

PRISE EN CHARGE EXTRAHOSPITALIERE DU POLYTRAUMATISE :



- *FILLET Yann* -

- En France (1965) : « Stay and play (...) »



- Partout ailleurs : « Scoop and run (...) »



Schmidt. J. Trauma, 1992.

Carrel. Ann Fr Anesth Réanim, 1994.

Objectifs de la Prise en Charge Extrahospitalière :

- Evaluer les lésions initiales.
-  Maintenir les fonctions vitales.
-  Orienter la victime vers le centre adapté.
- Eviter les complications liées au ramassage.

Etat des lieux - AVP :



L 'Examen Médical :

- Il pose de grandes difficultés, en dehors de l'hôpital.
-  Faire **rapide** donc **simple**.
- Etre exhaustif pour orienter au mieux.

Secours en paroi de nuit :



(c) DMTM CHAMONIX 1998

Secours routier :



La Mise en Condition :

- Faire Rapide donc Simple -

- Difficultés de Désincarcération dans les AVP.
- Ne pas aggraver les lésions, ne pas être iatrogène.
- Lutter contre les détresses vitales : Respiratoire et Cardiocirculatoire.

Désincarcération (dépaillonnage) :



Véhicule dépavillonné :



Utilisation de vérins :



Détresse Respiratoire :

- Eliminer une étiologie nécessitant un geste urgent : PNO compressif, obstruction VAS.
- Evaluation et surveillance difficile.
- Difficultés de la ventilation, danger du drainage (Schmidt, J. Trauma 1998).

Etat de Choc :

- D 'origine hémorragique, le plus souvent.
(Scalp, Abdomen, Thorax, Bassin et Membres).
- Neurotraumatisme : maintenir une PAM > 90 .
- Lésion hémorragique non contrôlable :
maintenir une PAM > 50 mmhg.

Le Remplissage Vasculaire:

- L 'hypovolémie est souvent sous estimée.
 - Spoliation estimée $< 20\%$: Cristalloïdes.
 - Spoliation $> 20\%$: Colloïdes, plutôt HEA.
- Transfusions d 'indications exceptionnelles.
- Viennent ensuite les Amines et le PAC.

Neurotraumatisme et Sédation :

- La sédation, l'intubation trachéale et la ventilation artificielle ont montré leur intérêt dans la prévention des ACSOS.
- Elle doit être mise en œuvre dès la phase extrahospitalière (Carrel, Ann Fr Anesth Reanim, 1994).

La Sédation Extrahospitalière :

- Indications : détresse neurologique, respiratoire ou hémodynamique.
Autres indications : désincarcérations longues, fractures complexes, brûlures étendues.
- ISR : Hypnotique d'action rapide suivi de Suxaméthonium, manœuvre de Sellick :
Cette méthode diminue le nombre d'intubations difficiles.

Autres agents utilisables en extrahospitalier :

- BZD : largement utilisées, effet hémodynamiques non négligeables. Demi vie longue.
- Propofol : rapidité de l'hypnose, qualité du réveil. Limité par effets cardiocirculatoires.
- Gamma Oh : action lente. Epileptogène. Stabilité hémodynamique.
- Morphiniques : largement utilisés.
- Barbituriques : non recommandés.
- Curares : limités à la désadaptation à la VC.

L'Intubation en « milieu hostile »:

- 11 % d'intubations difficiles et 0,5 % d'échec.
(Angleterre : 13-26% d'ID et 6-49% d'échecs).
- Moins d'échecs avec victime en décubitus dorsal et opérateur en décubitus latéral G.
- Autres techniques selon le terrain : Intubation piolet. Nécessité de Techniques alternatives.

Recherche de Lésions Associées :

- Une Fracture du Rachis doit être suspectée et immobilisée chez tous les sujets comateux.
- Les fractures de membres sont réalignées et immobilisées.

L 'Evacuation :

- Difficultés du monitoring extrahospitalier.
- Apport de l 'utilisation de l 'hélicoptère.
(Collin EM, J Trauma 1998).

