



SIC-CAFÉ

Suivi d'intervention complémentaire
et
capsule de formation écourtée

RÉSUMÉ

Une patiente de 85 ans effectue le 911 pour une douleur au cou et à l'épaule. Priorité 7 banale ? Chers usagers, vous nous surprenez souvent...

Dave Ross

Programme
d'amélioration
continue des
interventions (PACI)



Résumé d'intervention

- **Appel 911**

- Femme de 85 ans
- Déterminant
 - 26A8 - Personne Malade (Diagnostic Spécifique) - Autre douleur (pas niveau OMEGA)
- Priorité 7
- Raisons de l'appel :
 - Douleur au cou et épaule;

- **Antécédents**

- MCAS
- Cancer du sein
- Reflux gastro-œsophagien
- Arthrose
- Anxiété
- Zona

- **Social**

- Elle habite dans son domicile;
- Elle a un médecin de famille;
- Elle doit s'occuper de son mari TNC et de son fils qui habite au sous-sol avec multiples problèmes de santé récents ;
 - Fracture du bassin et bras suite à une chute dans les escaliers;

- **Rx :**

- Asaphen
- Citalopram (antidépresseur)
- Dexilant (inhibiteur de la pompe à protons)
- Oxazépam
- Trazodone (antidépresseur qui peut agir comme somnifère aussi)
- Denusumab (anticorps monoclonal pouvant agir dans les néoplasies)

Hum !
Réflexion?

C'est notre réalité
maintenant! La
proche aidante de son
mari et fils est notre
patiente.

- **Histoire**

- Patiente présente depuis hier une douleur au niveau du cou du côté droit et à l'épaule droite;
 - Au niveau du thorax, dos et au niveau du flanc droit également;
- Pas de chute ni de trauma;
- Peau très sensible;
- Spasmes présents au même site que la douleur, d'avantage à la mobilisation;
- Peau serait plus rouge;
- Patiente aurait eu les mêmes symptômes lors d'une crise de zona en 2000 et pensait même à ce diagnostic hier;
- Douleur débutée graduellement depuis 2 jours, mais augmentée depuis hier;
 - Stable depuis ce temps;
- Tylenol prit de façon irrégulière, mais soulage très peu;

Comment a
commencé sa
douleur ?

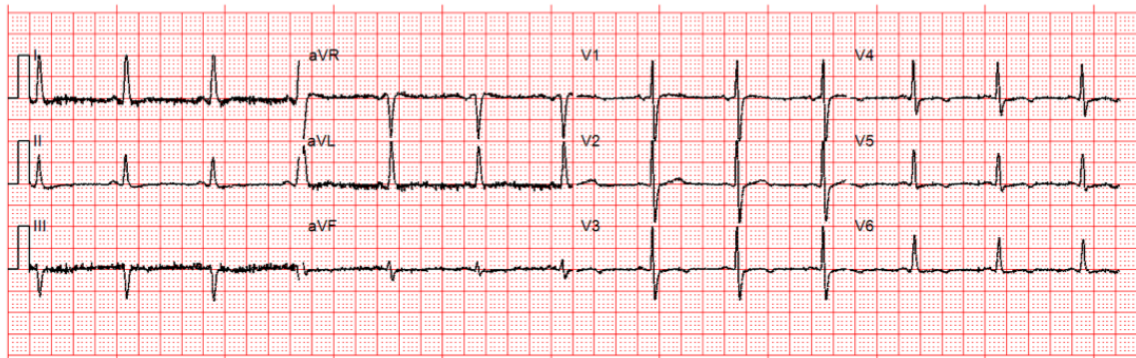
Comment ces
informations
peuvent-ils
nous aider,
mais aussi nous
distraindre??



- S'alimente et s'hydrate normalement;
- Aucune nausée ou vomissement;
- Aucune douleur thoracique suspecte d'étiologie cardiaque.
- MDSA: rythme sinusal régulier
- ECG 12D: Normal, sans particularité, tentatives échouées pour télémetriser l'ECG.
 - ECG a été retrouvé dans mes courriels:

NOM DU PATIENT : _____ FC : 75 BPM Anormal résultat pour 40+ femme
ID DU PATIENT : PATIENT 3355 Intervalle PR : 132 ms Rythme sinusal
AGE DU PATIENT : 85 Durée QRS : 97 ms Anomalie des ondes T non spécifique
SEXU DU PATIENT : FEMME QT/QTc : 370/414 ms
ID APPAREIL : PRET 30755 Axe P-R-T : 16 1 -12
ENREGISTRE : 2022-07-10 13:24:46

