

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 7188 4845
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

Elodie FLOCARD
Statisticienne
Tél. +33 (0) 6 4422 9989
rescue.stats@ch-vienne.fr

Nathalie PAVAN
Infirmière
Tél. +33 (0) 6 7188 4735
ide.resuval@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

FILIERE TRAUMA SYSTEM

Compte rendu de Réunion N° 38 22 janvier 2016 – Vienne

Présents :

- ALBELTAJI Tareq – Montélimar
- ANETTE Bastien – Villefranche
- BESNIER Sylvie – RESCUe
- BISCHOFF Magali – RESUVal
- CARTIER Julien- Montélimar
- DAOUD Khadidja - Valence
- DAVID Jean-Stéphane – Lyon Sud
- DEMARQUET Marine – Bourg en Bresse
- El KHOURY Carlos – Vienne
- FLOCARD Elodie – RESUVal
- JACQUIN Laurent –HEH
- MARCOTTE Guillaume – HEH
- MERCOYROL E Laurent – Montélimar
- PAITA Thomas – Bourgoin
- PAVAN Nathalie – RESUVal
- RESTIER Johan – Valence
- REY Jean-Philippe – Valence
- TAZAROURTE Karim – HEH
- SERRE Patrice – Bourg en Bresse
- VIGNAT Muriel – Bourgoin
- TRINQUET Patricia – Vienne

1 Harmonisation régionale terminologie

Carlos EL KHOURY présente la fonctionnalité de recherche du ROR par filières. Il illustre ainsi l'importance du partage d'information nécessaire à la régulation et l'orientation adaptée du patient.

2 Catégorisation des centres

Plusieurs établissements apparaissent aujourd'hui dans une classification erronée. Une mise à jour est nécessaire.

Il est convenu de solliciter tous les établissements porteurs d'un service d'accueil des urgences. Un questionnaire en ligne va être proposé par RESUVal et adressé dans les prochains jours. Il sera également proposé aux deux autres réseaux.

Les questions porteront sur les critères proposés par le groupe régional des réanimateurs et urgentistes des trois réseaux. Un critère supplémentaire est ajouté pour tous les niveaux : FAST écho H24. Il faudra que les établissements puissent indiquer les activités réalisées dans le cadre d'une convention avec un autre établissement.

On observe que tous les établissements de niveau 3, ne manifestent pas la même volonté à s'investir dans la filière trauma. On pourrait imaginer un niveau 4 ?

3 Catégorisation des patients

Jean Stéphane DAVID et les autres réanimateurs sont d'accord pour une nouvelle dénomination (grades ABC).

En revanche, le contenu de chaque grade reste à affiner. Plusieurs approches sont utilisées actuellement, plutôt physiologique ou plutôt cinétique/anatomique.

Certains éléments sont d'ores et déjà débattus :

