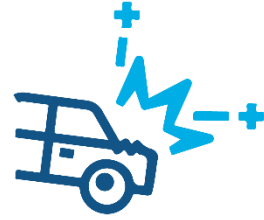


Compte-rendu revue de dossiers



Cas clinique n°1

Zone montagneuse



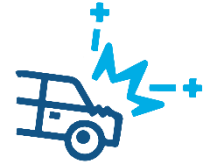
Prise en charge initiale du patient en zone montagneuse et orientation

- Service des pistes
- Base de secours en montagne (régulation initiale)
- SAMU
- Déchocage niveau II
- SMUR niveau III
- SAU niveau III
- Vecteur hélicoptéré

Transfert et destination du patient

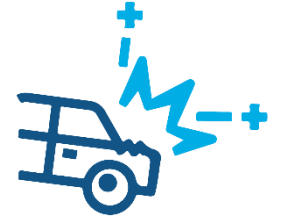
- Déchocage niveau I

Actions mises en oeuvre

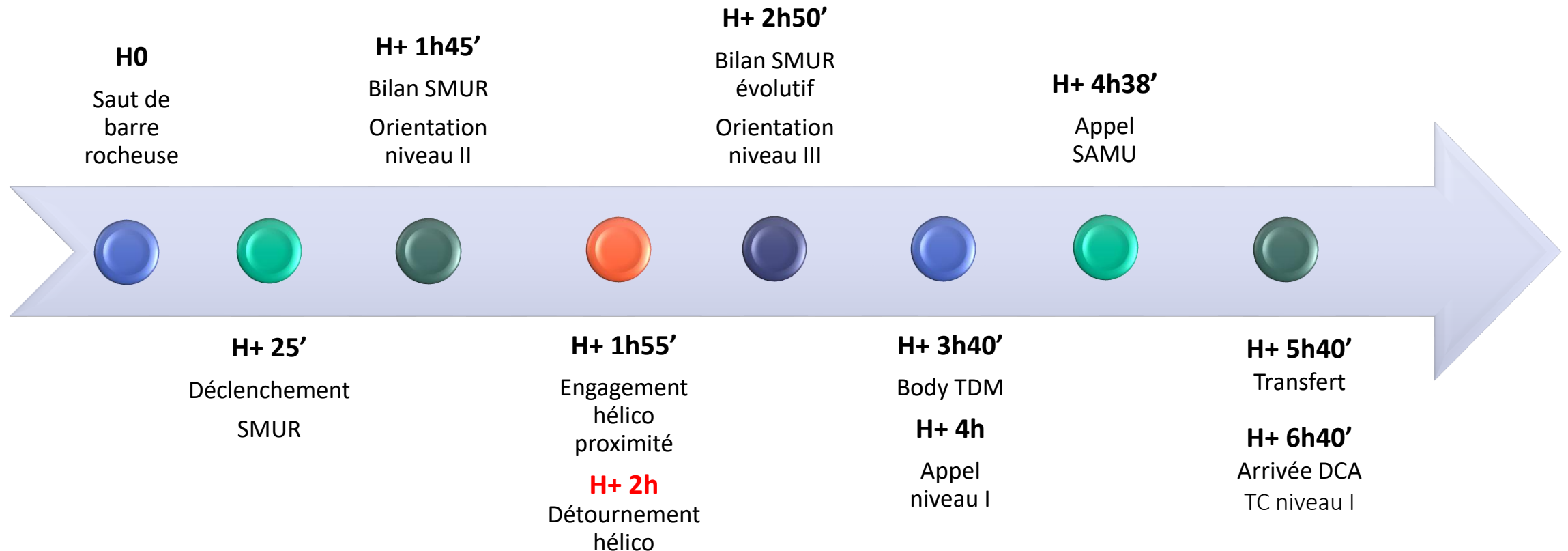


En résumé

- Fin de matinée, polytraumatisme sur les pistes de ski gradé B "respiratoire" sur désaturation + hypotension : orientation initiale vers niveau II après O2 + remplissage 500 mL
- Transport long car routier, saison hivernale, hélico indisponible
- Examen clinique SMUR rassurant à H+3 post traumatisme. Réévalué grade C sur normalisation des constantes et sevrage de l'oxygène : réorientation vers niveau III de proximité
- Aux urgences de niveau III, apparition progressive d'un choc d'allure hémorragique en rapport avec un traumatisme abdominal sévère associant : lésion splénique AAST IV, rein G AAST V et un traumatisme thoracique gauche avec pneumothorax non compressif
- Contact niveau I pour avis et transfert vers déchocage. Support transfusionnel + aminergique (max 6 mg/h) au moment du transfert sur la DZ
- Prise en charge niveau I à H+7 post traumatique pour transfusion massive, pose de drain thoracique et laparotomie écourtée (splénectomie) puis embolisation rénale
- Sortie réanimation J+35



