

Traumatisme abdominal balistique sur le territoire national

Apport de l'expérience du Service de Santé des Armées



18 Juin 2021

MP Vincent des Robert

1^{ère} Antenne Médicale Spécialisée de Satory



Contexte

- Entraînement à balles réelles
- Equipe médicale participe à l'exercice
- Un blessé fictif est prévu dans l'exercice initial
- Présence d'un gendarme équipé d'une tenue pour mordant pour chien





Présentation des sacs

Sac de ventilation



Kit Perf +
Kit PSE

Ampoullier
+ matériel
intubation

Bouteille O2 3L Médumat

Sac HémoD



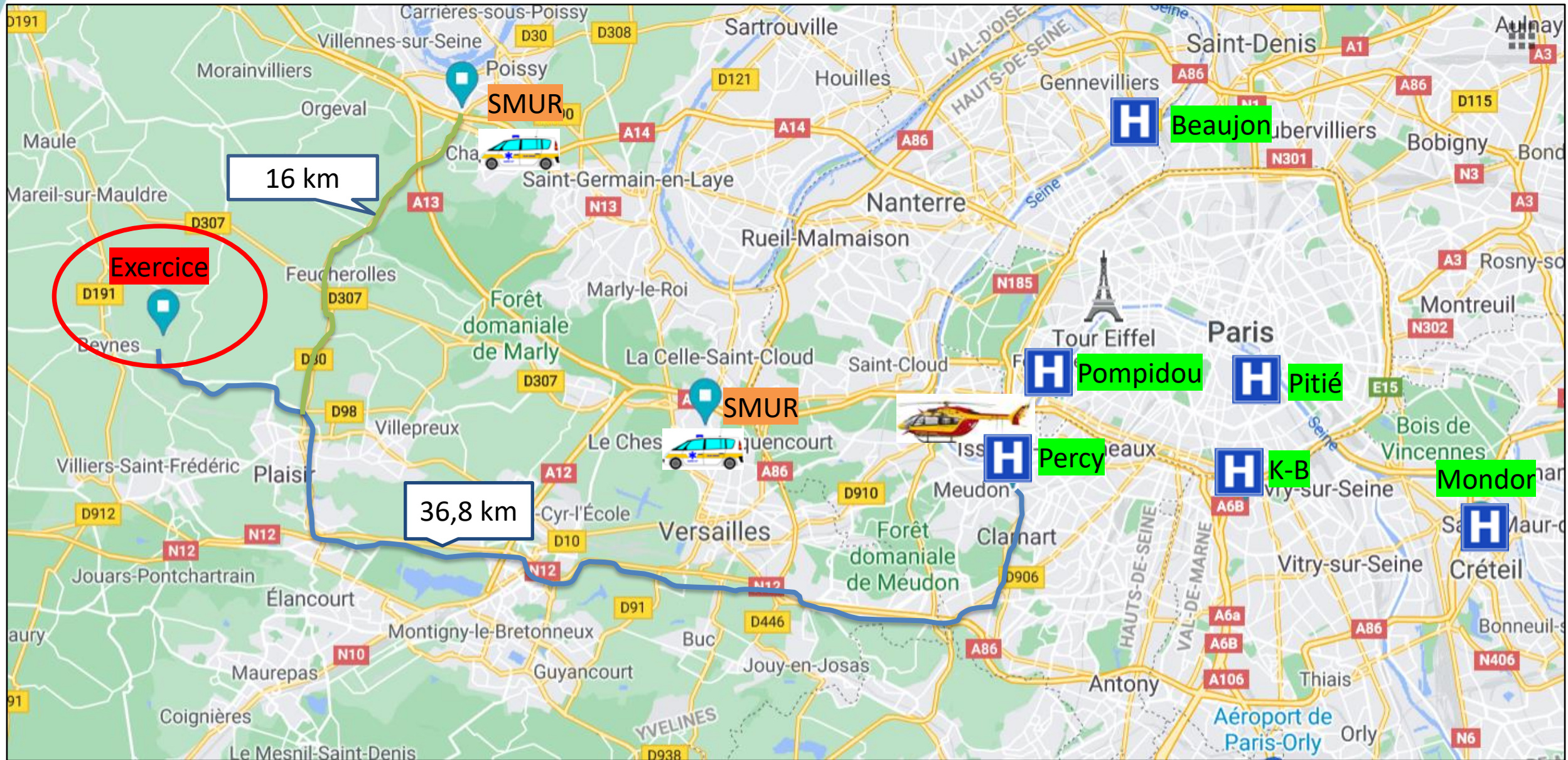
Kit Perf +
Kit PSE+
Kit SCA

CORPULS

VSCAN

PLYO

Environnement



○ — Prise en charge initiale

- Plaie par balle au niveau abdominal



Orifice d'entrée



Orifice de sortie



TIME LINE

Bilan médical

Activation trauma center et
commande de PSL

Alerte précoce
(non médical)

