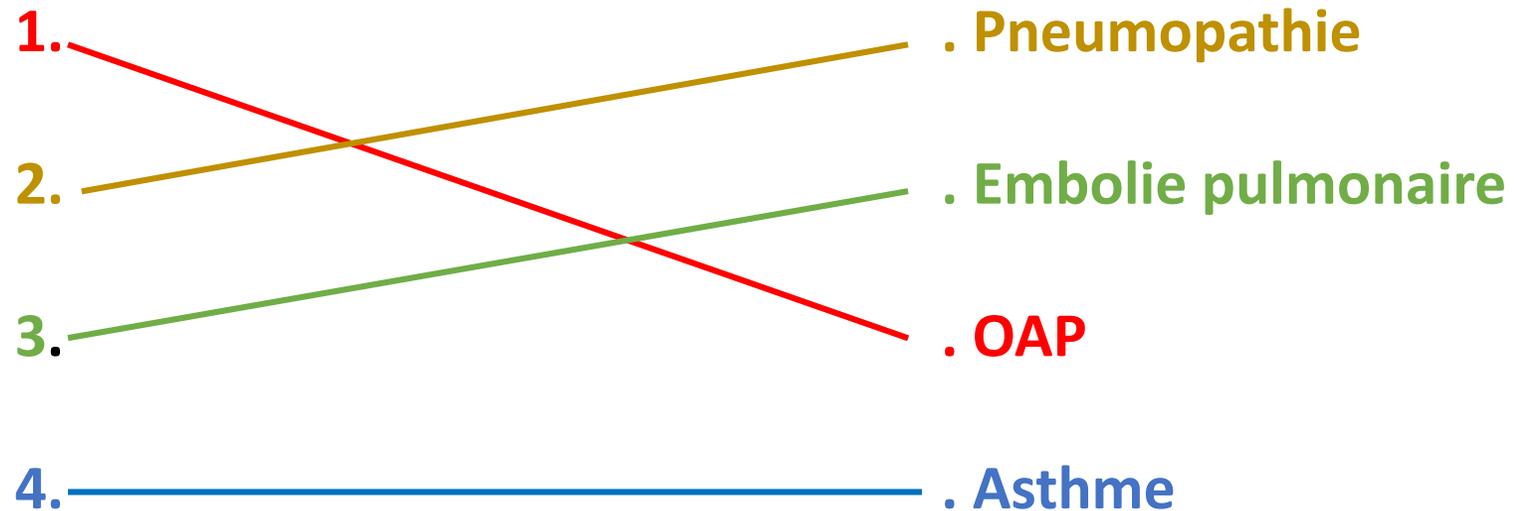
3.

. OAP

4.

. Asthme

Hypothèses étiologiques ?





Vous êtes en SMUR

Somnolent (Glasgow 13)

En sueurs

FR avec tirage à 42/min

**Crépitants dans l'ensemble des champs
pulmonaires**

T°C 37,3

SpO2 71% avant mise sous O2

FC 121 en fibrillation auriculaire

PA 194/116 mmHg



Thérapeutiques ?