Difficulté
d'évacuation :

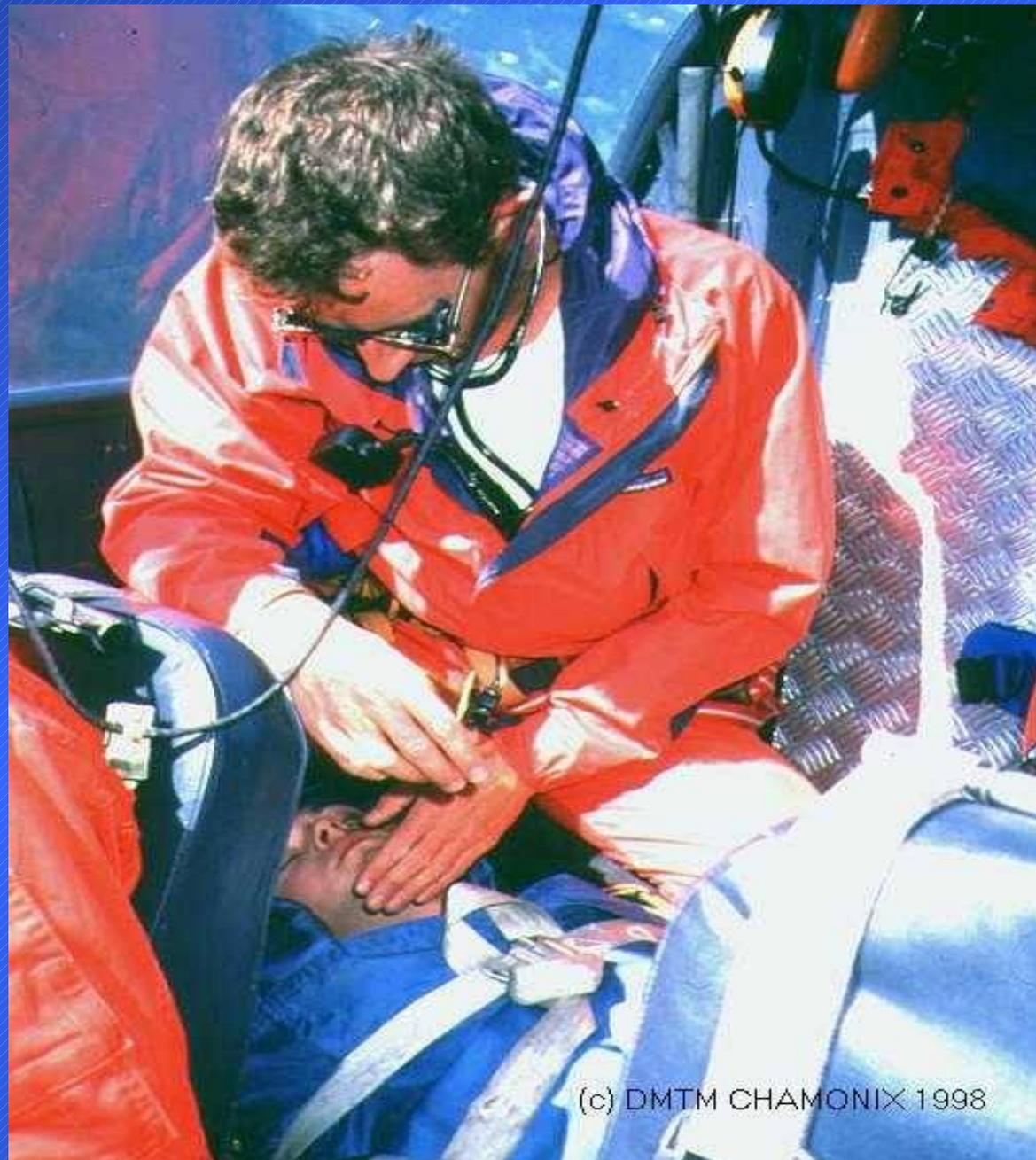


Secours en Spéléologie :



Problème de place dans

l'Alouette III :



(c) DMTM CHAMONIX 1998

- Thèse K. Benmiloud.
- Murray. J Trauma 2000.

En Conclusion:



➔ EXERCICE ACROBATIQUE.

- Nécessité d'une équipe entraînée, travaillant avec des protocoles pré-définis, pour améliorer éventuellement le pronostic des victimes.
- Ne pas faire perdre de temps par des tentatives de médicalisation excessives. Adapter la médicalisation à l'éloignement géographique.