

Comment gérer un patient grade A imprévu dans un centre de niveau 3 (ou moins) ?

Justine MIALON

Médecin urgentiste Riom / Vichy

Circonstances

- 12 Aout 2023 - 19H30
- AVP scooter / VL en agglomération
- 1 blessé = conducteur du scooter
- Notion à l'appel : TC PCI, reste obnubilé, OH

Régulation à l'instant T

- Localisation de la mission : secteur d'un CH non classé pour la filière trauma sévère
- SMUR de ce CH fermé cette nuit-là par manque d'effectif médical
- ISP disponible à la caserne de proximité
- Aucune équipe SMUR disponible au moment de l'appel : 2 équipes terrestres Clermont Fd, Héliumur et Dragon en mission.

Urgences de secteur à l'instant T

- 1 seul médecin sénior + 1 interne
- Surcharge du service avec 2 autres patients justifiant un transfert SMUR en première partie de soirée
- Pas de laboratoire sur place, pas de chirurgien, pas d'anesthésiste
- Seul médecin sur l'établissement = urgentiste
- Scanner disponible : manipulateur radio sur place, radiologue d'astreinte

- En fonction des moyens disponibles au moment de l'AVP : engagement VSAV + VL ISP
- Bilan ISP à 20h22 :
 - Hémodynamique conservée : TA 135/81, FC 89 / min, sat 93%AA, FR 18/min, hemocue 17.3
 - TC / PCI / perte d'urines / OH
 - Douleur basithoracique G
 - Abdomen RAS

--> Pose VVP et protocole douleur Perfalgan 1g

--> Transport urgences Riom devant l'absence de critère de gravité

- Bilan initial aux urgences de secteur :
 - Patient agité, agressif, refusant tout bilan initialement
 - Examen clinique :
 - Hémodynamique toujours conservée
 - G14, obnubilé, répétitif, pas de déficit neurologique focalisé
 - Douleurs costales G étagées avec ventilation superficielle
 - Défense flanc G
 - Douleur épaule G

--> 2 VVP, Exacyl 1g, titration morphinique, oxygène

--> demande de bodyscanner d'emblée

--> bio prélevée

- Body TDM :

- Première lecture par manipulateur radio et urgentiste : d'emblée constat de multiples fractures de côtes, contusion pulmonaire et lésion splénique avec probable blush sur temps artériel

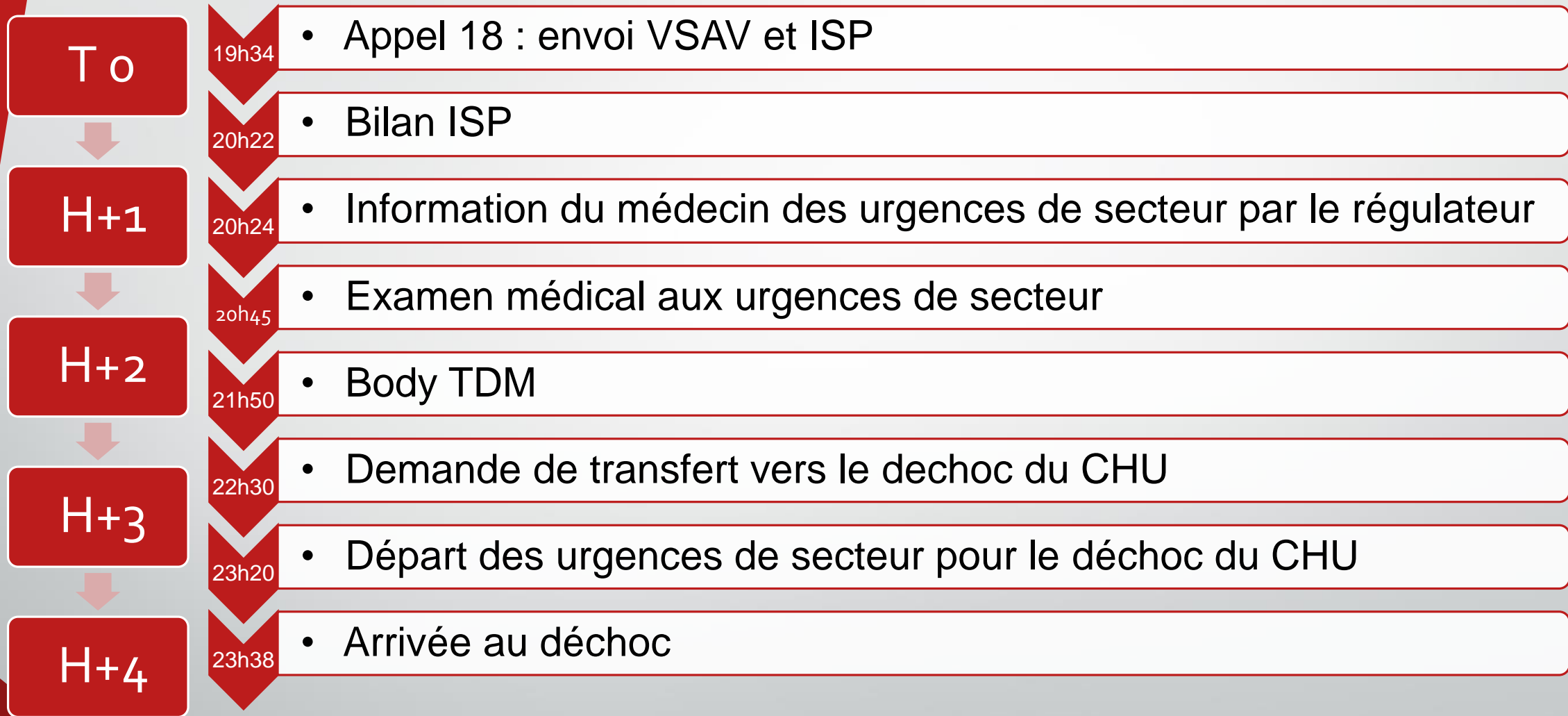
--> appel de choc RMC avant le CR du radiologue : demande à voir les images avant transport

- CR téléphonique du radiologue T+20 minutes :

- Fractures côtes G + contusions pulmonaires
- Fracture rate AAST 3 avec hémopéritoine
- Fracture plurifragmentaire clavicule G
- Reste examen RAS

--> validation du transfert et demande de transport médicalisé à 22h30

Timing



Devenir du patient



Hospitalisation en réa du 12 au 21 août

Extubation à J1

Contrôle TDM J5 : stabilité hématome loge splénique

Surinfection pulmonaire le 18/08 : mis sous Claforan

Bloc ortho pour la fracture de la clavicule le 20/08



TDM le 23 pour majoration du syndrome inflammatoire : EP proximale G avec infarctus pulmonaire

Hospitalisation en chirurgie digestive du 21 au 25 août

Conclusion

- En régulation :
 - Connaissance du secteur, des effecteurs et des moyens à disposition sur site
 - Difficultés de régulation liées au sous-effectif des lignes SMUR
 - Faut-il toujours un SMUR pour franchir les portes du dé choc ?
- Aux urgences :
 - Connaître les filières régionales
 - Formation des personnels médicaux et para médicaux des services y compris dans les centres "hors catégories"
 - Toujours anticiper l'étape suivante en gardant le chronomètre à l'esprit
 - Accepter une surveillance UHCD du CH secteur si overtrriage et bilan au dé choc mais pas de gravité lésionnelle



Merci de votre attention