Demande d'admission
directe au bloc opératoire

H+15 min

H+37 min

H+79 min

H+106 min

PNI: 101/64 mmHg
FC: 69 bpm
SpO2:84%

PNI: 83/54
mmHg
FC: 60bpm
SpO2:100%

PNI: 95/47 mmHg
FC: 90 bpm
SPO2: 100%
Hémocue: 11g/dL

PNI: 123/75 mmHg
FC: 78 bpm
Hémocue: 9g/dl
Lactates 2,2 mmol/L



Contrôle des hémorragies
extériorisées
O2
2 VVP
Exacyl®
Lutte contre l'hypothermie



PLYO



Arrivée SMUR

Amines

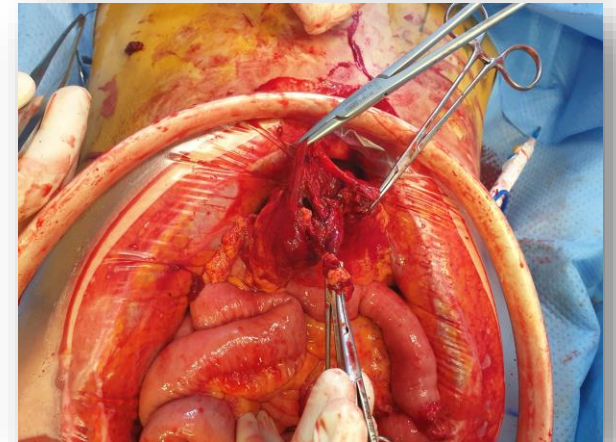
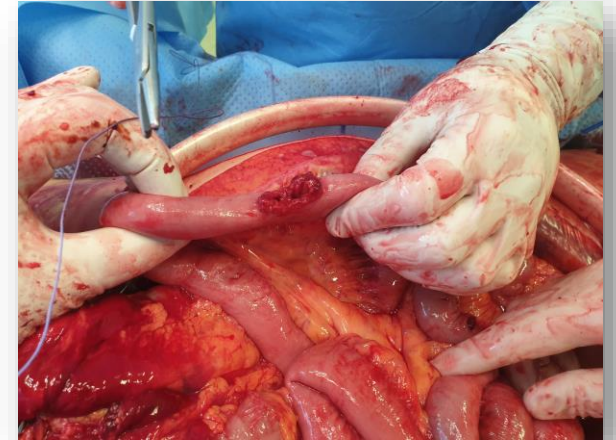
Arrivée
Trauma center



Début chirurgie

○ — Prise en charge hospitalière

- Laparotomie d'hémostase: hémopéritoine de 2L (H+106 min)
- Plaie du colon transverse et du jéjunum
- Traitement chirurgical
 - Coprostase et hémostase
 - Colectomie segmentaire transverse + jéjunectomie
 - Abdomen ouvert avec VAC abdominal agrafé à la peau
 - Intervention chirurgicale = 50 minutes.
- Transfusion massive au bloc opératoire
 - 4 CGR, 5 PLYO, 1 CCP, 2 g de Fibrinogène,
 - 2 g Chlorure de Calcium,
 - 1g d'Exacyl au PSE.



○ Rôle crucial du médecin régulateur

- Il est le garant du temps
- Oriente dans la filière la plus adaptée:
Trauma center

Mackenzie et al. NEJM; 2006.



