



EXPEDITION NATURE BY NIGHT

Petite histoire vraie ...

Biiiiiiiiip 22h16 : Restaurant Biaufond, chute, inconscient.



Minute-réflexion :
*Biaufond, je connais !
Au resto, bien au
chaud. En plus
seulement une
chance sur deux que
le patient soit
réellement
inconscient !
On se rassure
comme on peut :
C'est ma première
mission en solo !*

Au volant, message radio : un homme m'attend à droite du resto pour me guider ...

(brrrh ! les plans changent, le terrain et la température aussi !)

22 :50 : Arrivée au point de rencontre, un homme me fait signe comme prévu. Il monte dans la voiture et je profite de débiter mon interrogatoire fébrilement :

Moi : « Qu'est-ce qui s'est passé ? Conscient ou inconscient ? Chute ? Comment ? De combien de mètres ? Où est le blessé ? Dans le Doubs ?

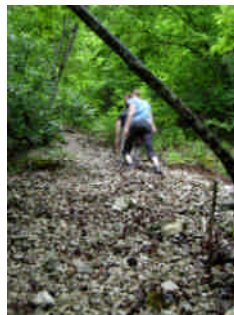
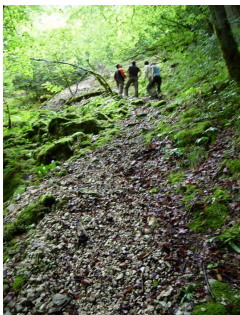
Réponse du bonhomme : « le blessé n'est pas très loin, juste l'autre côté du pont en bois, à peine 5 minutes à pied »
Rien d'autre !? Ben mince ! (Peut-être bien plus en fait, mais la vision tunnel fait déjà son œuvre ...)

Après 500 m de chemins de terre, je vois les ambulanciers s'apprêtant à partir à pied en direction du site. Ils m'attendent. Ils n'ont pas d'autres infos à part une notion floue... et variable (!) sur la hauteur de la chute : 50m ou 5m ? Le blessé n'est pas seul.

VITE, PARTIR, IL FAUT MARCHER !

Quoi prendre ? des gants, le sac SMUR et très vite dans le noir, la lampe-frontale et le casque vont se révéler indispensables !
Encore autre chose !? Le gars nous a dit 5 minutes à pied : on reviendra prendre le reste si nécessaire !

PARTIR : Pour où ? Pour trouver quoi ? Je pars pessimiste vu la notion des 50 m de chute en me disant que l'on va voir déjà si le blessé est vivant... L'ambulancier leader me parle du « GRIMP » (Groupe Recherche et Intervention en Milieu Périlleux) qui est en route, je le questionne incrédule, alarmée : je vais quand même pas faire de l'escalade ?!



Notre guide improvisé détail comme un lapin sans la moindre considération pour notre condition physique et nos chargements de mulets... on râle !

Surtout que plus on avance, plus les 5 minutes s'allongent.

Le chemin devient pentu, escarpé et glissant. *(les mots sont pesés comme nos sacs ..) et hors le faisceau de nos lampes, on n'y voit pas grand chose. Ah si, une racine en travers du chemin !*

Après presque 30 minutes (!!!) de marche, nous devinons le blessé couché avec 3 personnes qui l'entourent.



Un homme à la tête du blessé s'identifie : « Dr X Je suis médecin généraliste. (*connais pas ...*) « le patient est conscient, s'est certainement cassé une jambe. Il a chuté accidentellement, alors qu'il pissait sur un rebord rocheux (Fête dans une cabane, a bu quelques verres..) » *Quatre Oufs ! Naïfs se culbutent dans ma petite tête : Un*

docteur ; suis pas seule ; blessé conscient et suis enfin arrivée ! (l'autre docteur, pense exactement la même chose...)

Au travail !

