



Coup de chaleur

Un terme semblant bien peu médical, et pourtant : sans traitement adapté le **coup de chaleur** peut évoluer en défaillance multi viscérale dans un délai de 12 à 18 heures.

Les deux principales complications menaçant le pronostic vital sont l'insuffisance hépatique et la CIVD.

Facteurs favorisants :

- environnementaux : température ambiante élevée et fort taux d'humidité
- individuels :
 - ▶ surmotivation, vêtements serrés et imperméables à la vapeur d'eau, absence d'acclimatation, déshydratation,
 - ▶ surcharge pondérale,
 - ▶ syndrome infectieux pré existant,
 - ▶ substances diminuant les pertes de chaleur (éthanol, anticholinergiques, antihistaminiques, antiparkinsonien, phénothiazine),
 - ▶ substances augmentant la production de chaleur (antidépresseurs tricycliques, IMAO, sympathomimétiques, agonistes thyroïdiens),
 - ▶ substances augmentant la perte d'eau (diurétiques, laxatifs)

COUP DE CHALEUR D'EXERCICE

Tout tableau neurologique brutal survenant au cours ou au décours d'un exercice physique intense et/ou prolongé et ne cédant pas rapidement doit être considéré comme un **coup de chaleur**.

Seule l'évolution permettra de poser *a posteriori* le diagnostic de coup de chaleur grave.

Symptômes : ataxie, hétéro agressivité, céphalées, vomissements, troubles de la conscience (de l'obnubilation au coma), crises convulsives.

Amnésie des faits

Température (centrale) rectale > 40°C (moins si le patient a déjà commencé à être refroidi par les témoins)

Diagnostiques différentiels :

- AVC, ACR, troubles du rythme
- épuisement hyperthermique (température habituellement < 40°C, incapacité à poursuivre l'exercice, asthénie, céphalée, cédant rapidement après refroidissement)
- hyponatrémie d'effort liée à une réhydratation inappropriée (encéphalopathie)

- collapsus post effort (hypotension orthostatique transitoire à l'arrêt de l'effort) avec syncope. Le retour rapide à la conscience après surélévation des jambes est un argument diagnostique fort

COUP DE CHALEUR CLASSIQUE

Touche particulièrement les personnes âgées lors de très fortes chaleurs

Signes cliniques : température corporelle élevée, anhydre avec peau brûlante, troubles de la vigilance, défaillance cardio vasculaire, atteinte respiratoire type polypnée pouvant évoluer vers un SDRA, troubles digestifs.

La déshydratation importante n'est pas systématique.

Biologiquement : hémococoncentration, hypocalcémie, hypokaliémie, hyponatrémie, troubles de l'hémostase avec risque de CIVD, rhabdomyolyse, acidose métabolique, insuffisances rénale et hépatique.



PRISE EN CHARGE

Arrêt de l'effort + déshabillage + mise à l'ombre ou environnement climatisé + cold pack sur les grands axes vasculaires

Mesure de la **température RECTALE** (fiabilité ++)

La durée de l'hyperthermie est aussi délétère que le pic de température : mettre tous les moyens en œuvre pour diminuer rapidement la température à 38,5°C :

- **immersion** en eau froide (chez le sujet jeune)
- **évaporation** (chez le sujet âgé : le placer dans un tunnel de tissu mouillé dans lequel on fait circuler un courant d'air froid)

Monitoring, O2 systématique, SSI si besoin de remplissage, antipyrétique déconseillés et inefficaces

IOT si nécessaire, évitable en général si refroidissement rapide et efficace, utiliser les curares non dépolarisants pour éviter les frissons et favoriser le refroidissement.