SIC-CAFÉ

Suivi d'intervention complémentaire et capsule de formation écourtée

RÉSUMÉ

Comme on le sait, aucune chute n'est banale jusqu'à preuve du contraire. Orthostatisme, rhabdomyolyse, échelle de trauma, cela vous dit quelque chose ? Il ne faut pas perdre une chance d'apprendre avec nos expériences.

Vous savez ce que cela prend pour faire une perle ?

La perle doit débuter avec un grain de sable…

Allons-y et trouvons les perles!

Dave Ross

Programme d'amélioration continue des interventions (PACI)

28 octobre 2023

Résumé intervention PCI-SAD

- Appel logé au 911 pour une dame âgée de 73 ans;
- La patiente demeure en domicile privé et est autonome dans les AVQ-AVD;
- Elle reçoit de l'aide du CLSC pour les soins d'hygiène personnelle, la mise en place des bas de support et un suivi de son état général en lien avec la médication associée à sa condition d'insuffisance cardiaque;
- L'appel est logé pour une chute décrite comme accidentelle sans blessure;
- Il n'y a aucune plainte de faiblesse, d'étourdissement ou de syncope associée;
- Elle mentionne avoir fait une chute mardi de cette semaine associée à la prise de Tramadol (douleur arthritique, orteils et pieds), elle a ressenti des étourdissements ayant précipité la chute;

Est-ce qu'elle se souvient de tout, avant, pendant et après la chute ? Probablement que oui, mais il est important de demander et aussi de décrire chaque partie pour être certain qu'il n'y a pas eu syncope.

- Elle n'a pas repris sa médication depuis et mentionne que le contexte de la chute actuelle est sans symptôme;
- Le milieu de vie a été adapté par le service d'ergothérapie du CLSC et il n'y a aucune modification des besoins;
- Le mois précédent, elle a été hospitalisée pour investigation de faiblesse et d'état confusionnel aigu, aucune cause métabolique n'a été relevée, pacemaker sans problème, ajustement de la médication effectué;
- Ils ont également remplacé les batteries du pacemaker avant son congé du centre hospitalier;
- SV :
  - TA : 104/70 mmHg
  - FC : 74 bpm
  - Index de choc 0.712
  - FR 18
  - Saturation: 98%
  - Glycémie 6.6 mmol
  - Temp : 36.6 □C
  - Douleur : 2/10

Est-ce qu'une chute de sa hauteur et échelle de trauma vont bien ensemble ?

On réfléchit…

Index de choc (IC) pas trop impressionnant, mais elle prend peut-être un médicament qui rend l'IC moins fiable ?

- Antécédents : hypercholestérolémie, insuffisance cardiaque, stimulateur cardiaque (pacemaker) / MCAS avec stent, insuffisance rénale;

- Médication : Atorvastatin, magnésium, potassium, Vitamine D, Furosemide, Métoprolol, Citalopram, Calcium, Pantoprazole, quétiapine, amitriptyline, spironolactone, Premarin vaginal, Tramadol (cessé par la patiente);

Un bêtabloqueur (Métoprolol) pourrait faire en sorte que son IC soit moins fiable, car il empêche une augmentation de la FC.

Aucune histoire de traumatisme crânien secondaire à la chute actuelle, Cincinnati et Van sans particularité;

L'examen de base ne révèle aucune particularité : Tête, cou et torse sans douleur et mention d'aucun changement à la palpation, murmures vésiculaires à l'auscultation sans autres particularités. Examen de l'abdomen sans douleur et téguments secs (à noter qu'au niveau des téguments on a trouvé quelque chose à l'urgence);

- Cardiovasculaire : Pouls radial fort et régulier. Pas de douleur rétro sternale, rythme de pacemaker au monitorage. Pas de faiblesse particulière. Pas d'OMI. Pas de palpitations. Pas de tableau MCAS. Aucun ECG réalisé;
- Aucune blessure relevée au niveau locomoteur;
- Chute / mobilité : Histoire de chute sans traumatisme crânien, chutes à répétition, patiente se déplace avec aide technique (cane et marchette selon le milieu).
    - Au lever et marcher, la patiente se mobilise bien;

Le test de Lever et marcher est essentiel effectivement si on pense orienter le patient ailleurs qu'à l'urgence.