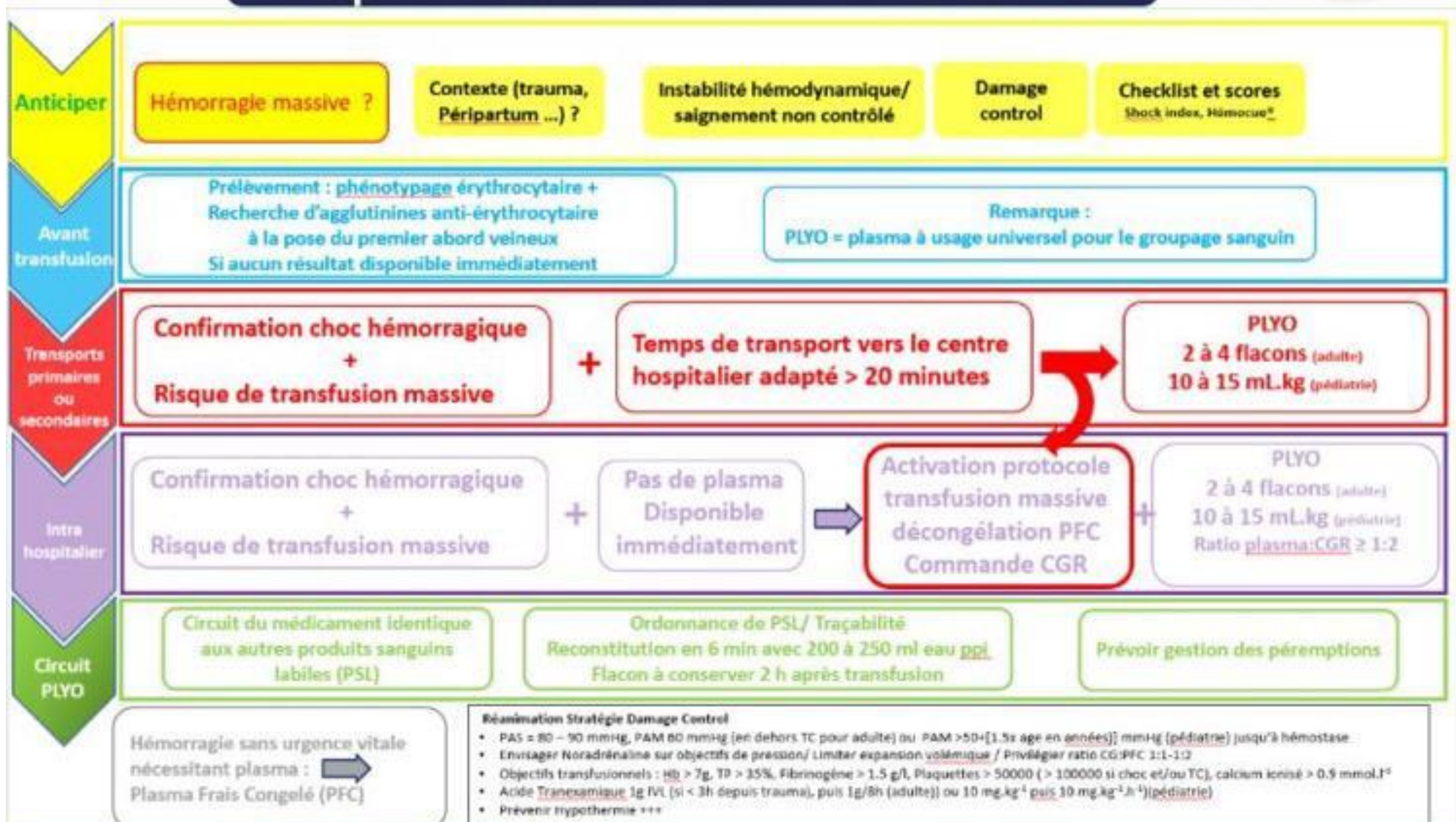
On unadjusted analysis, increasing prehospital times (in 30-minute categories) were associated with a markedly and constant increase in the risk of in-hospital death. The odds of death increased by 9% for each 10-minute increase in prehospital time (odds ratio, 1.09 [95% CI, 1.07-1.11]) and after adjustment by 4% (odds ratio, 1.04 [95% CI, 1.01-1.07]).

Gauss et al. Jama Surgery, 2019.