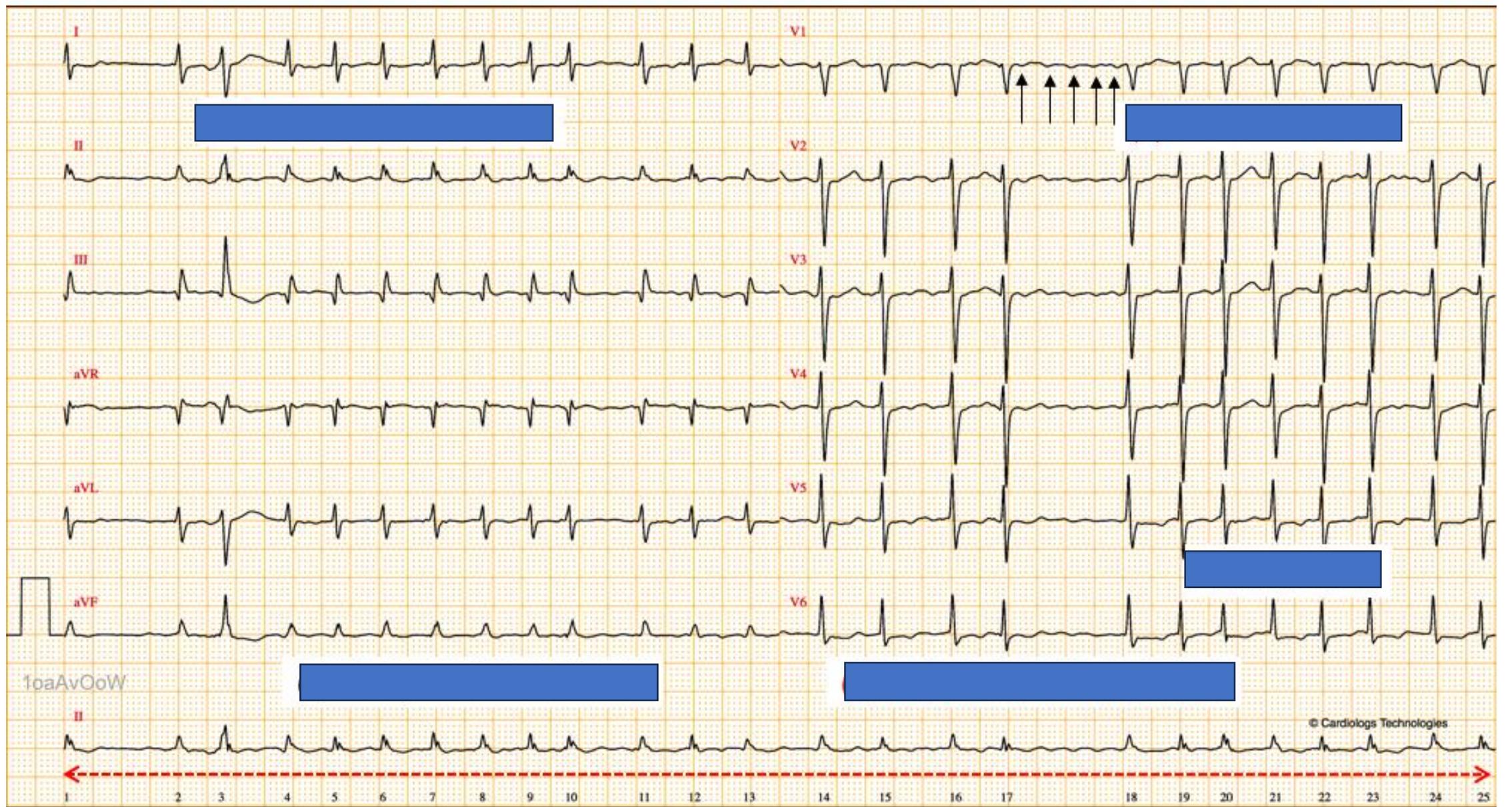
Thérapeutiques ?

