

# **Rôle de l'unité médicale de secours en montagne dans la prise en charge des traumatisés graves évacués sur un C.H.U**

Tourneret ML, Mengelle F, Bounes V, Lere S, Ducassé  
JL

Congrès de médecine de montagne, Grenoble novembre 2009

Dr Tourneret M-L

- **Traumatisé grave :**

Patient ayant subi un trauma violent quelles que soient les lésions apparentes, notion plus adaptée à la PEC préhospitalière que celle du polytrauma. classique [1]

- **Spécificités de l'UMSM :**

- établir le bilan lésionnel
- stabiliser les détresses vitales
- soulager la douleur
- assurer l'évacuation vers le C.H le plus adapté
- s'adapter aux conditions extérieures
- travailler en collaboration avec les sauveteurs en montagne.

- [1] Lapandry C, Petit P.-*Recommandations concernant les modalités de la prise en charge préhospitalière des patients en état grave*-.SFAR et SAMU de France, Nov.2001

# Région MP



Au 1<sup>er</sup> janvier 2008

## ARIEGE

1. CH Val d'Ariège
2. CH Ariège-Couserans
3. CH Pays d'Olmes
4. Pamiers

## GERS

1. CH Auch
2. CH Condom

## HAUTES-PYRENNÉES

1. CH de Bigorre
2. CH Bagnères de Bigorre
3. CH Lannemezan
4. CH Lourdes
5. Clinique de l'Ormeau

## TARN ET GARONNE

1. CH Montauban
2. CHC Castelsarrasin-Moissac
3. Clinique du Pont de Craume

## AVEYRON

1. CH Rodez
2. CH Millau
3. CH Villefranche de Roergue
4. CH Decazeville
5. CH Saint-Affrique

## LOT

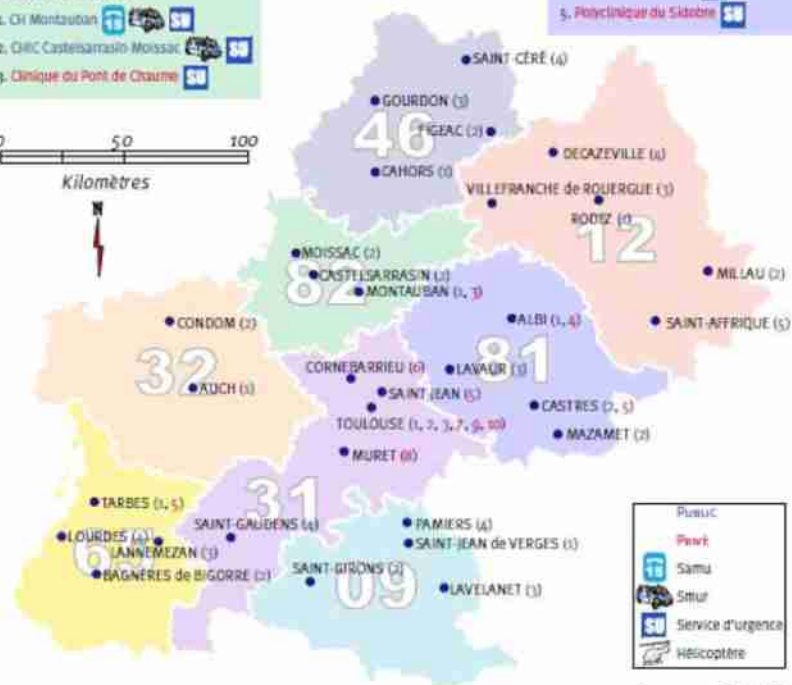
1. CH Cahors
2. CH Figeac
3. CH Gourdon
4. CH Saint-Céré

## HAUTE-GARONNE

1. Hôpital Purpan
2. Hôpital Rangueil
3. Hôpital des Enfants
4. CH Saint-Gaudens
5. Nouvelle clinique de l'Union
6. Clinique des Cèdres
7. Hôpital Joseph-Ducuing
8. Clinique d'Occitanie
9. Clinique Ambroise Paré
10. Clinique Saint-Jean-Languedoc

