



SUAP-CT-10

Pathologies diverses

10.1. Malaises

Généralités

Un **malaise** est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que le sujet qui l'éprouve puisse en identifier obligatoirement l'origine. Il peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive et peut entraîner une perte de connaissance brève traitée dans le chapitre sur les troubles et les détresses neurologiques.

Cette sensation peut être le signe d'une maladie. Un malaise traduit souvent une défaillance d'une partie de l'organisme sans entraîner obligatoirement de détresse vitale.

L'analyse de la situation doit permettre de les catégoriser :

- **malaises graves** : par atteinte d'un organe (sensation mal définie, vertigineuse d'un AVC débutant...), ou d'un dérèglement de l'organisme (grande fatigue, vertiges de l'hypoglycémie), pouvant entraîner une détresse vitale. Ils vont nécessiter une prise en charge rapide et adaptée.
- **malaises bénins** : par fatigue, manque de sommeil, stress, émotion, décalages alimentaires (repas copieux bien arrosé ou jeûne prolongé)...

Ces malaises peuvent être isolés ou répétitifs témoignant d'une maladie plus ou moins traitée ou méconnue.

À noter que parfois, un malaise qui peut sembler bénin est en réalité le reflet d'une maladie grave : par exemple une douleur dans la région supérieure de l'abdomen (épigastrique) ressentie comme une indigestion qui est en fait due à un infarctus du myocarde.

Signes spécifiques

Il n'y a pas vraiment de signe spécifique d'un malaise. Il s'agit soit de sensations désagréables difficilement définissables par la victime, soit de signes cliniques précis, sans aucune origine évidente.

Rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de son entourage :

- les circonstances de survenue.

- l'absence de perte de connaissance.
- la perception d'une « sensation de malaise », difficile à exprimer avec précision par la victime.
- des signes de malaise :
 - sensation de vertige.
 - grande fatigue.
 - flou visuel.
 - nausées.
 - température de la peau très élevée
 - sensation de froid.
- l'apparition d'une douleur.
- l'apparition d'un sentiment d'angoisse.
- la survenue récente d'un trouble ou d'un signe anormal (paralysie d'un membre, difficulté à parler)
- le traitement suivi dans le cas de malaises récurrents ou le déséquilibre d'un traitement.
- une ou des hospitalisations éventuelles.

Rechercher ou apprécier :

- les signes d'une détresse ou d'un trouble neurologique, respiratoire ou circulatoire.
- la glycémie capillaire.

Le bilan secondaire en cas de malaise doit être particulièrement complet, afin de rechercher le moindre signe d'orientation vers une maladie grave. Par exemple, la découverte d'une fièvre témoignant d'une maladie infectieuse peut expliquer ce malaise. Une difficulté d'élocution, une paralysie d'une partie du corps, des troubles de l'orientation dans l'espace (où sommes-nous ?), dans le temps (d'après vous, quelle est la date d'aujourd'hui ?) ;

- des tremblements ;
- des extrémités bleutées (cyanose) ;
- une fréquence cardiaque supérieure à 120 battements par minute ou inférieure à quarante battements par minute ;
- une fréquence respiratoire supérieure à vingt mouvements par minute ;
- des vomissements, des diarrhées.

Conduite à tenir

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose de :

- Mettre immédiatement la victime au repos, dans la position où elle se sent le mieux, généralement allongée.
- En cas de gêne respiratoire, mise en position demi-assise ou assise, sauf si elle adopte spontanément une autre position.
- Si nécessaire, l'installer à l'abri et la soustraire des autres nuisances : bruit, foule...
- Protéger la victime contre le froid ou les intempéries.
- Administrer de l'oxygène par inhalation si nécessaire.
- Calmer et rassurer la victime.

10.2. La spasmophilie et la tétanie

Généralités

Dans certaines circonstances (angoisse, stress), des personnes **ventilent de façon trop rapide**, ce qui favorise **l'élimination du CO₂ dans l'air expiré**, et donc la **baisse de son taux dans le sang**. Ce déséquilibre chimique entraîne un **dysfonctionnement des muscles** qui vont se contracter anormalement.

Le premier stade est la crise de spasmophilie.

La victime ressent des sensations anormales: **engourdissement, fourmillements symétriques des extrémités des membres** (deux ou quatre) **ou de tout le corps, picotements** dans tout le **thorax**, **sensation d'oppression thoracique**, sensation de vertiges, difficultés à déglutir avec impression de boule dans la gorge, angoisse. Il n'y a **jamais de perte de connaissance**.

Le deuxième stade est la crise de tétanie avec **contraction des muscles**, surtout au niveau des mains qui prennent la forme de la **main de l'accoucheur**. Les paumes sont tournées vers le



haut et les doigts sont convergents.

À noter qu'il existe souvent une hyperventilation qui n'est, en aucun cas, une détresse respiratoire: la saturation en O₂ est normale. Par ailleurs, en cas de sensation d'oppression thoracique et d'angoisse, il est parfois difficile de faire la différence avec un syndrome coronarien. Après la crise, la victime ressent souvent une sensation de fatigue.

Signes spécifiques

Rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de l'entourage :

- les antécédents (spasmophilie connue...)
- le(s) facteur(s) déclenchant(s) (environnement conflictuel, anxiété, choc émotionnel...)
- le traitement en cours : calcium, magnésium, sédatif.

Rechercher ou apprécier :

- la présence d'engourdissements
- des fourmillements symétriques à l'extrémité des membres ou sur tout le corps.
- des picotements dans tout le thorax.
- une sensation d'oppression thoracique.
- des difficultés à déglutir.
- des mains en position « d'accoucheur ».
- une fréquence respiratoire élevée.
- une absence de perte de connaissance, de mouvements saccadés, de perte d'urine, de morsure de langue, de révulsion des yeux, de cyanose, de sueurs.

Conduite à tenir

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose, dans les 2 cas, de :

- A/ Isoler la victime.
- B/ Calmer et rassurer la victime.
- C/ Indiquer de respirer doucement à la victime.

En cas de crise de tétanie :

Mettre en place un dispositif d'inhalation non occlusif, englobant la bouche et le nez de la victime sans apport complémentaire d'O₂.

La mise en place d'un masque simple non étanche et relié à une bouteille d'O₂ fermée permet à la victime de ré-inhaler son propre CO₂ qui se mélange à l'air inspiré. La technique consistant à faire respirer la victime dans un sac étanche est à proscrire car la victime va manquer d'O₂ après quelques cycles, et cette pratique est très mal perçue par le grand public. Même si la bouteille d'O₂ est fermée, le dispositif y est relié afin de rassurer la victime et l'entourage.



10.3. Le diabète et l'hypoglycémie

Généralités

Comme l'O₂, le sucre (glucose) est essentiel au fonctionnement de l'organisme et, en particulier, du cerveau. Son taux dans le sang (glycémie) est à peu près constant. Il est contrôlé en permanence par le système nerveux, et la régulation de la glycémie dépend d'hormones comme l'insuline et le glucagon, sécrétées par le pancréas.

L'insuline permet le passage et l'utilisation du glucose dans les organes.

Le glucagon sert à libérer le sucre, stocké dans le foie sous forme de glycogène.

Une autre hormone, sécrétée par les glandes surrénales, intervient : c'est l'adrénaline, qui inhibe la production d'insuline et stimule la production

de glucagon, c'est donc une hormone hyperglycémisante.

Un grand nombre de diabétiques possède des appareils de dosage de la glycémie (dextromètres). Les unités de ces appareils peuvent être données en g/l, en mg/dl ou en millimoles qui est l'unité internationale.

Le diabète est une maladie dans laquelle la régulation de la glycémie se fait mal ou plus du tout. On le diagnostique par une glycémie importante à jeun : c'est l'hyperglycémie.

En pratique :

- une glycémie normale se situe aux alentours de 0,8 g/l ou 5 mmol/l
- en dessous de 0,8 g/l ou 3,3 mmol/l, la victime est en hypoglycémie certaine.

Unités	g/l	Mg/dl	Mmol/l
Glycémie normale à jeun	0,8 à 1,2	80 à 120	4,6 à 6,6
Hypoglycémie	< 0,8	< 80	< 3,3

Signes spécifiques

Rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de l'entourage :

- le(s) facteur(s) déclenchant(s) : effort, repas non pris ou insuffisant, erreur dans la dose d'insuline, rupture du traitement.
- les antécédents : diabétique connu...
- les horaires du dernier repas pris ou de la dernière injection.
- le carnet de glycémie.
- les hospitalisations antérieures.
- le traitement habituel.

Rechercher ou apprécier :

- les signes spécifiques de l'hypoglycémie
 - liés au manque de glucose au niveau cérébral : fatigue, troubles de la vue, idées lentes, parole lente et confuse, troubles psychiatriques, agitation, agressivité, état ébrié sans prise d'alcool, convulsions ou coma.
 - liés à des réponses réflexes du corps (par sécrétion d'adrénaline) : pâleur, sueurs, faim, tremblements, tachycardie.
- des lésions traumatiques associées, en cas de chute ou de suspicion de chute.
- la présence :
 - de morceaux de sucre dans les poches ou le sac de la victime...

- d'insuline ou de glucagon dans le réfrigérateur.
- d'une carte mentionnant son diabète.

- une glycémie capillaire à l'aide d'un glucomètre.

Au sein du SDIS42, tout malade fera l'objet d'une mesure du taux de glycémie à l'aide du lecteur de glycémie. Dans le cadre d'un traumatisme la mesure du taux de glycémie se fera sur demande d'une entité médicale (SAMU ou SSSM).

Le diabète

Un patient est considéré comme diabétique si sa glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g/l. Le diabète doit absolument être traité, même si le patient ne ressent aucun symptôme car il provoque à long terme des complications graves de plusieurs types :

- cardiovasculaires : infarctus du myocarde (qui peut être indolore), artérite des membres inférieurs (risque d'amputation).
- rénales : insuffisance rénale pouvant nécessiter des dialyses.
- oculaires : cécité.
- neurologiques : AVC, anomalies de la sensibilité. Si le malade ne fabrique plus d'insuline du tout, il a un diabète insulino-dépendant).

On doit alors lui en apporter une ou plusieurs fois par jour par des injections sous-cutanées (stylos auto-injectables conservés au réfrigérateur). Si le malade

fabrique encore un peu d'insuline, il a un diabète non insulino-dépendant et il prend des médicaments antidiabétiques sous forme de comprimés.

L'équilibre du traitement du diabète n'est pas facile car il dépend :

- des apports en sucre par les repas.
- de la consommation du glucose par l'organisme, augmentée en cas d'activité physique, de fièvre...
- d'un excès de médicaments (comprimés ou insuline) ou d'une insuffisance de traitement.

S'il y a trop d'apports en sucre par rapport au traitement, le déséquilibre se fait vers l'hyperglycémie. Celle-ci est le plus souvent méconnue si on ne dose

pas la glycémie. Quand elle est très élevée, elle peut entraîner différents signes peu spécifiques : douleurs abdominales, vomissements, déshydratation, polypnée, troubles de la conscience allant jusqu'au coma. Si le traitement est surdosé par rapport à l'apport en sucre, ou si la consommation de sucre par l'organisme est augmentée en cas d'activité physique ou de fièvre, le déséquilibre se fait vers l'hypoglycémie. Cette situation est dangereuse car les organes souffrent de cette carence, en particulier le cerveau. C'est dans cette situation que les secours sont amenés à intervenir.

Conduite à tenir

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose d' :

Effectuer un apport de sucre par la bouche si, et seulement si, la victime est capable de déglutir, avec :

- des boissons sucrées (non light).
- du sucre (environ une dizaine de morceaux dissous dans de l'eau).
- du miel, de la confiture...
- du glucose.

Compléter l'apport en sucre par l'absorption de sucres lents (pain, pâtes, riz...). Devant l'impossibilité d'un apport en sucre par voie orale, il faudra :

- A) Demander un renfort médicalisé.
- B) Mettre la victime en PLS.
- C) Administrer de l'oxygène, par inhalation si nécessaire.
- D) Surveiller en permanence le pouls et la respiration.

Le resucrage de la victime :

L'apport de sucre par voie orale en urgence peut, si la victime est capable d'avaler, se faire avec des sucres d'absorption rapide. Mais, très rapidement, le relais devra être pris par des sucres lents (pain, pâtes, riz) qui éviteront la récurrence rapide de l'hypoglycémie quand les sucres d'absorption rapide auront été utilisés par l'organisme.

Le traitement du coma diabétique est une urgence car il y a un risque grave de séquelles nerveuses s'il se prolonge.

Les diabétiques insulino-dépendants en hypoglycémie peuvent être également re-sucrés par injection de Glucagon. Cette injection pourra être faite par la victime ou un membre de la famille de la victime formé à cette technique ou après avis du médecin coordinateur.



Médicaments

Nom du médicament	Molécule active
Glucophage (oral)	Metformine
Daonil (oral)	Glibenclamide
Diamicron (oral)	Gliclazide
Amarel (oral)	Glimépéride
Novonorm (oral)	Répaglinide
Glucor (oral)	Acarbose
Avandia (oral)	Rosiglitazone
Actrapid (injectable)	Insuline
Umuline (injectable)	Insuline
Lantus (injectable)	Insuline
Levemir (injectable)	Insuline détemir
Mixtard (injectable)	Insuline
Insulatard (injectable)	Insuline

10.4. Les allergies

Glucagen (injectable)	Glucagon
-----------------------	----------

Généralités

L'allergie est une réaction exagérée de l'organisme à une substance étrangère, l'allergène, qu'il considère comme dangereuse pour lui.

La substance inhalée (pollen), avalée (aliment, médicaments), touchée (produit chimique) ou injectée (venin d'insecte) devrait normalement entraîner une réaction de défense localisée de l'organisme (gonflement au niveau de la zone de piqure par exemple).

Une réponse disproportionnée, dans le cadre des formes les plus graves de l'allergie, peut entraîner une détresse vitale (œdème de Quincke, choc anaphylactique).

Les signes de la réaction anaphylactique peuvent se manifester chez une personne allergique connue ou non. Ils peuvent être de :

- forme grave :
 - détresse respiratoire des voies aériennes inférieures, avec un souffle court et un sifflement à l'expiration..
 - gonflement de la peau au niveau du cou, du visage et de la gorge avec obstruction des voies aériennes, appelée œdème de Quincke (parfois la langue sort de la bouche).
 - détresse circulatoire, appelée choc allergique ou anaphylactique, qui est due à la production massive par l'organisme de substances entraînant une dilatation de tous les vaisseaux (vasodilatation) et une chute de tension artérielle (collapsus).
- forme bénigne :
 - écoulement nasal, éternuements...
 - conjonctivites, rougeur des yeux...
 - plaques rouges discrètement en relief sur la peau avec démangeaisons (urticaire).
 - troubles digestifs : nausées, vomissements...

L'allergie et ses traitements

L'allergie est une pathologie fréquente qui touche une personne sur 4 et dont la prédisposition familiale

(terrain atopique) est fréquente. Il ne s'agit pas d'une intoxication. En effet, l'allergène n'est pas un toxique mais bien une substance courante et normalement inoffensive.

Lorsque l'organisme produit une réaction allergique, il libère des substances responsables des symptômes. Des traitements anti-allergiques existent. Ils permettent soit de diminuer la réponse de l'organisme à l'allergène (traitement préventif), soit de diminuer les effets de l'épisode allergique (traitement curatif). Par ailleurs, pour certains allergènes, une désensibilisation est possible. Elle consiste à injecter sous la peau le ou les allergènes en très faible quantité. Les doses administrées sont croissantes jusqu'à la diminution ou disparition de la réaction allergique. Ce traitement peut parfois entraîner un épisode allergique grave.

Signes spécifiques

Rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de l'entourage :

- les antécédents : allergies connues, entourage familial...le ou les facteur(s) déclenchant(s) : alimentation, piqure, désensibilisation récente...
- le traitement, s'il en possède un, s'il a été entrepris et ses effets.
- une hospitalisation en réanimation.

Rechercher ou apprécier :

- les signes généraux d'une détresse neurologique, respiratoire (polypnée, sifflements, tirage) ou circulatoire (collapsus).
- un œdème de la face et des voies aériennes supérieures, commençant souvent au niveau des paupières ou des lèvres, puis de la langue et de la luette.
- une modification de la voix (voix rauque).
- la présence d'urticaire, de démangeaisons.
- un écoulement nasal, des éternuements.
- une conjonctivite, une rougeur des yeux.

Conduite à tenir

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose de :

- A) Mettre dans la position adaptée à la détresse présentée (assise en cas de difficulté respiratoire, allongée en cas de choc anaphylactique).
- B) Administrer de l'oxygène, par inhalation si nécessaire.
- C) Aider à la prise du traitement, après avis du médecin coordinateur, en cas d'œdème d'origine allergique.
- D) Surveiller la victime.

Médicaments

- des nausées ou vomissements.