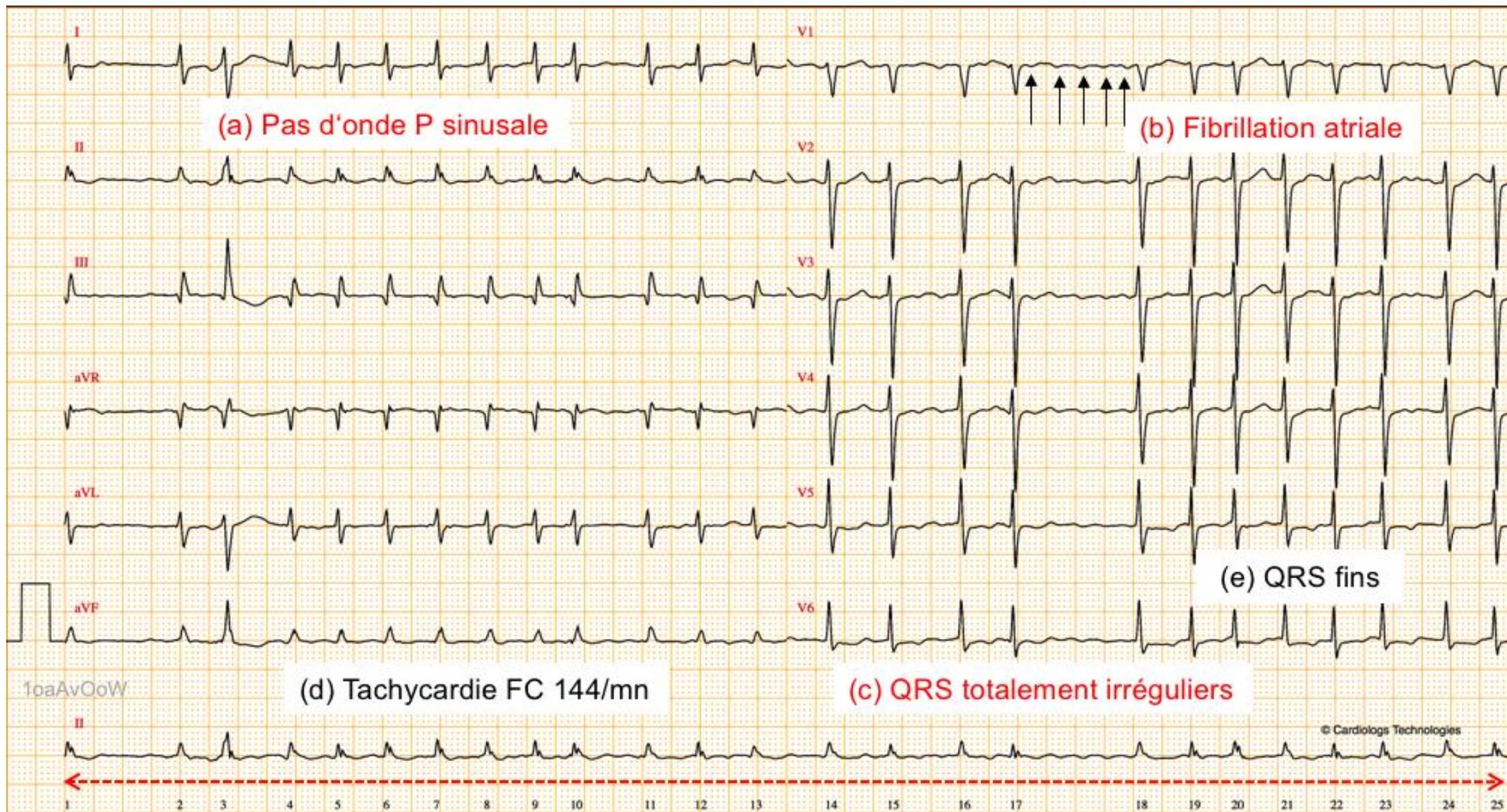
VNI

Position assise

Furosémide : au mois 40 mg IV

Dinitrate d'isosorbide : 2 mg IV à répéter toutes les 5 minutes





24 intervalles R-R en 10 sec → FC = 24 x 6 = 144/mn

OAP hypertensif probablement sur un passage en
FA rapide

Pas de signe de souffrance coronarienne à l'ECG ni
douleur thoracique

Recommandations de 2021



2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)