Référentiel TRENAU	Propositions RESUVal
Grade A	
<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire SpO2 <90% sous O2 - PAS < 90mmHg après remplissage >1000cc - GCS ≤8 (GCSM ≤4) - Nécessité d'amines vasoactives - Transfusion pré hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire SpO2 <90% sous O2 - PAS ≤ 100 mmHg après remplissage >1000cc - GCS ≤8 ou GCSM ≤4 - Trauma pénétrant tête, cou - Nécessité d'amines vasoactives - Transfusion pré hospitalière
Grade B	
<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire stabilisée (spO2≥90%) - Hypotension corrigée (PAS ≥90mmHg) - GCS ≥ 9 et ≤13 - Trauma pénétrant (tête, cou, tronc, membres au-dessus genou et coude) - Trauma thoracique avec volet ou déformation - Traumatisme vertébro médullaire (déficit sensitif ou moteur, y compris transitoire) - Trauma bassin grave ou Fracture des 2 Fémurs - Amputation, dégantage, écrasement d'un membre - Hémopéritoine, Hémothorax, Hémopéricarde (Fast echo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire stabilisée (spO2≥90%) - Hypotension corrigée (PAS ≥100 mmHg) - GCS > 8 OU GCSM ≥ 5 - Trauma pénétrant tronc, membre au-dessus genou et coude - Trauma thoracique avec volet ou déformation - Traumatisme vertébro médullaire (déficit sensitif ou moteur, y compris transitoire) - Trauma bassin grave ou fracture des 2 fémurs, lésion vasculaire de membre - Hémopéritoine, Hémothorax, Hémopéricarde (Fast echo)
Grade C	
<ul style="list-style-type: none"> - Chute de hauteur élevée : adulte ≥ 6mètres ; Enfant ≥ 3 fois la taille de l'enfant - Victime projetée, éjectée du véhicule, écrasée et/ou blast - Fractures de 2 os longs proximaux (humérus ou fémur) - Décès d'une victime dans le même habitacle - Jugement clinique du smur (ou équipe des urgences) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chute ≥ 1 étage (2,5m) pour l'adulte ; Chute de 2 à 3 fois sa taille pour l'enfant - Victime projetée, éjectée du véhicule, écrasée et/ou blast - Fractures de 2 os longs proximaux (humérus ou fémur) - Amputation, dégantage, écrasement d'un membre, hors lésion vasculaire - Victime sous anticoagulant (AVK et AOD) - Grossesse ≥ 24 SA - Décès d'une victime dans le même habitacle - Jugement clinique du smur (ou équipe des urgences)
Prudence en fonction de l'évaluation du terrain (en cas de doute = Grade C)	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfant de ≤ 5 ans et personne âgée ≥ 75 ans (Prudence si PAS <110 mmHg chez la personne âgée ≥ 75ans) - Patient sous AVK, NACO, ou association d'anti-agrégants - Intoxication éthylique et/ou stupéfiant - Grossesse > 20 SA - Obésité (BMI ≥ 40) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant de ≤ 5 ans et personne âgée ≥ 75 ans (Prudence si PAS <110 mmHg chez la personne âgée ≥ 75ans) - Intoxication éthylique et/ou stupéfiant

L'objectif de cette répartition est d'éviter à la fois l'under et l'over triage.

L'arbre décisionnel d'orientation du RENAU semble convenir. Restera à préciser la notion de « stop technique ».

Une réunion est organisée le 12 février, rassemblant les réseaux et réanimateurs afin de débattre et de s'accorder sur une définition des grades.

4 Observation pré-hospitalière du traumatisé : nouvelle fiche – premières impressions

Les déchocages relèvent que la qualité du remplissage est parfois médiocre. Une amélioration est nécessaire.

La présentation en triptyque est très large et encombrante ; difficile à manipuler. Il existe un besoin important de passer à un format électronique, autant pour la phase préH, que pour le déchocage et la réanimation.

Une amélioration de la qualité du papier est constatée.

Evolutions à apporter pour la version future :

- Enlever la taille des pupilles

- Préciser dans la légende :
 - Feuillet 1 : Service receveur
 - Feuillet 2 : Service receveur puis RESUVal
 - Feuillet 3 : SMUR

5 Thèse Marine DEMARQUET

Marine présente son projet de thèse portant sur les traumatismes pénétrants, supervisée par Karim TAZAROURTE.

Il est convenu qu'elle travaillera sur un plus grand échantillon que précédemment imaginé. Pourquoi ne pas y intégrer également ceux du TRENAU.

Elle travaillera de concert avec Elodie FLOCARD, la statisticienne et les médecins de RESUVal.

6 Mémoire de DES de Roxane SILVE

Guillaume MARCOTTE évoque le travail en cours sur les erreurs de catégorisation des patients préH / déchocage. Roxane est accompagnée par Elodie FLOCARD, la statisticienne de RESUVal.

7 Divers

Le pavillon H va d'ici trois ans environ accueillir l'actuel Déchocage du pavillon G et du CHLS. Toutes les ressources devraient être sur place (entre autre neurochirurgicales).

8 FMC RESUVal

30 mars 2016, 18h45, HFME : Ca saigne !

9 Réunions groupe trauma system

- 18 mars 2016, 10h, Villefranche
- 20 mai 2016, 10h, Montélimar