

Dialyse

ACCUEIL DE LA PERSONNE ÂGÉE EN RÉANIMATION MÉDICALE ET TOXICOLOGIQUE

Mme E. MARECHAUX, *Cadre infirmier*

avec la participation de Mme le Pr Ch. BISMUTH, *consultante*,

et du Dr J. MUSZYNSKI, *réanimateur informaticien du service*

Service du Pr F. Baud, Réanimation médicale et toxicologique, hôpital F. Widal et Lariboisière

INTRODUCTION

- Généralités sur les intoxications polymédicamenteuses :

La réanimation médicale et toxicologique à Paris 10^e est un service qui accueille surtout des adultes, mais aussi des mineurs.

L'intoxication médicamenteuse est le 3^e mode de suicide après la pendaison et l'arme à feu, et juste avant la noyade ; la lutte contre le suicide est l'un des objectifs prioritaires de Santé publique.

Première cause d'admission des sujets âgés de moins de 30 ans.

150 000 intoxications médicamenteuses/an en France.

- Profil-type du patient de réanimation :
 - Femme jeune (de 25 à 49 ans) ;
 - Intoxication volontaire (90 % des cas) ;
 - Intoxication polymédicamenteuse ;
 - Récidive.
- Le plus souvent, les patients arrivent :
 - par le SAMU ou les Pompiers de Paris,
 - en provenance de leur domicile,
 - l'après-midi ou la nuit,
 - pendant les fêtes, les vacances, les soirs de pleine lune et aux changements de saison.
- La durée moyenne de séjour (DMS) est de 3 jours.
- La mortalité est de 3 % ; elle a baissé de 30 % ces 50 dernières années, grâce à la VA (Ventilation Assistée).

1. Présentation du service : types de pathologies rencontrées

Le service de réanimation de l'hôpital Fernand Widal se compose de 11 lits d'hos-

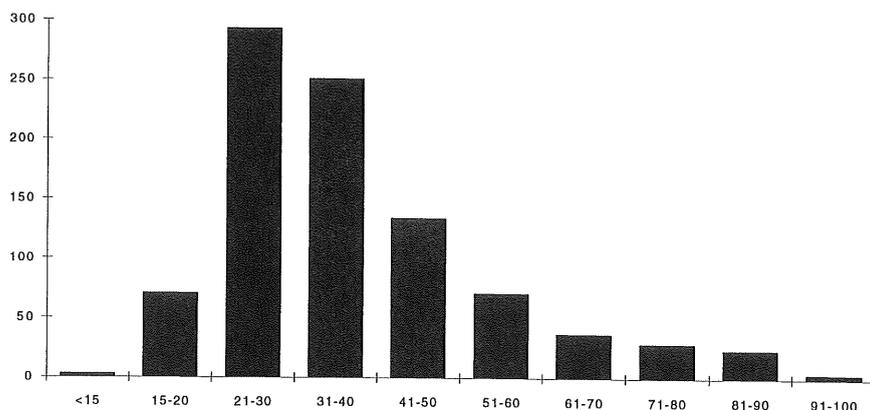
pitalisation lors de la présentation des chiffres, et bientôt 18 lits de la restructuration du service à l'hôpital Lariboisière.

Le plus souvent, les patients que nous recevons arrivent par les SAMU ou les pompiers de Paris, depuis leur domicile, la voie publique, ou d'un service d'urgence.

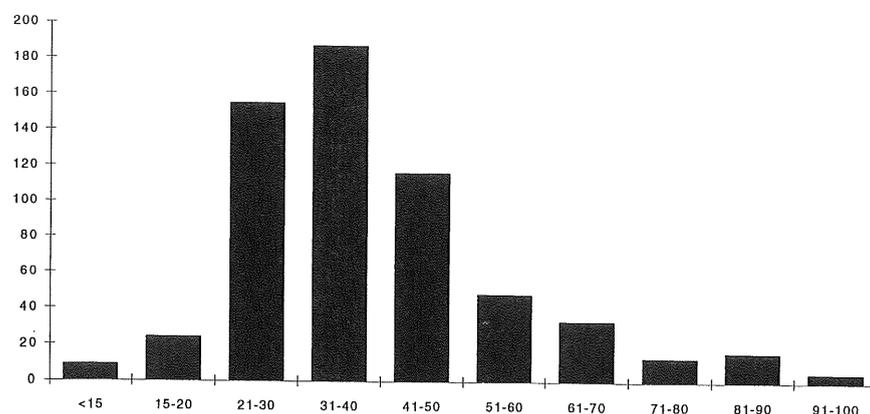
On rencontre des intoxiqués, trouvés parfois tardivement, avec des complications telles que :

