URGENCES 2010

sfmu co-fondateurs

Chapitre 94

Les traumatismes oculaires et ORL aux urgences

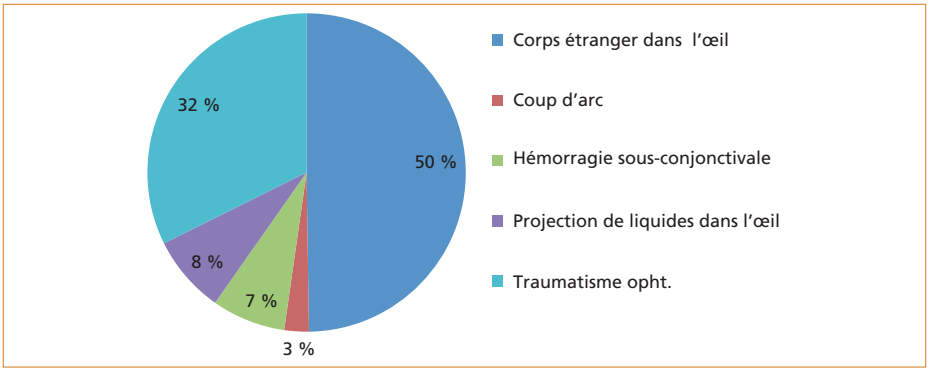
M. Crinier-Pichereau

1. Les urgences traumatiques en ophtalmologie

Les urgences en ophtalmologie ont représenté 5 508 motifs de consultation sur les 9 premiers mois de l'année 2009 dans le service des urgences spécialisées tête et cou du CHU de Montpellier ; 33,5 % ont consultés pour un motif traumatologique (Figure 1) que nous avons défini de la façon suivante :

– traumatismes chimiques (projection liquide) ;
– traumatismes physiques (kérato conjonctivite aux ultra-violet) ;
– traumatismes mécaniques (corps étrangers superficiels, contusion oculaire).

Figure 1 – Répartition des motifs de venue traumatologiques en ophtalmologie aux urgences spécialisées tête et cou du 01/01/2009 au 30/09/2009



Correspondance : M. Crinier-Pichereau, Cadre De Santé « Urgences spécialisées tête et cou » CHU Montpellier – Hôpital Gui-de-Chauliac, 85, avenue A.-Fliche, 34025 Montpellier.
Tél. : 04 67 33 79 20. Fax : O4 67 33 72 57. E-mail : M-crinier_pichereau@chu-montpellier.fr

Ces motifs de venue sont fréquents et sont traités le plus souvent en ambulatoire car seulement 5,8 % des patients sont hospitalisés et 81 % sont des traumatismes oculaires.

La prise en charge de ces patients demande un matériel spécifique pour effectuer l'examen ophtalmique (lampe à fente), l'acuité visuelle (projecteur de test), un fond d'œil (verre de Volk), l'ablation de corps étrangers superficiels (une fraise), de la petite instrumentation, des dispositifs médicaux stériles et des produits pharmaceutiques spécifiques.

Le service des urgences spécialisées « tête et cou » (UTEC) est informatisé à l'aide du logiciel « Résurgences ». Les motifs de venue ont été répertoriés, classés en délai de prise en charge lors d'un travail de groupe composé d'infirmiers, de médecins urgentistes et de médecins spécialistes. Après validation du travail par le chef d'unité, le service informatique a assuré la programmation qui permet de calculer automatiquement la priorisation lorsque l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) saisie le motif d'admission du patient (Tableau 1). Elle peut ainsi suivre sur écran le respect des délais de prise en charge et intervenir s'il y a des dépassements signalés par des signaux de couleurs.

Tableau 1 – Motifs de venue informatisés pour le tri en ophtalmologie urgences tête et cou

Motifs		
	2	*Très urgent - Prise en charge immédiate*
	3	*Urgent - Prise en charge dans les 30 minutes*
	4	*Moins urgent - Prise en charge dans les 45 minutes*
	5	*Non urgent - Prise en charge dans les 60 minutes*
Corps étranger dans l'œil	2	Transfixiant
	3	Superficiel - EVA supérieure ou égale à 6
	4	Superficiel - EVA 4 à 5
	5	Superficiel - EVA inférieure à 3
Projection de liquides dans l'œil	2	Brûlures par agents chimiques
	2	Projections diverses
Hémorragie sous-conjonctivale	3	Patient sous anticoagulants
	3	EVA supérieure à 4
	3	Baisse de l'acuité visuelle associée
	5	Isolée - EVA inférieure ou égale à 4
Traumatisme opht.	2	Plaie ou suspicion de plaie du globe
	3	Sans plaie du globe associée - EVA supérieure à 6
	4	Sans plaie du globe associée - EVA 5 à 6
	5	Sans plaie du globe associée - EVA inférieure à 5

Tableau 1 – Motifs de venue informatisés pour le tri en ophtalmologie urgences tête et cou

Coup d'arc	3	EVA supérieure à 6
	4	EVA 5 à 6
	5	EVA inférieure ou égale à 4

Les enfants sont admis le plus rapidement possible quel que soit le motif car l'attente majore la difficulté de l'examen ophtalmique.

1.1. Rappel physiopathologique

Le globe oculaire est protégé par les paupières et le réflexe de clignement, par l'orbite osseuse et par les mouvements d'esquive de la tête. Parfois, ces systèmes de défenses sont insuffisants et l'œil peut-être atteint par une brûlure, un coup ou un corps étranger…

En cas de projection de corps étrangers, celui-ci lésera successivement les structures oculaires d'avant en arrière : la cornée, l'iris, le cristallin, le vitré, la rétine ou la conjonctive, la sclère, le vitré, la rétine selon que la porte d'entrée est cornéenne ou sclérale. En fonction de la taille du corps étranger et de son énergie cinétique, une composante contusive pourra être associée à la composante perforante.

1.2. Traumatismes chimiques

La projection d'un liquide chimique est une urgence ophtalmique à prendre en charge immédiatement par l'infirmière organisatrice de l'accueil. Elle est fréquente et résulte d'accident domestique mais le plus souvent d'accident du travail.

1.2.1. Identification du produit chimique

On distingue 2 types de brûlures :

– les brûlures alcalines : les hydroxydes de sodium (soude : déboucheurs d'évier), de potasse et de calcium (chaux, ciment, mortier), l'hypochlorite de sodium (eau de javel) provoquent les brûlures les plus graves car elles diffusent rapidement en profondeur en hydrolysant les protéines des structures et en dissolvant les cellules (nécrose de liquéfaction). ;

– les brûlures acides : les acides organiques (acide acétiques, acide formique), les acides minéraux parmi lesquels l'acide fluorhydrique (antirouille, décapant), acide chromique, acide nitrique et acide sulfurique (vitriol, liquide batterie) provoquent une nécrose d'homogénéisation des tissus superficiels d'où une pénétration tissulaire moindre que les bases.

1.2.2. Clinique à l'arrivée

Le patient arrive avec un œil très douloureux, rouge et larmoyant. L'infirmière recueille le contexte et les gestes effectués en préhospitalier.

1.2.3. Conduite à tenir

– Rassurer le patient.

– Identifier le produit responsable et les circonstances de survenue.

– Calmer la douleur afin de favoriser les soins, en mettant 3 gouttes de chlorhydrate d'oxybuprocaïne dans l'œil ; la durée d'action est de 15 minutes.

Le produit peut provoquer des picotements à l'instillation ce qui est normal puis le patient est calmé.

Le lavage est réalisé systématiquement sur les 2 yeux avec un flacon de 100 ml minimum par œil de la façon suivante :

– ouvrir l'œil et bien laver le globe en faisant mobiliser le globe oculaire ;

– tirer sur la paupière inférieure afin de bien laver les culs-de-sac conjonctivaux et vérifier l'absence de corps étranger type résidu de poudre ;

– soulever la paupière supérieure, voir la retourner à l'aide d'un coton tige afin de bien laver et vérifier l'absence de corps étranger type résidu de poudre ;

– renouveler l'analgésie avec 3 gouttes de chlorhydrate d'oxybuprocaine sans dépasser 2 fois 3 gouttes si l'œil est douloureux ;

– appel de l'ophtalmologiste ;

– faire un pansement oculaire occlusif à but antalgique :
  - en fermant la paupière supérieure avec un « transpore »,
  - en fixant une compresse oculaire ;

– vérifier la vaccination antitétanique du patient ;

– faire signer l'autorisation de soins s'il s'agit d'un mineur.

1.2.4. Évolution

L'examen ophtalmologique du patient à la lampe à fente déterminera la gravité des lésions. Dans la plupart des cas, le pronostic est favorable et le patient a une kératite superficielle (classification I et II de Roper-hall). Le patient sortira avec :

– une ordonnance de collyre antibiotique et une pommade cicatrisante avec les conseils pour bien instiller et mettre la pommade dans l'œil (tirer sur la paupière inférieure et déposer le collyre et faire un clignement de l'œil pour répartir le produit) ;

– la consigne de revenir en consultation d'ophtalmologie s'il y a des douleurs persistantes au bout de 48 h de traitement et/ou des troubles visuels ;

– une déclaration d'accident de travail selon le contexte de survenue.

Si les lésions sont graves, c'est-à-dire une désépithélisation partielle ou totale (classification III et IV de Roper-hall), le patient sera hospitalisé pour suivre un traitement local intensif et une surveillance rapprochée.

1.2.5. Cas clinique

M^lle V., technicienne dans un laboratoire de recherche, reçoit dans les 2 yeux de l'éthanol et un mélange d'autre produit non identifié. Elle arrive dans le service, après un lavage oculaire à l'infirmerie de l'entreprise. Elle se plaint d'une douleur à type de brûlure des 2 yeux prédominant à droite et elle est très angoissée. Elle est à jour d'un point de vue vaccinal.

Elle fait l'objet d'une prise en charge immédiate selon le protocole cité précédemment avec antalgie, lavage oculaire bilatérale et pansement occlusif.

À l'examen ophtalmologique, on retrouve une kératite superficielle majorée à droite. _La patiente repart à domicile avec les ordonnances de collyre, la déclaration d'accident de travail et les recommandations suivantes : l'observance du traitement, une nouvelle consultation en service de consultation d'ophtalmologie si les troubles persistent et des conseils de prévention pour éviter les récidives (port de lunettes de protection).

1.3. Traumatismes physiques

1.3.1. Identification de la cause du traumatisme

Le patient a effectué de la soudure à l'arc sans protection, dans la plupart des cas, ou a eu une exposition solaire sans protection (ski en altitude par temps ensoleillé).

1.3.2. Clinique à l'arrivée

Le patient se présente à la 8e heure après l'exposition avec une photophobie, un larmoiement et une sensation de corps étranger intolérable.

1.3.3. Conduite à tenir

L'infirmier soulage la douleur :

– en instillant 3 gouttes de chlorhydrate d'oxybuprocaïne ;

– en réalisant un pansement occlusif de l'œil ;

– en plaçant le patient dans une pièce sombre et en lui demandant d'éviter les mouvements oculaires.

1.3.4. Évolution

L'examen ophtalmique à la lampe à fente peut être effectué par un urgentiste formé ou sera confié à un ophtalmologue. Il constate une kératite superficielle avec un œdème épithéliale.

Le patient sort avec :

– une ordonnance de collyre antibiotique et de pommade cicatrisante ;

– la consigne de revenir en consultation d'ophtalmologie s'il y a des douleurs persistantes au bout de 48 h de traitement et, ou des troubles visuels ;

– une déclaration d'accident de travail selon le contexte de survenue ;

– des conseils de prévention pour éviter les récidives (port de lunettes de protection).

1.4. Traumatismes mécaniques

1.4.1. Les corps étrangers superficiels

1.4.1.1. Identification de la cause du traumatisme

L'interrogatoire permet d'identifier :

– les circonstances de survenue professionnelle ou dans une activité de bricolage ;

– Le type de corps étranger : bois, métal (limaille), coup d'ongle, feuille de végétaux, insecte…

1.4.1.2. Clinique à l'arrivée

Le patient se présente avec un œil douloureux, une sensation de corps étranger, un larmoiement et une photophobie.

1.4.1.3. Conduite à tenir

L'infirmière calme la douleur en instillant 3 gouttes de chlorhydrate d'oxybuprocaïne dans l'œil et en réalisant un pansement occlusif, la couverture vaccinale est vérifiée.

L'examen à la lampe à fente qui avec un test à la fluorescéine positif permet de localiser la ou les lésions.

L'ablation du corps étranger, peut-être réalisée par un urgentiste formé, ou sinon, sera confié à un ophtalmologue. Après avoir expliqué au patient le geste, le praticien réalise une anesthésie topique puis retire le CE, selon son type, avec un coton-tige, une aiguille à corps étranger ou hypodermique. les corps étrangers métalliques peuvent être entourés d'un anneau de rouille que l'on retire à l'aide d'une fraise (Figure 2).

Figure 2 – Photo d'une fraise d'ophtalmologie et d'une aiguille à corps étranger

Le patient sort avec :

– une ordonnance de collyre antibiotique et de pommade cicatrisante ;

– la consigne de revenir en consultation d'ophtalmologie s'il y a des douleurs persistantes au bout de 48 h de traitement et, ou des troubles visuels ;

– une déclaration d'accident de travail selon le contexte de survenue ;

– des conseils de prévention pour éviter les récidives (port de lunettes de protection).

1.4.2. Les traumatismes oculaires

1.4.2.1. Identification de la cause du traumatisme

À l'interrogatoire, faire préciser si le patient a été victime :

– d'une contusion avec balle de tennis, bouchon de champagne, coup de poing ;

– d'un risque de plaie du globe par plomb de chasse, crayon, fléchettes ou tout autre objet ;

– noter les circonstances de survenue et l'heure.

1.4.2.2. Clinique à l'arrivée

À son arrivée, noter :

– si le patient présente une baisse de l'acuité visuelle ;

– un hématome palpébral ;

– une évaluation de sa douleur ;

– un saignement.

1.4.2.3. Conduite à tenir

– Rassurer le patient.

– Mettre une compresse stérile sur l'œil après nettoyage si saignement.

– Vérifier le statut vaccinal.

– Noter l'heure de jeûne.

– Établir une autorisation de soins si le patient est mineur.

1.4.2.4. Évolution

Le patient sera pris en charge par un ophtalmologiste pour une évaluation des lésions au niveau des différentes structures de l'œil d'avant en arrière et d'un bilan radiologique complémentaire (scanner).

Dans le cas de plaie oculaire, le patient sera pris au bloc opératoire pour une exploration chirurgicale qui permet de faire un bilan lésionnel, de restituer l'intégralité du globe oculaire.

Le patient sera hospitalisé.

1.4.2.5. Cas clinique

L'enfant R. 2 ans 1/2, de sexe féminin, arrive aux urgences dans les bras de sa maman à 17 h. Elle présente un saignement, un hématome au niveau de l'œil droit, pas de douleur, calme mais refuse qu'on la touche. Sa maman explique qu'elle a reçu accidentellement le crochet d'un cintre de vêtement qui pendait au bras lors de course dans un supermarché. Elle est à jeun depuis 14 h et est à jour de ses vaccins.

Elle est prise en charge immédiatement par l'ophtalmologiste qui constate une plaie de la conjonctive de la paupière supérieur, l'examen complet à la lampe à fente est très difficile du fait de l'agitation de l'enfant.

L'ophtalmologiste informe les parents du diagnostic et de la conduite à tenir. La petite fille est hospitalisée avec une prise en charge au bloc opératoire dans la soirée pour une exploration chirurgicale et un parage de la plaie. Les parents signent l'autorisation de soins et sont informés de laisser l'enfant à jeun.

À l'examen sous anesthésie, aucune autre lésion n'est constatée.

2. Les urgences traumatiques en ORL

Les urgences ORL ont représenté 2 478 motifs d'admissions sur les 9 premiers mois de l'année 2009 dans notre service ; 26,5 % ont consultés pour un motif traumatologique que nous avons défini de la façon suivante :

– les épistaxis ;

– les corps étrangers des voies aérodigestives supérieures ;

– les corps étrangers des fosses nasales ;

– les corps étrangers du conduit auditif externe ;

– les otorragies résultent de plaies du conduit auditif externe, de plaies du tympan, de fractures du rocher et sont associées à des traumatismes de la face et cérébrale. Elles peuvent avoir des causes infectieuses ou tumorales. Les otorragies d'origine traumatique ne seront pas abordées car elles font l'objet d'une prise en charge neurochirurgicale, chirurgie maxillo-faciale et ORL.

L'accueil de ces pathologies nécessite un matériel spécifique (microscope, fibroscope souple, source lumière froide, casque d'ORL), de la petite instrumentation (pince, spéculum…), des dispositifs médicaux (mèches, hémostatique, gouttes auriculaires...)

Sur les neufs premiers mois de l'année, ces motifs ont générés 16 % d'hospitalisation et ils se répartissent selon le diagramme (Figure 3).

Pour favoriser le tri, l'ensemble des motifs de venue (Tableau 2) ont été enregistrés avec une priorisation des prises en charge qui est calculée automatiquement lorsque l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) saisie les données du patient.

Figure 3 – Répartition des motifs de venue traumatologiques en ORL du 01/01/09 au 30/09/09 aux urgences spécialisées tête et cou.

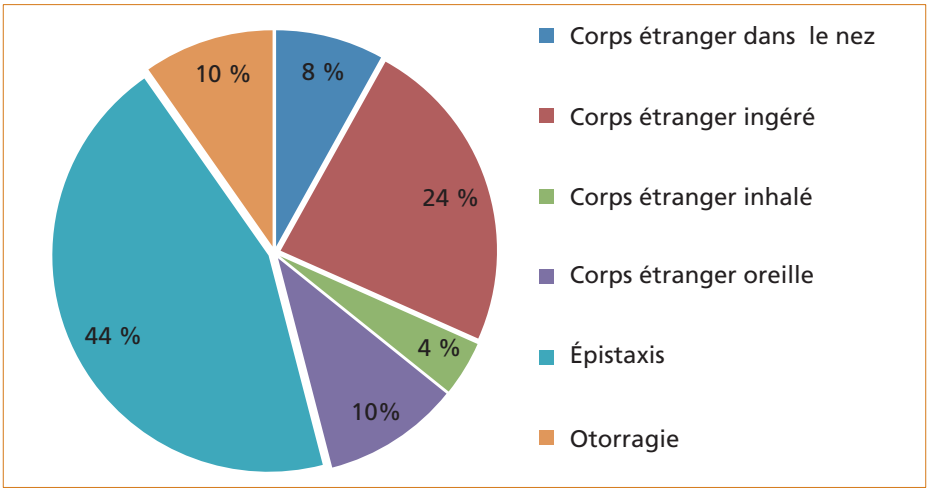


Tableau 2 – Motifs de venue ORL informatisés pour le tri urgences tête et cou

		Priorisation des prises en charge
Motifs	1	*Réanimation - Prise en charge immédiate*
	2	*Très urgent - Prise en charge immédiate*
	3	*Urgent - Prise en charge dans les 30 minutes*
	4	*Moins urgent - Prise en charge dans les 45 minutes*
	5	*Non urgent - Prise en charge dans les 60 minutes*
Épistaxis	1	Patient en état de choc
	1	Traumatisme facial sévère
	2	Patient sous traitement anticoagulant
	2	Mal toléré par le patient
	3	Bien toléré - Patient non coopérant
	4	Bien toléré - Patient coopérant
	5	Tarie
Corps étranger oreille	2	Pile type « bouton »
	3	EVA supérieure à 5
	4	EVA inférieure à 6
	5	EVA inférieure à 4

Tableau 2 – Motifs de venue ORL informatisés pour le tri urgences tête et cou

Corps étranger dans le nez	2	Enfant - Syndrome de pénétration associé
	2	Pile type « bouton »
	2	Adulte - signes de gravité associés
	3	Enfant
	5	Adulte - pas de signes de gravité associés
Corps étranger ingéré	2	Dyspnée associée
	2	Pile type « bouton »
	3	Vulnérant
	4	Objet souple
	4	Aliment
Corps étranger inhalé	1	Détresse respiratoire aiguë
	2	Dyspnée - tirage - patient ne tolérant que la position assise
	2	Toux associée

2.1. Épistaxis

Les épistaxis sont très fréquentes, elles sont souvent d'intensité modérée et d'évolution bénigne, néanmoins, ils existent des formes graves imposant une prise en charge urgente et adaptée. Elles ne sont pas souvent d'origine traumatique et elles ont souvent des causes médicales (hypertension artérielle, trouble de l'hémostase).

2.1.1. Évaluation clinique

L'infirmier s'attachera à :

– évaluer l'importance de l'hémorragie avec le patient et en étudiant les signes de choc (diminution de la tension artérielle, tachycardie, polypnée, sueur, marbrure, cyanose…) ;

– identifier la cause du saignement ;

– rechercher les tares susceptibles de faire décompenser le patient (anticoagulant, pathologie cardiaque...).

2.1.2. Conduite à tenir

– Rassurer le patient en l'installant en position demi-assise, au calme.

– Prendre les constantes : pouls, tension artérielle et saturation en oxygène.

– Si le patient est en état de choc et/ou avec un gros traumatisme facial, la prise en charge médicale est immédiate avec une pose de voie veineuse, hématocrite et réalisation d'un bilan sanguin (numération formule sanguine et hémostase).

Dans les autres cas, la prise en charge de l'hémostase s'effectuera de la façon suivante :

– faire pencher la tête en avant ;

– demander au patient de se moucher pour éliminer les caillots dans les narines qui entretiennent le saignement ;

– comprimer fortement les ailes du nez sur la cloison nasale pendant environ 10 minutes en maintenant la tête penchée en avant ;

– faire sucer des glaçons ;

– mettre une mèche hémostatique en attendant le médecin.

2.1.3. Évolution

Si le saignement n'est pas tari avec le premier niveau d'hémostase, le médecin urgentiste corrigera les tares, pratiquera un méchage antérieur (Figure 4) de la cavité nasale que le patient gardera 48 h sous couverture antibiotique. Après une surveillance au repos et un arrêt du saignement en extérieur et en fond de gorge, le patient sortira et sera reconvoquer pour déméchage en ORL. Une fiche conseil sur la conduite à tenir en cas d'épistaxis et en cas de méchage lui sera remise et expliquée.

Si le saignement persiste, une prise en charge ORL sera nécessaire pour effectuer une compression par double tamponnement antérieur et postérieur (Figure 5) soit par des mèches ou par une sonde à ballonnet et une hospitalisation du patient.

En cas d'échec d'hémostase, des techniques d'embolisation pourront être réalisées.

Figure 4 – Méchage antérieur de la cavité nasale

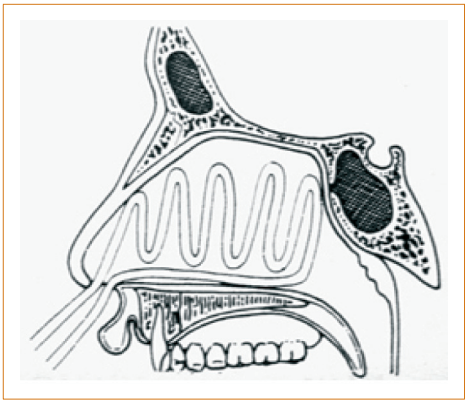


Figure 5 – Méchage antérieur et postérieur à l'aide d'une sonde à épistaxis double ballonnet

