

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence

Protocole de service DHUMU

Protocole de service DHUMU	
Titre	ACCIDENT de PLONGEE
Rédaction DR ARTHUR ROMETTI	Approbation DR KAUERT Responsables DHUMU
Date de création	AVRIL 2023
Application Urgences-SAMU-SMUR	Validité 2 ans

Accident de Plongée

Tout signe / incident qui apparaît dans les 24h suivant une plongée est un accident de plongée jusqu'à preuve du contraire
Urgence vraie quel que soit les symptômes initiaux !!!
75% des accidents se déclarent dans l'heure
Formes neurologiques précoces au premier plan
Intervalle libre important possible
Attention déni fréquent des plongeurs et de l'entourage



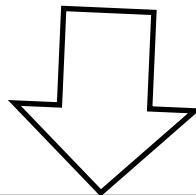
En Régulation évaluation des fonctions vitales.
Déclenchement RCP si ACR



Appel UTOH (24/7)
37772



Oxygénothérapie normobare au masque à haute concentration avec une FiO₂ à 100 % et un débit de 15 L/min
Hyperhydratation (PO ou par soluté cristalloïde si VVP), minimum 500cc si absence de signe de DRA
Kardegic 250 à 500mg si absence d'allergie ou de saignement



LIMITER LA MEDICALISATION AUX URGENCES VITALES / SYMPTOMES CARDIO-RESPIRATOIRES

Délai de recompression <3h, voire 90 min

VSAV en première intention, seul ! Ne pas oublier ordinateur plongée ou fiche évacuation
Privilégier Hélicoptère si >1h de route ou de navigation (Hélitreillage)

Max 300m d'altitude

Prendre la Basse corniche

Ne pas prendre l'**A8** ! (Entre Menton et Nice)

Organisation chaîne de secours (en savoir plus 1)

Diagnostic et Orientation thérapeutique

Plongée profonde (>20m), durée prolongée, successives, non-respect des procédures, froid, déshydratation, fatigue physique ou psychique et/ou apparition de signes après la sortie de l'eau

Accident de désaturation (ADD)

Déficit neuro,
atteinte paires
crâniennes, dysurie,
douleur rachidienne

ADD Neurologique

Syndrome
vestibulaire
harmonieux

ADD vestibulaire

Douleur articulaire
intense

**ADD Ostéo-Arthro-
Musculaire**

Eruption cutanée,
prurit

ADD cutané

Evacuation avec vecteur le plus rapide vers un centre hyperbare (O2 MHC continue+ altitude max 300m)

Urgence Hyperbare

Exemple de table de recompression (en savoir plus 2)

Plongeur débutant ou en formation, difficulté d'équilibration des oreilles à la descente, blocage glottique à la remontée, et/ou apparition des signes à la descente ou à la remontée

Accident Barotraumatique (BT)

Douleur thoracique,
dyspnée,
hémoptysie,
emphysème SC

BT thoracique
(En savoir plus 3)

Douleur abdominale

BT digestif

Otalgie

Otite
Barotraumatique

Oedeme péri
orbitaire

Placage de Masque

Signes neuro

Aéro embolisme
cérébral
→ **CAISSON**
(Après scan Tho
pour éliminer
PNTho)

PNO mal toléré

Exsufflation /
Drainage thoracique

Défense Abdo

Urgence Digestive

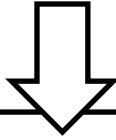
Hypoacousie,
acouphènes ou
vertiges

Urgence ORL
+ caisson

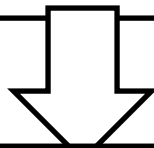
Trouble
oculomoteur ou
baisse de vision

Urgence Ophtalmo

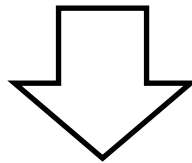
Plongeur sédentaire, effort intense, anxiété, froid, hyperoxie ou antécédent cardio vasculaire



