

URGENCES

	Tours	Dreux	Châteauroux	Chinon	Chartres	Orléans	Urgence pédiatrique
Service	Trousseau, T24, sous-sol	Accès par le parking derrière	Situé au rez-de-chaussée bas du pavillon 5	service individualisé, situé dans une aile entièrement rénovée au RDC	Urgences Med et urgences trauma mais on va dans les 2 secteurs (+ le dechoc où on peut aller si ta un patient)	Division entre unité circuit court, unité de circuit classique, SAU salle d'accueil des urgences vitales	Clocheville Clocheville, C1A (Bât. Andersen), RDC
Chef de service	Pr LARIBI	Dr DELEFOSSE	Dr MANSOUR	Dr DE JESUS DIAS Dr BOUILLEAU	Dr SADDAR	Dr MALET	Dr MAROT Yves
Internes	16 internes		5-6 internes	3 internes	4 internes		3 internes
Externes	D3 : 6-7-8 D4 : 0-7-9	D3 : 2	D3 : 1	D3 : 2	D3 : 2	D4 : 1	5 externes
Logement	NON	OUI	OUI (internat)	OUI	OUI	OUI	NON
Matériel et repas (fourni par le CH ?)	Stetho Marteau réflexe, lampe. Blouse + tenue à récupérer à la lingerie. Repas non fournis.		Blouse et tenue de SMUR à aller chercher à la lingerie Repas à l'internat	Stetho, Marteau réflexe, Lampe, Tenue prêtée par le CH de Chinon	Blouse Blanche, Stetho, Marteau réflexe, Lampe, Tenue prêtée par le CHU		Stetho Marteau réflexe, lampe, blouse
Horaires	8h30-18h30		9h-18h 4 jours par semaine	9h-17h30	9h-18h30		8h30-18h30
Staff	8h30		Abs	Abs	9h (dure 30 min-1h)		8h30 (rapport de garde)
1e jour	Merci de vous identifier auprès de la secrétaire la semaine précédente : secretariat.pr.laribi@chu-tours.fr qui transférera au médecin en charge des externes pour organisation de votre accueil, généralement à 8h en salle de réunion des urgences.		9h à l'entrée des urgences, aller voir la secrétaire qui vous fera une visite du service	8h30 dans le hall de l'hôpital, un médecin vient vous chercher (se référer au mail reçu)	Accueil par le médecin en charge des externes dans le service des urgences le mieux reste dvt le secrétariat à 9h		8h30 dans le service
Validation	Entretien avec le médecin en charge des externes. Investissement en stage.				Absence d'examen pour l'évaluation, Réunion à la fin du stage avec le médecin en charge des externes où on parle de notre stage, points positifs et négatifs, choses à améliorer etc		Démarche diagnostique évaluée par le chef de service
Garde	OUI		OUI possible	NON	OUI		OUI



- AA = air ambiant
- ACR = arrêt Cardio respiratoire
- APP = attelle plâtrée postérieure
- ASDI = abdomen souple dépressible et indolore
- AV = acuité visuelle
- AVP = accident de la voie publique
- BABP = brachio-antébrachio-palmaire
- BdC = Bruits du cœur
- BES = Bilan Électrolytique Sanguin et sa variante beaucoup plus utilisée : BS = Bilan Sanguin
- CAT = conduite à tenir
- DFG = débit de filtration glomérulaire
- DSM = déficit sensitivo-moteur
- DRA = détresse respiratoire aigue
- DT = Delirium Tremens attention aussi utilisé pour Douleur Thoracique
- EP = embolie pulmonaire
- GDS = gazométrie en sang artériel = gaz du sang
- GS = glasgow score
- IAO = infirmier d'accueil et d'orientation
- IC = insuffisance cardiaque
- IDG = interne de garde
- IMV = intoxication médicamenteuse volontaire
- IRA/C = Insuffisance Respiratoire Aiguë/Chronique ou Insuffisance Rénale Aiguë/Chronique
- MV = murmure vésiculaire
- MADD = Maintien A Domicile Difficile
- MAO = Médecin d'Accueil et d'Orientation
- NTBR : Not To Be Resuscitated
- OPN = os propres du nez
- PC +/-I = perte de connaissance +/- initiale
- PEC = prise en charge
- PL = ponction lombaire
- PNP = pneumopathie
- RAD = retour à domicile
- RCP = réflexe cutané-plantaire
- RHJ = reflux hépato-jugulaire
- SAU/V = service d'accueil et d'urgences/vitales
- SCA = syndrome coronarien aigu
- TC = traumatisme crânien
- TJ = turgescence jugulaire
- TRC = temps de recoloration cutanée (<3s = physiologique)
- TS = Tentative de Suicide
- TVP = thrombose veineuse profonde
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Remarque : attention aux abréviations et aux erreurs de compréhension qu'elles peuvent engendrer... Pour les urgences Trousseau, nous demandons aux externes de proscrire les abréviations de leurs observations médicales, qui servent de courrier de sortie aux patients...



Organisation des Urgences et pathologies

Les services d'urgences sont généralement répartis en 3 secteurs, un où on y prend en charge la traumatologie / médecine « ambulatoire » (grosso modo les « consultations rapides » qui nécessitent peu d'exams complémentaires, et celles des patients valides qui peuvent attendre en salle d'attente. En général ces secteurs sont appelés « **circuit court** ».

Un autre secteur où vous aurez les patients nécessitant des soins plus longs, devant rester allongés sur un brancard (secteur souvent appelé « **circuit long** »).

Si votre service n'est pas réparti en circuit court / circuit long il sera réparti en traumatologie / médecine.

Le troisième secteur étant le **déchoquage** ou « **SAUV** » pour les urgences vitales.

Vous pourrez également avoir un **service d'hébergement (UHCD)** pour les patients nécessitant une hospitalisation brève (une nuit d'observation par exemple).

Vous trouverez répartis entre ces 3 secteurs tous vos items de l'ECN... avec effectivement certaines pathologies plus fréquentes que d'autres en fonction de leur prévalence. Et en fonction du type de structures dans laquelle vous êtes, certaines urgences sont filiarisées et vous ne retrouverez pas ou rarement les pathologies de la spé aux urgences générales.

- Rappels SRIS et Sepsis

- SRIS : 2 critères parmi :

- Température >38°C
- FC > 90 bpm
- FR > 20/min
- GB >120 000/mm³

- SEPSIS = SRIS + infection suspectée ou avérée

- SEPSIS grave : qSOFA >2

- PAS < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg ou lactatémie > 2mmol/L
- FR > 22/min
- Glasgow < 13

- Choc septique = sepsis + Hypotension réfractaire au remplissage

Interrogatoire et Examen clinique



L'idéal est de revoir sa sémio avant son stage/garde et de s'exercer auprès des patients.



Interrogatoire : signes fonctionnels, signes généraux, ATCD, mode de vie, personnes à risque, traitements

Paramètres vitaux : fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), tension, température, saturation en AA/sous XL d'O₂, glycémie, douleur (EVA ou EVN)

Motif de venue aux urgences (MdH = motif d'hospit) et histoire de la maladie

Mode de vie (MdV) : autonomie, lieu de vie, travail, tabac (1 paquet année = 1 paquet/j/an), alcool, drogue, facteurs de risque cardio-vascu (FDRCV) si douleur thoracique (DT), vaccins, voyages

Allergie et traitements en cours (posologie + heure de prise). Demander le type de réaction si allergie... la classique allergie aux pénicillines sur la vague notion d'éruption cutanée dans la petite enfance. Ou la confusion classique des gens entre allergie et effets indésirable d'un traitement (nausée sous tramadol par exemple)

Antécédents (ATCD) médicaux, gynéco (grossesse et parité GxPx) chirurgicaux, personnels et familiaux

Traumato : heure du dernier repas (solide, liquide, tabac), main dominante, profession (arrêt de travail ? accident de travail ?), vaccins à jour (tétanos ++)

Signes fonctionnels : neuro (droitier/gaucher, céphalée, vertige, photophonophobie, troubles visuels/auditifs, troubles de l'équilibre, tremblements), cardio (Douleur Thoracique, dyspnée), pneumo (dyspnée, toux, expectorations), digestif (N/V, diarrhée/constipation, douleur), uro (pollakiurie, brûlures miction, dysurie)



Examen clinique : inspection, palpation, auscultation, percussion + matériels à utiliser pendant l'examen clinique

Neuro : calculer le Glasgow, adapté et cohérent. Orientation temporo-spatiale.

Sensibilité/motricité -> tester les 4 membres (Barré) +/- la force musculaire,

Réflexe ostéo-tendineux (ROT) et signes de Babinski (= RCP ou réflexe cutané-plantaire)

Paires crâniennes (PC) ->

- II (optique, vue)
- III/IV/VI (occulomotricité, poursuite oculaire, nystagmus, réflexe photo-moteur pupille)
- V1-2-3 (trijumeau, sensibilité de la face)
- VII (motricité faciale, haut VS bas, asymétrie et «grimaces»)
- VIII (cochléo-vestibulaire, trouble audition et vertige)
- IX (glosso-pharyngien, trouble déglutition)
- X (vague, aphonie/voix bitonale)
- XI (accessoire, motricité trapèze/SCM)
- XII (hypoglosse, motricité langue)

Grands syndromes ->

- sd cérébelleux (ataxie, hypermétrie, dysarthrie)
- sd vestibulaire (vertige, nystagmus, Romberg latéralisé)
- sd pyramidal (RCP en extension, spasticité, ROT vifs/polycinétiques, déficit moteur)
- sd extra-pyramidal (tremblement repos, akinésie, roue dentée)
- sd méningé (raideur nuque)

Si possible, mettre le patient debout et le faire marcher (trouble équilibre) -> Romberg (debout pied joint yeux fermés) et Fukuda (marcher sur place) **Ne pas faire marcher si contexte de traumatisme du rachis !!**

Traumato : mobilisation active et passive si possible, douleur, force musculaire, déformation, hématome, œdème, trouble neurologique et vasculaire en aval (TRC, froideur, pouls périph), sensibilité, troubles sensitivo-moteurs, critères d'Ottawa

Ophtalmo : couleur de l'oeil (blanc/rouge) et douleur pour classer l'urgence et baisse de l'acuité visuelle (BAV)

Cardio-vasculaire : Auscultation -> rythme des BdC, souffles, bruits surajoutés. Recherche signes d'insuffisance cardiaque (IC) droite et gauche.

ICD = OMI prenant le godet, RHJ, TJ, dyspnée

ICG = râles crépitants +/- sibilants si pseudo-asthme cardiaque

Signes de choc = marbrure, temps de recoloration cutanée (TRC <3s), froideur des extrémités

Vasculaire : PP et écouter les souffles artériels. Chercher pâleur/froidure des membres ± dépilation si trouble ancien. Signes de TVP (OMI + douleur mollet)

Pulmonaire : Auscultation -> asymétrie des MV et bruits surajoutés aspect du patient (cyanose sueur pâleur) et bruits respiratoires : crépitants (PNP ou IC), sibilants (asthme, BPCO), ronchis (encombrement muqueux)

Urgence si : Lutte -> tirage des SCM, dépression des creux sus-claviculaire, balancement thoraco-abdominal (BTA). DRA -> cyanose, sueur, pâleur

Digestif : Percussion -> matité ou tympanisme. Palpation -> sensibilité, défense, contracture, organomégalie, signe du flot. Auscultation : chercher les bruits hydro-aériques.

