

Occlusion intestinale aigue

ESC_DI_006_Overview

Aperçu général

Durée du scénario	:	12 à 15 minutes.
Public cible	:	Étudiants de médecine, internes et résidents.
Résumé	:	Patiente de 25 ans, ayant un antécédent de moelena, se présentant pour un syndrome occlusif clinique, sur une tumeur sigmoïdienne.
Objectifs critiques	:	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Poser le diagnostic positif,<input type="checkbox"/> Chercher les signes de gravité,<input type="checkbox"/> Éliminer les diagnostics différentiels,<input type="checkbox"/> Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,<input type="checkbox"/> Considérer les examens complémentaires.

Occlusion intestinale aiguë

ESC_DI_006_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	26 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 64 Kg, Taille = 176 cm
SF	:	douleurs abdominales
Début	:	quelques jours
Signes associés	:	vomissements
Mode d'admission	:	urgences
Signes critiques	:	arrêt des matières et des gaz

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	un épisode de moelena
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 26 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 95%			
Fonction circulatoire	:	FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pas de pâleur, auscultation normale, pli de déshydratation			
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles isocores			
Examen somatique	:	météorisme abdominal, tympanisme TR : doigtier souillé de sang et de selles			
Glycémie	:	0,9 g/L	Température	:	37,4 °C

Occlusion intestinale aiguë

ESC_DI_006_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Appareil ECG
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique
<input type="checkbox"/> Défibrillateur

Drogues
<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> ATB
<input type="checkbox"/> Antiémétique

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué masculin
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : sénior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : mère du patient

