

#001

Objectifs du carnet

Coma Non Traumatique en Réanimation

Carte de révision anesthésie-réanimation

- 1 Reconnaître coma non traumatique en réanimation : altération profonde de conscience sans trauma évident.
- 2 Causes ou contextes prioritaires : métabolique, toxique, infectieux, neurologique, respiratoire ou circulatoire.
- 3 La première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- 4 Les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant coma non traumatique en réanimation en contexte EDN et en garde.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et prioriser



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Reconnaître coma non traumatique en réanimation : altération profonde de conscience sans trauma évident.
- Causes ou contextes prioritaires : métabolique, toxique, infectieux, neurologique, respiratoire ou circulatoire.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, la première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

#003

Traiter, surveiller, réévaluer

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012

R. Phillip Dellinger, MD¹; Mitchell M. Levy, MD²; Andrew Rhodes, MB BS³; Dillali Annane, MD⁴; Horng-Giueh, MD, PhD⁵; Steven M. Opal, MD⁶; Jonathan E. Sevransky, MD⁷; Charles L. Sprung, MD⁸; Peter S. Douglas, MD⁹; Roman Jaeschke, MD¹⁰; Tiffany M. Osborn, MD, MPH¹¹; Mark E. Nunnally, MD¹²; Sean R. Townsend, MD¹³; Konrad Reinhart, MD¹⁴; Ruth M. Kleinpell, PhD, RN-CS¹⁵; Derek C. Angus, MD, MPH¹⁶; Clifford S. Deutschman, MD, MS¹⁷; Flavio R. Machado, MD, PhD¹⁸; Gordon I. Rubenfeld, MD¹⁹; Steven A. Webb, MB BS, PhD²⁰; Richard I. Neale, MB BS²¹; Jean-Louis Vincent, MD, PhD²²; Rui Moreno, MD, PhD²³; and the Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup²⁴

February 2013 • Volume 41 • Number 2

H. Vasopressors

1. We recommend that vasopressor therapy initially target a MAP of 65 mm Hg (grade 1C).

Rationale. Vasopressor therapy is required to sustain life and maintain perfusion in the face of life-threatening hypotension, even when hypovolemia has not yet been resolved. Below a threshold MAP, autoregulation in critical vascular beds can be lost, and perfusion can become linearly dependent on pressure. Thus, some patients may require vasopressors to achieve a minimal perfusion pressure and maintain tissue perfusion (134). The titration of norepinephrine to achieve a MAP of 65 mm Hg has been shown to preserve tissue perfusion in patients with sepsis (135). The consensus definition of sepsis (136) and the diagnosis of severe sepsis (137) are based on a MAP of 70 mm Hg from the evidence-based literature. In any case, individualized as it may be, higher MAPs may be required in patients with and/or previous hypertension than in young patients without cardiovascular comorbidity. For example, a MAP of 65 mm Hg might be too low in a patient with severe uncontrolled hypertension; in a young, previously normotensive patient, a lower MAP might be adequate. Supplementing endpoints, such as blood pressure, with assessment of regional and global perfusion, such as blood lactate concentrations, skin perfusion, mental status, and urine output, is important. Adequate fluid resuscitation

is a fundamental aspect of the hemodynamic management of patients with septic shock and should ideally be achieved before vasopressors and inotropes are used; however, using vasopressors early as an emergency measure in patients with severe shock is frequently necessary, as when diastolic blood pressure is too low. When that occurs, great effort should be directed to weaning vasopressors with continuing fluid resuscitation.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Traitement initial : sécuriser voies aériennes, glycémie, naloxone si opioïde, imagerie ou EEG selon contexte.
- Surveillance rapprochée : GCS, pupilles, gaz du sang, température, glycémie, sodium et pression intracrânienne suspectée.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, l'avis spécialisé ou le transfert se décide tôt si aggravation ou ressources limitées.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, le piège est de corriger un chiffre sans traiter la cause ni réévaluer la réponse clinique.

#004

Pièges fréquents

- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, un patient compensé peut se dégrader brutalement: surveiller la tendance plus que le chiffre isolé.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, hypoxie, hypotension, hypoglycémie, hyperkaliémie et sepsis ne doivent pas attendre le bilan complet.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, les traitements invasifs exigent anticipation des complications et traçabilité.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, la réévaluation après chaque geste fait partie du traitement.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, prioriser ABCDE, monitoring, accès vasculaire, traitement causal et appel à l'aide.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, mesurer réponse clinique avec conscience, peau, diurèse, gaz du sang, lactate et hémodynamique.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, adapter niveau de soins, transfert et limitation éventuelle à l'objectif thérapeutique.
- Pour Coma Non Traumatique en Réanimation, documenter décisions, information et critères de surveillance.

Sources: Référentiels et conférences SFAR/SRLF selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/22- Réanimation et SSD1/Alex/23- Anesthésie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte