



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^{er} 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-PYRÉNÉES

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

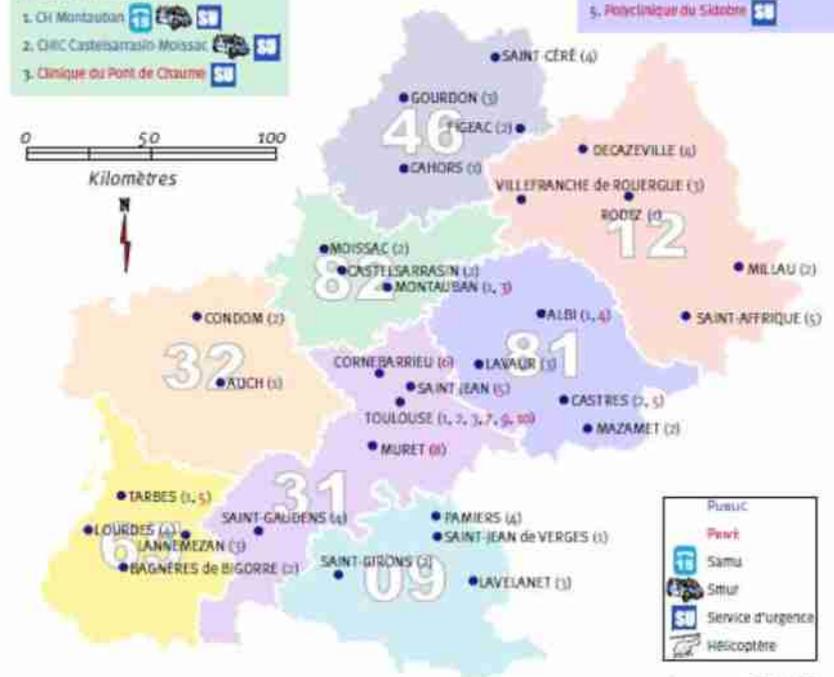
1. CH Cahors
2. CH Figeac
3. CH Gourdon
4. CH Saint-Céré

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

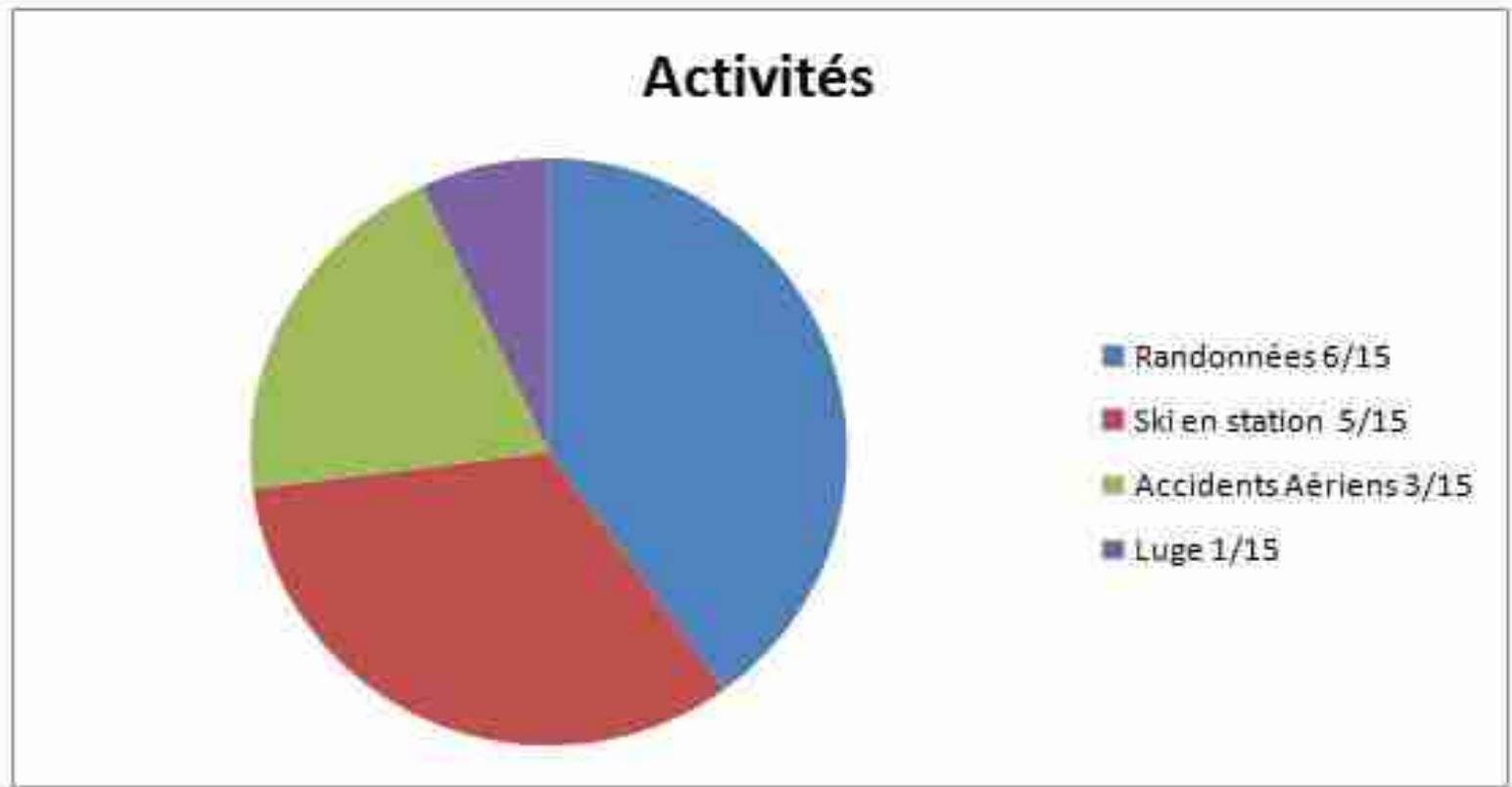
Description de l'étude :

- 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.**