**Vous êtes au restaurant
Un client s'agite en mangeant son steak !!**



Il ne parvient plus à respirer

Que faire

1. Appel 15 puis
débuter les
compressions
thoracique

2. Appel 15 puis
attendre les consignes

3. Manœuvres de
désobstruction d'un
corps étranger puis
appel 15

4. Le rassurer

Que faire

1. Appel 15 puis
débuter les
compressions
thoracique

2. Appel 15 puis
attendre les consignes

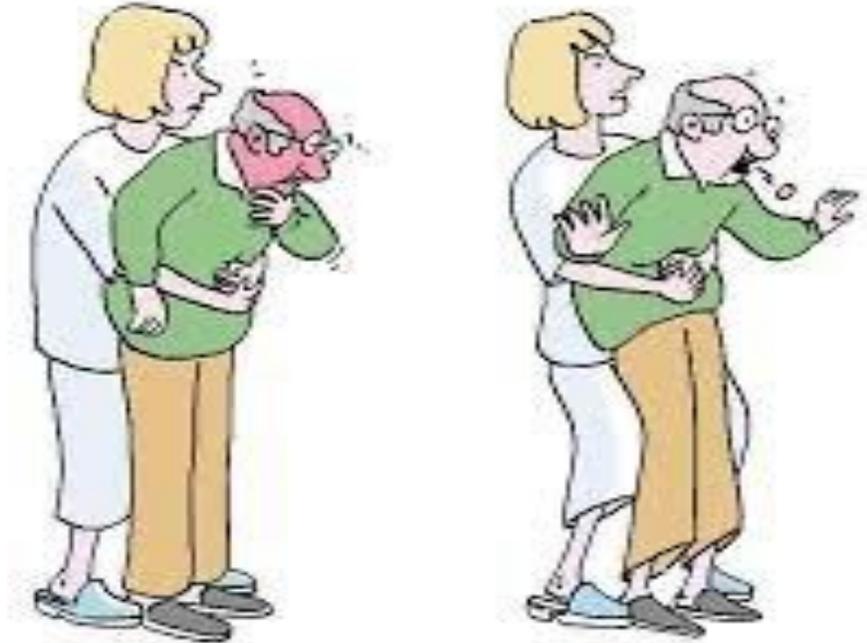
3. Manœuvres de
désobstruction d'un
corps étranger puis
appel 15

4. Le rassurer

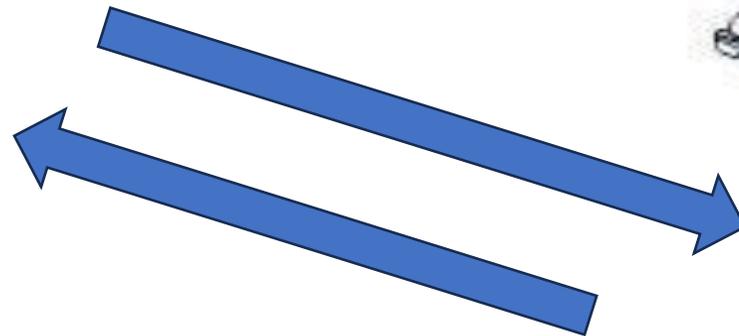
Obstruction sévère des voies aériennes supérieures



5 frappes dorsales



5 compressions abdominales



Recommandations 2021 (inchangées depuis très longtemps)

European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support

Theresa M. Olasveengen^{a,}, Federico Semeraro^b, Giuseppe Ristagno^{c,d},
Maaret Castren^e, Anthony Handley^f, Artem Kuzovlev^g, Koenraad G. Monsieurs^h,
Violetta Raffayⁱ, Michael Smyth^{j,k}, Jasmeet Soar^l, Hildigunnur Svavarsdottir^{m,n},
Gavin D. Perkins^{o,p}*



Homme 27 ans

Douleur thoracique droite brutale en soulevant un meuble

Tabagique

Douleur majorée à la respiration profonde

Légère dyspnée sans signe de lutte



Hypothèses étiologiques ?

1. . Myocardite
2. . Embolie pulmonaire
3. . Syndrome coronarien aigu
4. . Pneumothorax

Hypothèses étiologiques ?

