

# FICHE D'ENSEIGNEMENTS SUAP 2021-2 : HYPOTHERMIE

## SITUATION OPÉRATIONNELLE

23/02/2021

Un PS décale pour personne en difficulté, avec notion d'inconscience. Il s'agit d'un homme de 40 ans coincé dans des toilettes publiques. A leur arrivée, l'homme est allongé au sol. Des bouteilles d'alcool sont présentes. Ses vêtements sont mouillés car le nettoyage automatique des WC publics s'est déclenché. **Le PS arrête un VSAV qui rentre de l'hôpital pour prendre le brancard à lamelles.** La victime est conditionnée dans le PS. La cellule est chauffée et la victime est déshabillée.

- L'homme est en hypothermie à **29,8°C**, présente un **Glasgow à 11 (Y4-V2-M5)**, une **FC à 75 puis à 55**, et des **PA irrégulières (88/73, 179/64, 120/77)**. Il présente aussi des rougeurs cutanées.

- Le CA contacte en non-urgent . Il précise à plusieurs reprises à l'OCM que c'est « une ébriété ++ ».
- L'OCM ne demande pas d'avis médical.
- Un transport vers l'hôpital de secteur est décidé.
- Le DGT 7 est retiré avant la transmission à l'IAO.
- La victime fait une **PC avec convulsions et perte d'urine 5 min après la descente du PS. Il est en ACR**, pris en charge par les personnels des urgences puis part en réanimation sous planche à masser. **Sa T° rectale est alors mesurée à 22 °C.**

### PROBLÉMATIQUE

Il s'agit d'un bilan difficile avec un état de conscience anormal qui peut avoir plusieurs causes: ivresse ou hypothermie ou une autre cause difficile à apprécier.

Si on retient l'ivresse, la situation est fréquente, connue des SP et ne présente pas de risque majeur. Si on retient l'hypothermie, le risque en cas d'hypothermie profonde est l'ACR par FV lors de la mobilisation.

Le bilan doit donc être minutieux et on doit se garder de conclure trop vite.

### POINTS D'ATTENTION

- Lors du bilan, le C/A s'oriente vers l'ivresse et insiste auprès de l'OCM. Il est aussi surpris par les PA différentes. Il s'agit d'un **effet tunnel** dans lequel l'OCM se laisse entraîner.
- Le C/A n'a pas mentionné que la FC est à 55: **délestage probable** d'une donnée qui aurait dû faire pencher la balance vers l'hypothermie.
- L'OCM n'est pas dans sa grille d'autonomie et ne demande pas d'avis médical = **perte d'une barrière de récupération.**
- Le DGT 7 est éteint quand le PS se présente à l'hôpital. C'est une **violation de procédure** qui entraîne une difficulté dans la prise en charge de l'ACR.

### BONNES PRATIQUES

- Prise en compte rapide et **sécurisée** de l'état de la victime avec un relevage horizontal.
- Victime déshabillée et réchauffée dans la cellule.
- Bilan consciencieux et contact CM.
- A l'hôpital, les deux équipes restent auprès de la victime avec prise en charge rapide de l'ACR.
- Le plateau technique de l'hôpital est équipé d'une ECMO (circulation extracorporelle) permettant de réchauffer rapidement les hypothermes: **barrière d'atténuation** due au hasard de la localisation.

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- **Le DGT 7 doit rester branché sur la victime jusqu'à la transmission à l'IAO.** Sur cette intervention, nous aurions pu savoir l'heure exacte de l'ACR. De plus, les patchs DSA auraient été posés plus rapidement, lors de la fibrillation ventriculaire (**SECURITE REGLEE**).
- **Lorsque le CA a un doute sur l'état de la victime ou sur la décision de l'OCM, il doit demander à parler au médecin (CONSCIENCE DE SITUATION PARTAGEE permettant une MEILLEURE PRISE DE DECISION).**
- Chez une victime en hypothermie, l'horizontalité doit toujours être respectée pour diminuer les effets néfastes de la mobilisation.
- L'intoxication éthylique favorise l'hypothermie d'autant plus que le contexte s'y prête (personne mouillée, température ambiante).