Uro-génital : recherche SFU, si suspicion de PNA faire un ébranlement lombaire. (EL) = taper dans le dos niveau rein, D et G

Homme -> palpation et inspection testiculaire si besoin (/!\torsion testiculaire)

Femme -> date des dernières règles (DDR), écoulement inhabituel

Principaux gestes techniques à faire et à voir .



Gestes à faire :

- Pose de perf
- prise de sang
- sutures
- PL
- ponction d'ascite
- drainage pleural
- pose d'attelle et de plâtre
- Observation et participation à sorties SMUR en ambulance (en fonction des terrains de stage)
- Sondage urinaire
- Méchage
- Drainage d'abcès

Profitez de votre stage aux urgences pour faire des gestes !! Soyez actifs et sollicitez les médecins et paramédicaux pour pratiquer au maximum. Il est dommage (et de plus en plus fréquent) que ce soit en tant qu'interne que les étudiants fassent leur premier geste....

- **Bio** : NFS + plaquettes, BES bilan électrolytique sanguin = ionogramme , bilan rénal (créat + DFG, urémie : si dissociation urée/créat -> IRA, hémorragie dig) +/- bilan hépatique (GGT, PAS, ALAT/ASAT, bilirubine) +/- lipase +/- bHCG +/- D-dimères (suspicion EP) +/- troponine (si Douleur thoracique) +/- CRP (suspicion d'infection) et hémoculture si fébrile. Bandelette urinaire +/- ECBU si SFU

- **Imagerie** : Radio++ // IRM -> cérébrale si suspi AVC (pas toujours facile d'accès) // Radio/Échographie -> sur la traumat, TDM

- **ECG** : lecture selon FRACHI : fréquence, rythme, axe, trouble de conduction/repolarisation, hypertrophie, ischémie

- **Ponction lombaire PL** : si suspicion de méningite (raideur de la nuque, photophobie, céphalées, asthénie, fièvre) /hémorragie méningée et imagerie non contributive

Petit mot du médecin responsable des stages des étudiants aux urg de Trousseau : Réfléchissez aux examens que vous prescririez si vous étiez interne et ce que vous en attendez. Cela vous préparera à votre futur métier et vous permettra de mieux mémoriser vos items. Vous verrez qu'il y a le théorique et les réflexes à avoir pour l'ECN, et la vie des urgences où on est parfois obligés de prescrire plus d'examen pour étayer nos hypothèses et affiner le diagnostic et la prise en charge



Thérapeutiques

Les attentes ne sont pas les mêmes en fonction de l'année d'externat. Globalement, impliquez-vous le plus possible dans la prise en charge de vos patients ça vous aidera à progresser !

Gardes

TOURS :

Pour les urgences adultes Trousseau : Début : 18h30 sur le terrain de stage, en tenue. Il faut aller chercher une tenue complète à la lingerie, attention aux horaires d'ouverture :

- Trousseau : 7h-11h30 et de 12h10-14h50
- Bretonneau : 7h-11h30 et de 12h10-14h50

Nous vous demandons d'arriver à 17h30 pour votre 1^{ère} garde afin que les externes de jours vous montrent le fonctionnement de citrix, et globalement d'arriver un peu avant 18h30 en tenue pour avoir un temps de transmission avec les externes de jours.

Pour les gardes du samedi, le début est à 12h et pour celles du dimanche, elles débutent à 8h30. De même, venir en avance.

2 à 3 médecins de garde, 5 internes de garde.

En circuit court : 3 externes de garde

En circuit long : X externes de garde

Les externes reçoivent les premiers patients et réalisent leur interrogatoire et un examen clinique puis rapportent ce qu'ils ont identifiés à leur interne référent. N'hésitez pas à demander de faire des gestes !

URGENCES PEDIATRIQUES

Debut : 18h sur le terrain de stage

1 medecin, 2 internes

CHATEAUROUX :

Possibilité de gardes d'externes

Mes Notes