Occlusion intestinale aigue

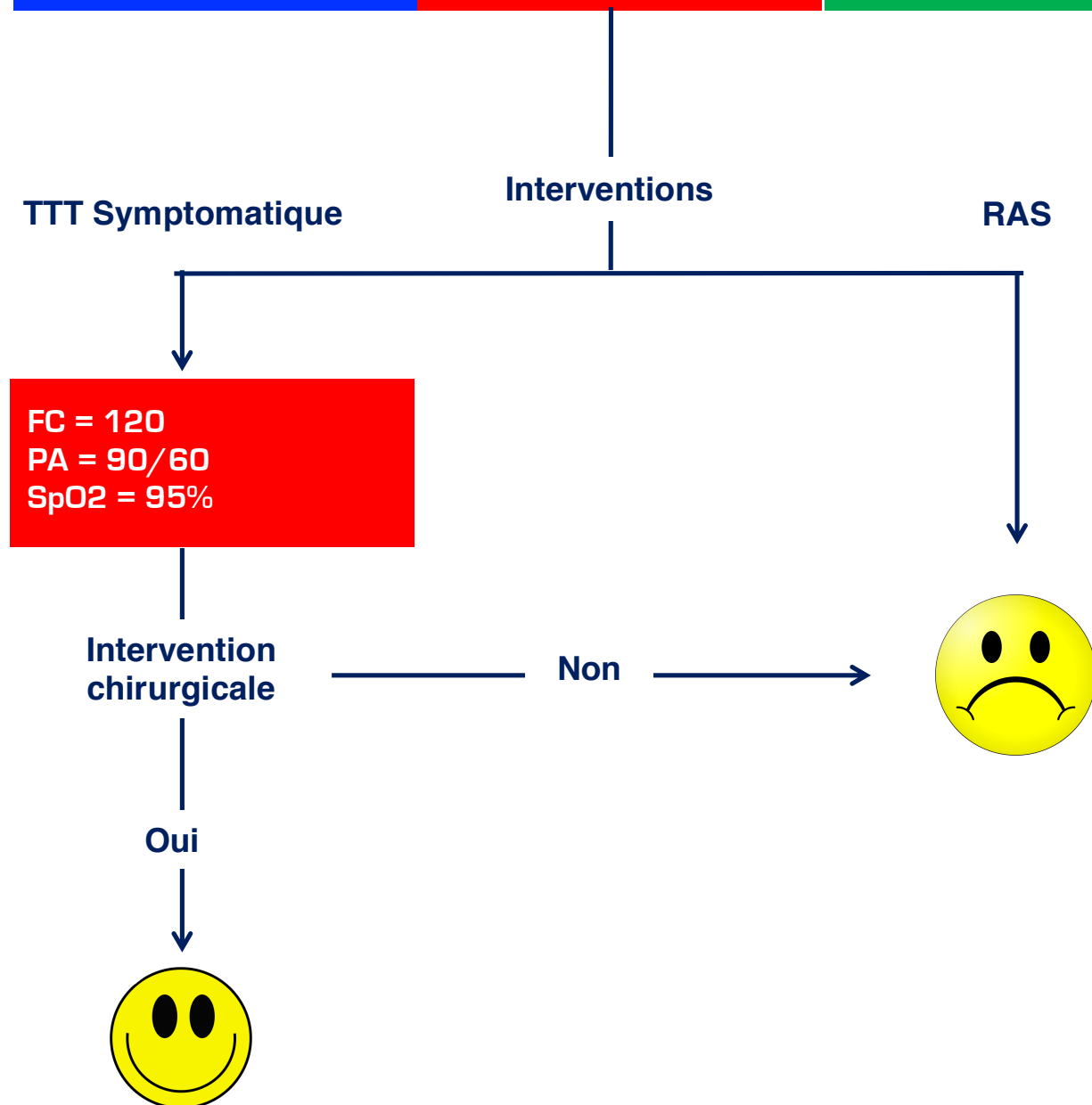
ESC_DI_006_Scénario

Baseline

FR = 26
SpO2 = 95%
EtCO2 = 30

FC = 146
PA = 90/60

GCS = 15/15
Pupilles isocores



Occlusion intestinale aigue

ESC_DI_006_Programmation

Baseline

FR = 26 c/min, SpO2 = 95%, pas de cyanose, pas de râles

FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pas de pâleur, auscultation normale

EtCO2 = 30 mmHg

GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles isocores

Critical

Détresse circulatoire

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Stabilisation hémodynamique et respiratoire

Occlusion intestinale aiguë

ESC_DI_006_Debriefing

Fiche

- L'occlusion intestinale aiguë est une urgence fréquente qu'il faut savoir évoquer cliniquement devant un tableau associant, de façon variable, douleurs abdominales, vomissements et arrêt du transit,
- Le tableau est souvent incomplet au début du syndrome, mais cela ne doit pas en faire minimiser la potentielle gravité,
- Le diagnostic est confirmé par les radiographies ASP, montrant des niveaux hydro-aériques et précisant le niveau, grêle ou colon,
- La TDM abdomino-pelvienne a un intérêt diagnostique et étiologique,
- Les causes fonctionnelles (iléus paralytique) restent un diagnostic d'élimination, et la plupart des syndromes occlusifs ont une cause chirurgicale,
- L'examen clinique permet de dicter l'heure de la chirurgie, lorsqu'elle est indiquée : en urgence, en cas de choc, de fièvre, de douleurs spontanées intenses ou de défense abdominale ; ou différée, en cas d'échec du traitement médical instauré devant un examen clinique et une TDM initiaux rassurants,
- Le volvulus sur bride intrapéritonéale, pour le grêle, et l'obstruction par une tumeur, pour le colon, sont les causes les plus fréquentes d'occlusion intestinale,
- Le pronostic vital est lié à la cause de l'occlusion mais surtout à la rapidité diagnostique et thérapeutique.

Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Chercher les signes de gravité,
- ☐ Éliminer les diagnostics différentiels,
- ☐ Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- ☐ Considérer les examens complémentaires.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.8 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	9.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	27.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	12.50 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	12.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	5.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	160 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	66 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	34 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	3.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	130 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	2,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.90 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.90 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	24 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	40 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	50 UI/L	(5-40)
Albumine	38 g/L	(35-55)

Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	20 mg/L	(< 10)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Lipasémie	25 UI/L	(<150)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.50	(7.35-7.45)
CO ²	48 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	32 mmol/L	(22-26)
PaO ²	95 mmHg	(> 85)
SaO ²	92 %	(95-100)
Lactates	2 mmol/L	(< 2)