Dyspnée, toux, hémoptysie, douleur thoracique



Œdème pulmonaire d'immersion



Ischémie myocardique

Urgence cardio

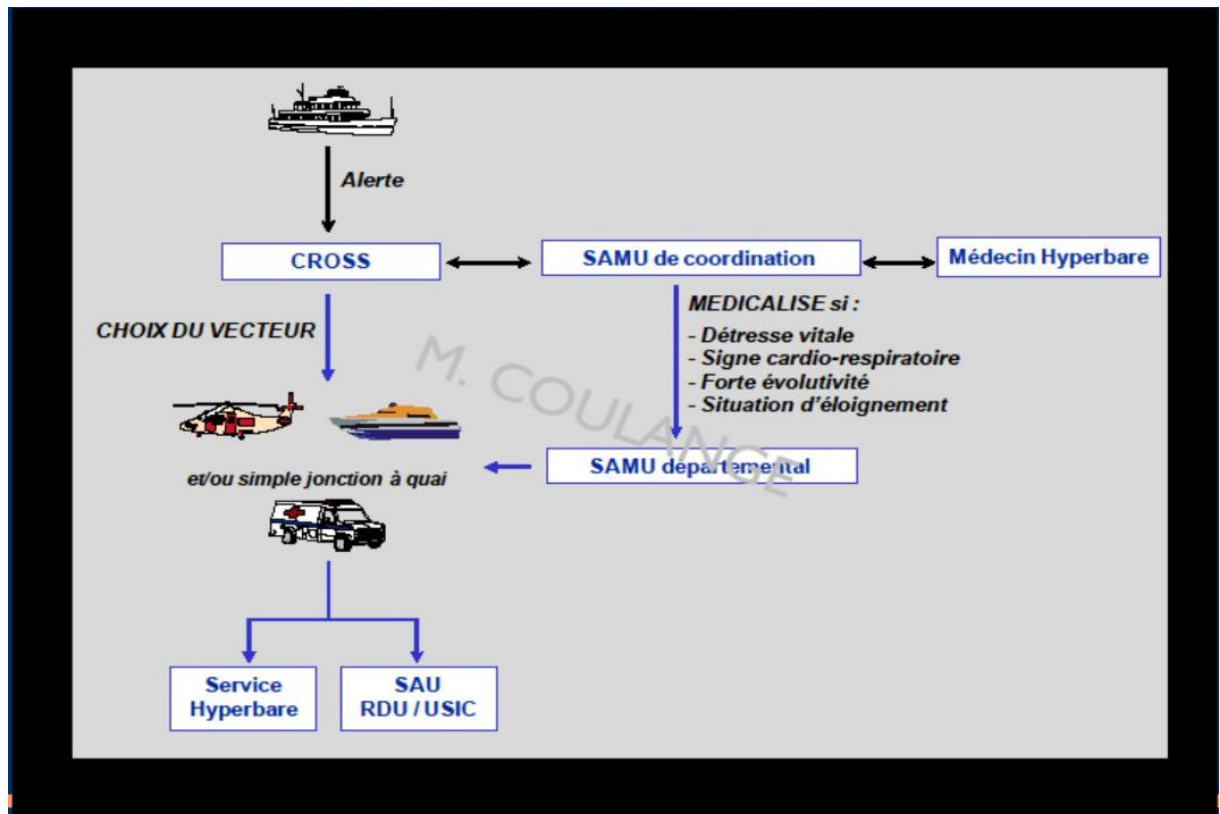
CPAP +/- VNI

Pas de Lasilix ! (Majore DEC et risque survenue ADD)

