

Carlos El KHOURY
Médecin coordinateur
Tél. +33 (0) 6 2410 4024
c.elkhoury@ch-vienne.fr

Patrice SERRE
Médecin coordinateur adjoint
Tél. +33 (0) 6 6345 4526
pserre@ch-bourg01.fr

Magali BISCHOFF
Assistante de coordination
Tél. +33 (0) 6 8431 3345
m.bischoff@ch-vienne.fr

Nicolas EYDOUX
Chargé d'études
Tél. +33 (0) 6 0861 7794
n.eydoux@ch-vienne.fr

Alexandra PEIRETTI
Chargée d'études
Tél. +33 (0) 6 1642 0890
a.peiretti@ch-vienne.fr

Sylvie BESNIER
Secrétaire
Tél. +33 (0) 4 3702 1059
Fax +33 (0) 4 3702 1058
rescue@ch-vienne.fr

Cathy VINCENT
Secrétaire
Tél. +33 (0) 4 3702 1059
Fax +33 (0) 4 3702 1058
resuval@ch-vienne.fr

Adresse :
[Centre Hospitalier L.Hussel](#)
[Montée du Dr Chapuis](#)
[BP 127 - 38209 VIENNE](#)

<http://resuval.univ-lyon1.fr>

FILIERE TRAUMA SYSTEM

Compte rendu de Réunion N° 3 25 mars 2010

Présents :

- ASECIO Renaud – Montelimar
- BOYER Magali – Villefranche SS
- DELLINGER Carole – Vienne
- FAUJOUR Véronique – HCL
- MARCOTTE Guillaume – HEH
- MAUPOINT Régine – Bourg en B.
- RANCHON Guillaume - Macon
- ROUSSEL Eric – Villefranche SS
- SERRE Patrice - RESUVal
- TRINQUET Patricia - Vienne
- UGHETTO Jérôme – Valence

Positionnement des déchocages des HCL :

- Après plusieurs réunions, les HCL vont pouvoir mettre à disposition un document synthétique pour les orientations des différents patients vers les 2 déchocages des HCL en fonction des pathologies. Une dernière réunion est programmée la dernière semaine de mars pour finaliser cette procédure.
- Les enfants doivent être orientés vers l'HFME.
- Une procédure est en cours de finalisation pour les urgences neurochirurgicales des traumatisés sévères et un référentiel des neurochirurgiens sera diffusé.
- Concernant la « Hotline », il n'y aura a priori pas de numéro dédié mais les 2 déchocages disposent d'une ligne directe par laquelle il est possible de joindre les réanimateurs pour des conseils de prise en charge ou d'orientation. A diffuser largement, également aux réanimateurs des CH périphériques.
- La question a été posée de la mise en ligne sur le ROR des référentiels du réseau ou des établissements (protocole 'propre' de neurochirurgie). La question sera retranscrite à l'ARH.

(CEK : l'intégration des procédures de chaque réseau au ROR est techniquement prévue).

Référentiel traumatisé sévère :

- Le groupe de travail décide de se pencher sur le référentiel de prise en charge des traumatisés sévères, incluant leur gradation et leur orientation ainsi que leur gestion. Les protocoles d'organes seront discutés ultérieurement.
- Pour la prise en charge des traumatisés sévères pédiatriques, le groupe décide de temporiser le référentiel et de s'adjoindre les compétences des experts pour sa réalisation.
- Le groupe travaille à partir du référentiel de Montélimar.