Radiographie du Poumon



Radiographie ASP



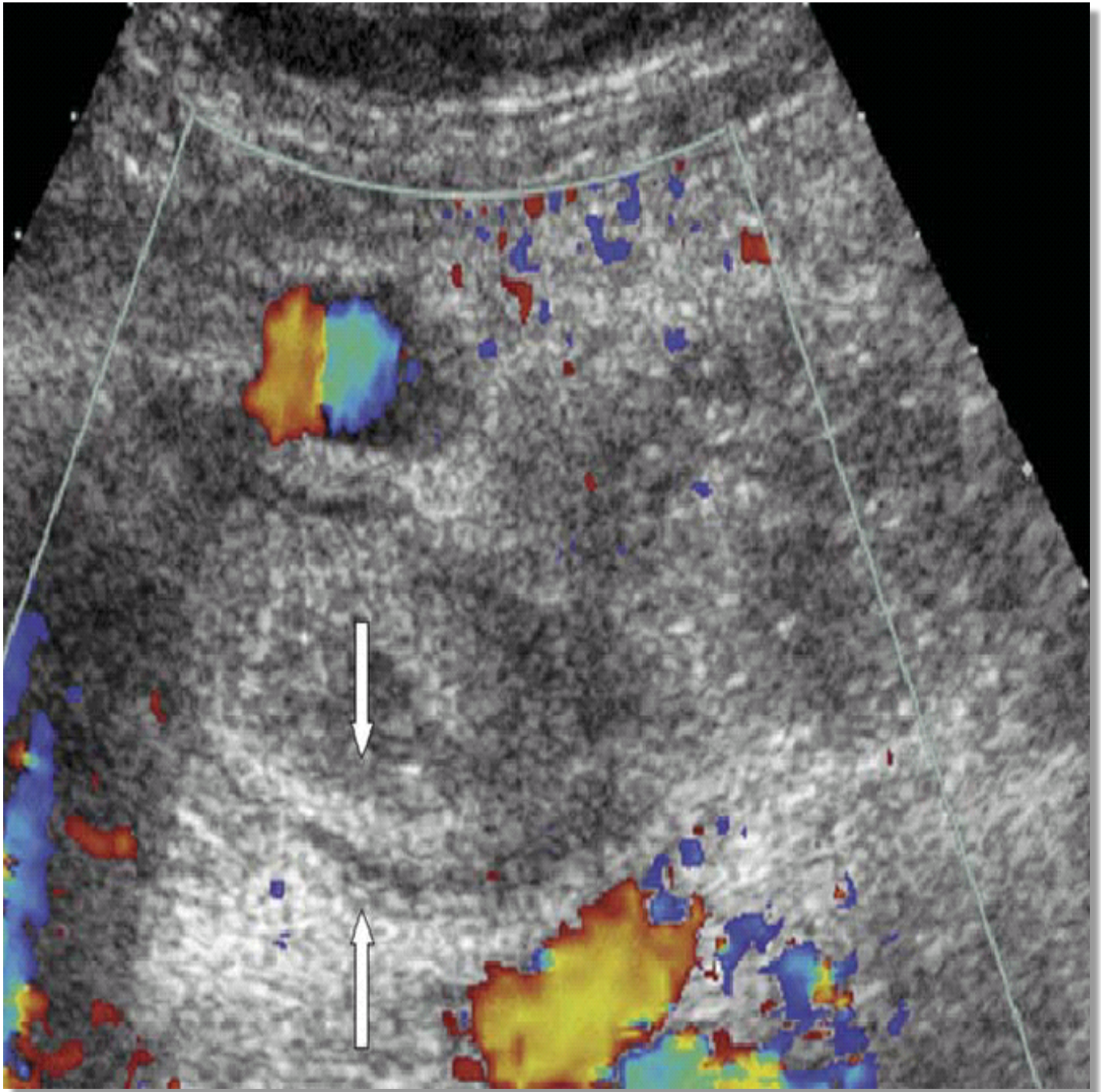
Échographie abdominale



Interprétation :

Echographie non concluante. Examen gêné par les gaz.

Écho-Doppler abdominal



Interprétation :

Doppler abdominal normal.



Interprétation :

Niveaux hydro-aériques étendus. Tumeur sigmoïdienne.