2022-07-10 13:24:46



25 mm/s 10 mm/mV 0.52-150 Hz, ECG x1

La taille de la grille est 0,2 s x 0,5 mV

- **Signes vitaux**

- TA : 119/72
- FC : 79
- FR : 18
- Temp : 36,7°
- Sat : 94%
- Douleur : 5/10

- **Examen**

- Systémique
 - BEG
 - Patiente se déplace devant le PCI sans problème;
 - Autonome AVQ AVD.;
 - Patiente se dit anxieuse+++ tous les jours depuis quelques mois :
- Tête
 - Non fait
- Cou
 - Douleur côté droit du cou irradiant vers l'épaule droite et trapèze ;
 - Douleur légère selon la patiente;
 - Mouvement normal du cou;

Est-ce que cet ECG peut nous aider ? Important de l'avoir dans le rapport même s'il n'aide pas.

Qu'est-ce qui diminue ou augmente sa douleur ? La « respirophasie » nous dit quelque chose ?



- Torse
 - Murmures vésiculaires normaux;
 - Douleur au niveau du flanc droit (précisément sur la limite entre le dos et les côtes) qui commence au niveau sein droit et se termine avant la crête iliaque droite;
 - Légère coloration rougeâtre de la peau à cet endroit;
 - Douleur augmente +++ lorsque le PCI effleure la peau et à la mobilisation;
 - Antécédent de zona et patiente mentionne que la douleur est très similaire à sa dernière crise de zona;
 - Au repos, aucune douleur, mais présente à la mobilisation à 5 sur 10, sous forme de spasmes;
 - Aucune douleur thoracique;
- Abdomen
 - Aucune douleur;
 - Aucune défense;
- Tégument
 - Tel que mentionné précédemment;
- Autres
 - Respiratoire
 - Au repos, aucune dyspnée ou tachypnée;
 - À la mobilisation, la douleur provoque une légère tachypnée jusqu'à 22/minute, mais mentionne que c'est seulement à cause de la douleur pour laquelle elle a appelé;

Tellement important l'examen de base pour inclure ou exclure une pathologie qu'on ne pourrait suspecter autrement.

• Conduite

Tellement important. Merci !

- Discussion avec la patiente sur sa situation qui est anxieuse +++ en lien avec conjoint et fils;
- Organisation du transport avec sa fille pour rendez-vous en clinique le même jour;

• Suivi < 24 heures :

- Patiente s'est présentée à l'urgence postclinique;
- Appelle à l'observation et on confirme que la patiente est à l'urgence;
- Suivi sera fait à partir du CH;
- Fermeture du dossier paramédecine;

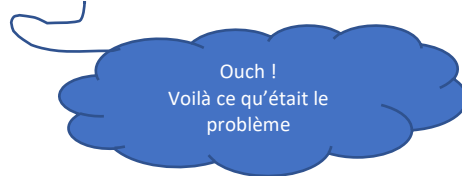
• Urgence

- Triage
 - SV à peu près identique, mais saturation 92%;
 - Douleur côté droit de l'épaule à crête iliaque;
 - Patiente orientée directement en observation;
- Examen du médecin de l'urgence
 - Histoire (en partie)
 - Douleur en aiguille, hypocondre droit et flanc droit;
 - Débuté soudainement au repos;
 - Se sent essoufflé à cause de la douleur;
 - Examen
 - Douleur hypocondre droit;

Ceci ressemble à la « respirophasie » qui n'est pas une secte que j'ai inventée. On en reparle plus tard...



- Murphy positif;
 - Reste de l'examen sans particularité;
- Impression :
 - Cholécystite;
 - Colique néphrétique plus ou moins;
 - Éliminer embolie pulmonaire (diminution de la saturation, essoufflement), Wells 1 (néoplasie)
 - Cause cardiaque moins probable;
- Conduite
 - Analgésie;
 - Échographie abdominale;
 - Analyse et culture d'urine;
 - Bilan de base avec d-dimères;
- **Hospitalisation**
 - Résultats :
 - Échographie abdominale qui démontre une légère distension des voies biliaires avec des lithiases;
 - Cependant pas de signe de Murphy avec l'échographie;
 - Angioscan démontre une embolie pulmonaire segmentaire au niveau du lobe inférieur droit
 - Conduite :
 - Héparine;
 - Anticoagulothérapie;
 - Évolution :
 - Résolution de la douleur pleurétique;
 - Patiente évolue bien et a congé 4 jours plus tard;
- **Conclusion et discussion**
 - Décidément, notre clientèle est tout à fait surprenante et merveilleuse;
 - Elle nous fait travailler le cerveau de façon à nous faire évoluer à la vitesse grand V dans notre nouvelle offre de service;
 - Lorsqu'on regarde le tout en rétrospective, on voit que la douleur était vraiment secondaire à l'embolie pulmonaire;
 - Cependant, pas beaucoup de choses pour nous orienter vers cette pathologie qu'il faut absolument trouver;

