

Urgence de terrain : quoi de neuf ?

Docteur Alain FREY
Président de l'Union Nationale des Médecins Fédéraux

Je vais passer en revue les interventions éventuelles que nous pouvons avoir à gérer en urgence.

I. L'asthme

Le taux de mortalité lié à l'asthme est encore très élevé en France car les personnes asthmatiques tardent à venir consulter. Lors d'une crise d'asthme, le patient doit consulter un médecin très rapidement car la crise peut entraîner un arrêt cardio-respiratoire. Concernant les traitements de la crise d'asthme en phase aiguë, le médecin urgentiste doit associer une corticothérapie par voie intraveineuse ou orale, avec des aérosols de Bricanyl / Atrovent. Il est de plus en plus fréquent d'administrer des corticoïdes en aérosol en même temps, les corticoïdes agissant directement sur l'inflammation des muqueuses qui génèrent la part majeure de l'encombrement bronchique. Ainsi, un sujet souffrant d'une crise d'asthme qui résiste aux bouffées de Ventoline doit être pris en charge rapidement avec des inhalations continues pendant une à deux heures et une surveillance médicale rapprochée.

II. Les crises convulsives

Les crises convulsives, quant à elles, ne sont pas rares, notamment dans les sports à risque. Les traumatismes crâniens et les étranglements au judo peuvent entraîner des crises convulsives secondaires. Dans la population générale, les crises convulsives sont souvent liées à l'ingestion d'une grande quantité d'alcool. Lorsqu'un sportif est victime d'une crise convulsive, le médecin doit s'assurer qu'il n'y a pas de luxations postérieures qui passent souvent inaperçues et qui sont souvent constatées deux à cinq jours plus tard.



Luxation postérieure à une crise convulsive

Concernant le traitement initial des crises convulsives, je citerai tout d'abord le Dextropropoxyphène, les hypoglycémies pouvant déclencher des crises convulsives. Par ailleurs, parmi les médicaments, il est recommandé d'utiliser le Valium, l'Hypnovel qui peut être administré par voie nasale, intra veineuse ou intramusculaire, ou encore le pro Dilantin dans les cas les plus graves.

III. Les colites néphrétiques

Les colites néphrétiques apparaissent comme l'une des pathologies les plus douloureuses qui doivent être prises en charge très rapidement. Si le diagnostic écarte toute pathologie artérielle et confirme la colite néphrétique, il convient d'administrer des antalgiques de niveau deux ou trois, ainsi que des anti-inflammatoires classiques tels que le Profenid, par voie intraveineuse, ou la Morphine si la douleur est trop intense.

IV. Les piqûres septiques

Les piqûres septiques surviennent, elles, généralement dans les situations suivantes : le sportif devant être remis sur pied très rapidement après une blessure, le médecin n'a pas d'autre choix que d'effectuer des points de suture sur le terrain.



Suture réalisée au bord du terrain

Le médecin peut alors être confronté à un accident d'exposition au sang. Dans ce cas de figure, il doit se rendre aux urgences dans un délai maximum de six heures suivant l'accident, afin de recevoir un traitement si cela s'avère nécessaire. Ainsi, je conseille au médecin qui est amené à réaliser des points de suture sur le terrain de disposer du Combivir et du Kaletra ou autres produits. Cela permet au médecin victime d'une piqûre septique de traiter rapidement la plaie et de ne pas s'absenter pendant le match, l'absence du médecin causant de nombreux désordres lors d'un événement sportif.

V. Plaies

S'agissant des plaies, il existe différentes méthodes de fermeture des plaies. Toutefois, l'étape de désinfection de la plaie ne doit pas être négligée, afin d'éviter tout risque de contagion. Il faut expressément vérifier que le patient est vacciné contre le tétanos. En fonction de l'étendue de la plaie et du sport pratiqué, différents moyens de fermeture peuvent être utilisés parmi lesquels le Steristrip, la colle, les agrafes ou les sutures.



Soins réalisés pendant l'épreuve

Par exemple, dans le cas du judo, la suture est souvent privilégiée au détriment de l'agrafe, notamment si le judoka doit encore disputer d'autres combats. Toutefois, il est possible d'associer plusieurs méthodes de fermetures combinées, en suturant une partie de la plaie et en agrafant l'autre partie.

VI. Hyperthermie

L'hyperthermie est liée soit à une défaillance des mécanismes de régulation avec une absence d'évacuation de la chaleur produite par l'organisme, soit à un coup de chaleur, qui correspond à une hyperthermie extrême avec des troubles neurologiques et des organes cibles. Au-delà de quarante-deux degrés Celsius, de graves lésions tissulaires peuvent apparaître, d'où la nécessité d'agir très rapidement. Le coup de chaleur se caractérise, lui, par des troubles neurologiques brutaux, tels que les hallucinations pouvant conduire jusqu'au coma, une température centrale supérieure à quarante-et-un degrés Celsius, une déshydratation importante, des troubles circulatoires tels que la tachycardie. Concernant le traitement, le médecin doit soustraire le sportif de l'atmosphère chaude et le réhydrater, en essayant de le refroidir de 0,2 degré Celsius par minute. Il convient ensuite de rechercher les éventuelles pathologies infectieuses susceptibles d'avoir entraîné cette hyperthermie.

VII. Traumatologie

La question qui se présente le plus souvent est celle sur la réduction d'une luxation sur place au niveau du nez, surtout dans le cas d'une déformation importante. Les luxations les plus fréquentes concernant les épaules et les coudes, il semble légitime pour un médecin de vouloir intervenir sur le terrain afin de réduire immédiatement ces luxations.



Le sportif est immédiatement pris en charge

Dans la première minute qui suit la luxation, le sujet n'a pas encore eu le temps de déclencher ses mécanismes de défense. Sur le terrain, cela peut très vite être remis en place si le médecin intervient tout de suite. Dans tous les cas, le médecin qui tente de réduire une luxation doit être formé à cette technique. En cas de doute, il ne faut surtout pas s'acharner et il est alors préférable d'attendre le bilan radiologique.

Question-réponse avec l'amphithéâtre

Docteur Jean-Pierre CERVETTI

Autrefois, on préconisait de ne pas tenter de réduire les luxations, car elles pouvaient cacher une fracture engrenée sans signe neurologique ou vasculaire extérieur. Il vaut mieux ne pas prendre de risques.

Docteur Alain FREY

Je suis entièrement d'accord avec cette idée. Toutefois, les sujets jeunes sont plus souvent victimes de luxations que de fractures engrenées. Cette incertitude existe effectivement.