- Deuxième chute cette semaine. Elle a débuté Tramadol mardi (analgésique opioïde). Elle mentionne que cela provoque des étourdissements. La patiente suspecte que c'est le médicament qui a causé la chute mardi, elle a donc cessé Tramadol suite à cet événement. La chute d'aujourd'hui est survenue dans la salle de bain. Elle mentionne avoir glissé au sol, appuyée au mur alors qu'elle a raté la toilette en retirant son sous-vêtement pour s'asseoir;
- Fragilité : 6 - Modérément fragile - Besoins d'aide pour toutes les activités extérieures et pour tenir maison. Problèmes avec les escaliers, le bain;
- Test d'orthostatisme non fait.

Histoire de chute et si on trouvait de l'orthostatisme important, est-ce que cela nous amènerait plus loin pour chercher une cause ? Exemple, médication, perte de sang occulte…

Elle a eu des chutes après épisode d'étourdissement donc chute non accidentelle. L'orthostatisme peut en être la cause (et la médication).

Plan

- L'équipe propose un maintien à domicile avec une visite infirmière prévue le lendemain matin;

Appel de suivi de l'infirmière SAD

- Au suivi, la visite n'a pas lieu puisque la patiente a été transportée par ambulance à la suite d'une nouvelle chute dans la salle de bain le matin de la visite infirmière,

Allons voir à l'hôpital…

Triage

- TA 87/51
  - Reprise 105/66
- FC 76
- FR 16
- Sat : 99% à l'air ambiant
- Temp : 36,7 rectal
- Syncope x 2-3 semaines
- 4e chute ce jour
- Ecchymoses multiples côté gauche
- Abrasions
- ECG demandé (interprétation non retrouvée)

Depuis 2 à 3 semaines ? Plus inquiétant que dans notre histoire. Est-ce que cela a débuté après l'hospitalisation il y a un mois ? Est-ce qu'il y a eu changement de médication ? Pour ce qui est des ecchymoses il est possible qu'elles soient apparues plus tard ?

On va voir plus tard si l'ECG est important pour cette patiente.

Notes médicales

- Perte de conscience
  - Depuis 3 semaines, quelques épisodes de lipothymies ainsi que des chutes avec prodrome d'étourdissements
- Mention d'un Impact crânien à quelques reprises

Histoire plus inquiétante que ce qu'on avait effectivement. Il ne faut pas s'en étonner. Notre clientèle est difficile à questionner et les réponses peuvent être vagues. De là l'importance de répéter si on a des réponses vagues et de faire préciser.

On en reparle plus tard.

Examen physique (trouvailles positives seulement)

- Douleur à la fesse gauche, au dos, bas du thorax, à la mâchoire, au flanc gauche antérieur et à la fesse droite
- Hématome mâchoire droite, bras droit, flanc gauche antérieur et fesse droite

Examens paracliniques

- Scan cérébral : normal
- Radiographie poumon et thorax :
  - Fracture des côtes 7, 8, 9 et 10 au niveau axillaire
  - Fracture des côtes 6,7,8 et 9 en postérieur gauche
  - Pas de pneumothorax ou hémothorax
- Scan abdominal et pelvien :
  - Hématome fessier gauche 13,7 X 5,7cm et 2 cm d'épaisseur

Impressions diagnostiques

- Anémie sévère secondaire à l'hématome fessier important
  - On ne sait pas de notre côté si l'anémie était aussi présente avant l'hospitalisation, mais il semble que non
- Syncopes à répétition chez patiente avec sténose aortique sévère
- Hypotension orthostatique
- Fractures costales multiples

On vous réfère au Café # 39 qui est sur le site web du préhospitalier « syncope et sténose aortique ».

On s'inquiète souvent des traumatismes crâniens suite aux chutes, mais les fractures de côtes ne sont pas à négliger. L'insuffisance respiratoire, une hospitalisation plus prolongée, la mortalité plus élevée en sont quelques enjeux.

- Insuffisance rénale aiguë sur un fond d'insuffisance rénale chronique

On en profite pour mentionner que les chutes et le fait d'être au sol de façon prolongée peuvent entrainer une destruction des cellules musculaires (rhabdomyolyse) et que les protéines qui sont relâchées (myosines) peuvent causer une insuffisance rénale aiguë. Cette insuffisance rénale et le relâchement en circulation de potassium suite à la rhabdomyolyse (hyperkaliémie) peuvent causer des arythmies sévères (TV/FV).