- rhabdomyolyse (lyse du muscle par mauvaise posture) et hyperkaliémie évoluant vers une Insuffisance Rénale Aiguë ;
- surinfection pulmonaire par inhalation des vomissements ;
- maladie thrombo-embolique ;

Groupe d'âge en 1990



Groupe d'âge en 1995



Dialyse

– association de différentes complications liées aux : opiacés + médicaments et V.I.H. en phase terminale.

• **Dans 90 % des cas, il s'agit d'intoxications médicamenteuses volontaires** (quelquefois avec association d'alcool). Les médicaments en cause sont :

- les Benzodiazépines,
- les Carbamates,
- les Tricycliques,
- le Paracétamol,
- la Digoxine,
- l'Aspirine,
- la Colchicine,
- la Nivaquine,
- le Lithium.

• **Dans 10 % des cas, il s'agit d'intoxications par absorption de produits agricoles :**

- Paraquat (désherbant) (selon la quantité, le patient est conscient et meurt au bout de quelques heures par fibrose pulmonaire) ;
- Organophosphoré et chlorophosphoré (insecticides) ;
- Raticides.

• **Nous accueillons également des intoxications accidentelles :**

- surdosage médicamenteux (personnes âgées) : bêtabloquant, antidouleur (Moscontin) ;
- inhalation de produits toxiques (d'origine professionnelle) ;
- intoxication par fumée d'incendie : oxyde de carbone et cyanure (dégagé par les papiers peints) ;
- intoxication alimentaire (champignons) ;
- morsures de serpents et animaux venimeux (animaux domestiqués en appartements et rejetés dans les égouts : gardien de musée, promenade en forêt...)

– intoxication par overdose aux opiacés (héroïne et produits de substitution, cocaïne).

Les 3 paramètres qui posent le diagnostic d'intoxication aux opiacés sont : le myosis, la bradypnée, le coma ;

– les bodypackers (conscients, ou intubés en vue d'une chirurgie).

Sur 600 patients/année, 25 à 30 patients sont des toxicomanes.

Nous possédons les antidotes pour les différents produits énumérés, mais le coma nécessite la pose d'une sonde d'intubation afin de pratiquer la ventilation artificielle et quelquefois la pose d'un cathéter Swan Ganz pour la surveillance de l'hémodynamique du patient et une meilleure surveillance clinique.

2. Description des comas et complications

2.1. Description

L'état comateux justifie une consultation d'urgence et touche plus de 50 % des intoxications observées. En effet, c'est le premier signe des intoxications par psychotropes qui représentent environ 70 % des tentatives de suicide par molécules chimiques.

L'analyse des comas toxiques ne nous paraît pas prise en charge par le score de Glasgow. Nous proposons plutôt :

– **Coma stade I :**

Pour le sujet capable de répondre aux ordres simples (tirer la langue, serrer la main, ouvrir les yeux). Un lavage gastrique est réalisable à ce stade, mais le malade n'est pas intubable et le risque est l'enfoncement dans les minutes ou les heures qui suivent.

– **Coma stade II :**

Pas de réponse aux ordres verbaux, réponses adaptées à la douleur. Le risque est alors la perte du réflexe de toux avec possibilité de fausse route lors d'un vomissement. Précisons que jamais le ré-

flexe cornéen ne doit être testé, source de conjonctivite et même de perforation cornéenne chez le malade peu conscient.

– **Coma stade III :**

Réponses désadaptées à la douleur (par exemple bras en extension lors du frottement de la région sternale). Souvent le malade est alors également en bradypnée (fréquence respiratoire inférieure à 14/min), est encombré avec, en particulier, déglutition de sa salive.

– **Coma stade IV :**

Aucune réponse aux stimulations nociceptives.

– **Coma stade V :**

Disparition de la régulation neurovégétative avec hypothermie, tendance au collapsus et disparition de la ventilation spontanée. Cet état, laissé à lui-même, est évidemment rapidement irréversible.

2.2 Complications

La spécificité des gestes infirmiers de la réanimation toxicologique tient avant tout aux complications des comas toxiques et enfin au % important d'intoxications médicamenteuses.

