

Cas clinique N°1

Vous êtes médecin-chef d'un régiment engagé dans le nord de la Côte d'Ivoire. Vous faites l'objet d'attaques incessantes de rebelles et recevez l'ordre de rejoindre Abidjan en colonne par la route. On vous appelle lors d'une halte (vous êtes à 2 jours d'Abidjan) pour un jeune engagé de 20 ans (1m80, 67kg) sans ATCD qui, a vomi le matin et s'est plaint de céphalées. Après avoir tenu des propos incohérents, il a présenté un épisode convulsif, dix minutes plus tôt, devant un camarade.

Vous le trouvez les yeux fermés, il ne les ouvre pas, il est brûlant, le visage bien rouge. Il ronfle, a perdu les urines. Il ne parle pas mais réagit de manière adaptée à la douleur. Vous avez l'impression que le bras droit et l'hémiface homolatérale est moins mobile.

1. Que faites-vous dans l'immédiat ?

Il convulse de nouveau brièvement.

2. L'intubez-vous ?

Il se réveille en 30 minutes. Il reste somnolent (ouvre les yeux, parle mais tient des propos incohérents, serre la main à la demande). La nuque est raide, il présente un purpura pétéchial du thorax.

3. Quel traitement introduisez-vous?

Le lendemain, il est dyspnéique (FR = 35/min, SpO₂ = 92% sous O₂ au MHC), TA = 110/55, FC = 135, T° = 39°6.

4. Discutez l'intubation

Vous décidez de l'intuber. Après l'intubation, vous mettez une sédation au PSE (Hypnovel : 30mg/h, Morphine : 30mg/h). Les constantes sont les suivantes : SpO₂ = 98% sous FiO₂ = 100% mais la TA chute à 65/40, FC = 110, T° = 38°.

5. Comment l'interprétez-vous ? Que faites-vous ?