Au milieu de la nuit, dans une pente d'au moins 50°, le patient est calé contre un tronc (qui a arrêté sa chute), les deux jambes coincées, la droite replacée dans sa position naturelle par un de ses amis. Il a les yeux fermés et respire bruyamment. Il saigne à la tête. *Mmmmh pas très bonne allure tout ça !*

- Les voies aériennes sont potentiellement menacées par du sang dans la bouche et l'état de conscience altéré. Il a a toutefois une respiration spontanée.
- L'ampliation thoracique est symétrique. Fractures costales droites très probables à la palpation ; Par contre, bonne nouvelle, le murmure vésiculaire est clairement audible sur les deux plages. Tachypnée à 22/min. Pas d'arguments pour un pneumothorax qui nécessiterait une attitude immédiate
- Recoloration ?! (*super avec une frontale !!*) Le pouls radial est bien frappé, rapide. L'abdomen est tendu et la palpation de la cuisse droite, tendue, et visiblement douloureuse suggèrent un fémur voire même un bassin en plus de la plaie occipitale.
- Le GCS est à 12 (*souvenir des libations précédentes... ou d'un TCC plus récent ?!*), les pupilles réactives. Il serre les deux mains, ne bouge pas les deux jambes (coincées sous le tronc) Au vu de la chute et de la plaie du crâne : au minimum TCC et probablement une colonne.
- Hypothermie : il fait nuit, on est à plus de 1000 m d'altitude et proche d'une rivière, donc humide. En plus notre blessé est à moitié nu. Et on n'est pas sorti de là !

Au bilan dans ma tête :

- A garder à l'œil, voire anticiper le contrôle des VA
- Pour le moment ça va, mais à surveiller de près et au moindre signe... un drain.. ou deux !
- Nécessite une action rapide au vu d'un choc hémorragique (fémur, bassin, ventre, tête...) probablement en train de décompenser
- Lésions médullaires suspectes et TCC vont déterminer les conditions de transport et la destination finale. Le maintien d'une bonne perfusion est donc primordial.
- Antalgie

DONC ... on s'active !

Subluxation « on line ! » de la mandibule, Guedel que le patient recrache (*bon signe !*). Immobilisation cervicale (manuelle puis minerve) et colonne. *Vu le terrain, l'obscurité, une possible lésion cervicale, le déplacement encore incertain à venir.. et mon expérience, je choisis de différer l'intubation même si dans ma*

tête des milligrammes d'Etomidate et de Scoline commencent déjà à s'entrechoquer avec des tailles de lames de laryngoscope.....

Bon ! Oxygène, ballon et aspiration à proximité. Veinflon ou drain thoracique d'urgence à portée si PNO sous tension. A disposition une seule bouteille d'oxygène de 2L à 200 bars soit 40 min à un débit de 10 l/min Aïe un peu juste !

Deux voies périphériques, les plus gros possibles : remplir et si possible réchauffer.... penser les plaies qui saignent : Au bout du compte, dans la nuit un seul veinflon, mais un vert (Ouf !). Par contre le volume perfusable à disposition se révèle un peu juste 1500 NaCl 0.9% (qu'elle est loin ma voiture !) et plutôt frais....

D'emblée, compte tenu des conditions d'évacuation du patient et des lésions suspectées, REGA a été appelé. Le temps doit être mis à profit pour conditionner le blessé et, très probablement envisager son déplacement vers une zone de treuillage. On précise par radio à la seconde équipe, le matériel complémentaire dont nous avons besoin.

Antalgie limitée : Fentanyl iv 75ug titré en 3x. Bien supporté mais moyennement efficace : Aïe, aïe : plus, mon patient sera content mais quel effet sur sa TA et sa respiration ?!

Autres alternatives mais que je ne retiens pas (Ketalar®, en fait très probablement le meilleur dans ces conditions, mais de nuit avec un contrôle visuel difficile du patient un monitoring aléatoire et une faible habitude de ce produit, je ne me sens pas trop de faire une première de plus)

Les paramètres vitaux, vu la situation, ne me semblent que partiellement fiables, mais ne vont visiblement pas dans le bon sens.... TA 116/76 → 94/69 après 10 minutes. FC à 113/min et une satu qui se traîne à 85-92 % sous 10 l/min. Alors qu'en temps « normal », je suis très intéressée au scope, là, ses indications sont devenues moins pertinentes et la clinique doit primer.