-
1. . Myocardite
2. . Embolie pulmonaire
3. . Syndrome coronarien aigu
4. . Pneumothorax



Apparition aux urgences d'une dyspnée brutale avec troubles de la conscience

- SpO₂ 70%
- PA 71/32 mmHg

Que faire dans l'immédiat ?

1. Intubation oro
trachéale

2. Pose d'un drain
thoracique en
axillaire

3. Exsufflation à
l'aiguille

4. Lunettes nasales
d'O₂

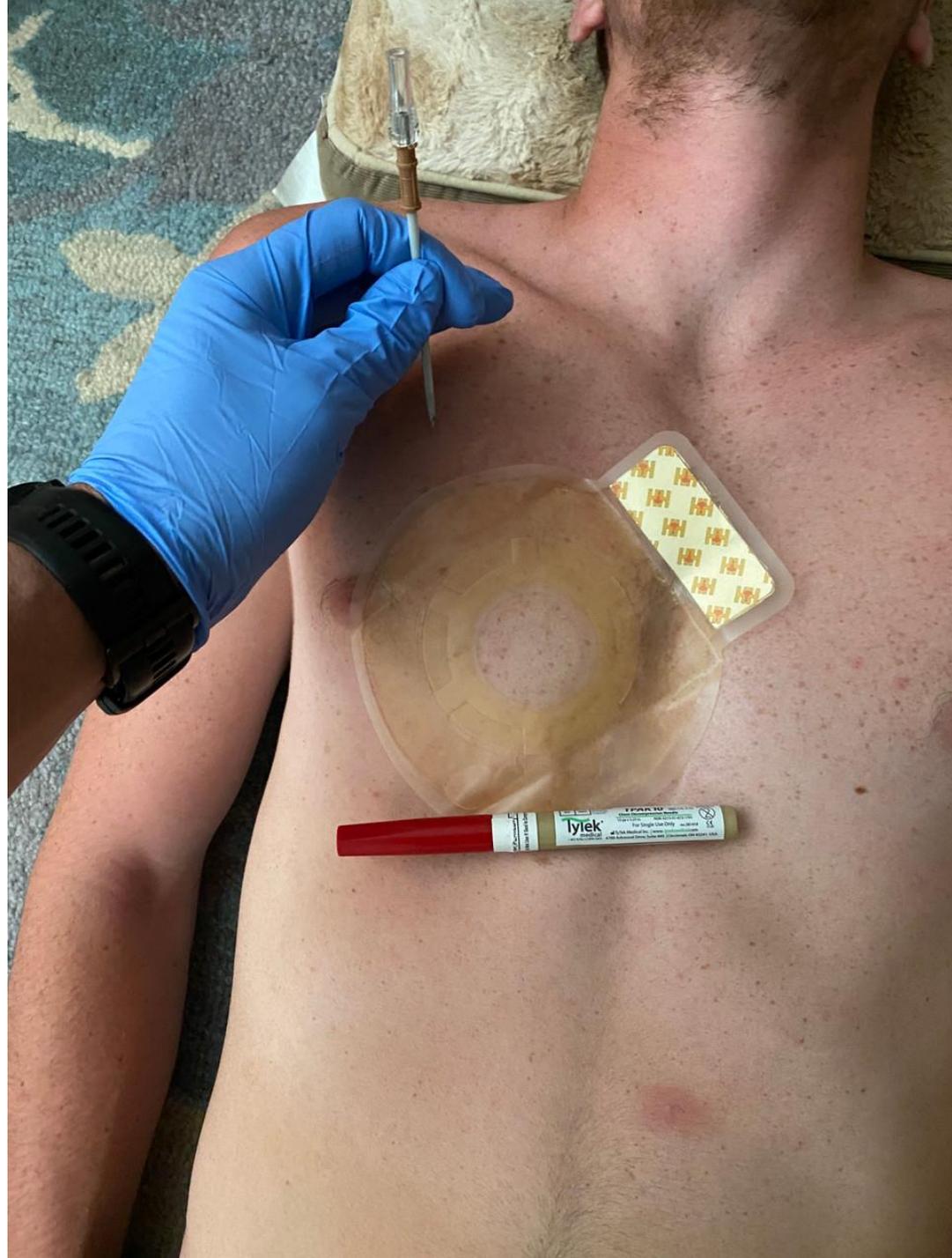
Que faire dans l'immédiat ?

