

État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces concernant la prise en charge du coup de chaleur d'exercice (CCE) à la phase aiguë

Type de contenu : Texte

Type de médiation : b

Type de support : Ressource dématérialisée

Titre(s) : État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces concernant la prise en charge du coup de chaleur d'exercice (CCE) à la phase aiguë / Thomas Gasc ; sous la direction de Bertrand Lavenir

Est reproduit comme : État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces concernant la prise en charge du coup de chaleur d'exercice (CCE) à la phase aiguë Thomas Gasc 2021 1 vol. ([30]-37 f.)

Auteur(s) : Gasc, Thomas (1992-....)

Autre(s) auteur(s) : Lavenir, Bertrand (1982-....)

Aix-Marseille Université 2012-....

Aix-Marseille Université Faculté des sciences médicales et paramédicales 2018-....

Production : 2021

Note sur le titre et les responsabilités : Titre provenant de l'écran-titre

Note de thèses et écrits académiques : Thèse d'exercice Médecine. Médecine générale Aix-Marseille 2021
Mémoire de DES Médecine. Médecine générale Aix-Marseille 2021

Résumé ou extrait : Introduction : le coup de chaleur d'exercice est défini par des troubles de la conscience allant de la confusion au coma, associés à une hyperthermie habituellement supérieure à 40 °C dans le cadre d'un exercice intense. Intéressant les armées depuis l'Antiquité, cette pathologie engageant le pronostic vital se rencontre de plus en plus dans les milieux civils avec le développement du sport de masse. Les apports récents de la littérature ont bouleversé la connaissance de la physiopathologie et ont introduit un « gold standard » de prise en charge. Il est nécessaire de refroidir le patient au plus vite et massivement (si possible par immersion dans l'eau froide, à défaut dans l'eau à température ambiante) en monitorant la température par voie intra rectale. En effet la morbi-mortalité est directement liée au temps passé en hyperthermie maligne. Avec une prise en charge efficace, la mortalité est nulle et les complications exceptionnelles. Notre étude vise à déterminer les freins à la mise en place du traitement optimal sur le terrain, en s'appuyant sur une étude des connaissances et des pratiques des médecins des forces. Matériel et méthode : un questionnaire envoyé aux médecins des forces a permis de recueillir 84 réponses sur les connaissances théoriques, 42 réponses de praticiens ayant déjà pris en charge un CCE et 15 protocoles de prise en charge d'unité médicales militaires. Résultats : concernant la partie théorique,

l'analyse retrouve la définition exacte du coup de chaleur d'exercice chez 47,6% (n=40/84) des répondants. La prise en charge optimale est connue chez 46,4% (n=39) des médecins. 84,5% (n=71) recommandent la mesure de la température intra rectale. Le refroidissement ne doit pas être retardé par une manœuvre réanimatoire chez 84,5% (n=71) d'entre eux, doit être le plus rapide possible chez 76,1% (n=68) des praticiens, et ne laisse la place à aucune drogue chez 89,2% (n=75). Si 77,3% (n=65) connaissent la modalité la plus efficace de refroidissement, seulement 28,6% (n=24) savent que l'immersion dans l'eau à température ambiante est le moyen le plus efficace en première alternative à l'immersion dans l'eau froide. En pratique, seulement 14,3% (n=6/42) des cas décrits ont été immergés dans l'eau froide et 4,8% (n=2) dans l'eau à température ambiante à défaut d'eau froide disponible. Dans 50% des cas (n=21) la température a été mesurée par voie intra rectale. 90,6% (n=29/32) des médecins ayant décrit une prise en charge imparfaite répondent qu'un manque de logistique adéquate a empêché de refroidir le patient de manière optimale. Par ailleurs, la prise en charge a été initiée avant l'arrivée du médecin sur les lieux dans 66,7% des cas (n=28/42), et par un personnel para ou périmédical (infirmier ou auxiliaire sanitaire) pour 71,4% d'entre eux (21/28). Le refroidissement a été initié pour 67,9% des patients (n=19/28) Parmi ceux-ci 26,3% (n=5/19) ne bénéficiaient pas de la présence d'un professionnel de santé. Parmi les patients pris en charge mais non refroidis à l'arrivée du médecin, on relevait la présence d'un personnel para ou périmédical chez 66,7% (n=6/9). Concernant les protocoles de prise en charge en unité ou en pré-hospitalier, 46,7 % (n=7/15) mentionnent des signes non spécifiques pour le diagnostic, 26,7 % (n=4/15) préconisent la mesure de la température par voie tympanique (et la même proportion ne précise pas le site de mesure), 20 % (n=2/15) ne mentionnent pas l'immersion, et enfin 6,7% (n=1/15) préconisent l'utilisation de paracétamol. Conclusion : globalement plutôt bien connue en théorie, la prise en charge des coups de chaleurs d'exercice à la phase aiguë dans les armées françaises est donc améliorable principalement par la diffusion de protocoles de prise en charge optimale et la mise à disposition de moyens logistiques adaptés en fonction des circonstances de survenue. Il appartient aux médecins d'anticiper cette situation d'urgence en formant les paramédicaux, primo-intervenants principaux, mais également en anticipant une logistique adéquate.

Configuration requise : un logiciel capable de lire un fichier au format : PDF

Sujet - Nom commun : Coup de chaleur
Médecine du sport
Premiers soins

Forme, genre ou caractéristiques physiques : Thèses et écrits académiques

Adresse électronique et mode d'accès : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03270955>
https://www.gedissa.org/main/document/showinframes.php?cidReq=BCSSA&id_session=0&gidReq=0&gradebook=0&origin=&id=139819