## TARN

1. CH Albi
2. CHC Castres-Mazamet
3. CH Lavaur
4. CMC Claude-Siemard
5. Polyclinique du Sidobre



Document ORU-MIP

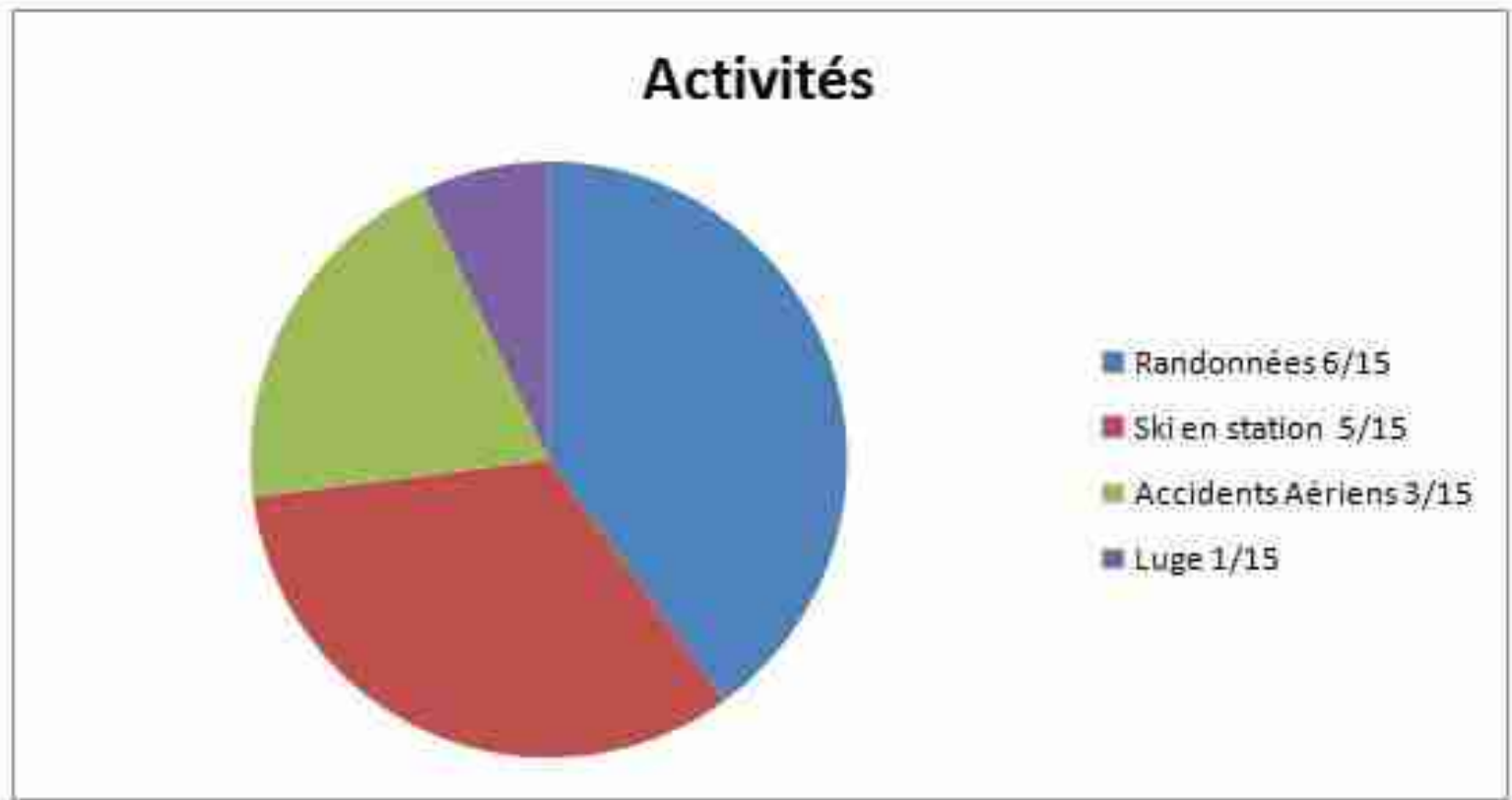
# Description de l'étude :

- Étude rétrospective de cas
- Durée : 2004-2008
- Pas de limite d'âge
- Patients PEC par l'UMSM
- Patients traumatisés graves
- Transférés dès la PEC vers le C.H.U de Toulouse

# Résultats :

- 1347 patients PEC sur 4 années
- 773 patients hospitalisés
- 42 patients PEC au C.H.U en I ou 2ndr
- **15** patients traumatisés graves **et** orientés dès la PEC vers le C.H.U dont 2 enfants.
  