1. Intubation oro
trachéale

2. Pose d'un drain
thoracique en
axillaire

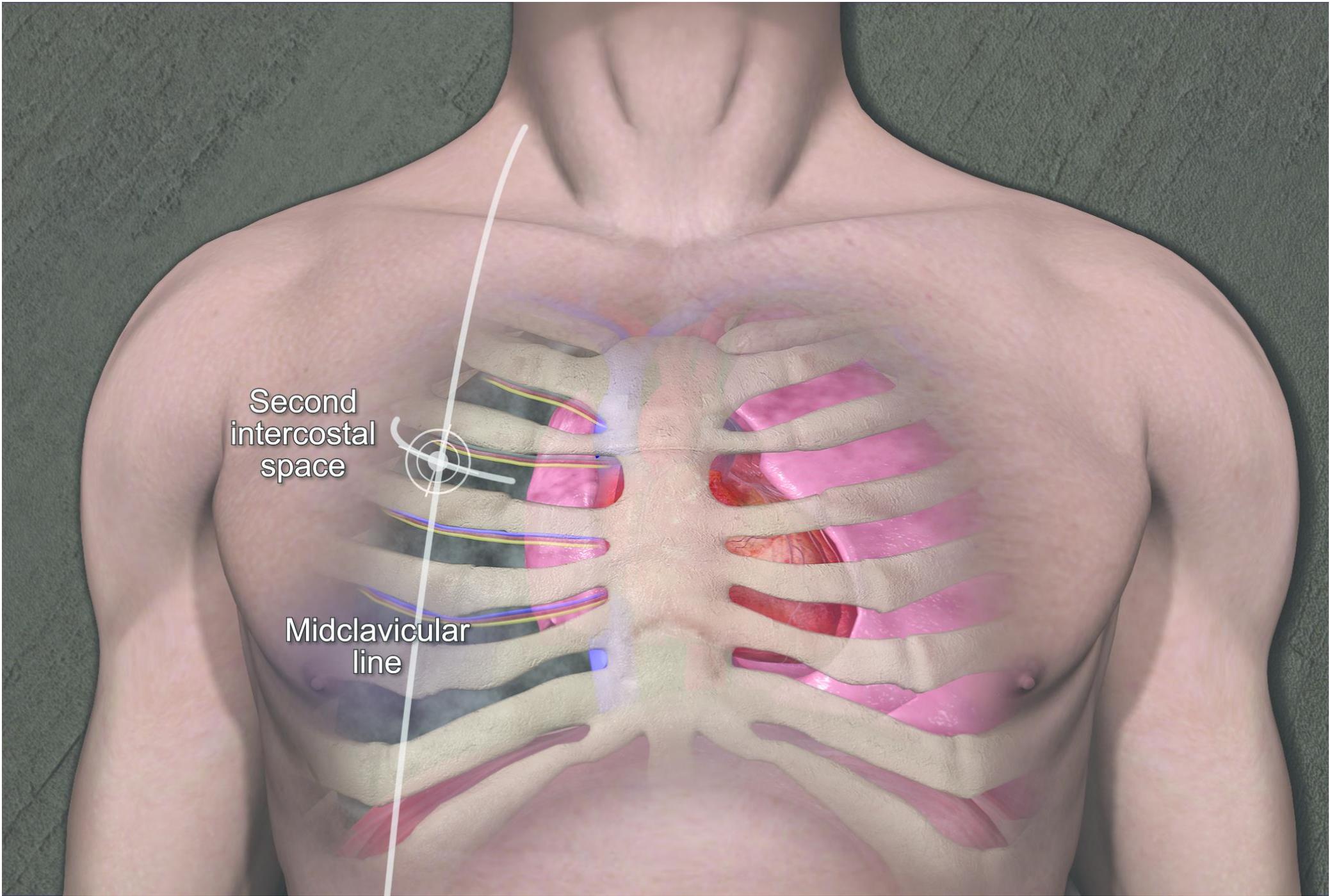
3. Exsufflation à
l'aiguille

4. Lunettes nasales
d'O₂



Second
intercostal
space

Midclavicular
line



Nouvelles recommandations pneumothorax 2023

Vidéo



<https://vimeo.com/809016146>



Texte



https://www.sfm.u.org/upload/consensus/rfe_pno_2023.pdf



Femme 25 ans

Asthmatique connu

Ne prend pas son traitement de fond

Dyspnée expiratoire avec sibilants

FR 42/min

Difficultés à parler (1 à 2 mots max)

SpO2 89% AA

Glasgow 15

Antcd : hospitalisation pour exacerbation d'asthme

Quelles thérapeutiques de première intention?

1. Antibiothérapie
probabiliste

2. Oxygène

3. Intubation oro-
trachéale

4. Bromure
d'ipratropium
aérosols toutes les 8
heures

5. Salbutamol IV

6. Salbutamol
aérosols en continu

7. Sulfate de
magnésium IV

8. Corticothérapie
1mg/kg IV

Quelles thérapeutiques de première intention?

1. Antibiothérapie
probabiliste

2. Oxygène

3. Intubation oro-
trachéale

4. Bromure
d'ipratropium
aérosols toutes les 8
heures

5. Salbutamol IV

6. Salbutamol
aérosols en continu

7. Sulfate de
magnésium IV

8. Corticothérapie
1mg/kg IV

Prise en charge d'une insuffisance respiratoire aiguë

Affirmer le diagnostic

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Reconnaître les signes de gravité
 - Respiratoire
 - Signes de lutte respiratoire, polypnée
 - Signes d'hypoxémie (cyanose)