Chronologie des événements

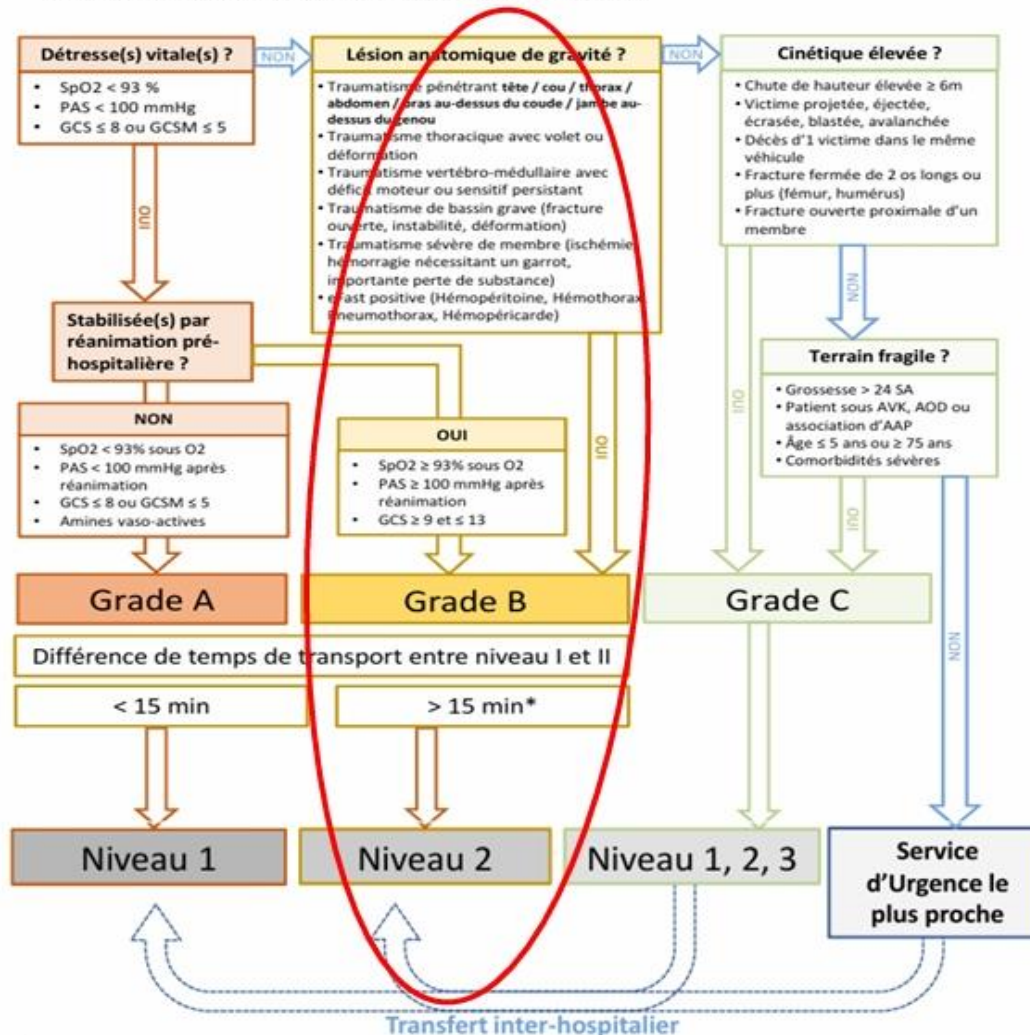




Points maîtrisés	Points de vigilance	Enseignements
<ul style="list-style-type: none"> • Rapidité de réalisation bodyscanner + transfusion aux urgences niveau III • Respect de la non-intubation chez le patient instable non traumatisé crânien • Contact DCA niveau I dès la sortie du TDM sans attendre le CR final pour anticipation de l'orientation et conseils de prise en charge 	<p>Pré hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunnellisation anatomique : la gradation correspond à un niveau de défaillance et non à une lésion anatomique. Ici 2 critères remplissaient le grade B : désaturation + hypotension • Une gradation correspond à un risque patient, la prise en charge initiale ne doit pas faire rétrograder le niveau de gradation initiale. Il est par contre possible d'upgrader une gradation (passer de C à B par exemple). • Un grade B doit être orienté en première intention vers un niveau I. • Biais d'éloignement géographique faisant préférer un stop dans le centre de proximité <p>Urgentistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Long délai pour transfert secondaire. La recherche d'un vecteur pour réorientation doit se faire dès l'identification d'un patient sous trié à l'accueil des urgences. • Un transfert secondaire d'un patient en attente d'un geste thérapeutique est aussi urgent qu'une intervention primaire, pas uniquement en traumatologie (ex AVC) • Bilan évolutif indispensable avec le centre de niveau I pouvant par ex dans ce cas faire reconsidérer la splénectomie sur place en cas de dégradation ET juste avant le départ du patient. • Intérêt du drainage thoracique d'emblée chez un patient choqué 	<ul style="list-style-type: none"> • La gradation doit être faite à l'arrivée et ne peut pas être rétrogradée, à fortiori si des mesures thérapeutiques ont été engagées • À chaque grade correspond un risque patient et donc une destination théorique vers un centre de niveau adapté • La gradation correspond à un degré de défaillance et non à une lésion anatomique, pourvoyeuse d'effet tunnel • Travail à mener avec les différentes régulations sur un process de gradation et de mise à disposition de moyens pour le transport des secondaires urgents en traumatologie grave



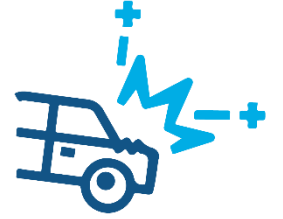
L'évaluation initiale doit être rapide comprenant les signes vitaux et les lésions anatomiques de gravité.
 Le bilan d'ambiance doit être transmis au SAMU dans les **5-10 minutes** suivant l'arrivée du SMUR afin d'anticiper les renforts si nécessaire, les vecteurs de transport et l'accueil hospitalier



* Sauf pour les traumatismes crâniens graves et de traumatismes vertébro-médullaires, tenir compte des ressources locales

Procédure, triage, gradation, orientation des patients traumatisés sévères en préhospitalier (adultes)





- Formations à la gradation et à l'orientation à poursuivre à l'échelle régionale
- **Procédure Opérationnelle Standardisée (POS) Grade A** inopiné à disposer au sein de chaque centre de niveau II et III
- Référentiel de régulation des secondaires urgents à proposer aux filières Urg'Ara