• La pneumopathie d'inhalation : est fréquente (à cause de l'ingestion de comprimés qui font vomir, souvent associée à la prise d'alcool), et entraîne :

- certains examens de laboratoire : Prélèvement Distal Protégé (PDP) ; Prélèvement Trachéal Distal (PTD) ; Fibroscopie ; Examen Cyto-Bactériologique des Crachats (ECBC) ;
- la participation de soins complémentaires, dispensés par les kinésithérapeutes, pour les changements de postures en alternance : Décubitus Latéral Gauche (DLG) ; Décubitus Latéral Droit (DLD) ; Décubitus Dorsal (DD).

• La rhabdomyolyse : est la destruction musculaire provoquée par une élévation du taux de Créatines Phosphokinases (CPK) dans le sérum : la normale est de 224 UI/l.

Dialyse

La myolyse de posture dans les états comateux, est généralement localisée aux points de pression lors des intoxications vues tard (après 6 heures). Le pronostic vital est rarement en cause (collapsus, hyperkaliémie). Par contre, l'avenir fonctionnel impose une recherche de signes déficitaires neurologiques et d'interruption vasculaire dont la constatation nécessite une intervention de libération du nerf et du vaisseau inclus dans le myoœdème, par une aponévrotomie de décharge.

D'autre part, on surveille :

- la couleur de la peau : parfois, elle devient rouge, avec apparition de phlyctènes,
- la chaleur, l'œdème,
- les pouls,
- les CPK.

• L'hypothermie : le corps se refroidit relativement vite chez une personne dans le coma. On ne fait pas de réchauffement trop brutal (de degré en degré, avec une couverture chauffante ou une couverture de survie).

Attention : lorsqu'il existe une pneumopathie d'inhalation, il y a risque d'hyperthermie quelques heures après l'admission.

3. Traitements élémentaires d'un intoxiqué aigu

3.1. Traitements symptomatiques

- Prise en charge d'une détresse respiratoire :

L'indication d'une ventilation assistée est facile lorsque le malade est comateux (à partir du stade II). Elle est plus difficile à décider et pourtant peut être salvatrice dans d'autres états toxiques.

- Prise en charge d'un collapsus :

Apports hydroélectrolytiques, nursing, kinésithérapie et antibiothérapie chez l'intoxiqué aigu ayant une défaillance vitale,

ne sont en rien différents de ceux proposés au malade non intoxiqué dans le même état, c'est-à-dire, admis en réanimation médicale.

3.2 Traitements évacuateurs

- Évacuation gastrique (lavage) : le lavage gastrique est pratiqué chez tout patient comateux intubé/ventilé, ayant absorbé des médicaments en plus ou moins grande quantité, et de façon précoce. La quantité d'eau salée administrée par la sonde gastrique (5 g/litre) peut être comprise entre 9 et 33 litres, jusqu'à ce que le liquide gastrique devienne clair.

Nous avons vu le lavage gastrique chez un patient intubé/ventilé ; le geste est identique chez une personne consciente, mais il paraît plus angoissant pour le soignant, sans doute compte tenu des effets secondaires et des risques qui sont loin d'être anodins.

Il convient de l'expliquer en des termes adaptés au patient, afin d'obtenir sa coopération (prévoir une bassine et des attaches). Après le geste, le patient non intubé sera installé en PLS, et on surveillera l'évolution de son état de conscience.

- **Absorption des toxiques par l'administration de charbon activé per os** : À la dose de 50 g chez l'adulte et de 1 g/kg de poids chez l'enfant, le charbon activé représente un complément au lavage gastrique, à la fin de celui-ci. Il peut représenter une alternative notamment lorsque le lavage gastrique est refusé par le patient. A doses répétées, il rompt le cycle entéro-hépatique de certains toxiques et réaliserait une « dialysance gastro-intestinale ». Le fait qu'il diminue, au dire de nombreuses publications, la demi-vie du toxique dans l'organisme n'a cependant pas permis de faire la preuve qu'il modifie l'évolution d'une intoxication aiguë.

3.2.1 Réduction de l'absorption cutanée des toxiques : La plupart des toxiques cutanés et des toxiques pulvérulents ont

une résorption cutanée. Exemple : pommade, salicylées, alcool, camphre, organophosphorés, solvants, organochlorés, nitriles, etc.

