Pour citer cet article : Flandinette M, et al. Coup de chaleur fatal chez un homme de 38 ans. Anesth Reanim. (2018), http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2017.03.005

Anesth Reanim. 2018; ▯▯: ▯▯▯
en ligne sur / *on line on*
www.em-consulte.com/revue/anrea
www.sciencedirect.com

Cas clinique

Coup de chaleur fatal chez un homme de 38 ans

Marie Flandinette [1], Grégoire Evrard [2], Eric Tellier [2], Cédric Gil-Jardine [2], Michel Galinski [2]

Disponible sur internet le :

1. CHU de Bordeaux, hôpital Pellegrin, service de médecine générale, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France
2. CHU de Bordeaux, hôpital Pellegrin, service des urgences, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France

Correspondance :
Marie Flandinette, CHU de Bordeaux, hôpital Pellegrin, service de médecine générale, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France.
marie.flandinette@chu-bordeaux.fr

Mots clés
Coup de chaleur
Mortalité
Morbidité
Refroidissement
Hémodynamique

Résumé

Le coup de chaleur est une urgence vitale dont le diagnostic est clinique, avec une augmentation de la température corporelle supérieure à 40°C associée à une défaillance neurologique, voire une défaillance multiviscérale. C'est un enjeu de santé publique, entraînant un taux non négligeable de mortalité et de morbidité neurologique évitable. La prise en charge doit être débutée le plus précocement possible avec trois axes de prises en charge : le refroidissement corporel inférieur à 39°C le plus rapidement possible, le maintien de l'hémodynamique et le traitement symptomatique des défaillances organiques. Diverses techniques de refroidissement sont possibles selon les ressources disponibles. Aucune technique n'a fait preuve de sa supériorité par rapport à une autre. Ainsi, le refroidissement peut être effectué par conduction (application de glace sur les axes vasculaires, immersion dans de l'eau glacée, lavage gastrique, dialyse et perfusion de solutés glacés, circulation extracorporelle), par convection et évaporation (climatisation, vaporisation d'eau fraîche, ventilateur). Concernant les substances pharmaceutiques, le dantrolène sodique n'a pas d'indication dans le coup de chaleur, le paracétamol et l'acide acétylsalicylique doivent être évités. Le support de l'hémodynamique est adapté au patient et l'utilisation d'amines vasopressives peut s'avérer nécessaire.

Keywords
Heat stroke
Mortality
Morbidity
Cooling
Haemodynamic

Summary

Deadly heatstroke in a 38-year-old man

Heat stroke is a life threatening condition whose diagnosis is clinical, with an increase in core temperature to more than 40°C associated with neurological or even multivisceral failure. It is a public health issue, leading to a significant non-negligible rate of preventable mortality and neurological morbidity. Management should be started as early as possible with three axes: body cooling below 39°C as quickly as possible, haemodynamic support and symptomatic treatment of organic failures. Various cooling techniques are possible depending on the resources available. No technique has shown its superiority over another. Thus, cooling can be carried out by conduction

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

ARTICLE IN PRESS

Pour citer cet article : Flandinette M, et al. Coup de chaleur fatal chez un homme de 38 ans. Anesth Reanim. (2018), http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2017.03.005

(application of ice on vascular axes, immersion in icy water, stomach irrigation, dialysis and perfusion with glacial solutes, extracorporeal circulation), convection and evaporation (air conditioning, fresh water, ventilation). With regards to pharmaceutical substances, sodium dantrolene has no indication in heat stroke; paracetamol and acetylsalicylic acid should be avoided. Haemodynamic support must be adapted to the patient and the use of vasopressive amines must be considered.

Introduction

La vague de chaleur connue par la France en août 2003 est à l'origine de 14 800 décès, dont 4277 (28,9 %) sont liés à un coup de chaleur, une hyperthermie ou une déshydratation sévère [1,2].

Le coup de chaleur est une urgence médicale, caractérisée par une élévation de la température corporelle au-dessus de 40°C associée à une altération du système nerveux central [3,4].

On distingue le « coup de chaleur classique » (CCC) touchant des individus fragilisés lors de fortes chaleurs et le « coup de chaleur d'exercice » (CCE) touchant des individus en bonne santé lors d'efforts inhabituels sans que la température ambiante ne soit forcément élevée [3].

Observation

Un postier de 38 ans, a été pris en charge en juin 2016 par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) pour un coma brutal sur la voie publique.

