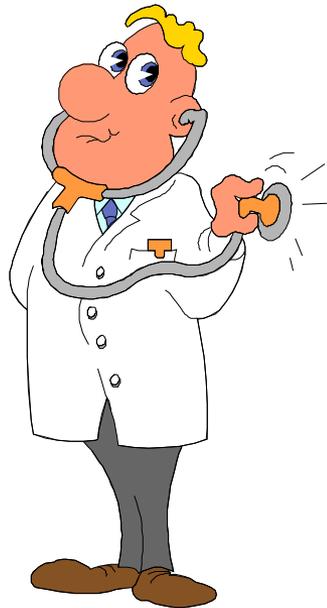




Prise en charge du traumatisé grave en secours en montagne

**... ou comment
ne pas faire
comme au déchocage ...**



Exemples :

- **hemocue répétés**

@ conjonctives +++

- **pression artérielle invasive ???**

▪ **tension**

▪ **pouls au poignet !!!**

- **PSE : Sufenta, Midazolam, Noradrenaline**

▪ **1 seul PSE ... voire Adrenaline dans la perfusion !**

Environnement hostile



Introduction :

- **Traumatisé grave = atteinte d'au moins 1 fonction vitale**
- **Les lésions ne s'additionnent pas** **1 + 1 = 3**
... elles se potentialisent
- **Golden Hour**

Reconnaître le traumatisé grave :

Les circonstances accidentelles

- ‘ évaluer la cinétique
- évaluer les délais

- **saut de barre rocheuse**
- **collision / piste**
- **cascade de glace**
- **parapentiste**
- **avalanche**

Le bilan :

- Examiner +++

mais... *ne pas déshabiller*

hypothermie

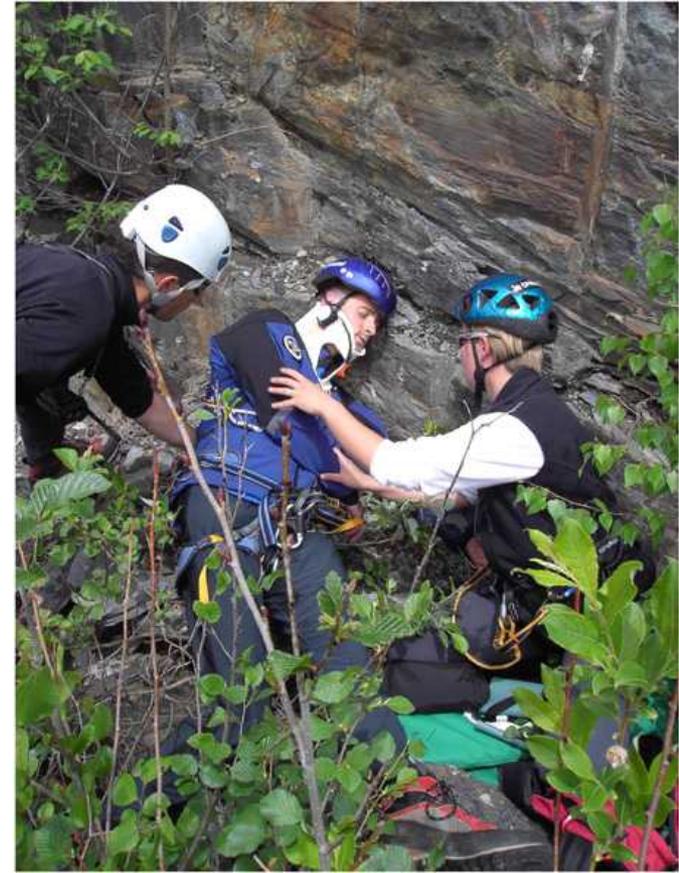
- Ré-évaluer les circonstances accidentelles

crâne - face

thorax

rachis

abdomen



Pour faire simple...

contrôle des détresses vitales

- pansement compressif

- fermeture pelvienne

- **points** plaie scalp

- **VVP**

- **remplissage**

- **amines**

- **O2**

- *KT 14G*

- **immobiliser**

- **sédation intubation**

✓ hémodynamique →

contrôle de l'hémorragie
restauration de la volémie

✓ ventilatoire →

oxygénation
ventilation ou drainage

✓ neurologique →

intubation
ACSOS

hypothermie

Principes de prise en charge :

- Traiter une lésion vitale
- Prévenir l'aggravation (ex : PLS)

... et s'en aller !!!