Ces intoxications doivent bénéficier d'un lavage cutané à l'eau savonneuse. Le besoin de protection du personnel hospitalier pratiquant ce geste a tendance à être surestimé.

3.2.2 Prévenir l'absorption pulmonaire (fumée d'incendie, oxyde de carbone et cyanure) : Couper la source d'un gaz toxique, ouvrir les fenêtres, sortir le malade de cet atmosphère sont des gestes de bon sens, le gaz le plus fréquemment en cause étant l'oxyde de carbone. Au cours de telles intoxications, il faut s'assurer que l'appareil défectueux est identifié et neutralisé et que sa réparation sera effectuée.

3.3 Épuration des toxiques

3.3.1 Méthodes non invasives

- Diurèse osmotique alcaline : elle est indiquée dans les intoxications par acide faible : barbituriques lents et intermédiaires, et salicylés. Cette mesure permet de quadrupler la clearance rénale du phénobarbital par exemple. Elle se pratique en alternant 500 ml de glucosé à 10 %, 500 ml de bicarbonate de sodium isotonique et 500 ml de mannitol à 10 %, à raison de 6 l chez la femme et de 8 l chez l'homme/24 heures et addition de 1,50 g de KCl/500 ml. L'élimination réalisée reste inférieure à celle obtenue par furosémide ou par soluté plus hypertonique (comme le lactate et l'urée) mais elle est beaucoup plus physiologique et la surveillance qu'elle réclame est minimale.

- Diurèse saline.

- Élimination pulmonaire (oxyde de carbone).

3.3.3 Épurations extra-rénales : en présence d'anomalies électrolytiques, acidobasiques ou hydriques menaçantes, souvent dans un contexte d'insuffisance rénale, la prescription d'une hémodialyse

Dialyse

et d'une dialyse péritonéale ne se discute pas. Par contre, les indications toxicologiques proprement dites n'ont pas fait leurs preuves.

Dans les intoxications dites fonctionnelles, sans lésion viscérale, comme celles par hypnotiques, les traitements symptomatiques contrôlent la situation de façon plus économique pour l'organisme.

En cas d'intoxication lésionnelle (paraquat, paracétamol, glycol, éthanol) l'épuration extra-rénale a un intérêt si elle s'applique à un toxique au volume de distribution réduit (inférieur à 1 l/kg), vu tôt, au moment du taux plasmatique maximal et à élimination rénale prépondérante et s'il n'existe pas de traitement antidotique médicamenteux efficace à moindre frais. Très peu de toxiques répondent à ce préalable. Donnons l'exemple de la théophylline qui est parfaitement éliminée par hémoperfusion, mais dont les signes hypercatécholaminergiques s'amendent correctement sous perfusion de bêtabloquants.

3.3.3 Traitements spécifiques (antidotes) et coûts

A F. Widal, nous avons le CAP (Centre Anti-Poisons).

La réanimation possède pratiquement tous les antidotes.

Définition de l'antidote

Définition des antidotes par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) :
« Les antidotes sont des substances capables de contrecarrer l'effet des substances toxiques. »

Définition des antidotes par le Professeur Baud :

« L'antidote est un médicament dont l'action spécifique a pu être établie chez l'animal et chez l'homme, capable de modifier la cinétique du toxique, soit d'en diminuer les effets au niveau de récepteurs ou de cibles spécifiques et dont l'utilisation améliore le pronostic vital ou fonctionnel de l'intoxication. »

Dans le réfrigérateur :

Antidote	Spécificité de l'antidote
Atropine	Contre l'effet vagal des digitaliques Contre l'effet des organo-phosphorés
Digidot	Antidote des digitaliques
Glucagon	Antidote des bêtabloquants
Hydroxocobalamine (5 %)	Forme de Vit. B12 contre le cyanure
4 Méthylène Pyrazole	Antidote – Ethylène glycol. – Méthanol. alcools.
Thrombase locale	Antidote des anticoagulants (anti-vitamine K)
Vitamine K1 (injectable)	Antidote des anticoagulants

Dans l'armoire blanche à pharmacie :

