



Prise en charge hospitalière de blessés graves

Hospital management of severely injured patients

A. Édouard

Unité de réanimation chirurgicale, 78, avenue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

MOTS CLÉS

Afflux de victimes ;
Assistance ventilatoire ;
Catécholamines ;
Coagulopathie ;
Échographie multimodale ;
État de choc ;
Évaluation continue ;
Remplissage vasculaire ;
Tomodensitométrie à détecteurs multiples ;
Transport intrahospitalier

Résumé La qualité de la prise en charge d'un blessé repose sur une évaluation continue. L'évaluation extrahospitalière permet le transfert rapide du patient vers un établissement adapté au traitement définitif de ses blessures. Les trois étapes de l'évaluation intrahospitalière nécessitent de disposer de structures adéquates et de procédures actualisées. Une évaluation primaire recherche les signes et les causes d'une défaillance viscérale mettant en jeu le pronostic vital, et se conclut éventuellement par une intervention d'urgence. Les examens ultrasonores au chevet du patient sont importants à ce stade. L'intervention justifie parfois le transport intrahospitalier d'un patient instable. Une évaluation secondaire succède au bilan exhaustif des lésions et permet d'élaborer un projet thérapeutique opposant le bénéfice de la chirurgie réparatrice au risque de sa réalisation chez certains blessés. L'examen tomodensitométrique est au centre du bilan et de l'évaluation. Une évaluation finale dépiste les patients pouvant bénéficier d'une optimisation cardiorespiratoire et de soins spécialisés, en particulier neurologiques. L'afflux de victimes d'un événement accidentel ou criminel ne doit pas nuire au fonctionnement quotidien de la structure, ni modifier la qualité de la prise en charge des blessés définie par les procédures unitaires. Cette éventualité doit être prévue avec l'autorité administrative et l'organisation des secours extrahospitaliers.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Coagulopathy;
Continuous assessment;
Fluid resuscitation;
Intra-hospital transport;
Multiple casualties accident;
Multislice computed tomography;
Shock;
Ultrasonography;
Vasopressor;
Ventilatory support

Abstract Efficient management of severely injured patients relies upon their continuous assessment. Extra-hospital evaluation allows rapid transfer and admission of the injured patient into the most adequate hospital where he (she) could receive definitive treatment of his (her) wounds. The three steps of the intra-hospital evaluation necessitate specific organisation and adaptation to current clinical guidelines. Primary assessment includes the screening for signs and causes of a potential visceral failure likely to be life-threatening; such procedure may lead to emergency care. Ultrasonographic investigations at the bedside have a major role in this evaluation. Intra-hospital transfer of an unstable patient may be required. The secondary assessment follows the complete evaluation of the patient's lesions; it allows decision making in terms of therapeutic strategy by balancing the benefits of reconstructive surgery with its related risks in some of the patients. CT scanning has a major place in the evaluation procedure. A final assessment identifies those patients likely to benefit from cardiorespiratory optimisation and specific management such as neurological care. The existence of multiple casualties due to an accidental or criminal event should modify neither the routine functioning of the organisation, nor the quality of the management defined for one patient. Such

potential situation should be considered and prevented both by the administrative authority and the pre-hospital care organisation.
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Réduire la morbidité et la mortalité liées à un traumatisme nécessite de conjuguer rapidité et qualité des soins prodigués aux blessés avant et pendant l'hospitalisation. À défaut de développer une politique de centres spécialisés à l'usage exclusif du traitement des lésions traumatiques (*trauma centers*), semblable à celle des États-Unis, des structures hospitalières doivent être adaptées à la prise en charge d'un ou plusieurs blessés graves, disponibles en permanence, et activables sans délai. Des « établissements de référence » destinés à la prise en charge totale des blessés graves se distingueront des « établissements de proximité » adaptés aux soins d'urgences aux blessés graves et à la prise en charge des blessés de gravité moyenne sans mise en jeu du risque vital. Un grand nombre annuel de blessés admis favorise la qualité des soins,¹ grâce à l'expérience acquise dans le cadre de procédures strictes de diagnostic et de traitement, périodiquement réévaluées sur la base de conférence d'experts.^{2,3}

