

ALR périphériques en milieu périlleux : Étude préliminaire de faisabilité

MAHIOU P., FAVIER I., BLANCHER M., ROCOURT F.
ANMSM / SAMU 38 - Hôpital Nord - CHU Grenoble -
38700 La Tronche

INTRODUCTION

- **Éfficacité ALR périphériques** pour prise en charge analgésique n'est plus à démontrer en **milieu extra hospitalier**
- En **situation hostile** en **secours montagne**
- Possible de **réaliser ALR périphériques** chez les traumatisés souvent très algiques ?
- Mobilisation lors de la mise en condition, de l'extraction et de leur évacuation hélicoptérée (avec ou sans treuillage)

Matériel et méthodes

- Étude **prospective**
- Période **hivernale**
- Durée de 4 mois (janvier => avril)
- **Situations hostiles** en secours en **montagne** (canyon, spéléologie, montagne)
- **Traumatisés** pris en charge en milieu difficile voir périlleux

- Recueil des données
 - Causes et Types de **lésion**
 - **Qualification des médecins** intervenant (Médecin Urgentiste, MAR)
 - **Type d'ALR** choisi
 - **Facilité de réalisation** de l'ALR (Facile, Difficile, Impossible)
 - Le type **d'AL** choisi
 - Recherche de **complications ALR** (IV ou IN)
 - Évaluation **douleur EVS (0 à 10)** arrivée secours, 10 min. après ALR, Réduction, et Mobilisation/évacuation blessé
 - **Moyen d'évacuation** et technique (treuillage)

Résultats

- **16 traumatisés** = 9 fr.fémur, 3 fr.jambe, 1 luxation rotule, 2 luxations épaule et 1 fr. ouverte de métacarpe.
- **Lésions associées** = 5 TC sans PCI, 3 TC + PCI brève, 1 fr.bassin suspect non déplacée et 1 fr.rachis lombaire.
- Les accidents se répartissaient en : 11 ski, 1 spéléologie, 2 alpinisme, 1 randonnée, et 1 parapente.
- **8 Urgentistes + 5 MAR entraînés en ALR** les ont réalisé en milieu hostile

- **Techniques ALR :**

- 6 Blocs (B.) Ilio fasciaux,
- 4 B.Nerf Fémoral,
- 2 BIS,
- 1 MultiBloc Tronculaire coude (M, R, U)
- 3 B.Nerf Sciatique (voie poplitée).

- Blocs périphériques de **réalisation facile** (85%) sauf 2 difficiles (15% = 1 BIS et 1 BNS), pas d'échec.