Je refais mon ABC (je vais y passer la nuit...)

Le patient reste inchangé sur le plan respiratoire. J'entends du poumon à droite et à gauche, la trachée est bien alignée et il n'y a pas d'emphysème sous-cutané. (pourvu que ça dure !)

La 2^{ème} équipe SIS arrive enfin avec le matelas coque, du voluven® et surtout, des bras !

Le blessé est installé dans le matelas coque avec respect de l'axe tête-cou-tronc (plus facile à l'exercice dans une salle de gym...) Ceinture pelvienne au passage, 2^{ème} veinflon et poursuite du remplissage. Après 1500 cc de Voluven® les paramètres se sont améliorés, le patient un moment agité s'est calmé et si la saturation ne donne plus rien... tous les pouls sont bien perceptibles à 98/min et la respiration est régulière à 18/min.

Aller au rendez-vous avec REGA

La seule évacuation raisonnable vu notre position est un treuillage dans une clairière qui nous surplombe de 20 mètres. Le blessé, dans son matelas coque, est halé par un système de poulies. Pff : très précaire ! Je monte en parallèle, à la tête du patient avec le ballon dans une main et ma seringue de fenta dans la poche, le sac et tout le matériel sont restés en bas. Évidemment il faudra redescendre le chercher vu que dans mes poches je n'ai que le strict nécessaire au déplacement....

Dans le lointain, on entend le vluuf-vluuf typique. Impression paradoxale de fin du monde et d'être sauvée : l'hélico s'approche avec un bruit assourdissant, un vent qui fait voler le pierrier dans lequel nous sommes calés tant bien que mal.... et tout ce qui n'était pas fixé ! En plus, avec les phares, on n'y voit plus rien.

L'hélico passe une première fois sans nous voir... la deuxième fois est la bonne. Le médecin REGA est treuillé dans notre clairière. (stress de transmettre les informations utiles). Paradoxalement alors que moi je suis soulagée de le voir, le médecin REGA ne semble pas particulièrement à l'aise lorsqu'elle me demande : « Toi, quelle est ton expérience ?! » Mince, moi qui croyais voir le messie arriver et être soulagée de mes angoisses, je suis un peu désorientée par cette question : On est apparemment deux novices sur ce coup là !! Rapidement nous tombons d'accord : va falloir l'intuber, mais pas ici. Les conditions restent délicates et aucune de nous deux ne se sent de se jeter à l'eau.

REGA décide dans ces conditions d'assurer le transport rapide vers l'hôpital le plus proche. On fait donc déclencher le trauma team sur La Chaux-de-Fonds (distante à vol d'oiseau de 6km)

Au moment où on le place dans le filet, le patient (qui s'était bien tenu jusqu'ici) s'agite, créant un risque pour le transport. Dr REGA lui donne rapidement 25 ug fentanyl iv et 1 mg d'ormicrom iv.

Après injection : Le patient cesse de respirer !!! Difficile dans le bruit et le tourbillon de lumière de s'en assurer ! Alors ventilation

au ballon 3 x et (oh joie !) reprise d'une ventilation spontanée. Je hurle l'info essentielle vu le retour sonorisé de l'hélicoptère.

Le patient s'envole avec le médecin REGA suspendus à leur fil (pour elle aussi, c'est son premier hélicoptère, de nuit en plus et avec un patient à la limite de l'intubation....)

REGA devra se poser rapidement pour une intubation difficile avant d'arriver quelques minutes plus tard sur l'hôpital.

Au bilan effectué par le trauma Team : fractures costales multiples, pneumothorax (qui sera drainé), fracture de la clavicule, du fémur, côtes en série, vertèbres dorsolumbaires sur plusieurs niveaux. Par contre le bassin est intact de même que l'abdomen !