Il présentait comme antécédents médicaux une dysthyroïdie équilibrée par 75 µg de lévothyrox et un unique épisode de convulsions généralisées en 2015 dans un contexte de dette de sommeil. Lors de cet épisode, aucune anomalie n'avait été détectée ni sur l'électroencéphalogramme ni sur l'IRM cérébrale.

En début d'après-midi, alors qu'il retournait au bureau de poste après distribution du courrier à vélo, avec un pneu crevé, sous une température ressentie à 37,1°C (hygrométrie de 47 %), il a présenté, d'après témoins, un délire avec des mouvements myocloniques avant de s'asseoir et de perdre connaissance.

À l'arrivée du Smur, le patient était inconscient avec un score de Glasgow à 3. Sa pression artérielle était à 92/49 mmHg, sa fréquence cardiaque régulière à 189 b/min. La respiration spontanée était stertoreuse avec une saturation à 88 % en air ambiant. Il existait une morsure latérale de langue. Les pupilles étaient serrées symétriques et réactives et le patient était pâle en dehors des zones photo-exposées qui étaient érythémateuses. Il n'y avait pas d'impact évocateur d'un traumatisme crânien. La température corporelle, mesurée avec un thermomètre tympanique était de 41,9°C. La glycémie capillaire était à 1,27 g/L.

L'auscultation pulmonaire était normale et symétrique. L'abdomen était souple et il n'y avait ni raideur méningée ni purpura. L'électrocardiogramme initial retrouvait une tachycardie supraventriculaire avec susdécalage du segment ST dans le territoire antérieur étendu (V1 à V6) et inférieur (DII DIII VF).

Le traitement médical initial était un remplissage vasculaire par cristalloïdes et un refroidissement externe par conduction, via cinq poches de glace au niveau des principaux axes vasculaires, et par convection avec une climatisation dans le véhicule du Smur. Devant la défaillance neurologique, respiratoire et hémodynamique, le patient a été intubé après une induction en séquence rapide comprenant 40 mg d'hypnomidate et 100 mg de suxaméthonium avant relais par midazolam et sufentanil.

Durant le transport vers le déchoquage, le patient a présenté des troubles du rythme cardiaque à type de pauses sinusales puis de fibrillation atriale et a reçu une injection de 2 g de ceftriaxone.

Au déchoquage, l'hyperthermie persistait avec une mesure tympanique à 41,5°C. Le bilan biologique initial ne montrait pas de syndrome inflammatoire mais une acidose métabolique lactique avec un pH à 7,04 (norme : 7,38–7,42), des lactates à 10,8 mmol.L^{-1} (norme : 0,50–1,5 mmol.L^{-1}), une rhabdomyolyse à 9000 µg.L^{-1} (norme : 17–106 µg.L^{-1}) une insuffisance rénale aiguë anurique avec une créatininémie à 300 µmol.L^{-1} (norme : 62–106 µmol.L^{-1}), une hyperkaliémie à 6,2 mmol.L^{-1} (norme : 3,5–5 mmol.L^{-1}), une élévation de la troponinémie à 17 ng.mL^{-1} (norme : < 0,10 ng.mL^{-1}), une cytolyse hépatique à 3 fois la normale et une thrombopénie à 58 G.L^{-1} (norme : 140–450 G.L^{-1}). Sur le plan lésionnel, le scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien était normal.

L'hémodynamique restait très instable avec survenue d'un arrêt cardiorespiratoire pour lequel une réanimation cardiopulmonaire a été immédiatement débutée (*no-flow* = 0 minute). Un rythme spontané fut retrouvé après 10 minutes de *lowflow*, 2 chocs électriques externes à 360 joules et 5 mg d'adrénaline au total relayé par de l'adrénaline puis de la noradrénaline en continu et le patient a été transféré en réanimation.

En réanimation, la température tympanique était mesurée à 39,8°C grâce à la perfusion de sérum salé isotonique froid associés aux poches de glaces sur les axes vasculaire. Malgré ce refroidissement partiel, le patient s'est dégradé rapidement avec persistance de troubles du rythme et état de choc persistant malgré la noradrénaline en continu.

La fraction d'éjection ventriculaire mesurée en échographie transthoracique était de 30 % et le patient restait hypoxémique

ARTICLE IN PRESS

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8610370

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8610370

Daneshyari.com