



HYPOTHERMIE ACCIDENTELLE

DEFINITION:

Température centrale $< 35^{\circ}\text{C}$ - Conséquences : baisse du seuil arythmogène (FV), hypoventilation alvéolaire, acidose métabolique, troisième secteur, CIVD

DIAGNOSTIC :

Circonstances :

Diminution production de chaleur :

Intoxication alcool ou médicamenteuse, hypothyroïdie, hypoglycémie

Anomalie de la thermorégulation :

Atteinte du système nerveux ou musculaire, malnutrition, âges extrêmes

Augmentation des pertes :

Exposition prolongée au froid : SDF, noyade, avalanche, ...

Vasodilatation (toxique, pharmacologique), brûlures, ...

Autres causes : polytraumatisme, choc, sepsis, insuffisance rénale chronique

Signes cliniques :

T = $35 - 32^{\circ}\text{C}$: bradycardie, vasoconstriction, ataxie, arrêt des frissons, confusion

T = $32 - 28^{\circ}\text{C}$: hypotension, choc, AC/FA, FV à 28°C , marbrures des extrémités, incoordination, disparition des ROT à 28°C , bradypnée, hallucinations, coma aréactif (28°C)

T $< 28^{\circ}\text{C}$: ECG onde J d'Osborn (pathognomonique mais inconstante), bradycardie extrême, lividité, gelures, rigidité, mydriase aréactive (25°C) sans valeur pronostique, anurie

Signes de gravité :

Température $< 28^{\circ}\text{C}$ = risque de **fibrillation ventriculaire +++**

PIEGE :

Déclaration de décès chez un hypotherme profond (tracé scope au moins **1 min**)

TRAITEMENT :

Respecter la bradycardie et la bradypnée

Oxygénothérapie : MHC QSP $\text{SpO}_2 \geq 94\%$

Surveillance électrocardioscopique +++ (risque de FV)

Affirmer l'hypothermie : préférer un thermomètre digital en axillaire, plutôt qu'épitympanique

Eviter la poursuite du refroidissement : matelas coquille précoce (isole du sol), dévêtir, sécher, couverture aluminée, envelopper la tête, chauffer l'habitable

Prudence lors de la manipulation

Réchauffer lentement ($1^{\circ}\text{C} / \text{h}$) : connaître le phénomène d'«after-drop», collapsus lors du réchauffement externe actif

Contre-indications : SNG, VVC, sonde thermique oesophagienne (sauf ACR), amines si T $< 30^{\circ}\text{C}$

Si Glasgow ≤ 8 :

IOT / ventilation contrôlée (basse fréquence)

Pas d'augmentation de l'incidence de la FV lors de l'intubation

Respecter la bradycardie

Si arrêt cardiorespiratoire :

En cas de FV : 3 CEE max séparés de 2 min de RCP (résistance au CEE fréquente sous 30°C), pas d'adrénaline, pas d'antiarythmiques, transport sous MCE pour CEC (ECMO)

En cas de T $< 32^{\circ}\text{C}$: MCE et VC jusqu'au service de réanimation avec CEC (ECMO)

TRANSPORT :

Réchauffement lent $1^{\circ}\text{C} / \text{h}$, poursuite ventilation et MCE lent si FV persistante

ORIENTATION : Soins continus ou réanimation ou bloc direct pour CEC si FV persistante