Antidote	Spécificité de l'antidote
Anexate (I.V. 1 mg)	Benzodiazépines
B.A.L.	Antidote de l'arsenic et des métaux : plomb, fer et mercure
Contrathion (200 mg injectable)	Dérivés organo-phosphorés (insecticide)
Cyanokit	Antidote des cyanures
Dantrium (Dantrolène 20 mg)	Correction des hyperthermies malignes
E.D.T.A. calcique : (Calcitracémate disodique)	Intoxication au plomb, métaux lourds, corps radioactifs
E.D.T.A. dicobaltique : (Kéto cyanor)	Antidotes des cyanures
Fluimucil (N.A.C.)	Paracétamol
Hyposulfite de Na	Neutralise le permanganate de K
Narcan I.V.	Antidote de l'héroïne et opiacés
Terre à Foulon (ingestion orale)	Antidote herbicide (Paraquat)
Oxygène	Mise au rang des antidotes pour deux intoxications : – oxycarbonée, – cyanhydrique
Diazépam	Anti-convulsivant et avec les benzodiazépines est capable de prévenir les perturbations cardio-vasculaires au cours des intoxications à la Chloroquine
Lavage gastrique ou	Vomissements provoqués par sirop (d'Ipeca) ou l'administration orale de Carbomix (charbon activé)

Dialyse

SERVICE PHARMACIE
HÔPITAL FERNAND WIDAL
200, Rue du Fg St-Denis
75475 PARIS CEDEX 10
Tél. 01 40 05 41 41 / 41 42

Le 15 Octobre 1998

V - LISTE DES ANTIDOTES

DCI	NOM DE SPECIALITE	FORME-DOSAGE	Prix Unitaires
AC.ASCORBIQUE(Vit C)	LAROSCORBINE®	Amp inj 500mg	0,864
AC.ASCORBIQUE(Vit C)		Amp inj 1000mg	0,918
AC.DIMERCAPTOSUCCINIQUE	DMSA®	Gél 200mg	39,146
AC.TRANEXAMIQUE	EXACYL®	Amp Buv	3,025
ACIDE EDETIQUE (Sel de Cobalt) (EDTA Dicobaltique)	KELOCYANOR®	Amp inj 300mg/20ml	19,397
ADRENALINE	ADRENALINE®	Amp inj IM IV 0,1% 5mg/5ml	3,058
		Amp inj IM IV SC 0,025% 0,25mg	0,423
		Amp inj IV 0,01% 1mg/10ml	28,647
		Amp inj IV 0,1% 1mg/1ml	0,497
		Amp inj IV 0,5% 10mg/2ml	4,909
ALCOOL GLUCOSE à 25°	CURETHYL®	Amp inj IV / 25 ml	2,895
ANTICORPS ANTI-DIGITALIQUES	DIGIDOT®	Amp inj 80mg	5640,108 x
APOMORPHINE	APOKINON®	Amp 10mg/ml	4,806
ARGININE GLUCOSE	ARGININE VEYRON®	Perf / 400 ml	47,451
ATROPINE SULFATE		Amp inj 0,25mg/ml	0,27
ATROPINE SULFATE		Amp inj 0,5mg/ml	0,287
ATROPINE SULFATE		Amp inj 1mg/ml	0,324
BLEU DE METHYLENE		Amp inj 1% 1ml	3,461
BLEU DE PRUSSE = Ferricyanure ferrique = fer III hexacyanoferrate		Pdre 250 g	36,92
CALCIUM CHLORURE		Amp inj 10% 10ml	0,595
CALCIUM EDETATE de SODIUM (EDTA Calcicodisodique)	CALCITETRACEMATE®	Amp inj 500mg/10ml	7,929
CALCIUM GLUCONATE		Amp inj 10% 10ml	0,497
CHARBON ACTIF	CARBOMIX®	Gra 61 g	49,603 x
D.PENICILLAMINE	TROLOVOL®	Cp 300mg	0,803
DANTROLENE	DANTRIUM®	Fl inj 20mg	233,327
DEFEROXAMINE	DEFERAL®	Fl inj 500mg	27,005
DIAZEPAM	VALIUM®	Amp inj 10mg/2ml	1,242
DIMERCAPROL	B.A.L®	Amp inj 200mg/2ml	19,505
DOBUTAMINE	DOBUTREX®	Fl 250mg / 20 ml	81,761
FLUMAZENIL	ANEXATE®	Amp inj 0,5mg / 5 ml	87,779
FLUMAZENIL		Amp inj 1mg / 10 ml	150,777 x
FOLINATE DE CALCIUM	OSFOLATE / LEDERFOLINE®	Amp inj 5mg/2ml	2,369
		Amp inj 50mg/5ml	13,119
		Cp 5mg	0,972
		Cp 25mg	3,674
GLUCAGON	GLUCAGON NOVO®	Fl inj 1mg	15,123
GLUCOSE		Amp inj 30% 10ml	0,397
HYDROXOCOBALAMINE (Ne se fait plus) Remplacé par →	CYANOKIT®	2,5g / 250 ml	648,131
	Trousse Anticyanure®	4g	1781,831 x
	HYDROXO 5000®	Amp inj IM IV 5000µg/2ml	4,507
	HYDROXOCOBALAMINE®	Fl inj 5g/100ml	389,778
IPECA SIROP		20g/15ml	3,121
ISOPRENALINE	ISUPREL®	Amp inj 0,2mg/ml	2,43
		Amp inj 1mg/1ml	2,095
MAGNESIUM SULFATE		Pdre Sc 8 g	0,407
4-METHYLPYRAZOLE		Fl inj ou per os 100mg/20ml	173,618 x
N.ACETYL CYSTEINE	FLUMICIL®	Fl inj 5g/25ml	64,274 x
	MUCOMYST®	Sach 200mg	0,001
NALOXONE	NARCAN®	Amp inj 0,4mg/ml	16,095
PRALIDOXIME	CONTRATHION®	Fl inj 200mg	13,535
PROPRANOLOL	AVLOCARDYL®	Amp inj 5mg/5ml	0,001
PROTAMINE SULFATE		Amp inj 100mg/10ml (10 000 UAF)	7,669
PYRIDOXINE CHLOR.	VITAMINE B6®	Amp inj 250mg/5ml	0,434
SODIUM BICARBONATE		Amp inj 1,4% 10ml	0,455
		Amp inj 8,4% 10ml	0,455
		Fl inj 1,4 % 250 ml	3,089
		Fl inj 4,2 % 250 ml	3,608
		Fl inj 8,4 % 250 ml	8,697
SODIUM THIOSULFATE	HYPOSULFENE®	Amp 20% 10ml	2,041
VITAMINE K1 MICELLES	VITAMINE K1®	Amp inj 10mg/ml	1,988

