

Organisation de la Filière Trauma et du déhocage chirurgical

OBJET

Ce document régit les modalités d'organisation de la filière trauma et du déhocage chirurgical depuis le 2 juin 2020.

DOMAINE D'APPLICATION

Ce document concerne l'ensemble des intervenants médico-infirmiers et techniciens de tous les services impliqués dans le team trauma et le déhocage chirurgical.

DEFINITIONS

URG : Service des urgences

XHOSP : Services préhospitaliers

I. ACTIVATION DE L'EQUIPE TRAUMA

a) Critères de triage préhospitalier

La prise en charge des blessés graves nécessite un accueil dans un centre MHS (Médecine Hautement Spécialisée). Afin d'identifier ces patients en préhospitalier, des éléments physiologiques, cliniques et anamnestiques doivent être pris en compte. En 2017, sur mandat de l'organe de décision MHS de la conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), le Swiss Trauma Board a émis des recommandations concernant les « [Critères de triage préhospitalier pour le transfert des blessés graves adultes dans un centre de traumatologie MHS](#) ».

Les critères de triage sont de plusieurs types et doivent être identifiés à partir des questions suivantes :

- 1) **Troubles des paramètres vitaux** : est-ce que le patient traumatisé présente une détresse vitale ou des constantes physiologiques anormales ?
- 2) **Lésions apparentes** : est-ce que le patient traumatisé présente des lésions anatomiques particulières ?
- 3) **Mécanisme ou circonstances** : Est-ce que le patient traumatisé présente des critères anamnestiques de gravité (cinétique importante) ?
- 4) Est-ce que le patient traumatisé présente des **antécédents médicaux** ou une situation particulière ?

Sur la base de l'annonce XHOSP, l'infirmière Répondant de l'Organisation (IRO) décide du niveau d'activation des teams, selon les critères résumés dans le Tableau 1. En cas de doute, la décision revient au médecin cadre des urgences (MCU) ou son suppléant (CdC porteur du bip MCU).

Les [critères d'admission au déhocage du CHUV](#) font l'objet de recommandations spécifiques.

Tableau 1 :

Critères d'activation (1 seul critère suffit pour activer le code le plus grave)		
CODE ROUGE	CODE ORANGE	CODE VERT
<input type="checkbox"/> Instabilité hémodynamique	<input type="checkbox"/> Absence de critère CODE ROUGE	<input type="checkbox"/> Absence de critère CODE ORANGE
<input type="checkbox"/> Lésion pénétrante - tête/rachis (NCH) - cou (ORL/CVA) - tronc (CHT/CCV/CHV) - jonctionnelle (CVA)	<input type="checkbox"/> Trauma facial <u>avec menace des voies aériennes</u> ou patient <u>déjà intubé</u>	<input type="checkbox"/> Chute d'une hauteur > 3 mètres
<input type="checkbox"/> Hémorragie externe non-contrôlée	<input type="checkbox"/> Trauma thoracique avec instabilité ou déformation du thorax (volet)	<input type="checkbox"/> Piéton ou cycliste heurté par un véhicule
	<input type="checkbox"/> Hémorragie externe <u>stabilisée</u> (packing, tourniquet, etc...)	<input type="checkbox"/> Victime éjectée d'un véhicule ou décès d'une victime dans le même habitacle
	<input type="checkbox"/> TCC avec GCS < 14	<input type="checkbox"/> Victime d'une explosion (Blast)
	<input type="checkbox"/> Trauma vertébro-médullaire avec déficit sensitif ou moteur, transitoire ou permanent	<input type="checkbox"/> Suspicion fracture du bassin (<u>anneau pelvien</u>).
	<input type="checkbox"/> Amputation, écrasement de membre ou dégantage (au-dessus poignet ou cheville)	<input type="checkbox"/> Fracture de 2 os longs proximaux (diaphyse fémur et/ou humérus)
	<input type="checkbox"/> Polytrauma (>1 région) stabilisé	<input type="checkbox"/> AVP à haute cinétique avec enfoncement de l'habitacle, choc latéral, désincarcération
		<input type="checkbox"/> Trauma chez une femme enceinte (stable)

En cas de nécessité, l'appel au consultant de la spécialité concernée est décidé par le trauma leader, si possible de manière anticipée mais au plus tard lors de l'évaluation primaire.

b) Composition des 3 Alotim « Team Trauma » en fonction du niveau d'activation

	CODE ROUGE	CODE ORANGE	CODE VERT
CDC / MC URG (trauma leader)	●	●	●
CDC ALG	●	●	
CDC TRA	●	●	
CDC CHV	●	<i>Consultants spécialisés (CHV, NCH, CHT, CCV, CVA, ... avisés par téléphone selon le cas)</i>	
CDC NCH	●		
MA RAD	●	●	●
MA URG	●	●	●
ID URG	● / ●	● / ●	●
ID ALG	●	●	
Aide URG	●	●	●
TRM (Rx / CT)	● / ●	● / ●	● / ●

c) Rôle des intervenants au déchocage

Pour le règlement détaillé, se référer au [document-mère](#) portant sur le fonctionnement du Team Trauma.

