

Principe général : Find it, fix it, keep it fixed!

Trouver les problèmes, les stabiliser, les maintenir stables !

Dans la pratique, beaucoup d'éléments de l'examen primaire se font de manière parallèle et simultanée. D'où l'importance de bien connaître le rôle de chacun et de garder une vue d'ensemble.

Pour des raisons didactiques, l'examen primaire est présenté ici de façon linéaire

1° Evaluation rapide de l'état de conscience :

Evaluer l'état de conscience du patient au moyen du système A-V-P-U, qui est relativement bien corrélé au score de Glasgow :

A - V - P - U

A – Patient alerte

V – Patient répond à la stimulation verbale

P – Patient répond à la stimulation douloureuse

U – Patient ne répond à aucune stimulation

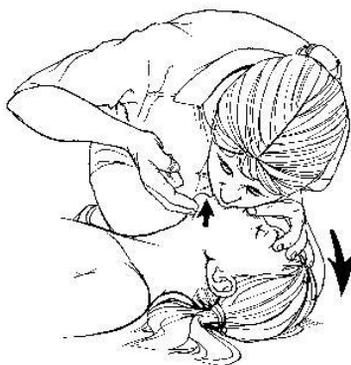
A - V = Patient conscient (GCS > 8)

P - U = Patient inconscient (GCS ≤ 8)

2° Les 5 étapes de l'évaluation primaire ABCDE :

A – Airway

Les voies aériennes doivent être vérifiées et maintenues libres et ouvertes. En cas de compromission, libérer les VAS en premier lieu par des méthodes manuelles :



Méthode «Head tilt – chin lift»



Méthode «Jaw thrust» en cas de trauma. La bascule de la tête en arrière est alors proscrite!

Evaluation primaire médicale adulte

En cas d'encombrement des VAS par des sécrétions, du sang ou tout autre matériel, procéder à une aspiration de la cavité orale.

B – Breathing

Evaluation qualitative et quantitative de la respiration

Le patient ne respire pas :

Administrer deux insufflations à l'aide du ballon de ventilation raccordé à une source d'oxygène (min. 12 l /min). Observer le soulèvement du thorax, et vérifier qu'une courbe de capnographie adéquate est bien obtenue. En cas d'impossibilité de ventiler, il faut recourir à l'utilisation de moyens accessoires tels que la pose d'une canule oro-pharyngée (canule de Guedel), naso-pharyngée (canule de Wendel), à la mise en place d'un masque laryngé voire à la réalisation d'une intubation trachéale.

Le patient respire :

Estimer rapidement la qualité de la ventilation (amplitude et fréquence).

En cas de dépression respiratoire ($FR < 8$) ou de détresse respiratoire ($FR > 30$, cyanose, tirage, impossibilité de dire 5 mots en une respiration, agitation), assister la respiration à l'aide du ballon et envisager une Ventilation Non Invasive. Dans les autres situation, l'administration d' O_2 à l'aide de lunettes, d'un masque à effet venturi ou à haute concentration doit être considérée en fonction de la clinique.

C - Circulation

La prise du pouls radial, l'évaluation du temps de recoloration capillaire, la température et la couleur de la peau donnent des indications sur l'état circulatoire du patient.

Ce point comprend aussi le contrôle des hémorragies externes.

Analyse du pouls :

Chez un patient inconscient, prendre d'emblée le pouls central (carotidien). Si celui-ci est absent, ou en cas de doute, débiter une réanimation en commençant par les compressions thoraciques (voir protocole ACR).

Evaluer la qualité, la fréquence et la régularité du pouls. En principe, la présence d'un pouls radial permet de conclure à une TA systolique > 80 mmHg, et un pouls carotidien est généralement présent si la TAS > 50 mmHg. Ceci n'est pas vérifié chez les patients âgés avec des artères calcifiées.

Le status cutané est riche en informations. Une coloration rosée traduit une bonne circulation. Le lit des ongles et les muqueuses doivent être observés. Une coloration bleuâtre correspond à un défaut d'oxygénation. La pâleur est le corollaire d'une mauvaise perfusion. Une peau moite et froide doit faire suspecter un état de choc.

Un indice d'évaluation rapide de la circulation périphérique est le temps de recoloration capillaire. S'il est supérieur à deux secondes, cela indique une perfusion insuffisante.

Cet indicateur est cependant peu spécifique, et sa sensibilité n'est pas absolue. La température de l'environnement dans lequel se trouve le patient, l'âge, la prise de certains médicaments et la présence d'un choc spinal peuvent fausser les résultats. Il ne doit donc pas être utilisé comme unique méthode d'examen de l'état circulatoire.

D – Disability

Après correction des facteurs énoncés aux phases A-B-C, il convient d'examiner l'état neurologique du patient. Il faut déterminer le niveau de conscience et détecter une hypoxie cérébrale potentielle. Une altération de l'état de conscience peut avoir quatre origines différentes :

- 1° Diminution de l'oxygénation cérébrale (hypoxie, hypoperfusion)
- 2° Atteinte primaire du SNC
- 3° Intoxication alcoolique, médicamenteuse, drogues
- 4° Troubles du métabolisme (hypoglycémie, épilepsie...)

Parmi ces différentes causes, l'hypoxie est la plus rapide à traiter

Tout patient agité, agressif ou non coopérant doit être considéré comme hypoxique jusqu'à preuve du contraire !!!

L'évaluation des pupilles peut donner des indices sur une éventuelle intoxication ou une atteinte cérébrale

PEARRL : Pupils Equal And Round, Reactive to Light

La détermination exacte du score de Glasgow n'a pas sa place lors de l'évaluation médicale primaire et est effectuée durant le bilan secondaire !

E – Exposition et protection contre l’environnement.

A l’extérieur d’une ambulance, on ne retire que le strict nécessaire afin d’éviter tout risque hypothermie. On procédera à une exposition complète du patient dans le véhicule avant de le recouvrir immédiatement.

Anamnèse SAMPLE

L’anamnèse rapide SAMPLE s’effectue dans le 1^{er} bilan, afin d’obtenir les éléments anamnestiques indispensables en cas de péjoration de l’état clinique du patient.

S – Signes & Symptômes

A – Allergie(s)

M – Médicament(s)

P – Passé médical (antécédents médico-chirurgicaux pertinents)

L – Last meal (heure du dernier repas, si nécessité d’une anesthésie)

E – Evénement(s) ayant conduit à la situation actuelle

Cette anamnèse sera complétée par la suite par une anamnèse médicale ciblée selon le problème.

Pour conclure :

La plupart des données de l’examen primaire peuvent être obtenues en 15 secondes.

L’examen primaire doit être réitéré aussi fréquemment que faire se peut, tout particulièrement chez les patients en situation critique.

La mesure précise des paramètres vitaux peut être différée jusqu’à ce que les manœuvres de réanimation ou de stabilisation aient été entamées.

Lors de la prise en charge d’un patient présentant des problèmes aigus de « A », de « B » ou « C », il est possible que vous deviez rester axé uniquement sur l’examen primaire et que l’examen secondaire ne puisse être réalisé avant votre arrivée au centre hospitalier receveur.