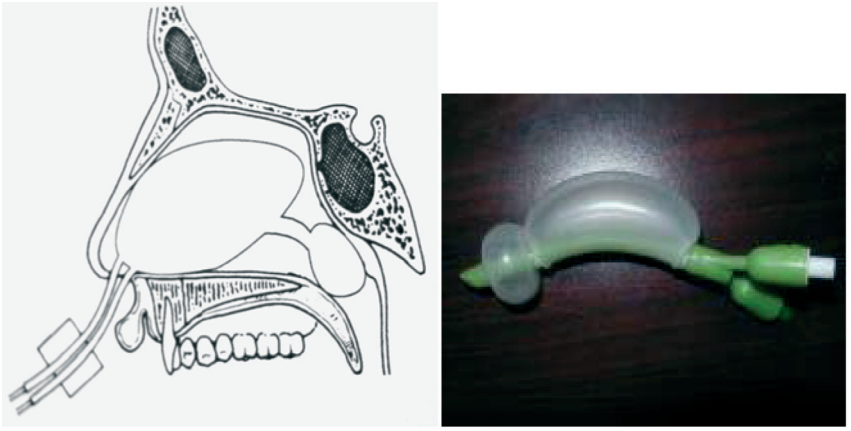
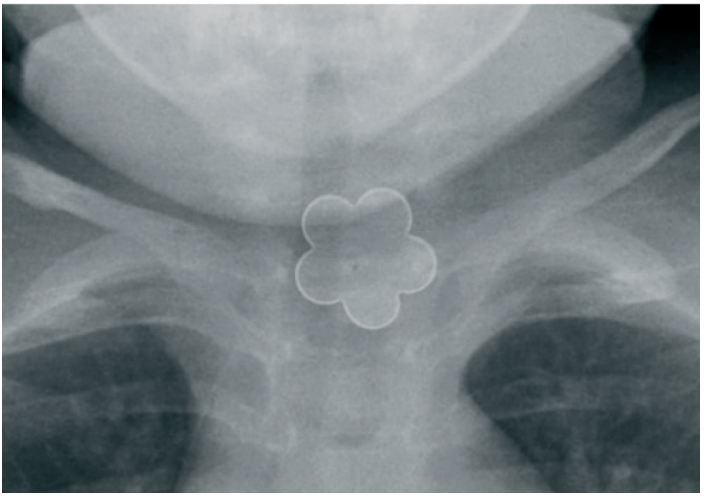


Figure 6 – Cliché radiiologique d'un corps étranger à l'extrémité supérieure de l'œsophage



2.2. Les corps étrangers des voies aérodigestives supérieures

Ils sont très courants chez l'enfant entre 1 an et 3 ans ; les corps étrangers sont alimentaires telles les cacahuètes, noisettes ou des pièces de jouet en plastique, des pièces de monnaie et les piles-boutons. Chez l'adolescent et l'adulte, on retrouvera des débris alimentaires (arête de poisson, petit os) ou des objets de bricolages (clous, aiguille...).

Les corps étrangers des voies aériennes ou pharyngo-œsophagiens sont toujours à considérer comme des urgences.

2.2.1. Évaluation clinique

– Évaluer la tolérance respiratoire.

– Rechercher un syndrome de pénétration qui se caractérise par un accès de suffocation de survenue brutale, avec tirage, cornage, quintes de toux expulsives et souvent cyanose.

– Évaluer le comportement immédiat du patient.

– Évaluer la douleur, son type, sa localisation.

– Noter s'il existe une dysphagie, une hyper sialorrhée.

– Identifier le corps étranger :
  - caractère vulnérant, volume ;
  - nature de l'objet.

Les piles-boutons sont très dangereuses car elles sont responsables d'une réaction chimique corrosive au contact de la muqueuse ; leur extraction doit être réalisée en urgence.

2.2.2. Conduite à tenir

– Rassurer le patient et son entourage.

– Mettre au calme afin d'éviter toute mobilisation du CE.

– Mettre le patient en position demi-assise, ne pas l'allonger pour favoriser la ventilation.

– Laisser les enfants dans la position qui leur convient (bras de la maman).

– Laisser à jeun et faire signer les autorisations de soins pour les enfants.

2.2.3. Prise en charge

– Le médecin pratiquera une auscultation, un examen de l'oropharynx une nasofibroscopie et un bilan radiologique en fonction de la localisation du CE.

– *Pour les CE aériens* : Les CE complètement obstructifs nécessitent des gestes d'extrême urgence afin de maintenir une ventilation suffisante : une intubation afin de repousser le C.E vers la carène ou la bronche souche voir une trachéotomie. Le plus souvent, le C.E permet un passage d'air et est responsable d'une dyspnée bien tolérée. Nous pouvons alors organiser et préparer le patient dans les meilleures conditions de sécurité pour une endoscopie sous AG afin de retirer le CE.