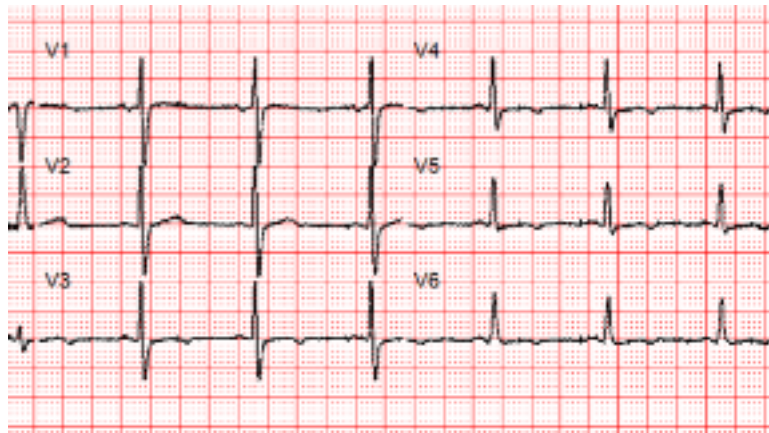




Est-ce qu'il y avait une alarme quand on regarde l'intervention de façon rétrospective, assis tranquille, en prenant un café ?



- À part mes réflexions en nuages;
- J'aimerais pouvoir vous dire qu'il y avait une alarme afin qu'on ait quelque chose à se mettre sous la dent, mais, de toute évidence, la patiente n'a jamais lu les mêmes textbooks que nous;
- Essayons de voir quand même:
 - L'électrocardiogramme ne nous aide pas beaucoup sauf les inversions de l'onde T de V 3 à V 6



- - Mais absolument rien d'autre qu'on pourrait suspecter avec l'électrocardiogramme tel que (ref :Life on the fast lane¹):
 - Tachycardie sinusale;
 - Un bloc de branche droit complet ou incomplet;
 - Une déviation axiale droite;
 - Une onde R dominante en V1;
 - Ici j'avoue qu'on l'a presque;

¹ <https://litfl.com/ecg-changes-in-pulmonary-embolism/>



- Une onde P plus haute ($> 2,5\text{mm}$);
- S1Q3P3
- Une tachyarythmie auriculaire (FA, flutter, tachycardie auriculaire);
- Changement non spécifique du segment ST ou de l'onde T (onde T qu'on a vu précédemment (il aurait fallu avoir un électrocardiogramme antérieur pour comparer ces inversions de l'onde T);
- Est-ce que nous aurions pu documenter un peu plus la douleur c'est-à-dire : Est-ce que la douleur par exemple est « respirophasique » ?
 - La douleur respirophasique est en lien avec une pleurétique secondaire tel qu'on peut retrouver avec une embolie pulmonaire.
 - Une douleur qui peut être modifiée par la respiration (ex : augmentée par l'inspiration profonde) et c'est probablement pour cela que la patiente se sentait plus essoufflée lorsqu'elle avait de la douleur;
 - La douleur, probablement, lui « coupait le souffle »;
 - Le fait que la douleur a débuté soudainement au repos peut nous laisser suspecter un problème d'origine vasculaire et non musculaire;
 - J'avoue, mais le fait que la douleur subite au repos, laisse suspecter un problème obstructif qu'il soit vasculaire ou au niveau de tubules comme nous retrouvons dans les voies biliaires ou rénales;
 - La revue de sa médication (denusumab) nous laisse suspecter que la patiente a probablement des métastases ou des regains de son cancer du sein, ce qui est un facteur de risque d'embolies qui est à calculer avec par exemple les critères de Wells² comme l'a fait le médecin à l'urgence. Mais même ici, la possibilité d'une EP était faible avec un score de 1.

Ross!!
C'est facile
de dire ça
maintenant.

J'arrête ici mes collègues PCI-SAD. Cette situation clinique nous montre encore une fois où nous avons décidé d'effectuer notre première offre de service de ce type. Il faut s'imprégner de tout ce qu'on peut afin d'évoluer dans cette offre comment essentielle pour nos usagers.

Merci pour tout !

² <https://www.mdcalc.com/calc/115/wells-criteria-pulmonary-embolism>

