

Retour d'expérience – analyse

À propos d'un patient en
choc hémorragique

PLAN

- ◆ Histoire
- ◆ Les différentes prises en charge
 - Par les témoins
 - VSAV
 - SMUR
 - Régulation
 - Déchocage
- ◆ Résultats
 - Analyse
 - Interprétation
 - Discussion

I/ Histoire

- ◆ Le 27/06/2014 à 20h20
- ◆ Défaillance d'un système de levage de charges lourdes
- ◆ Chute d'un mobile home
- ◆ H39 – écrasement des MI
- ◆ Dégagement par les collègues de travail

II/ Les différentes prises en charges

- ◆ Par les témoins: guidée par téléphone: mise en place d'un garrot de fortune
- ◆ PEC VSAV: 02 MHC
- ◆ PEC SMUR: 20h36
 - Clinique:
 - ◆ gros délabrement MID jusqu'à mi-cuisse, fracas osseux, foyers ouverts multiples
 - ◆ Déformation foyer fermé cheville G
 - ◆ Tolérance: sueurs, pâleur, G14 obnubilé

II/ Les différentes prises en charges

◆ PEC SMUR

– Données hémodynamiques

- ◆ 20h45: pouls 115
- ◆ 21h00 (IOT): TA 8/5 pouls 150 – sat 100%
- ◆ 21h22: TA 7.5/5 – pouls 140
- ◆ 21h31: TA 100/74 - pouls 135 – sat 100%
- ◆ Hcuc 12.8 à 20h45 – 8.8 à 21h18

II/ Les différentes prises en charges

◆ PEC SMUR

– Thérapeutique

- ◆ Pose de 2^{ème} garrot racine de cuisse droite (appartenant au VSAV): 20h45
- ◆ Pose de 2 VVP: 20h45 et 21h
- ◆ Remplissage: cristalloïde 1,5L et colloïde 1L
- ◆ IOT sonde n°7.5 sous Eto 30mg – Célo 100mg
- ◆ Entretien par bolus Hypno/Suf
- ◆ Augmentin 2g à 21h31
- ◆ Temps sur place: 48 minutes

II/ Les différentes prises en charges

◆ Régulation

- Appel 20h28 du CTA avec VSAV engagé
- Passage en mode dégradé
- 20h50: Med SMUR mis en relation avec réa chir CHU Rennes pour accueil en filière « trauma center »

Décision de stabilisation/PEC de l'hémorragie au plus près → CH Laval

II/ Les différentes prises en charges

◆ Régulation

– 21h01: Med SMUR demande l'organisation de l'accueil CH Laval

- ◆ Dr Rouchet – chirurgien vasculaire
- ◆ IADE de bloc (qui prévient l'IBODE)
- ◆ Anesthésiste de garde
- ◆ Chirurgien orthopédique
- ◆ Réanimateur
- ◆ Service des urgences
- ◆ Culots globulaires *2 commandés

II/ Les différentes prises en charges

◆ PEC Déchocage – 21h34

– Actes spécialisés:

- ◆ Ligature du pédicule vasculaire fémoral
- ◆ RX MID
- ◆ Préparation du plateau de KTC et pose
- ◆ transfusion des 2 culots O- sur Fluido
- ◆ Commande complémentaire de sang (2CGR + 1PFC)
+ amines vasopressives (éphédrine bolus + Noradré
1 μ /kg/min
- ◆ Rx complémentaire bassin/cheville
- ◆ SAD, SNG
- ◆ 3^{ème} commande 2CGR
- ◆ Transfert au bloc TA 5/3
- ◆ Transfusion totale à l'issue du bloc : 14CGR + 3 PFC

II/ Les différentes prises en charges

◆ PEC déchochage

– Résultats biologiques

–

	21h43	22h26	22h42	02h41
Hb g/dL	9.1	8	7.4	11.4
Plaquettes /mm ³	275.000	151.000	<2.000	68.000
TP %	82	NR	Annulé?	66
TCA	0.84	NR	Annulé	1.3
Calcémie corrigé	2.15	NR	2.12	1.92
Protides g/L	44	NR	23	39
CPK ui/L	108	NR	117	1048
Myoglobine	NR	NR	NR	4919
pH	NR	NR	7.34	?
Lactates mmol/L	NR	NR	NR	6.84

III/ Résultats

◆ Analyse des résultats

- ◆ Objectifs tensionnels (PAM entre 60 et 65 mmHg): **non respecté**, TA trop élevée en SMUR, trop basse au CH
- ◆ Hémostase: **OK** compte tenu des moyens du moment
- ◆ Voies d'abord: « la VVC ne doit pas retarder le remplissage, ni les amines » → **non respecté**, amines passées après VVC, malgré TA basse
- ◆ Remplissage précoce et modéré: **non respecté**: a reçu 2500cc en préhosp
- ◆ Vasoconstricteurs précoces: **non respecté**: débuté trop tardivement (23h??)
- ◆ Transfusion: cible Hb atteinte, cible TP OK, **non respecté** pour les plaquettes.
- ◆ Exacyl: **non respecté**

III/ Résultats

- ◆ Analyses des résultats
 - ◆ Prévention de l'hypothermie: **non respecté** car patient non réchauffé – surveillance non tracée si faite
 - ◆ Correction de l'hypocalcémie: pas d'indication
 - ◆ Concentré de fibrinogène: **non respecté** car non prélevé sur bilan
 - ◆ Surveillance biologique spécifique
 - Lactates : **non respecté**
 - Acidose: **non respecté**
 - Coagulation: **partiellement respecté**
 - Fg: **non respecté**

III/ Résultats

◆ Interprétation

- Non respect des recommandations
 - ◆ Choc prolongé – hypotension profonde
 - ◆ Attention triade létale: acidose et hypothermie
 - ◆ Hémorragie non contrôlée: insuffisance des moyens d'hémostase
 - ◆ Transfusion sanguine qui paraît « anarchique »
- 2 passages en radiologie
- Problème de traçabilité (horaires, constantes)

◆ Discussion

- Sur les lieux: intervention rendue délicate par la conjoncture en mode dégradé (Smuriste en autorégulation) + équipage réduit (beaucoup de matériel déconditionné sur place)
- Bonne implication de tous les intervenants – excellente réactivité: tous présents au déchocage
- Protocole indispensable
- Importance prouvée d'avoir augmenté notre gamme thérapeutique de contrôle d'hémostase