

Blessé(s) sur site d'engagement

SAFE xABC

MARCHE RYAN

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

H0

Dans les 10 min

Dans l'heure

Chirurgie

Dans les 02h00

SC1

SC1/SC2

SC1/SC/SC3

Brancardage

Brancardage

Vibrations

Point de regroupement

Point d'évacuation

MEDEVAC

X: Stop hémorragie

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

Ouvrir VAS

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

Respect axe TCT/Collier

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

PLS/Plan dur

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

AV → P U

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

CGS < 8 ≈ P

CGS m<5

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+/Glycémie

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

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

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

RASS

Indication

CGS<8 – CGS moteur< 5

Prevention 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 (Kepra) 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 Désorientation, propos anormaux, céphalées +++, pupilles anormales, convulsions, vomissements, vision double, faiblesse hémicorporelle, → Réévaluation Clinique et DTC