

Blessé(s) sur site d'engagement

SAFE xABC

MARCHE RYAN

Identifier ce qui comprime [oedème et hématome] ET éviter ce qui aggrave [ACSOS]

Chirurgie

H0

Dans les 10 min

Dans l'heure

Dans les 02h00

SC1

SC1/SC2

SC1/SC/SC3

Brancardage

Brancardage

Vibrations

Point de regroupement

Point d'évacuation

MEDEVAC

X: Stop hémorragie

Ouvrir VAS

Respect axe TCT/Collier

PLS/Plan dur

AV

→ P U

CGS < 8 ≈ P

CGS m<5

Réponse oculaire Y (ouverture des yeux)	Réponse verbale V	Réponse motrice M (aux ordres, à la douleur)
1 Aucune	Aucune	Aucune
2 Douleur	Sons	Extension
3 Appel	Mots	Flexion stéréotypée
4 Normale	Confuse	Flexion simple
5	Normale	Dirigée vers douleur
6		Normale

A: GCS 14-15 V: CGS 10-13 P: CGS 7-9 U: CGS 3-6

Accès vasculaire : Au mieux VVC pour les TTT hyperosmolaires, sinon VP - IO possible

M Pas que les hémorragies massives visibles – Fast Echo /Ceinture pelvienne. **Danger de l'hémorragie chez le TC**

A: Guedel prudente – Posture – ISR DISCUTE selon délai EVASAN – Si CGS<8, CGS moteur < 5 ou agitation

R: **Ballon au mieux Respi/Sédation**: Début FiO2=1 puis ↓ 0,55-0,50 qsp SpO2>95 % - Ne pas faire tousser

C: IV SSH 250ml en 30 min /NaCl 0,9% 500ml, TXA: 2g IVL/IO [délai < 3h] puis 1g/8h– Plyo, STOD- Sang chaud

H: [Mydriase/Anisocorie – GCS<5 = [SSH 7,5%:100 ml=250mosm/30 min] - Pas Ønerf optique si plaie œil

H: Pas d'hypothermie ni d'hyperthermie – Si Température > 38=C Paracétamol 1 g IV

E: SI possible avant medevac. Avis NCH télémédecine. Bio délocalisée: Pas d'anémie/Pas d'HNa+/Nglycémie

R: Réévaluation régulière : Pas de saignement – Identifier celui qui s'aggrave – Sédation optimale RASS ≤ -4 ?

Y ORL: TTT lésions associées – ~~compression cervicale~~ – Attention aux minerves – Tête surélevée 30°

A: Midazolam 1 mg+[Kétamine 10-20 mg IV /3 min] ou yOH 2g IVL + Sufenta 5µg titré qsp sédation OK. Curares ?

N: Nettoyage sans pression / Parage non compressif des volets – Suture du scalp - ATB que si TC ouvert

+4	Combatif
+3	Très agité
+2	Agité
+1	Nerveux
0	Réveillé et calme
-1	Sommeillant
-2	Sédation légère
-3	Sédation modérée
-4	Sédation profonde
-5	Non stimulable

RASS

Indication

CGS<8 – CGS moteur< 5

Prévention ACSOS

- PAS > 110 mmHg
- SpO2 > 95 %
- EtCO2 : 30-35mmHg
- Glycémie : 8-10 mmol/l
- Température : 35-37°C
- Hb > 8-9 g/dl (Pas consensus)

Gérer effets indésirables

PAS < 110 mmHg

- Arrêt hémorragie ?
- Absence pneumothorax ? (Echo)
- Surdosage sédation ?
- Noradrénaline PSE
- 0,1mg/ml
- 5ml/h puis ↑ 5ml/h qsp PAS≥110 mmHg

HTIC

-SI

- CGS<5,
- Mydriase,
- Hémiplégie controlatérale
- DTC : IP≥1,4
- ØNO ≥5,5 mmHg

- ALORS

- Corriger TA PAS>110 mmHg
- SSH 7,5 % 100 ml/30min – dure 3h
- Adapter VM EtCO2 = 30 mmHg
- FiO2 = 1

Contrôle des convulsions ; MDZ 5 mg IV, si disponible Levetiracetam (Keppra) 1500mg IV puis 1000mg IVX2/j - Contrôle Toux: Lidocaïne : 1,5 mg/kg IV –

Triade de Cushing : [HTA, bradycardie, instabilité respiratoire = HTIC avec engagement cérébral] → TTT HTIC + Télémédecine (Trou de trépan ? ou décompression chirurgicale ?) .

Attention pour les A et V: Si Désorientaion, propos anormaux, céphalées +++, pupilles anormales, convulsions, vomissements, vision double, faiblesse hémicorporelle, → Réévaluation Clinique et DTC