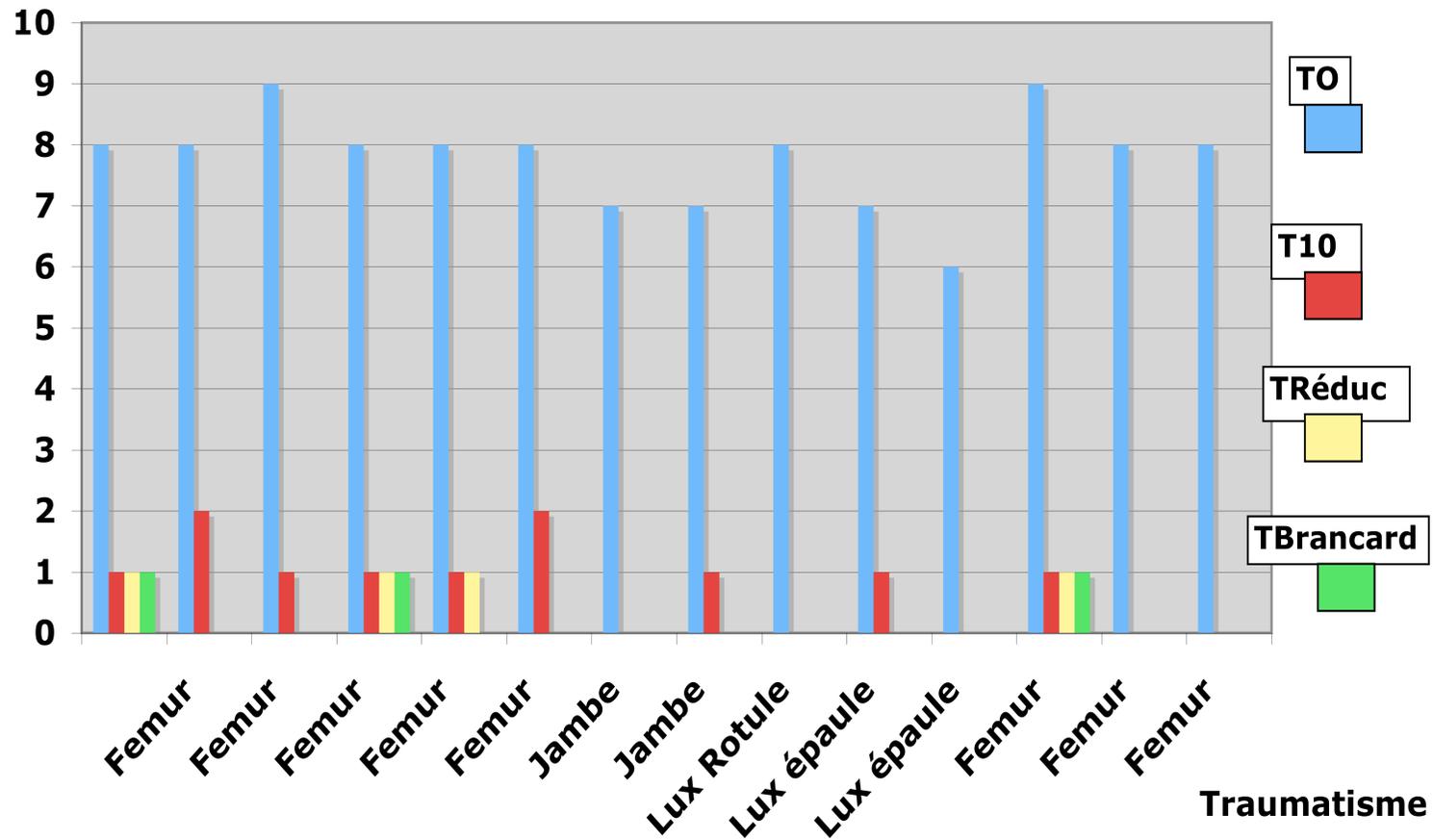
- **2 AL utilisés** : Carbocaïne 1% ou Naropeine 0,5%.