Traitement et évolution

- Hospitalisation
- Transfusion sanguine
- Analgésie
- Diminution des diurétiques (furosémide)
- Relocalisation du domicile privée vers RPA avec aide

À retenir PIN[1]

- Il est important de questionner afin d'avoir un tableau précis avant de penser à une réorientation possible après une chute.
    - Si la situation n'est pas claire, pour la chute pour laquelle on est appelé ou pour les chutes antérieures, il est mieux d'investiguer et transporter.
    - Entre autres, il faut s'assurer qu'il n'y a pas eu de perte de conscience (épisode dont le patient ne se souvient pas) avant la chute, pendant la chute (souvent au moment de l'impact) ou après la chute.
        - C'est comme un film et s'il manque un bout, on n'est pas satisfait.
- Les chutes à répétitions sont rarement accidentelles.
    - Il y a souvent un facteur aggravant la condition de base du patient.
- L'orthostatisme peut être la cause et il doit être recherché sur toutes les chutes non accidentelles pourvu qu'elles soient vraiment accidentelles. On doit aussi le rechercher s'il y a chutes répétitives. Voici quelques informations sur l'hypotension orthostatique (HO) provenant d'un article intéressant[2] et *j'ajoute quelques réflexions*:
    - L'HO est définie comme une diminution de la pression artérielle d'au moins 20 mmHg pour la pression artérielle systolique ou de 10 mmHg pour la pression artérielle diastolique après 3 minutes suivant le lever d'une position couchée.
    - La prévalence de l'hypotension orthostatique est d'environ 6 % dans la population générale, mais augmente de façon exponentielle avec l'âge, allant de 10 à 30 %, voire 55 % dans les études réalisées sur des populations plus âgées.
    - L'action de se lever constitue un défi pour la physiologie humaine : sous l'effet de la gravité, en quelques secondes, 500 à 700 ml de sang migrent du haut du corps vers les veines des membres inférieurs et la circulation de l'intestin.

[1] PIN : Pour Imprégnation neuronale (c'est un rappel à moi-même)
[2] Joseph A, Wanono R, Flamant M, Vidal-Petiot E. Orthostatic hypotension: A review. Néphrologie & Thérapeutique. 2017;13:S55-S67

- *Ainsi Ross réfléchit :*
  - *Pour notre patiente qui avait une anémie sévère (moins de transport d'oxygène), une chute de pression peut facilement rendre le cerveau hypoxique et provoquer des étourdissements, des faiblesses voire des syncopes.*
  - *Elle avait aussi une sténose aortique qui diminue la perfusion cérébrale si diminution soudaine de la pression.*

- Chez de nombreux patients, l'hypotension orthostatique peut être totalement asymptomatique.
  - *Ainsi, Ross réfléchit :*
    - *Si on fait cela à tous nos patients alors qu'il n'y a pas de raison, on risque d'en trouver beaucoup sans qu'on sache vraiment quoi faire avec cela.*
      - *Il faut néanmoins les informer pour que leur médecin de famille soit au courant.*
        - *Par exemple, cela pourrait influencer une augmentation trop « musclée » de la médication antihypertensive si l'HO persiste.*
    - *Cependant, avec une chute, surtout si non accidentelle, il faut absolument effectuer le test.*
    - *La même chose s'il y a fatigue anormale ou étourdissement au lever.*
- Une HO doit être recherchée de manière répétée chez les patients ayant déclaré des chutes, en particulier chez les patients âgés.
  - *Ainsi Ross réfléchit :*
    - *Pour les paramédics impliqués dans une offre de service de paramédecine communautaire, la visite de l'infirmière plus tard devrait aussi faire l'objet du test même si ce dernier était négatif lors de la visite initiale.*
- Certains médicaments sont plus à risque de causer une HO comme les bêtabloquants, les alphabloquants (prescrits soit pour l'hypertension, soit pour l'hypertrophie de la prostate) et les diurétiques (*notre patiente prenait du furosémide*).
  - *Ainsi Ross réfléchit :*
    - *Si un médicament a été modifié dans le dernier mois, on peut vérifier auprès de son pharmacien si sa médication peut en être la cause (effet primaire, secondaire ou à cause d'une interaction médicamenteuse).*

- *Même si le patient ou les proches mentionnent qu'il n'y a pas eu de changement, si le patient a été hospitalisé dans le dernier mois, cela vaut la peine de s'informer auprès de son pharmacien et vérifier si c'est vraiment le cas.*
    - *Cette information est intéressante pour le personnel hospitalier.*

Ce qui suit ne provient pas de l'article sur l'HO.

