La prise en charge des victimes traumatisées ou blessées graves doit répondre à une exigence : **aller vite !**

Pourquoi ? Et comment faire pour optimiser nos prises en charge et donner un maximum de chances de survie aux patients gravement traumatisés ?

Rescue 18 décrypte ce concept et vous en dit plus sur l’importance d’optimiser les délais face à une victime traumatisée.


Texte

1 – Quelques chiffres

En France, les traumatismes, dans leur ensemble, sont à l'origine d'environ 40 000 décès chaque année, dont la moitié est due aux accidents de la vie courante. La population la plus touchée est la population masculine âgée de 25 à 35 ans. Par ailleurs, la traumatologie est la première cause de mortalité et de handicap des moins de 45 ans en France, comme dans le reste du monde.

2 – C'est quoi une victime traumatisée grave ?

Une victime traumatisée est grave lorsqu'elle présente une atteinte d'un ou plusieurs organes qui peuvent entraîner son décès dans les heures qui suivent le traumatisme. On dit que les blessures engagent le pronostic vital. Comme pour toute détresse, il faut aller vite pour sauver la victime. Mais avant tout, il faut savoir la reconnaître.

1 – Identifier une victime traumatisée grave : facile ?

Reconnaître une victime traumatisée sévère peut paraître évident mais ce n'est pas toujours si simple et chaque indice compte… Une victime polytraumatisée, jeune et par ailleurs en bonne santé, peut être rassurante initialement. On dit que son organisme compense. Il existe déjà des défaillances internes, notamment hémorragiques, mais le corps compense pour maintenir un équilibre. Et durant la phase initiale, le corps y arrive.

Reconnaître une victime grave n'est donc pas si simple dans un contexte traumatique. On a tous le souvenir de patients qui, suite à un choc violent, sont sortis de leur véhicule d'eux-mêmes avant notre arrivée et ne semblaient pas du tout en détresse, puis se dégradent au fil de la prise en charge et parfois décèdent.

Reconnaître les victimes polytraumatisées est un enjeu essentiel pour les services de secours. Détecter la gravité potentielle d'une victime permet de lui proposer une prise en charge adaptée et lui donner toutes les chances de survie.

2 – Le bilan circonstanciel : utile ?

Comment donc reconnaître un patient grave alors qu'il paraît stable ? La réponse se cache en partie dans le bilan circonstanciel : et oui ! Encore et toujours lui ! Ainsi, dès l'appel, les éléments de cinétique violente, de notion de chute de grande hauteur, le type de sol à la réception, renseignent sur la gravité potentielle des lésions. Si les éléments circonstanciels manquent au moment de la prise d'appel, il faut aller les chercher une fois sur place. Ils sont essentiels. Ne faites plus une intervention pour AVP, chute ou agression, sans demander la vitesse approximative, la hauteur de chute, sans évaluer la violence du choc au regard des dégâts matériels ou de la manière dont la victime a été touchée.

Exemple 1 : un piéton projeté est une victime polytraumatisée jusqu'à preuve du contraire avant même que vous ayez commencé le bilan, car un piéton n'est pas protégé et la projection suppose un impact violent qui, non seulement le déséquilibre mais aussi, l'envoie plusieurs mètres plus loin au sol, dans une chute violente et non contrôlée.

Exemple 2 : un patient victime d'un traumatisme pénétrant par arme blanche est un patient grave jusqu'à preuve du contraire. Et la preuve du contraire ne sera jamais accessible par les primo-intervenants. Il faut des examens complémentaires pour affirmer qu'un patient ne présente pas de lésions internes pouvant engager son pronostic vital.

3 – Le bilan vital : attention aux petites anomalies sans détresse visible

À l'issue du bilan circonstanciel, le bilan vital standard ou ABCDE aidera à préciser la situation, puis le bilan lésionnel à préciser les blessures identifiées ou suspectées. Une simple tachycardie bien tolérée ou une accélération de la fréquence ventilatoire, également bien tolérée doivent alerter sur la gravité potentielle d'un patient traumatisé.

Aucun écart des constantes vitales ne doit être minimisé dans un contexte traumatique. Le bilan vital ABCDE en contexte traumatique se transforme en X-ABCDE car l'urgence immédiate en terme secouriste, c'est d'arrêter un saignement. Le détecter est donc l'objectif numéro 1 en traumatologie.

3 – Arrêter le saignement : LA priorité

Le X-ABCDE, ou le SAVE MARCHE RYAN, ont un objectif : faire arrêter un saignement actif le plus vite possible :

- X pour exsanguination
- M du MARCHE pour « massive bleeding »

La sang est un liquide vital. En perdre trop et trop vite entraîne le décès. Simple. **Arrêter les hémorragies est donc une priorité** !