- Le groupe décide de garder les niveaux de gravité de Vittel, son utilisation étant déjà largement répandue dans les différents services d'urgences, les SAMU et par les réanimateurs.
- Concernant les degrés de gravité, en l'absence de référence, le groupe décide de retenir 15 min de réanimation avant de grader le patient en niveau I ou II. L'idée restant d'un bilan le plus précoce à la régulation, surtout en cas de gravité évidente à la prise en charge, pour ne pas retarder un transfert long et demander un vecteur aérien le plus tôt possible s'il semble nécessaire.
- Les niveaux I et II posent peu de soucis pour la reconnaissance de leur prise en charge agressive mais beaucoup des urgentistes présents déclarent avoir des difficultés avec la prise en charge des patients de niveau III, surtout pour l'imagerie. Il semble important d'insister sur la potentielle gravité de lésions masquées chez ces patients et de ne pas relâcher l'attention, surtout pour les patients avec des éléments de cinétique importants pour lesquels le bodyscanner doit rester le standard. Pour ces patients les signes cliniques ont une très faible pertinence. Leur accueil doit se faire en déchocage pour une réévaluation même si leur arrivée n'est pas médicalisée. Certains centres doivent encore « négocier » des « bouts de scanner ».
- Le protocole doit inclure les radiologues pour pouvoir protocoler les bodyscanners systématiques pour les patients niveaux 1 et 2 et les indications imparables des niveaux 3 (avec acquisition adaptée). Il sera difficile de faire sans eux, ils risquent de ne pas adhérer.
- La prise en charge pré hospitalière peut être cadrée facilement, la prise en charge intra hospitalière est plus difficile à protocoler car chaque service a ses méthodes et habitudes de travail. Il semble important d'insister sur le timing (idée d'une personne dédiée à la surveillance du temps) et sur la mise à disposition rapide et précoce de sang pour les transfusions, surtout pour les équipes n'ayant pu organiser une 'mallette' de sang en pré hospitalier. L'objectif étant de disposer du bilan complet (donc d'avoir le scanner réalisé) à H+1 de l'admission au déchocage pour organiser la suite de la prise en charge et d'éventuels retransferts.
- Le groupe propose une large utilisation de la thoracostomie en cas de désaturation majeure malgré l'assistance ventilatoire, il est inutile et dangereux de drainer un épanchement avant le scanner chez un patient stable. Le drain pourra être mis en place en cas de saignement majeur non contrôlé pour permettre une auto transfusion. Pour ce geste, le groupe propose de solliciter les experts pour mettre à disposition des vidéos explicatives.
- La validation des niveaux des établissements doit être faite en CME afin d'impliquer l'ensemble des acteurs de la prise en charge des traumatisés sévères (radiologues, chirurgiens viscéraux, orthopédiques etc...). Le protocole devra être diffusé largement aux spécialistes impliqués.
- Le groupe de travail pense que tous les patients de niveau I devraient bénéficier de l'avis des réanimateurs de déchocage de niveau I, soit pour une admission directe, soit pour coordonner un passage par un centre de niveau II pour une stabilisation si l'état du malade ne permet pas son transfert direct en niveau I. Dans les suites, une fois stabilisé et selon le bilan lésionnel, la discussion se fera sur le transfert vers un niveau I.
- Un vaste débat s'engage sur l'appel au réanimateur, autant tout le monde s'accorde à penser qu'un patient niveau I a idéalement sa place en centre de niveau I, autant il ne semble pas licite de faire parcourir beaucoup de kilomètres à des patients qui pourraient être pris en charge sur un niveau II avec le plateau technique adéquat (embolisation et/ou neurochirurgie). L'impératif étant de ne pas perdre de temps en cas de besoin de retransfert. La solution pourrait être de se mettre en contact avec le réanimateur du déchocage le plus proche mais adapté aux lésions cliniques suspectées tout en gardant la porte ouverte à un transfert rapide si le bilan lésionnel montre des lésions ne pouvant être prises en charge sur ce centre afin de le transférer dès sa stabilisation hémodynamique. L'intérêt serait de pouvoir inclure les réanimateurs des CH périphériques pour la prochaine réunion afin de trouver l'organisation qui ne pose souci à aucun médecin ni à aucun malade. On retient donc l'appel au réanimateur du centre primaire approprié (selon le niveau et selon le temps transport) pour organiser accueil. La régulation doit rester en « veille active » pour ces patients afin d'organiser au plus vite les éventuels retransferts. L'équipe SMUR est déclarée disponible quand le malade est « géré ».
- Des difficultés sont rencontrées sur la prise en charge par les neurochirurgiens des urgences neurochirurgicales avec d'autres lésions associées en raison du plateau technique purement neurologique de la structure. Dans ces

cas, les réanimateurs des déchocages Lyonnais peuvent nous aider en organisant un passage par leur structure avant ou après le geste.

- Le groupe se pose la question de la place de la fast echo. A réaliser par les urgentistes ? A promouvoir par le réseau ? Quelle place en préhospitalier ? Le risque pouvant être le retard de la réalisation d'un bodyscanner en raison d'une fast echo faussement rassurante.
- Les radiographies pulmonaire et de bassin doivent être systématiques pour les patients de niveau I et II mais peuvent être remplacées par le scout du bodyscanner en l'absence de suspicion forte de lésion de bassin ou de pathologie pleurale. Même si le patient est instable, il convient de discuter le bodyscanner d'emblée.
- Pour les patients sans tension au déchocage et sans possibilité d' embolisation multisite, l'entrée directe bloc après conditionnement minimum (accès veineux, voie artérielle, 6PGR + 6PFC pour tenter une stabilisation en se donnant un objectif de temps court) est licite car le délai d'acquisition du bodyscanner est trop long.
- Pour le conditionnement le groupe pense qu'en préhospitalier il ne faut pas s'acharner à poser 2 voies mais s'attacher à un abord vasculaire (VVP ou KT Os (après 2 essais VVP)). La 2° voie est impérative au déchocage.
- Le groupe déconseille la mise en place de SAD et de sonde gastrique en raison de perte temps et de risque en cas de lésion de bassin de la SAD.
- La discussion sur la place de l'ECG est délicate, car il est indispensable mais pas forcément urgent car il ne modifie pas la prise en charge initiale. La perte de temps est notable. Il est à discuter en préhospitalier pendant le transport et est impératif pour les niveaux 3. Pour les niveaux 1 et 2 il ne doit pas retarder la prise en charge et s'il n'est pas fait initialement, il faudra s'attacher à le réaliser ou signaler à l'équipe le prenant en charge qu'il reste à faire.
- Le score ASIA pour les patients neurochirurgicaux est important pour savoir si le niveau est apparu d'emblée ou s'il est évolutif. Surtout pour les niveaux 2 et 3.
- La place du vecteur aérien est délicate car il doit être déclenché au plus tôt pour ne pas avoir à l'attendre sur les lieux mais sa disponibilité reste aléatoire (météo, déjà engagé) et le malade ne peut pas toujours en bénéficier si trop instable. Un groupe de travail aura sûrement la délicate tâche de protocoler tous ces paramètres.

Formation :

- Importance de la formation des médecins (DIU traumatisé sévères) et des paramédicaux (formation continue prise en charge par établissement).
- Se pose la discussion de la formation des chirurgiens au 'damage control' et des radiologues à la lecture des bodyscanners. Il conviendra de les rencontrer pour harmoniser les pratiques.
- Ces formations seront d'autant plus importantes que certains patients risquent d'être pris en charge sur des centres moins équipés et moins bien formés en raison de contraintes d'activité (plan ORSEC) et météorologiques.
- Au final, 2 protocoles vont être travaillés en gardant la maquette du réseau, en essayant de réaliser ce référentiel sur une seule page ou en 2 pages pour différencier les niveaux 1 et 2 des niveaux 3.

Prochaine réunion :

Lundi 17 mai 2010 de 14h à 16h à RESUVal au CH de Vienne.