- Les chutes avec patients au sol de façon prolongée peuvent apporter des complications comme une rhabdomyolyse[3]. On ne sait cependant pas après combien de temps. Certains protocoles de prise en charge de chute mentionnent qu'après 2 heures au sol, le patient devrait être transporté à l'urgence.
    - Cela dépend aussi de la compression d'un membre empêchant ou non la circulation sanguine.
    - Lorsqu'on vérifie pour une raison ou une autre les signes et symptômes d'infection urinaire, il faut toujours demander la couleur.
        - En prime, en présence de rhabdomyolyse, dans quelques cas (10%), mais si nous l'avons ceci est classique, nous allons retrouver une urine plus foncée (rouge à brune, « couleur thé », « couleur cola »).
- Lors de chute, il est important de vérifier non seulement s'il y a eu perte de conscience, mais, aussi s'il y a eu étourdissement ou faiblesse avant la chute, et ceci, même si elle semble accidentelle.
    - Si présence d'étourdissement ou faiblesse avant la chute, la chute n'est probablement pas seulement accidentelle.
- Le Tramadol n'est pas inoffensif.
    - Souvent les patients ne savent pas que ce médicament se comporte comme la morphine et peut provoquer des instabilités à la marche.
- Cette patiente prend des diurétiques :
    - Ces médicaments peuvent provoquer une perte de potassium (hypokaliémie) ou de magnésium.
        - La diminution de ces électrolytes peut causer des arythmies sévères.
        - À l'ECG, on peut voir un QTc prolongé.
            - On peut voir le QTc sur l'interprétation informatique.

[3] Kodadek L, Carmichael Ii SP, Seshadri A, Pathak A, Hoth J, Appelbaum R, et al. Rhabdomyolysis: an American Association for the Surgery of Trauma Critical Care Committee Clinical Consensus Document. Trauma Surg Acute Care Open. 2022;7(1)

- Lorsqu'il dépasse 500 ms, c'est plus inquiétant.

Fréq. vent. :	51
Durée P :	110 ms
Intervalle PR :	176 ms
Durée QRS :	106 ms
QT/QTc :	464/427 ms
Axe P-R-T :	60 66 48

Ancienne chute = chutes répétitives

- On n'oublie pas la documentation qui est importante.
  - La présence d'ecchymoses, d'abrasions peut être en relation avec la chute pour laquelle on a été appelé comme cela peut nous faire suspecter une ancienne chute.
- Avant de quitter les lieux si le patient est orienté ailleurs qu'à l'urgence, il est important de voir s'il est capable de se mobiliser comme d'habitude avec ou sans aide à la marche en faisant le test de lever et marcher ou, s'il se déplace avec un fauteuil roulant, d'effectuer les transferts pour utiliser son fauteuil comme il ferait habituellement. À moins que le patient soit pris en charge dans son milieu, de vérifier les moyens de transports possibles pour se rendre, par exemple, dans une clinique.

J'oubliais qu'on devait parler de l'échelle de trauma. Une chute de sa hauteur ne doit jamais être associée à un trauma isolé. Il s'agit de la principale cause de mortalité causée par un traumatisme chez nos ainés. L'étape 4 avec un patient de 55 ans et plus avec une TAS < 110 mmHg détermine un facteur de risque surtout si le patient, comme pour la plupart de cette clientèle, est connu pour hypertension.

4e étape	Évaluer les besoins particuliers du patient
	• Patient de 55 ans et plus avec TAs < 110 • Patient âgé de 15 ans et moins • Patiente enceinte de 20 semaines ou plus • Patient AVEC anticoagulothérapie (tous meds qui affectent la coagulation sauf AAS) ou troubles hémostatiques

Je profite de l'occasion pour remercier le paramédic responsable de la qualité et la formation en paramédecine communautaire Éric Charland qui m'aide à préparer ces cafés en révisant le rapport des paramédics et ma nouvelle alliée, mais une collègue du préhospitalier depuis toujours, Dre Karyne Amyot qui m'aide en révisant les dossiers hospitaliers et à vous donner des informations pertinentes.

On garde le focus !

Autres cafés reliés au sujet
Numéros : 17-33 et 34
Site web extranet :
https://www.prehospitalierquebec.ca/