Team Trauma	Intervenant	Rôle
Trauma leader	Médecin Cadre ou CDC URG	Briefing, coordination et gestion de l'équipe. Appréciation de la situation, décision d'orientation, documentation dossier.
Examineur primaire	Médecin URG CDC ou Assistant (>2 ans)	Réalise l'évaluation primaire et certains gestes (gestion B - C).
Scribe	Médecin assistant URG	Appels sur demande, documentation.
ID Urgence 1	Infirmier EPD-ES en soins d'urgence	Pose de voies veineuses périph, prélèvement laboratoire et alcoolémie légale, commande et administre les produits sanguins, ECG si indiqué.
ID Urgence 2	Infirmier diplômé	Préparation matériel drain thoracique, préparation médicaments, monitoring, température, sonde vésicale.
Aide-soignant Urgence	Aide-soignant urgence	Porte la gazométrie, envoie les tubes au laboratoire, aide au déshabillage, ôte bijoux et fait inventaire.
Anesthésiste	CDC ALG	Gestion des voies aériennes, des accès vasculaires avancés, de l'hémodynamique (remplissage, PSL, médicaments vasoactifs) et de la sédation. Peut assister les autres fonctions sur délégation
ID Anesthésiste	Infirmier EPD-ES en anesthésie	Assiste l'anesthésiste dans ses rôles.
Chirurgien Viscéral	CDC CHV	Assure la prise en charge chirurgicale vitale en absence de consultant chirurgical spécialisé (CHT, CVA, CCV, ORL, etc.). Consultant pour les traumatismes abdominaux. Peut, sur délégation du trauma leader et selon les ressources, être amené à faire un examen primaire ou participer à l'équipement du patient.
Chirurgien Orthopédiste	CDC OTR	Réalignement de membres, positionnement de la ceinture pelvienne, interprétation radio bassin, conseils au trauma leader sur les aspects orthopédiques.
Radiologue	MA	Réalise E-FAST au déchoc, CT total body, activation du radiologue interventionnel.
Technicien de radiologie	TRM Rx	Réalise radios thorax et bassin au déchoc si indiqué.
Neurochirurgien	CDC	Évalue le status neurologique du patient et assiste le trauma leader pour indication opératoire neurochirurgicale ou monitoring. La nuit, le CDC reçoit l'appel et transmet au besoin au MA qui est sur place.
Autres spécialités chirurgicales	CCV, CVA, CHT, ORL, OPH, SMIA, autres	En fonction de la situation, les consultants sont appelés, au plus tard à la fin de l'examen primaire.

II. DECHOCAGE DE CHIRURGIE

a) Principe

Par analogie à la filière trauma, le leadership du déchochage de chirurgie est assuré par le CDC ou médecin cadre URG.

En revanche, il n'existe qu'un seul niveau d'activation.

L'urgentiste leader est responsable de faire appel au(x) consultant(s) de la spécialité concernée ; le CDC de CHV responsable du tri opératoire reçoit l'appel à titre informatif, et au même titre que les autres consultants, viendra sur appel.

b) Composition de l'Alotim « Déchoc Chirurgie »

	Déchoc Chirurgie
CDC / MC URG Leader	●
CDC ALG	●
MA RAD	●
MA URG	●
ID URG	● / ●
ID ALG	●
Aide URG	●
Consultant (CHV, CCV, CVA, GLG, CHT, ORL, OPH, SMIA, etc.)	Selon la nature du cas

III. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)

La prise en charge des patients polytraumatisés se base sur les différentes RPC disponibles sur [le site internet du service de chirurgie viscérale](#).

VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.0	15.05.2020	Vincent Darioli (médecin cadre URG) Nicolas Beysard (médecin cadre URG) François-Xavier Ageron (médecin cadre URG) Tobias Zingg (médecin cadre CHV) Jean-Daniel Rouvé (médecin cadre ALG)	Pierre-Nicolas Carron (CdS URG) Christian Kern (CdS ALG) Nicolas Demartines (CdS CHV)
1.1	26.11.2021	Vincent Darioli (médecin cadre URG)	Tobias Zingg (médecin cadre CHV)