Nom du médicament	Molécule active
Anakit (seringue auto-injectable)	Adrénaline
Anapen (seringue auto-injectable)	Adrénaline
Virlix (antihistaminique)	Céritizine
Zyrtec (antihistaminique)	Céritizine
Clarytine (antihistaminique)	Loratadine

10.5. Les pathologies digestives

Certaines pathologies digestives aiguës sont fréquemment rencontrées par les sapeurs-pompiers. Généralement, aucune d'entre elles ne nécessite de conduite à tenir spécifique. Elles peuvent s'accompagner de détresses associées (par exemple une hémorragie).

A. L'ulcère de l'estomac

Le suc gastrique étant particulièrement acide, des cellules produisent une sécrétion visqueuses (mucus) afin de se protéger de cette acidité. L'ulcère est une érosion de la paroi de l'estomac ou de l'intestin grêle consécutive à l'atteinte des cellules produisant ce mucus protecteur.

Dans une majorité de cas, une bactérie favorise cette atteinte. Quand la présence de cette bactérie est prouvée, un antibiotique adapté est associé au traitement antiacide. Il arrive parfois que l'ulcère soit provoqué par la prise de médicaments anti-inflammatoires.

Il se manifeste par des douleurs de la région supérieure et moyenne de l'abdomen (l'épigastre), à type de brûlure, calmées par l'alimentation.

Des complications peuvent se produire :

- une hémorragie due à l'érosion d'une artère pré-capillaire (artériole) de la paroi gastrique qui peut se manifester par un vomissement de sang (hématémèse), ou rester inapparente.
- la perforation de la paroi gastrique avec passage du contenu gastrique dans la cavité d'une membrane qui entoure l'abdomen (péritonéale), ce qui provoque une péritonite (inflammation ou infection péritonéale). Il existe une douleur épigastrique avec défense (réaction de la paroi abdominale à la palpation) puis une contracture de l'abdomen (ventre de bois).

Après avoir recherché d'éventuels antécédents d'ulcère ainsi que les facteurs déclenchants (prise d'anti-inflammatoires par exemple), il conviendra de rechercher auprès de la victime :

- des signes de détresse circulatoire.
- une hématémèse.
- des douleurs épigastriques en précisant les facteurs calmants et déclenchants.
- une défense de l'abdomen ou une contracture
- une fièvre.

B. L'appendicite

C'est une inflammation de l'appendice situé sur le côlon. Elle peut se compliquer d'abcès ou d'une perforation donnant alors une péritonite. Pour la mettre en évidence, il conviendra de rechercher :

- des douleurs de la fosse iliaque droite, augmentées à la palpation
- une fièvre.
- des vomissements ou des diarrhées.

C. La péritonite

La péritonite est l'inflammation du péritoine due à l'infection d'un organe. C'est une urgence chirurgicale.

Elle sera mise en évidence par :

- des douleurs abdominales diffuses.
- une contracture abdominale « ventre de bois ».
- une fièvre.

D. Les gastro-entérites

Les gastro-entérites sont des infections du tube digestif. Elles peuvent survenir par « vagues épidémiques » et sont alors souvent d'origine virale. Cette contamination peut aussi être provoquée par la consommation de boissons ou d'aliments contaminés et atteindre toutes les personnes ayant partagé le repas. Ce sont les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC). Elles peuvent entraîner des déshydratations graves, surtout chez l'enfant.

La principale mesure de prévention passe par des mesures d'hygiène.

Il conviendra, pour la mettre en évidence, de rechercher :

- une fièvre.
- des vomissement.
- des diarrhées aqueuses ou sanglantes à répétition.
- des douleurs à type de coliques : intermittentes le long du cadre colique.
- le nombre de personnes atteintes ayant éventuellement partagé le même repas.
- les restes du repas éventuellement contaminant.

E. Les occlusions intestinales

C'est l'arrêt de la progression du bol alimentaire dû à un obstacle : tumeur, torsion de l'intestin, hernie à travers la paroi abdominale. Il s'agit d'une urgence chirurgicale mise en évidence par :

- des douleurs abdominales intenses.
- des vomissements.
- un gonflement abdominal, par stagnation des gaz.
- un arrêt de l'émission des matières fécales et des gaz.

F. Les hépatites

Elles sont la conséquence d'une destruction partielle ou totale des cellules du foie. Leur gravité est variable, allant de formes bénignes à des formes graves quand les capacités de régénération sont dépassées. Le foie ne peut alors plus assurer ses fonctions et l'on parle d'insuffisance hépatique.