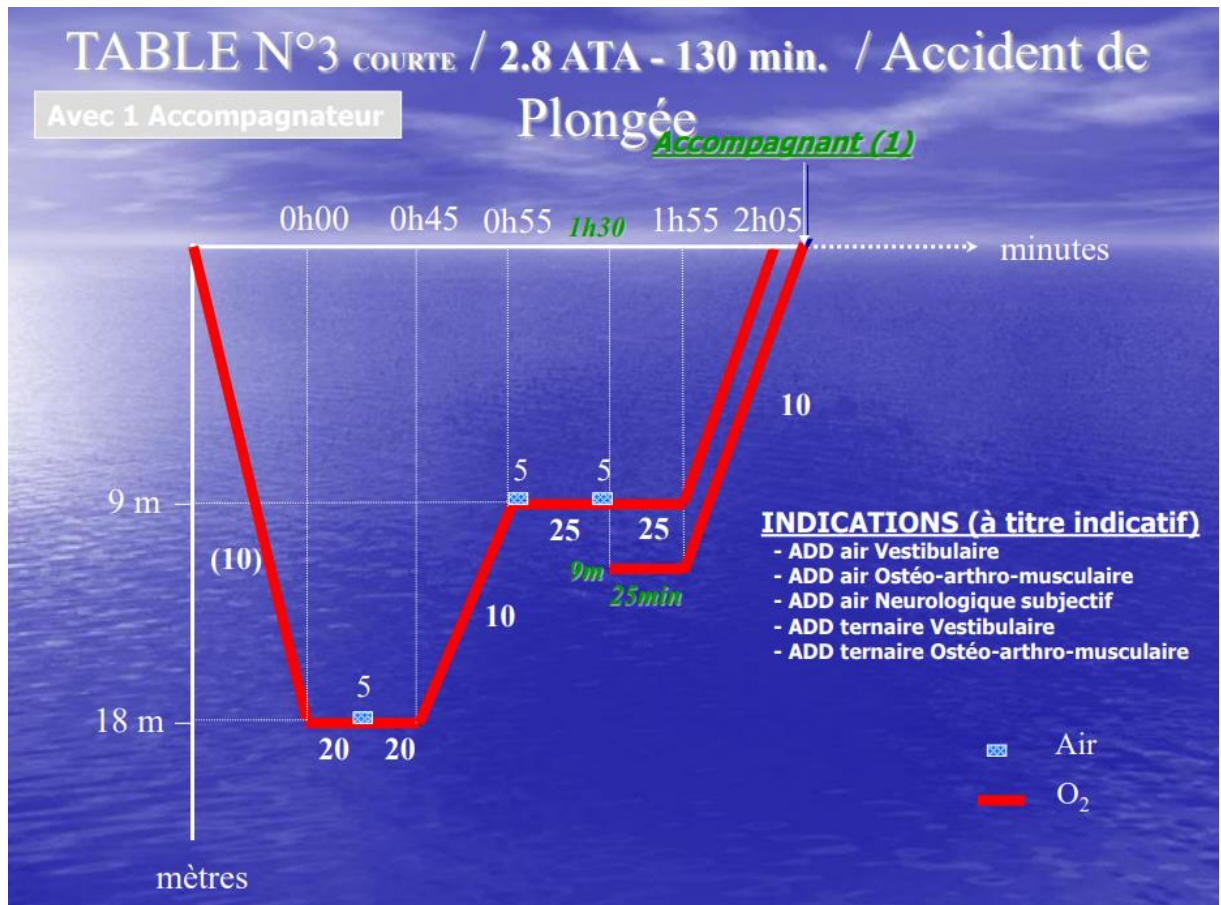
Echographie pulmonaire en SMUR puis Scanner thoracique à faire rapidement (verre dépoli = valide le diagnostic, recherche PNO éventuel)

Attention : on peut avoir un OPI sur une plongée saturante avec risque d'accident de désaturation dans un second temps

En savoir plus 1 :



En savoir plus 2 :



En savoir plus 3 :

Le barotraumatisme **intervient à la remontée** si le plongeur ne réalise pas d'expiration régulière (glotte fermée, inhalation, toux, Valsalva intempestif...).

La surpression dans les voies aériennes entraîne une rupture pariétale des alvéoles, avec passage d'air :

- **soit dans la plèvre** (pneumothorax) et les tissus (emphysème pariétal)
- **soit dans le médiastin** par l'interstitium axial (pneumomédiastin puis emphysème cervical)
- **et/ou dans la circulation veineuse pulmonaire**. Tableau potentiellement grave si shunt D/G (FOP par exemple) car risque d'**aéroembolisme cérébral**.

Le barotraumatisme est plus grave lors des 10 derniers mètres.