4. Aspect technique de la réanimation et prise en charge infirmière

Il existe des gestes techniques en réanimation, relatifs à la prise en charge des patients souffrant d'une intoxication polymédicamenteuse, nécessitant des gestes systématiques.

Aucune personne ne peut être admise en réanimation sans l'accord préalable du réanimateur de garde, temps qui nous est nécessaire pour préparer la chambre (scope, respirateur, système d'aspiration et matériel infirmier).

• A l'arrivée dans le service :

- Accueil et installation du patient ;
- Admission, vestiaire, dépôt ;
- Vérification des voies d'abord ;
- Suivi des prescriptions médicales ;
- Accueil des familles et recueil des données.

• Au fil des jours :

- Bilan d'entrées/sorties ;
- Bilan sanguin et urinaire ;
- Surveillance des constantes ;
- Aspirations trachéales, nasales et buccales ;
- Staff et remise à jour des prescriptions médicales ;
- Transmissions orales et écrites (dossier de soins) ;
- Accueil téléphonique et soutien des familles ;
- Toilette/pesée ;
- Prévention d'escarres.

• Installation du patient :

- Apprécier l'état de conscience du patient : éveil, agitation, endormissement, coma... afin d'évaluer les risques potentiels (excitation, chutes, débranchement des perfusions, du scope, agression, violence, risques d'inhalation, d'intubation...).
- Apprécier l'état cutané du patient : phlébotomies, plaies (vaccination antitétanique), points de compression.

• Recueil de données :

Il s'effectue auprès du patient conscient, ou auprès des familles ou de l'entourage : la dose supposée ingérée ; l'heure de la prise ; le contexte familial et social ; les antécédents.

• Aspirations trachéales :

La quantité et l'aspect des aspirations trachéales, nasales et buccales, orientent le réanimateur sur une éventuelle pneumopathie d'inhalation.

5. Aspect relationnel de la réanimation

Le côté technique (les machines, les bruits, les alarmes) prend énormément de place en réanimation.

Il n'en reste pas moins vrai que la parole, l'écoute et le toucher doivent trouver une place tout aussi importante dans ce service tant vis-à-vis des patients que de leur famille.

5.1 Par rapport au patient

Il existe différents cas de figure : en effet, le patient peut être conscient, intubé ou encore juste extubé.