Dans les cas extrêmes, elles peuvent conduire au décès en l'absence de greffe.

Elles peuvent être d'origine :

- toxique : intoxication par le paracétamol, certain champignons (amanites), l'alcool.
- virale.

Elles seront mises en évidence en recherchant :

- couleur de la peau « jaune » (ictère).
- souvent une fatigue intense.
- des douleurs sur le cadran bas droit du ventre (l'hypocondre droit).
- parfois de la fièvre.

G. La cirrhose

C'est une atteinte grave du foie, qui correspond à l'évolution dégénérative des cellules du foie exposées à une agression chronique (alcoolisme, hépatite virale chronique) qui vont devenir fibreuses (on parle alors de fibrose hépatique) et inefficaces (on parle alors d'insuffisance hépatique).

Elle peut se manifester par :

- un ictère dû à l'insuffisance hépatique.
- un gonflement de l'abdomen (ascite).
- une hématomérose, parfois importante par rupture de varices œsophagiennes.
- un état de choc hémorragique.

H. Les autres pathologies digestives

La pancréatite

C'est une inflammation du pancréas. Dans certaines circonstances, les enzymes servant à la digestion des protéines sont activées alors qu'elles sont encore dans le pancréas, ce qui provoque la destruction plus ou moins étendue des cellules pancréatiques. Les causes les plus fréquentes sont l'alcoolisme et les calculs biliaires.

Le reflux gastro-oesophagien

C'est une remontée de liquide gastrique (acide) de l'estomac vers l'oesophage et même jusque dans la bouche. Ce phénomène provoque des brûlures thoraciques ascendantes de l'épigastre vers la bouche.

La lithiase biliaire

Elle est définie par la présence de calculs dans la vésicule et les voies biliaires. Lorsqu'ils migrent dans les voies biliaires, vers le duodénum, ils peuvent se coincer et entraînent des douleurs qui naissent dans l'hypocondre droit et peuvent faire le tour de l'abdomen comme une ceinture: « coliques hépatiques ». Il peut se produire une infection des voies biliaires avec fièvre et parfois ictère.

Médicaments

Nom du médicament	Molécule active
Maalox (anti-acide)	Hydroxyde d'aluminium
Mopral (anti-acide)	Oméprazole
Inipomp (anti-acide)	Pantoprazole
Ogast (anti-acide)	Lansoprazole
Pariet (anti-acide)	Rabéprazole
Inexium (anti-acide)	Esoméprazole
Vogalene (anti vomissement)	Métopimazine
Primpéran (anti-vomissement)	Métoclopramide
Spasfon (anti-spasmodique)	Phloroglucinol
Imodium (anti-diarhéique)	Lopéramide
Lopéramide (anti-diarhéique)	Lopéramide
Tiorphan (anti-diarhéique)	Racécadotril

10.6. Les pathologies urinaires

Certaines atteintes de l'appareil urinaire : colique néphrétique, infections, ou insuffisance rénale grave nécessitant des séances de dialyses régulières n'ont généralement pas de conduite à tenir spécifique. Il convient toutefois d'effectuer un bilan complet, qui permettra au médecin de décider de la conduite à tenir, en particulier d'une médicalisation de l'intervention.

A. La colique néphrétique

L'urine de certaines personnes contient des calculs, petits cailloux fabriqués anormalement par les reins. Lorsque ces calculs sont trop volumineux, ils peuvent se bloquer dans les uretères. L'urine ne pouvant pas circuler normalement, la pression augmente dans le rein en provoquant des douleurs intenses et une possibilité de lésions.

Le traitement est le plus souvent médicamenteux (anti-inflammatoire et antispasmodique). Il va favoriser le passage du calcul de l'uretère vers la vessie puis vers l'urètre pour être éliminé, de façon souvent douloureuse, au moment d'uriner (la miction). Parfois on doit extraire le calcul par manœuvre chirurgicale ou endoscopique en montant une sonde dans l'uretère ou encore en le détruisant par des ultrasons.

La colique néphrétique, se caractérise par des douleurs abdominales intenses partant de la région rénale et se dirigeant vers les organes génitaux externes. Les victimes souffrent tellement qu'elles présentent des signes d'agitation car elles ne trouvent pas de position les soulageant.