TIMING: Golden Hour

+ de temps pour équiper

le malade se dégrade

+ besoin d'équiper



Les incontournables :

- **Immobiliser le rachis**
- **Stopper une hémorragie**
- **Savoir surseoir aux gestes « acrobatiques »**
(intubation avec trauma facial, drain thoracique)
- **La lutte contre l'hypothermie est illusoire sur site**
⇒ **rapidité d'intervention + rapidité d'évacuation**
- **Ne pas laisser en ventilation spontanée un patient intubé**

Les pièges :

- **Minimiser :**

- **la cinétique**

- **les constantes (« petite » tension sur réaction vagale, betabloquants)**

- **les associations lésionnelles**

- **les délais**

Vous êtes seul

- **pas d'IDE**
- **pas de 2e main pour techniquer, intuber, drainer**

Vous n'êtes pas seul

- **secouristes**
- **Centre 15 + renfort sur la DZ**

Vous avez de la chance !!!

- **Homme jeunes
en bonne santé**



Vous n'avez pas de chance !!

- **Difficile d'examiner**
- **Difficile de perfuser
(froid)**
- **Difficile d'intuber
(soleil)**



Petits moyens :

- **Abord veineux :** main > pli du coude

ne pas oublier les jugulaires

- **Perfusion :** macromolécules ++

TENIR LA PERF...

attention au gel

- **Analgésie :** d'emblée efficace mais surveiller ++

- **Benzodiazépines :** utile mais dangereux

- *Antibiotiques*

O2

Couverture de survie

Orientation

‘ Bilan centre 15 :

- renfort éventuel sur la DZ : valise O-

- préparation de l'accueil :

 - chirurgien, radiologue interventionnel, valise de coag

- bonne orientation du patient :

