**HYPOTHERMIE ACCIDENTELLE**

Forum Med Suisse 2012; 12(9):199–202

Pediatr Emer Care **2012; 28: 475**

**DEFINITION**

* Dès T°<35°C

**ETIOLOGIES**

* Exposition au vent ou/et à l’humidité
* Noyade
* Trauma, brûlure
* Intoxication (OH, BDZ, Barbituriques, opiacés, …)
* Hypoglycémie

**COMPLICATIONS DE L’HYPOTHERMIE**

* Hyperventilation, hypertension (vasoconstriction) => “**diurèse au froid"** => **HYPOVOLEMIE!**
* Frissons, augmentation consommation O2 => hyperkaliémie, **HYPOGLYCEMIE**
* Ralentissement psychique (< 32°C) puis perte de connaissance (< 28°C)
* Bradycardie et bradypnée (acidose respiratoire), onde J puis **TROUBLES DU RYTHME** et arrêt cardiorespiratoire
* Troubles de la crase (**SAIGNEMENTS** et diminution adhésion plaquettaire)
* Déficit immunitaire => risque d’infections
* Insuffisance rénale
* Lésions pulmonaires

**« L’ onde J d’Osborn »** peut apparaître à partir de 35°5 C avec une amplitude qui augmente avec la profondeur de l’hypothermie. Elle correspond à un courant de lésion mais ne constitue pas un signe de mauvais pronostic :

****

**CLASSIFICATION CLINIQUE**

****

**LABORATOPIRE**

* FC, FR, satu, TA, T° centrale, ECG
* Contrôler la FSC, crase, glycémie, NA, K, urée, créatinine, lipase
* CAVE : gazométrie capillaire trompeuse (lit veineux stagnant) => demander gazométrie veineuse !
* ECG : bradycardie, intervalles PR, QRS, QT élargit, onde J fibrillation ventriculaire
* Saturométrie

**PRISE EN CHARGE**

**PATIENT LEGEREMENT HYPOTHERME (>32°, CONSCIENT, FRISSONNE)**

* Réchauffement passif (couverture, emballage plastique) => augmente de 1-2°C/h. EXCELLENT PRONOSTIC

**PATIENT MODEREMENT (28-32°C, RALLENTI, NE FRISSONNE PLUS) et**

**PATIENT SEVEREMENT HYPOTHERME (< 28°C, INCONSCIENT +/- ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE)**

* **NE PAS DEPLACER INUTILEMENT** pour éviter de mobiliser le sang froid de la périphérie
* **NE PAS RECHAUFFER HORS HÔPITAL** si pas d’arrêt cardiovasculaire
* **SI RECHAUFFEMENT = RECHAUFFEMENT ACTIF** (chaleur radiante, perfusion chauffée à 40-44°C, air pulsé, gaz de ventilations humidifiés et chauffés, lavage vessie et estomac avec liquides chauds (40-44°C) +/- médiastinal) => But : augmenter T° de 1-1,5°C/h
* **NE PAS STIMULER INUTILEMENT LE PHARYNX** (sauf si intubation nécessaire) car **risque de déclencher une fibrillation ventriculaire**. CAVE : intubation souvent difficile car rigidité des muscles de la mâchoire et de la nuque.
* **UTILISER DE MEDICAMENTS DE REANIMATION** **AVEC PRECAUTIONS** (car effets retardés et métabolisme hépatique diminué) => Si utilisation de médicaments🡪 **TRES LENTEMENT ET TRES ESPACES !**
	+ - **Nb : Les troubles du rythme et la TA se corrigent d’eux-même avec la correction de la T°** 🡪 éviter pacemaker externe et adrénaline sur patient trop froid car arythmogènes.
		- Si fibrillation ventriculaire et échec de 3 chocs 🡪 réchauffer et recommencer
* **TRAITER L’HYPOVOLEMIE** (solutions réchauffées à 42°C) => **souvent besoin de grosse quantité de volume** et un monitoring par mesure de la pression centrale et de la **diurèse** sont utiles.
* **TRAITER L’HYPOGLYCEMIE.**
* **SURVEILLER L’HYPERKALIEMIE**
* **DISCUTER ANTIBIOPROPHYLAXIE**
* **REANIMER DE FACON PROLONGEE** CAVE : l’EEG est plat en dessous de 20°C

 « No one is dead until he is **warm and dead**» .

* **TRANSFERT EN MILIEU UNIVERSITAIRE** si hypothermie sévère ou troubles du rythme pour ECMO

**BON PRONOSTIC SI :**

* Refroidissement rapide avant arrêt cardiaque.
* Découverte du patient en extérieur (hypothermie plus rapide).
* Patient jeune.
* Fibrillation ventriculaire.
* Consommation d’alcool avant l’hypothermie (refroidissement plus rapide par vasodilatation).

**LA TEMPERATURE INITIALE N’A PAS D’INFLUENCE SUR LE PRONOSTIC !**

**MAUVAIS PRONOSTIC SI :**

* pH < 7,0
* Potassium >10-12 mmol/L
* TCC, polytraumatisés
* Hypothermie à l’intérieur d’un bâtiment (hypothermie lente)
* Avalanches (car **asphyxie** en plus !)
* Age avancé.
* **Hypotension** sur le lieu de l’accident
* Besoin de ventilation mécanique à l’hôpital
* Nécessité de techniques de réchauffement invasives