B. Les infections urinaires

Les infections urinaires sont très fréquentes :

- la cystite, associe des brûlures au niveau de la vessie et de l'urètre au moment de la miction, un besoin fréquent et impérieux d'uriner et parfois du sang dans l'urine.
- la prostatite entraîne des brûlures lors de la miction et parfois de la fièvre.
- la pyélonéphrite est une atteinte infectieuse du rein. Elle associe de la fièvre et des douleurs de la région lombaire.

Cette infection, peut être grave chez certaines personnes (femme enceinte, personne âgée).

C. L'insuffisance rénale terminale

Lorsque les reins ne fonctionnent plus, l'organisme ne peut plus éliminer ses déchets et l'eau en excès (le patient n'urine plus). On doit alors procéder à une épuration extrarénale : la dialyse.

Quel que soit le motif de prise en charge d'un patient dialysé, il convient de retenir que :

- on ne doit pas mettre de brassard pour la prise de pression artérielle du côté de la fistule que le patient utilise.
- la fistule peut saigner, parfois de façon abondante, équivalente à un saignement artériel.

Tout patient en retard de dialyse doit être transporté dans son centre de dialyse ou dans un hôpital possédant une possibilité de dialyse car il peut :

- présenter des troubles du rythme cardiaque voire un arrêt cardiaque par excès de potassium dans le sang
- faire un oedème aigu du poumon par excès d'eau.

Il conviendra de rechercher la date de la dernière dialyse avant de contacter la coordination médicale pour convenir de la conduite à tenir.

10.7. Les maladies dégénératives

Généralités

La démence est due à la dégénérescence et à l'atrophie progressive, irréversible, du cortex cérébral. Elle entraîne une détérioration mentale qui se développe habituellement sur plusieurs années. Il existe plusieurs maladies connues qui entraînent parfois, selon les circonstances dans lesquelles elles se manifestent, un appel des secours. La prise en charge de ces victimes est, en général, assez simple à condition d'avoir pu identifier la maladie.

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une atrophie progressive du cortex cérébral et se manifeste par une détérioration mentale progressive et un décès qui survient 2 à 8 ans après le début de la maladie. Elle touche des personnes ayant souvent dépassé 60 ans et son incidence croît avec l'âge en touchant trois fois plus de femmes que d'hommes. Des facteurs génétiques semblent avoir une influence dans cette maladie.

C'est la forme de démence la plus fréquente et elle est en forte augmentation en raison de l'allongement de la vie. Les troubles de la mémoire en sont les signes les plus fréquents, mais il existe d'autres atteintes :

- atteintes des fonctions intellectuelles :
 - perte progressive de la mémoire à court terme, signe le plus fréquent.
 - disparition des repères temporels (jour/nuit).
 - disparition des repères spatiaux (les gens se perdent).
 - difficulté à reconnaître les objets.
 - troubles du langage.
- troubles émotionnels et de la personnalité :
 - syndrome dépressif
 - agressivité et agitation.

Le malade devient progressivement grabataire.

La maladie de Parkinson est due à une dégénérescence progressive des neurones, qui entraîne la perte du contrôle et de la coordination des contractions musculaires. Cela se manifeste par :

- un visage sans expression, du fait de la fixité des muscles (amimie).
- une démarche lente, en traînant les pieds, du fait de la rigidité des muscles.
- une posture courbée.

des tremblements des membres, surtout au repos. Cette invalidité physique progressive n'empêche pas la victime de conserver longtemps ses fonctions intellectuelles.

L'origine de cette maladie est encore inconnue, mais certains traumatismes crâniens répétés, des tumeurs, des médicaments ou des intoxications par des métaux lourds peuvent en être l'origine.

Signes spécifiques

Rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de l'entourage :

- les antécédents (maladie dégénérative connue) et depuis quand.
- une aggravation récente de la maladie ou la raison de l'appel.
- le traitement en cours.

Rechercher ou apprécier :

- les signes généraux de la détresse neurologique.
- les signes liés aux circonstances ayant motivé l'appel (blessures, chute...)
- le degré d'autonomie du patient (grabataire...).

En cas de chute récente, il faudra éliminer les signes d'un traumatisme crânien grave qui pourraient être partiellement masqués par les signes de la maladie dégénérative.

Conduite à tenir

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose de réaliser les gestes de secours adaptés aux circonstances (chute).

Médicaments

Nom du médicament	Molécule active
Aricept	Donépézil
Modopar	Levodopa
Requip	Ropinirol