Une fois stabilisé, le patient sera transporté en milieu universitaire, essentiellement en raison des fractures vertébrales qui nécessitent une stabilisation chirurgicale.

6 semaines plus tard, il sera de retour, pour rééducation

Au bout du compte, mon bilan :

Les fausses impressions....

L'adresse sur le pager était un lieu de rdv et pas le site où est le blessé !

Notre guide improvisé, dans son stress, n'a pas été en état de nous fournir avec précision le chemin à parcourir, les obstacles, la durée du parcours. Est-ce qu'en ayant pris, avec lui, un peu de temps nous nous serions, organisés différemment ? Aurait-il été utile d'envoyer l'un de nous, légèrement équipé, en éclaireur ?! L'inconnu impose de prendre quelques minutes de réflexion avant de se lancer dans l'action

.... et les vrais problèmes !

Accessibilité difficile, voire dangereuse. Tout déplacement du matériel ou du patient représente un risque de glissade et de suraccident.

Chacun doit disposer de son propre matériel personnel. En se retrouvant rapidement en pleine nuit, sans lampe frontale individuelle, pas de travail correct possible. Le temps passe vite dans un contexte propice à l'hypothermie (proximité d'un cours d'eau rapide, nuit, à l'abri sous les arbres, parmi les feuilles mortes humides... et glissantes, à 1000 m d'altitude). La température ambiante est sous-évaluée par les sauveteurs qui eux, font des pieds et des mains pour se maintenir en équilibre (et que dire des appareils de monitoring à 25'000 balles ! qui ne demandent qu'à glisser... et ne s'en privent pas !) alors que la victime est à moitié nue.

L'examen d'un blessé, alors qu'on tient soi-même à peine debout est difficile (!) et pourtant c'est lui qui va conditionner les décisions de traitement et de transport.

Choix du matériel au moment de quitter les véhicules....

Difficile de choisir ce dont on aura besoin, avant un déplacement à pied, sans connaître quelques informations liées au blessé. Là nous avons initialement (au vu des informations disponibles) sous-estimé la situation : blessé était plus loin que prévu, en situation précaire, non transportable par portage simple. L'organisation rapide de la seconde équipe nous a heureusement permis de combler le déficit en matériel.

Maintenir malgré les conditions géographiques difficiles, une liaison permettant d'obtenir des renforts ; et l'alarme rapide de ces derniers est essentielle.

.... et organisation sur site

La présence, en apparence rassurante d'un autre médecin sur site, peut vite devenir une gêne (cela n'a pas été le cas ici, ce dernier m'ayant rapidement laissé le leadership) si les rôles ne sont pas clairement définis. En situation délicate, les rôles doivent être clairement distribués (difficile parfois de ne pas vouloir tout faire soi-même !). Il faut profiter, dans la mesure du possible des aides présentes. Dans notre cas, le médecin généraliste s'est chargé du maintien voies aériennes + évaluation GCS ; les amis du blessés servant de « statifs à perfusion », puis plus simplement (mais tout autant indispensable !) de sherpas pour tout notre matériel. Bien organisé, un site de travail peut ainsi ressembler à un orchestre, dans lequel chacun tient sa place, le chef se contentant de superviser l'ensemble ou d'apporter un coup de main si nécessaire. Même les non pros, impliqués, ont besoin d'être également informés. Leur aide, si futile puisse-t-elle paraître, doit être valorisée.

At last but not least....

Je sais maintenant pourquoi on nous fait monter et démonter le sac SMUR tous les matins ! Là, en pleine nuit, le fait de savoir quoi chercher et où dans mes affaires m'a vraiment simplifié la vie.

Par contre, promis ! dès demain, j'étudie à fond le ketalar®. On n'a pas forcément toujours un compendium sous la main pour vérifier une posologie ou connaître les effets secondaires.
