

Cas Clinique

Mr H.

Les rendez-vous de l'urgence : éthique
17/05/2017



Dr Pinot-Fassler A.



11/04 - 20h07

- Appel transmis par le CTA
 - Mr H., 87 ans
 - Retrouvé au sol, inconscient, ronfle
 - Notion de perte d'urine
 - Atcd d'AVC
- Envoi VSAV

Bilan VSAV

11/04 - 20h22

- Demande de renfort médical devant un patient inconscient, glasgow 3 de 87 ans qui respire

SMUR sur les lieux

11/04 - 20h31

- HDM :
 - Dernier contact 11h
 - Retrouvé dans la salle de bain vers 20h, inconscient, perte d'urine

Interrogatoire

- Atcd : HTA, arythmie, AVC, Insuf rénale chronique stade 1, HBP, hernie inguinale
 - Notion de malaise sur pic HTA il y a 4j, bilanté au NHC
 - INR du 10/04 : 2,8
- Ttt : Previscan, Flécaïne, Avodart, Témérit

Clinique

- Paramètres :
 - FR 14, Sat 94% AA, 100% sous 6L/min
 - FC 85, TA 15/9 sym
 - Gly 2,49, Temp 36,2

Clinique

- Cardio, abdo sp
- Ronchi base droite
- Neuro :
 - Perte d'urine, pas de morsure de langue
 - Pas de signe d'impact crânien
 - Trouble de la conscience : GSC 3 (Y1, V1, M1)
 - Pas de signe de localisation
 - Pupilles intermédiaires, symétriques, réflexe photomoteur présent
 - ROT faibles mais symétriques
 - BBK bilatéral
- ECG : ACFA (connue)

Quelle principale
hypothèse diagnostique
évoquer?

- Hypothèse principale : Accident Vasculaire Cérébral

Quelle prise en charge
optimale pour le patient?

- **Éléments d'aide à ma propre décision**
 - Patient de 87 ans, mais entièrement autonome à domicile : vit seul, 1 aide ménagère à domicile 2x/sem
 - Peu d'antécédents
 - Profondeur du coma : glasgow 3
 - Probable inhalation au vu de l'auscultation pulmonaire

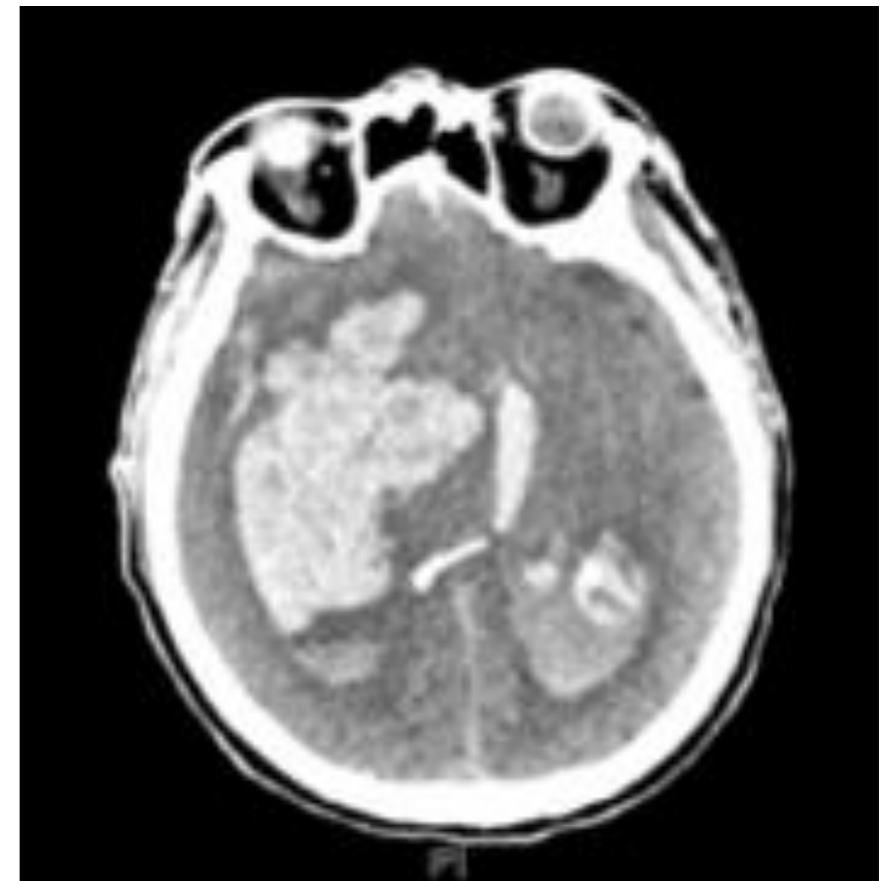
Prise en charge

- VVP
- Oxygène
- IOT avec induction à séquence rapide
- Transport direct vers scanner pour TDMc puis admission en réanimation chirurgicale HTP

- **Auriez vous fait de même??**

Devenir du patient

- TDM cérébral : volumineux hémātome intra-parenchymateux lobaire fronto-temporal droit avec hémorragie sous arachnoïdienne front-pariétale homolatérale, compliqué d'inondation hémorragique tétraventriculaire et d'un engagement sous falcoriel et temporal droit.



Devenir du patient

- Pas de geste neurochirurgical préconisé
- Passage en mydriase bilatérale aréactive à 23h avec abolition de tous les réflexes du tronc
- Encéphalogramme de 30 min confirme mort encéphalique le 12/04/2017

Devenir du patient

- Récusé du prélèvement d'organe devant bilan hépatique et rénale
- Après explication claire et loyale aux proches, patient débranché en présence de la famille le 12/04/2017