

CP136 : Étude comparative des patients grade C admis ou non admis en unité de soins intensifs (USI)

*JEAN-XAVIER TAVERNA (1), GUILLAUME MARCOTTE (2), MAGALI BISCHOFF (3),
PATRICE SERRE (4), THOMAS RIMMELE (1), BERNARD FLOCCARD (1),
GROUPE RESUVAL (5)*

Mots clefs

traumatologie sévère, réseau, grade, soins intensifs

Introduction

Le triage permet de classer les traumatisés sévères de grade A (instable) à grade C (stable) et de les orienter vers le trauma center de niveau adapté. L'organisation en réseau vise à réduire la morbi-mortalité liée aux traumatismes. Si les structures de niveau 1 bénéficient aux patients les plus graves, ce gain n'est pas prouvé pour les patients moins sévères. L'épidémiologie et le devenir des patients grade C sont mal connus. L'objectif de notre étude était de décrire le groupe des patients grade C admis en USI et de le comparer aux patients grade C non admis en USI après le déchocage.

Matériel et méthode

Nous avons analysé les données d'un registre observationnel prospectif multicentrique de traumatologie mis en place par notre réseau des urgences. Tous les patients majeurs grade C en pré hospitalier, pris en charge entre 2011 et 2016, ont été inclus.

Résultats

Parmi les 3026 patients grade C pris en charge, 787 (26%) ont été admis en USI. Les caractéristiques démographiques, le type de traumatisme et les circonstances étaient identiques dans les deux groupes. Seuls l'âge médian de 41 ans pour les patients admis en USI contre 35 ans ($p < 0,0001$) et la prise d'anticoagulants retrouvée chez 4% des patients admis en USI contre 1% ($p=0,0002$) différaient. La fréquence des traumatismes des membres et du bassin était identique mais ils étaient plus sévères dans le groupe USI, 58% des lésions avaient un Abbreviated

Injury Scale > 3 dans le groupe USI contre 47 % (p=0,002). Les patients admis en USI avaient plus fréquemment des lésions de la tête et du cou (23% vs 11% p < 0,0001), de l'abdomen (12% vs 6 % p < 0,0001) et du thorax (19% vs 6% p < 0,0001). Ces lésions étaient plus sévères avec un score ISS médian de 17 [10-25] contre 9 [4-13] (p < 0,0001). Le score de Trauma Revised Injury Severity Score était plus important pour les patients du groupe USI 4,9 [3-7,7] contre 2,8 [2-3,7] p < 0,0001. Les scores de triages pré hospitalier comme le MGAP Mechansim Glasgow Age arterial Pressure ou le Shock Index ne différaient pas.

Conclusion

Les traumatisés sévères Grade C, admis en USI, avaient plus de traumatismes crâniens, thoraciques, et abdominaux. Ils avaient des lésions plus sévères que les scores de triage ne semblent pas avoir dépisté. Il conviendrait de réaliser un suivi à plus long terme pour évaluer les séquelles, les durées de séjour, la survenue d'évènements indésirables et la mortalité.

1. département d'anesthésie, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

2. déchochage, Hôpital Edouard Herriot, LYON, France

3. Cellule de Coordination, Centre hospitalier de Vienne, VIENNE, France

4. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France

5. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France