 - Signes d'hypercapnie (sueurs, astérisis, céphalées)
 - Signes d'épuisement (troubles de conscience, pauses respiratoires)
 - Hémodynamique
 - État de choc
 - Signes de cœur pulmonaire aigu
 - Neurologique
Confusion, agitation, coma
 - Examen étiologique ciblé

Interrogatoire : (entourage ++)

- ATCD
- Allergies
- Traitements de fond
- Facteur déclenchant (contage, TT, fièvre)
- Mode de vie : profession, tabagisme

Mesures initiales

- Position ½ assise
- Libération voies aériennes
- Oxygénothérapie
- Scope cardiotensionnel
- Pose d'une voie veineuse, remplissage vasculaire selon hémodynamique
- Prélever : Gaz du sang, lactate, NFS, bilan hépatique, ionogramme sanguin
- ECG
- Radiographie pulmonaire

Éliminer une étiologie ORL (corps étranger ++)

INITIER LE TRAITEMENT

- **Traitement symptomatique :**

- Arrêt des traitements dépresseurs respiratoires
- Oxygénothérapie, objectif spO_2 d'environ 95 % (90-92 % si insuffisance respiratoire chronique)

- **VNI**

- OAP ou décompensation de BPCO hypercapnique
- Patient coopérant

- **Intubation :**

- Échec ou contre-indication de la VNI
- Troubles de conscience, état de choc

- **Traitement étiologique**

- Bronchodilatateurs (bêta2 mimétiques) et corticothérapie 1 mg/kg dans l'asthme aigu grave
- Antibiothérapie probabiliste en cas d'infection pulmonaire
- Traitement anticoagulant en cas d'embolie pulmonaire
- Drainage ou exsufflation d'un pneumothorax