Lorsque le saignement est extériorisé, il est visible et à la portée de tout secouriste pour essayer de l'arrêter par compression directe ou la pose d'un garrot. En revanche, lorsque le saignement est interne, nous n'y pouvons rien sur les lieux de l'intervention : c'est un chirurgien qui pourra stopper un saignement interne. Il faut donc se rapprocher au plus vite d'un bloc opératoire pouvant réaliser le geste chirurgical qui permettra d'arrêter l'hémorragie (hémostase). Lorsqu'un patient présente un saignement interne non contrôlé, son état va se dégrader. En restant sur les lieux trop longtemps même en présence d'une équipe médicale, le risque est d'être impuissant face à sa dégradation et de courir après le patient. Dès les premières minutes, l'objectif est de pouvoir transporter rapidement la patient vers une structure hospitalière capable de réaliser cette hémostase interne. C'est une course contre la montre pour atteindre un objectif : l**a golden hour.**

4 – Que faire pendant la « golden hour » pré-hospitalière ?

Puisque l'on ne peut pas arrêter un saignement interne, on doit tout faire pour épargner au maximum les pertes de sang et lutter contre tout ce qui peut aggraver le saignement. On devra enchaîner les étapes d'hémostase, d'immobilisation, de relevage, de brancardage, de conditionnement et de transport le plus rapidement possible. Nous verrons que l'orientation hospitalière doit être anticipée afin de limiter le temps d'attente sur place.

4-1 Arrêter les saignements

Tout saignement accessible à une compression doit être limité au maximum avec

les moyens d’hémostase (Damage Control) dont vous disposez : pansement compressif, pansement israélien, garrot etc..

Lors d’une suspicion d’atteinte du bassin, la ceinture pelvienne pourra être mise en œuvre au moment du relevage de la victime.





La ceinture pelvienne est un rare exemple de dispositif permettant de limiter une hémorragie interne. Son action de compression, même externe, au niveau du bassin permet de limiter l’espace dans lequel le sang peut s’écouler au sein de ces tissus mous. La ceinture pelvienne est donc devenue un outil incontournable pour tout polytraumatisé ou traumatisé du bassin (chute à vélo, piéton renversé, chute d’étage, AVP haute cinétique etc…)

4-2 Lutter contre l’hypothermie

Une action secouriste très simple est précieuse pour limiter un saignement, qu’il soit extériorisé ou interne : **lutter contre le refroidissement de la victime.** Retirer des vêtements humides, sécher, couvrir, chauffer la cellule sont autant de petites mesures essentielles dans la prise en charge d’un traumatisé.

Oui, isoler un patient traumatisé du sol (relevage), le couvrir, utiliser une couverture chauffante, allumer à fond le chauffage dans le cellule du VSAV (en fermant les portes !) peut augmenter les chances de survie d’un polytraumatisé. Ces moyens ne sont pas des éléments de confort de notre prise en charge, ils sont essentiels pour éviter la dégradation du patient.

EXPLICATIONS – La triade létale de l’hémorragie

Lors d’un saignement, plusieurs facteurs vont contribuer à aggraver la situation. On en retient 3 qui forment la triade létale :

- L’hypothermie
- L’acidose
- La coagulopathie *

* *La coagulopathie est l’altération des mécanismes de coagulation pour arrêter physiologiquement le saignement*.

Credit Image : @lesminutesdejerem



4-3 Immobilisation, relevage, brancardage et mise en condition avant transport

Chaque étape de la prise en charge d’une victime polytraumatisée doit être optimisée pour être la plus rapide possible. Que la victime soit incarcérée ou que

son état ne nécessite qu'une immobilisation et un relevage, la collaboration entre sapeurs-pompiers et équipe médicale est fondamentale : les manipulations ne doivent pas dégrader l'état du patient comme la médicalisation ne doit pas retarder le conditionnement en vue du transport. Communication, connaissance et confiance mutuelle sont alors essentielles entre les équipes.

Conclusion

La golden hour est un concept qui permet de représenter l'importance d'associer une prise en charge optimale des victimes traumatisées graves à la rapidité : une course contre la montre et un chronomètre qui se déclenche au moment du traumatisme, comme pour l'arrêt cardiaque au moment de l'effondrement.

Golden Hour ou « heure d'or » durant laquelle on se fixe un objectif : prendre en charge la victime sur les lieux et la transporter à l'hôpital en 60 minutes. C'est un véritable challenge, difficile à tenir, mais un objectif collectif qui implique une coordination exemplaire entre les différents acteurs, de l'appel à l'accueil hospitalier.

Nous aborderons dans une deuxième partie, comment les systèmes s'organisent pour atteindre cet objectif en traumatologie.

REFERENCES :

https://www.santepubliquefrance.fr/traumatismes

Gauss T, Ageron FX, Devaud ML, Debaty G, Travers S, Garrigue D, Raux M, Harrois A, Bouzat P; French Trauma Research Initiative. Association of Prehospital Time to In-Hospital Trauma Mortality in a Physician-Staffed Emergency Medicine System. JAMA Surg. 2019 Dec 1;154(12):1117-1124. doi: 10.1001/jamasurg.2019.3475. PMID: 31553431; PMCID: PMC6764001.



Author: [Rescue Doc]