● Évaluation douleur montre

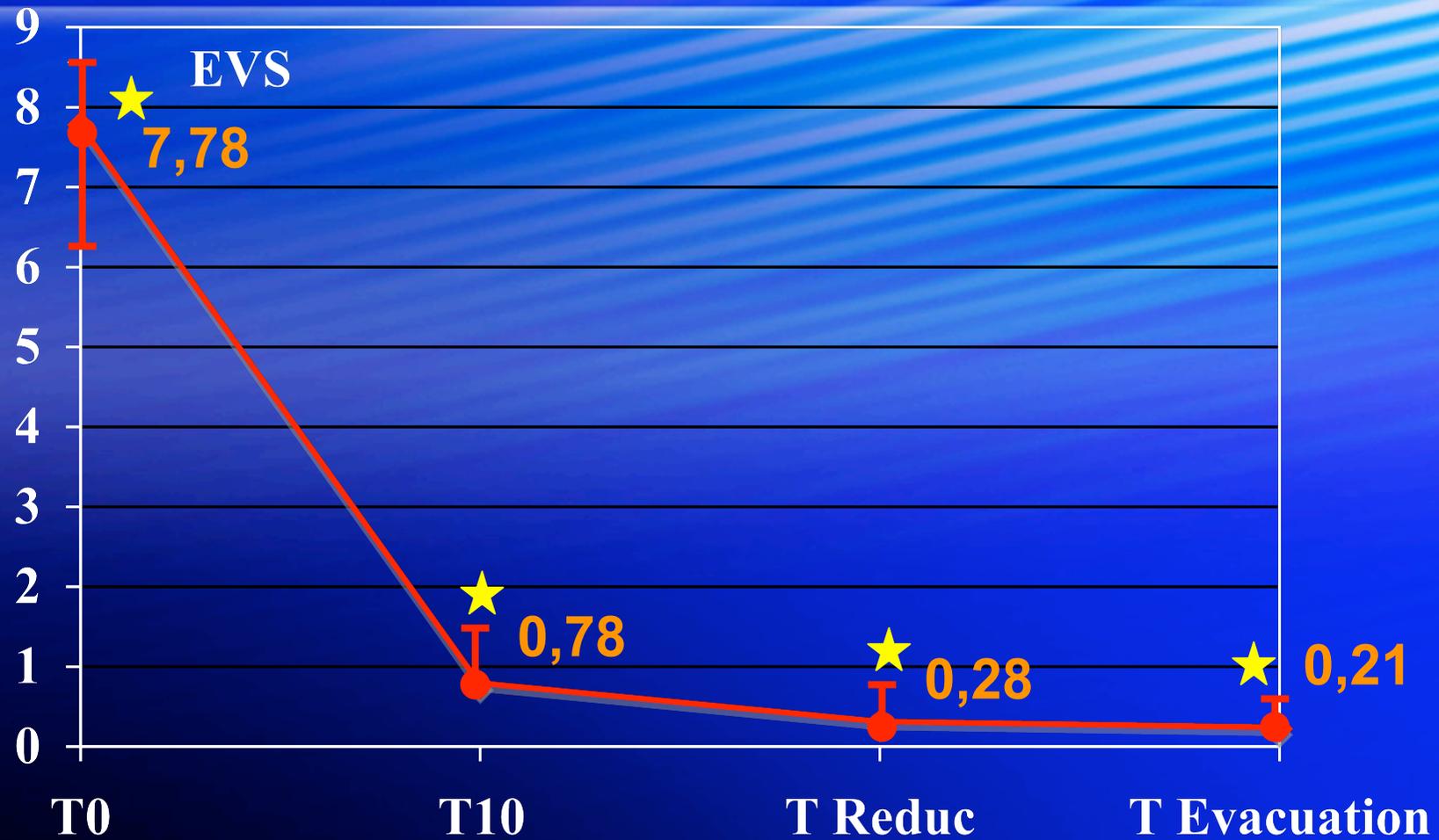
- avant toute ALR moyenne EVS à 7,78 +/- 0,8
- Après un délai d'action moyen ALR de 10 min. (5-13): l'EVS moyenne à 0,78 +/- 0,69
- Après Réduction EVS immédiate à 0,21 +/- 0,42 sauf pour 2 victimes (exclusion) qui présentaient des lésions associées:
 - une fr. bassin (EVS 4)
 - une fr. de la colonne lombaire (EVS 6)
 - Nécessité sédation IV supplémentaire (Kétamine + Sufenta) mise en place du KED et immobilisation

EVS (0 à 10)

Evaluation douleur



Efficacité analgésique des BNP



(M+/-SD , Student t'Test ★ P<0,001)

- Total de prise en charge 12 Fr. Fermées, 3 Luxations, 1 Plaie cratériforme sur Fr. Métacarpe
- Évacuation hélicoptérée sans incidents, avec excellente coopération patients (10 treuillages / 9 horizontales et 1 verticale, 6 appui patin)
- Pas de complications ALR
- Répartition fonction médecin : MU = Blocs IF et F , MAR tous blocs

Discussion / Conclusion

- Les techniques ALR périphériques faisables même en situations difficiles voir extrêmes (pas d'effet limitant de terrain)
- ALR simples, rapides d'exécution et pratiquées par des médecins entraînés
- Bien acceptées par les traumatisés,
- Une pleine efficacité analgésique de l'ALR, une réduction/immobilisation immédiate des fractures et/ou luxations, ainsi qu'une parfaite coopération des patients (peu sédaté)

- **Effet psychologique spectaculaire** avec :
 - Établissement d'un **climat de confiance**
 - **Prise en charge optimum**
 - **Participation active des victimes** évitant les brancardages douloureux et difficiles jusqu'aux zones d'évacuation
 - **Confort non négligeable de l'ensemble de l'équipe** (pilote, mécanicien/treuiliste, secouristes et médecin) compte tenu du risque potentiel souvent important de ces missions .

Association Nationale des Médecins et Sauveteurs en Montagne