• Le patient conscient :

- Expliquer les perturbations liées à la réanimation (le bruit, les lumières, les entrants à n'importe quelle heure).
- Être à l'écoute de ses besoins et de ses angoisses.

• Le patient intubé :

- Expliquer les soins, les gestes que l'on prodigue, même si la personne semble être très loin de pouvoir comprendre (personne ne peut affirmer ou infirmer que le comateux n'intègre pas ce qui lui est dit à un moment précis).
- Motiver la famille et l'entourage.

• Le patient juste extubé :

- Calme, prostré, agité, angoissé, amnésique... il peut parler de son

geste (assez rare), analyser le langage non verbal, il peut aussi nous en vouloir de l'avoir sauvé.

- Son attitude peut s'inverser après l'entretien avec le psychiatre et la décision prise.

5.2 Par rapport à la famille

Une note à l'attention des familles est remise lors de la 1^{re} visite au patient.

Les visites se font à raison d'une personne à la fois et pas plus de trois personnes par tranches horaires.

Les personnes hospitalisées dans le service n'ont pas toute la chance d'être entourées de leur famille, et ce sont alors les amis qui prennent le relais.

Afin de faciliter le passage des informations, il est demandé qu'une seule personne se porte référente. Cette personne pourra ainsi obtenir un rendez-vous avec le médecin qui suit son proche, et obtenir une plus grande cohésion dans les nouvelles divulguées.

Lors de la 1^{re} visite, l'infirmier doit se présenter à la famille et expliquer en termes adaptés l'environnement technique qui entoure la personne qu'elle aime, et qu'elle n'a absolument pas l'habitude de voir ainsi. Cette première approche permet d'établir un climat de confiance entre le soignant et le tiers, et d'effectuer un recueil de données pour mieux connaître le malade.

Il existe un sentiment de culpabilité de la part des familles : « si j'avais été là, si elle m'en avait parlé avant, je n'aurais pas dû la laisser seule... ».

Dans les moments difficiles : savoir être à l'écoute, rester en silence... Offrir une tasse de thé, de café... les fameux petits gestes !!!

Dialyse

5.3 Par rapport aux différents intervenants

• Les psychiatres

Consultent les patients à la demande du service, et donnent leur aval en vue de l'orientation éventuelle du patient, en accord avec le réanimateur (dans le cadre d'une tentative de suicide). Le transfert du patient peut être de 2 types :

- prise en charge en service médicalisé (service de médecine, moyen ou long séjour, rééducation ou réadaptation fonctionnelles),
- prise en charge institutionnalisée, en milieu psychiatrique.

• L'assistante sociale

Elle est une aide précieuse pour préparer le retour à domicile du patient, ou pour envisager une hospitalisation en centre de long séjour (cas exceptionnel, envisagé si aucune autre solution), avec l'accord du corps médical et celui de la famille.

• Les kinésithérapeutes.

• La diététicienne.

6. Prise en charge de personnes âgées

Il n'existe pas de prise en charge spécifique pour les personnes âgées. La prise en charge technique et psychologique est la même que pour les autres patients accueillis en réanimation.

Le recrutement pré-hospitalier est de même provenance.

Plus de femmes que d'hommes, le pourcentage d'admission sur 7 ans est stable (voir tableau en annexe).

La plupart sont dans un coma réactif (I et II).

La moitié a bénéficié d'une ventilation artificielle.

La durée de séjour en réanimation est de 3 jours.

La mortalité est de 14,9 % par rapport à une population qui est de 3 % de jeunes.

Le devenir : la plupart (90 %) sont orientés dans une autre structure hospitalière après le séjour en réanimation.

CONCLUSION

Service très intéressant tant sur le plan technique que sur le plan humain.

Parfois difficile à gérer, il faut connaître ses propres limites et savoir rester humble et passer la main quand cela devient trop lourd.

Ambiance plutôt soudée et sympathique.

Les élèves gardent un bon souvenir de leur passage puisqu'ils reviennent nous voir.

Possibilité de venir visiter le service, après accord des cadres infirmiers, à l'hôpital Lariboisière.