– *Pour les CE au niveau des amygdales* : ils sont facilement enlevés à l'aide d'une pince et d'un abaisse-langue.

– *Pour les CE digestifs* : Après un examen de l'oropharynx, un bilan radiologique scanner ou radio standard selon la nature du CE, une exérèse sous AG est réalisé à l'aide d'un fibroscope rigide.

2.2.4. Cas clinique

Une petite fille de 19 mois arrive, à 22 h 46, par ambulance des urgences d'un hôpital périphérique, pour ingestion d'un corps étranger avec syndrome de pénétration. À son arrivée, l'enfant est calme, apyrétique, joue et sourit. Ses parents racontent qu'elle jouait avec sa cousine et a ingéré une fleur métallique qu'elle avait détachée de sa barrette à cheveux vers 19 h. Il décrive un syndrome de pénétration avec une dyspnée qui a duré environ 1 h et qui a motivé la consultation au service d'urgence le plus proche.

L'examen en bouche et la nasofibroscopie ne visualise pas de corps étrangers. La radiologie (Figure 6) visualise « la fleur de la barrette ». Une ablation du corps étranger sous anesthésie générale est décidée après entretien avec les parents. L'enfant est préparé pour le bloc opératoire : visite de l'anesthésiste, préparation cutanée, autorisation de soins, dossier et départ à 1 h du matin. L'enfant sera ensuite hospitalisé en ORL en postopératoire.

2.3. Les corps étrangers des fosses nasales

Ces corps étrangers sont facilement identifiables car leur introduction est souvent récente. Il peut exister des corps étrangers inertes souvent d'origine végétale qui peuvent être anciens. Ils se manifestent par une rhinorrhée muco-purulente et une odeur fétide unilatérale.

Ces corps étrangers sont enlevés à l'aide d'un spéculum et d'un crochet en mousse.

2.4. Les corps étrangers du conduit auditif externe

Ces corps étrangers sont fréquents chez l'enfant et sont généralement des perles, des morceaux de jouet et des petits végétaux. La pénétration accidentelle se rencontre chez l'adulte surtout à l'occasion du nettoyage du conduit auditif (fragment de coton-tige allumette), la pénétration d'insecte peut être rencontrée. Généralement, du fait de l'existence d'un rétrécissement, le corps étranger s'enclave à la jonction entre le conduit cartilagineux et le conduit osseux, épargnant ainsi le tympan et l'oreille moyenne.

L'ablation du corps étranger pourra se faire sous « Meopa » chez l'enfant afin d'éviter tout mouvement et une extraction plus facile qui sera réalisée avec un bon éclairage, sous microscope avec des pinces adaptées, un spéculum par un urgentiste ou un ORL. Le Meopa est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote commercialisé sous le nom d'Entonox® ou Kalinox®. Il permet de réaliser une analgésie sous forme inhalée par du personnel infirmier formé et sur prescription médicale.

3. Conclusion

L'accueil des urgences traumatologiques ORL et ophtalmologiques demandent un matériel spécifique, des personnels formés et une collaboration étroite avec les spécialistes. Le tri par l'infirmier est primordial afin d'optimiser les soins donnés au patient. La mise en place de protocole de soins selon la pathologie, la prise en charge de la douleur au plus tôt permettront d'améliorer la qualité des soins.

Références

1. Tuil E, De Nicola R, Mann F, Milea D, Barale, PO, Sahel JO. Ophtalmologie en urgence 2e édition. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2009, 417 pages.
2. Ayache D, Bonfils P. ORL 5e édition. Paris, éditions MED-LINE 2009, 367 pages.
3. Laccourreye L. Les corps étrangers en ORL, SFMU Urgences 2003, 10 pages.
4. Tchaplygune F, Gain Ph. Traumatologie et ophtalmologie, chapitres 24 et 25, Faculté de médecine de Saint-Étienne 2003, 17 pages.