- **Caractéristiques des patients :**  
Sex-ratio : 2/15,  
Age médian : 32 ans [15-60]  
3/15 comorbidités associées, 2 AT.

# Type d'activité :



- **Clinique initiale et SGG :**

- 6 patients avec GCS < 8
- 4 patients avec signes d'engagement : Mannitol 20%
- 4 patients sous amines vasopressives
- Pas d'ACR post traumatique

- **Vecteur** héliporté pour tous les patients

- **Service d'accueil :**

- Déchocage 12/15
- Réanimation 1/15
- Neurochirurgie 1/15
- SAU 1/15

# Bilan lésionnel définitif :

- **Traumatisé crânien :**

13 patients dont 5 avec atteinte médullaire  
(3 compression et 2 contusion simple)

- **Orthopédie :**

5 avec des lésions osseuses périphériques  
1 bassin ( lésion tjrs asso)

- **Thoracique :** 4 patients sans hémopneumo

- **Abdo :** 4 abdo non chirurgicaux

- **Vascu :** pas de lésion des gros vx mais un choc  
H sur épistaxis post trauma face.



# Scores de gravité :

- **Scores généraux**

comme l'Injury Gravity Score ou le GCS

- **Scores spécifiques**

comme l'Injury Severity Score adapté à la traumatologie

- **Valeur médiane de l'IGS II : 32 [18-47]**

- **Mortalité prédite calculée moyenne : 22,8%**  
médiane : 12,8%

- **Valeur médiane de l'ISS : 25 [12-30]**

- **Corrélation** entre l'évolution de l'IGS II et l'ISS

# Evolution :

- **Mortalité** : 3/15 dont 2 patients dans les 24h
- **Services II accueil** :  
8 neurochir, 5 traumatolo, 1 sortie directe et 1 SC
- **Durée d'hospit** : médiane 12 jours [3-22]
- 8 patients **transférés** en rééducation, 4 RAD

# Discussion :

- Patients = traumatisés graves  
Scores, Tm élevés, durée d'H élevés, lourdes séquelles
- TC prépondérant (CHU Tlse = centre réf. NeuroC.)
- Thérapeutiques et conditionnement suivent les recommandations de PEC préhospitalière hors contexte spécifique du secours en montagne
- **Points négatifs :**
  - Pas de mesure fiable de la douleur, faible recours à l'antalgie multimodale
  - Etude rétrospective avec un biais d'information

# Conclusion :

- Rôle décisionnel complexe du médecin de l'équipe de secours en montagne....
- Spécificités de la région MP explique petit échantillon ( surface, distance par rapport au CHU)
- **CAT sur les lieux :**
  - Evaluer l'état clinique du patient
  - Evaluer le degré de gravité et la potentielle évolution clinique à court et moyen terme
  - Décision d'orientation en fonction de la stabilité du patient et de l'indication de réalisation d'un geste salvateur en urgence

# Choix médecin / Orientation du patient :

- Disponibilité du vecteur le plus rapide : hélico (météo , kérosène...)
- Gain sur la morbi-mortalité d'un transfert primaire vers un CHU vs CHD ?
- Y a-t-il une lésion évolutive, létale , potentiellement curable dans un CH ne bénéficiant pas d'un plateau hyperspécialisé?

- Pronostic vital engagé à **très court terme** avec geste **chirurgical indispensable**  
= C.H le plus proche +/- transfert secondaire
- Pronostic vital engagé à **court terme** sans nécessité de plateau technique hyperspé.  
= C.H le plus proche
- Pronostic vital engagé à **court terme** et nécessité de plateau technique hyperspé.  
= ? = C.H.U si délais optimaux
- Pronostic vital engagé à **moyen terme** et nécessité d'un plateau technique hyperspé. = C.H.U

**Merci pour votre  
attention.**