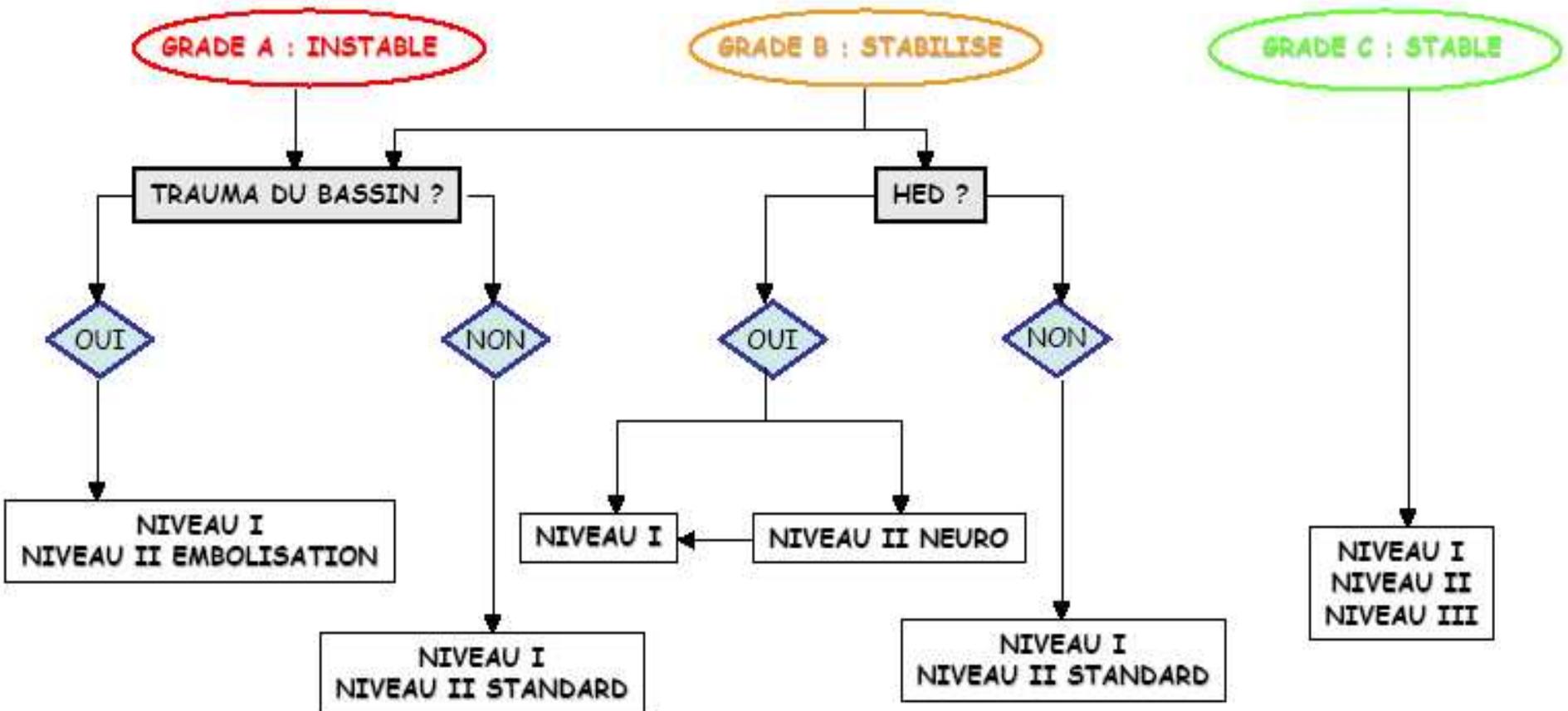
 - trauma system

 - niveau de gravité de patients

 - plateau technique des CH



Orientation réalisée à l'issue du bilan préhospitalier transmis au médecin régulateur du SAMU
L'objectif est d'orienter le patient vers le centre le plus approprié le plus proche du lieu de la prise en charge
En cas de suspicion préhospitalière de lésion neurochirurgicale, discuter le transfert direct en centre niveau I si le transport est inférieur à 30 minutes



HED : suspicion d'hématome extra dural (intervalle libre, focalisation motrice, asymétrie pupillaire)

Remplissage (1)

■ Objectifs tensionnels :

- PAM **90**mmHg si TC associé
- PAM **> 50 (45-70)**mmHg si hémorragie active

■ Quoi ? Combien ? Comment ?

- Cristalloïdes TAS > 8
- HEA si TAS < 8 (extension d'AMM 50 ml/kg vs 33ml/kg)
- SSH
- Pas de solutés hypotoniques

Remplissage (2) soluté salé hypertonique

= remplissage à petit volume + osmothérapie

- **4 ml/kg (maximum 250 ml) en moins de 15 min**
- **d'emblée ou résistant à un remplissage par colloïdes**

- **indication : réanimation du choc hémorragique (AMM)**
encore + chez le trauma crânien grave

- **effet secondaire : hypernatrémie... mais rapport bénéfice/risque favorable.**

- **bénéfice prouvé :**
 - **↘ besoin cristalloïdes et CG**
 - **correction + rapide baisse TA**

Remplissage (3)

Amines

vasopressives

- **Noradrénaline 0,4gamma/kg/mn ou 0,5 mg/h**
- **après « remplissage minimum »**
- **introduction précoce**
- **sur une voie différente du remplissage et du tensiomètre**

Intubation :

- **si GCS < 8**
- **si TC agité => indications larges (PIC)**
- **si détresse respiratoire**
- **en retardant le moins possible la prise en charge !!!**

Gérer un traumatisé grave en montagne,

c'est s'adapter :

- à la météo
- aux conditions
- à l'évolutivité du patient
- au secteur et aux possibilités d'accueil