Fernand Widal. Hospitalisations en réanimation
Épidémiologie concerne : Âge > 70 en 1990-96

Hospitalisations 270						
Sexe	Mlle	Mme				Total obs.
	0 0,0	182 67,4		F 182 67,4	M 88 32,6	270 100 %
Groupe d'âge	< 18	18-30	30-50	50-65	> 65	270 100 %
	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	270 100,0	
Heures d'entrée	0-8	8-14	14-20	20-24		245 100 %
	35 14,3	73 29,8	91 37,1	46 18,8		
Coma	0	I	II	III	IV	243 100 %
	51 21,0	84 34,6	67 27,6	35 14,4	6 2,5	
Ventilation	oui					243
	136 56,0					
Durée VA	< 24	24-48	48-72	> 72		133 99,2481203007518 %
	38 28,6	33 24,8	16 12,0	45 33,8		
Sortie	Domicile	CAM	DCD	Lecorché	Autres	242 100 %
	24 9,9	0 0,0	36 14,9	60 24,8	122 50,4	
Provenance	Pompiers	SAMU 75	SAMU 93	FW	Autres	243 100 %
	61 25,1	64 26,3	18 7,4	36 14,8	64 26,3	

Dialyse

Âge > 70 en 1990-96

Année	Admissions	Âge > 70	%
1990	938	57	6,1
1991	868	52	6,0
1992	611	33	5,4
1993	655	36	5,5
1994	606	28	4,6
1995	606	34	5,6
1996	559	30	5,4
Tot	4 843	270	5,6

Épidémiologie de « > 70 1990-96 »

Hospitalisés	270	%	
Non toxique	32	11,9	*
Digitaliques	35	13,0	dont 10 surdosages
CO, fumées	32	11,9	dont 26 fumées
Phénobarbital	25	9,3	
Carbamates	20	7,4	
Antidépresseurs	15	5,6	
Antiarythmiques	8	3,0	
Anti HTA	7	2,6	
Lithium	5	1,9	dont 3 surdosages
Moscontin	3	1,1	
Salicylés	4	1,5	
Paracétamol	3	1,1	
BZD +++++	5	1,9	

* Choc sept., pneumopathie, OAP, neurologie, EP, IR, ACR

Prise en charge des personnes âgées en réanimation : quelques cas cliniques

Âge	Antécédents	Nature de l'intoxication	Clinique initiale inhalation	Évolution	Sortie
82 ans	1994 – Pneumopathie infectieuse Adénome de la prostate Cataracte bilatérale	Fumée d'incendie en 1992	Confusion – Agitation TA : 154/100 CO = 0,64 P/O,49 S Lactates à l'arrivée	Traitement par hydroxocobalamine Guérison sans séquelles	Transféré vers le service de médecine
91 ans	Insuffisance cardiaque Pathologies multiples et antécédents lourds nécessitant un traitement au Moscontin	Intoxication par surdosage de Moscontin	État de coma I TA : 109/95 T : 35°5 Ventilation assistée Pas d'inhalation Présence de morphine à l'analyse toxicologique	Marquée par des complications liées à des poly-insuffisances	Transférée vers le service de médecine
93 ans	Dépression	Intoxication par raticide (Chloralose)	Coma II Ventilation assistée TA : 160/90 Lavage gastrique Pas d'inhalation	Guérison sans séquelle	Transférée vers son hôpital d'origine après avis psychiatrique
93 ans	H.T.A. et angor	Intoxication par Nivaquine, Natirose Lysanxia, Adalate	Coma I Ventilation assistée TA : 80/40 Lavage gastrique	Guérison sans séquelle	Transférée vers le service de médecine, après avis psychiatrique
97 ans	H.T.A. cardiopathie	Intoxication par surdosage de Digoxine	Coma I TA = 99/36 T° : 34°5 Traitement par antidote : Digidot 1 flacon	Des complications liées aux pathologies sous-jacentes	Sortie vers son domicile, après avis psychiatrique
81 ans	Dépression – H.T.A.	Intoxication par Gramoxone (Paraquat + Diquat)	Coma 0 calme TA : 180/30 pouls 88 Ventilation spontanée Pas d'inhalation Évacuation digestive par lavage gastrique	Complications Insuffisance rénale organique à diurèse conservée Pas d'atteinte pulmonaire Eso-gastrite stade 2	Sortie après avis psychiatrique vers son hôpital régional
79 ans	H.T.A.	Intoxication par Stilnox – Adalate Catapressan	Coma II TA 180/60 pouls 58 T° : 33,6 Lavage gastrique Pas d'inhalation	Guérison sans séquelle	Transfert vers le service de médecine, après avis psychiatrique