L'admission dans une telle structure, située dans un Service d'accueil des urgences (SAU) ou dans une salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI), résulte d'une démarche de « tri » (Fig. 1). L'accueil

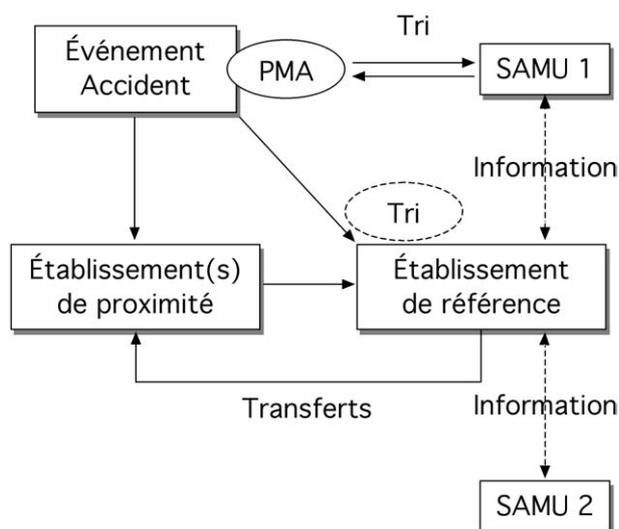


Figure 1 Organisation géographique de la prise en charge des blessés. Un établissement de référence reçoit des informations et peut accueillir éventuellement des patients pris en charge par plusieurs Samu départementaux, par exemple dans la région Île-de-France. La fonction « tri » peut être réalisée sur les lieux de l'événement dans un poste médical avancé (PMA), voire dans un établissement de référence en cas d'afflux de victimes.

direct des blessés dans une salle d'opération est le plus souvent inadéquat et plus coûteux que celui réalisé dans une unité contiguë et adaptée.⁴ La démarche de « tri » est le plus souvent effectuée au cours de la période extrahospitalière selon des critères proches des *field triage criteria* : retentissement physiologique du traumatisme évalué par le Revised Trauma Score (RTS), évaluation de la cinétique de l'impact, existence de lésions à haut risque de complications vitales, réserve physiologique réduite du blessé. La démarche de « tri » extrahospitalier est faite au cas par cas ou concerne un nombre restreint de blessés. La démarche de tri est parfois effectuée dans un établissement hospitalier en cas d'afflux de victimes ; cette éventualité doit être prévue avec une orientation à l'entrée du SAU vers des « boxes d'urgence » ou vers des « emplacements de déchocage » selon l'état des blessés. L'admission peut enfin résulter du transfert des patients à partir d'un établissement de proximité, soit au décours de soins d'urgence afin de poursuivre la prise en charge, soit pour rectifier une erreur d'orientation dans le tri initial.

L'organisation de la prise en charge d'un blessé grave est définie par un algorithme représenté dans la Figure 2 qui souligne la nécessité, quelles que soient les circonstances, d'une évaluation répétée du blessé et décrit la nécessité d'un bilan de base qualifié de « phase primaire » (évaluation et diagnostics).⁵⁻⁸ La recherche de la qualité dans cette démarche doit être conservée en cas d'afflux de victimes par l'adaptation des procédures et la coopération entre les unités de soin.

Évaluation et diagnostics primaires

Organisation de la structure d'accueil

L'emplacement principal d'accueil des urgences chirurgicales et traumatologiques, lorsqu'il est situé dans une SSPI, est isolable du reste de la salle par une cloison ou des rideaux. La Figure 3 décrit une organisation de cet emplacement : la zone de soins est divisée en deux parties par un axe défini par le patient (partie médicale à la droite du patient, partie paramédicale à la gauche du patient). Elle est séparée du reste de la salle par une ligne virtuelle (*blue line*) limitant l'accès de la zone de soins à l'équipe (*trauma team*) clairement désignée pour la prise en charge (un médecin « senior », un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294308>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294308>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)