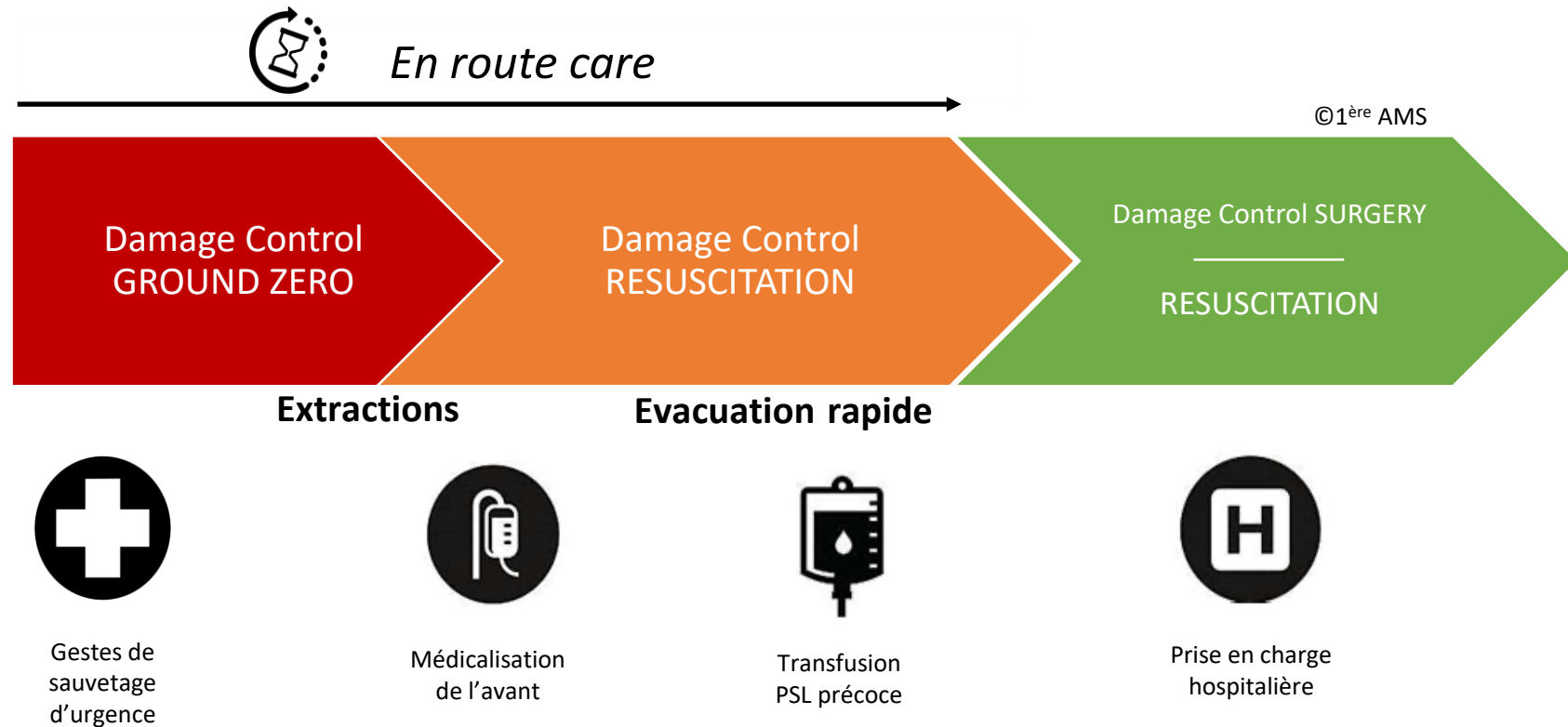
Recommandations pratiques professionnelles

Indications de transfusion de plasmas lyophilisés (PLYO) chez un patient en choc hémorragique ou à risque de transfusion massive en milieu civil



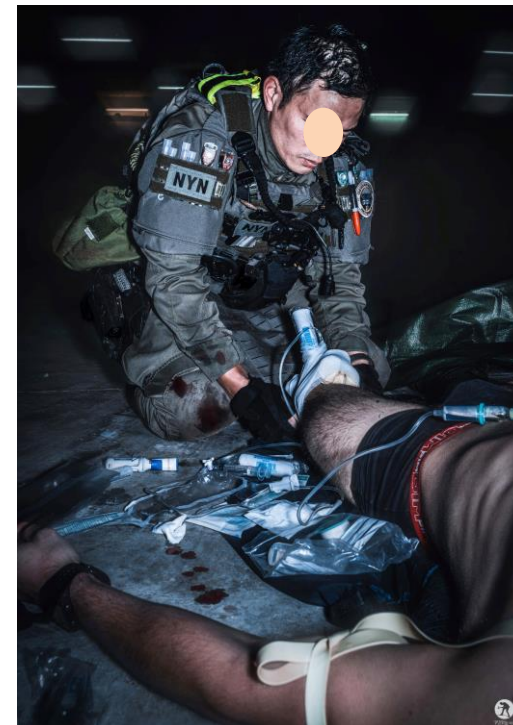


En route care: concept du blessé mobile



Conclusion

- Spécificité d'un blessé par arme à feu:
 - Continuum de l'appel initial à la sortie du bloc opératoire
- Coopération médecine d'unité - HIA sur le territoire national
- Rapidité d'évacuation et diminution du temps de transmission: point clé de la prise en charge





QUESTION ?

