Quand le seul but est de sauver la vie...

Actu Contrôler les hémorragies, détecter la détresse respiratoire, prévenir l'hypothermie… La médecine et chirurgie de sauvetage est un combat contre la montre. Nos professionnels de santé se tiennent prêts

On voudrait l'oublier mais la réalité est bien là. Alors que démarre l'Euro 2016, que des millions d'individus n'ont qu'une hâte : s'installer face à leur écran ou, pour les plus chanceux, dans les tribunes, pour assister au spectacle footballistique, en coulisses, les équipes médicales se tiennent prêtes à toutes les éventualités. Et bien évidemment, à la pire d'entre elles : l'attentat. *« On a pris acte de ce qui s'est passé à Paris. Notre équipe, médecins urgentistes, pédiatres, chirurgiens, réanimateurs, infirmiers, etc., se sont organisés »*, résume sobrement le Dr Laure Gignoux, praticien hospitalier urgentiste à Lenval. Comment ? En se formant à l'urgence sur le traumatisé sévère. Connue sous le nom de « damage control » – un terme issu du jargon de la *US Navy*, cette approche est aux antipodes de la prise en charge médicale et chirurgicale programmée, et même des urgences plus « classiques ». *« Mais, elle n'est en aucun cas une " sous-médecine " ou une " sous-chirurgie " »*, insiste d'emblée le Pr Bruno Debien, anesthésiste-réanimateur. Formateur au niveau national en simulation, il était invité mardi dernier par le service des urgences des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval à présenter les données les plus récentes sur le *« Damage Control Ressucitation »*.

Simulation d'accueil de blessé d'attentat, avec Emergensim présidé par le Pr Debien, à l'hôpital militaire Percy à Clamart . (DR)

Pr Debien

Dr Gignoux

Dr Abba

« Play and run »

« Fondé sur l'expérience militaire en zones de conflits, il répond aux besoins de prise en charge urgente de patients tellement graves qu'ils mourraient au bloc, si certains gestes n'étaient pas réalisés au préalable », résume le spécialiste aguerri.

Des gestes spécifiques à ce type de situation, d'une précision millimétrée, et une approche très hiérarchisée et chronométrée, dès la prise en charge sur le terrain. *« Un blessé qui survit reste menacé à très court terme par les hémorragies ou la détresse respiratoire »*, indique le Dr Gignoux. Pas question donc d'aller réparer sous microscope un vaisseau qui saigne, ou de traiter classiquement une perforation du tube digestif, il faut d'abord « ressusciter » le blessé. *« On tamponne les plaies, on pose des garrots, on place les perfusions, on exsuffle le thorax tout en conduisant le patient au plus vite à la chirurgie selon le nouveau modèle français* "Play and run"*»*. Une chirurgie, dite de sauvetage, adaptée à ces situations d'une extrême gravité : *« L'organisme, bouleversé par le cataclysme subi, souffrant de troubles de la coagulation, n'est pas capable à ce stade de supporter une chirurgie classique. Elle conduirait au décès du patient,* explique l'un des meilleurs spécialistes français de cette chirurgie de sauvetage, le Dr Julio Abba. *Le temps chirurgical doit être écourté ; si le patient a été par exemple atteint au ventre, que son intestin a été perforé, on fait une laparotomie* [ouverture de l'abdomen par une incision, ndlr] *et on suture simplement les parties libres pour prévenir le risque de contamination par des matières fécales, potentiellement létale… La réparation est réalisée plus tard, quand le pronostic vital n'est plus engagé, que les constantes sont revenues à la normale. On sait aujourd'hui réaliser des interventions neurologiques ou orthopédiques dans des mêmes temps écourtés. »* Avant, pendant et après ce temps opératoire, la réanimation est mise en route, avec un objectif clairement défini : *« On doit prévenir l'installation de la triade létale « troubles de la coagulation, acidose, hypothermie »*.

Si le concept de *« Damage Control »* prend tout son sens dans une période où le risque d'attentat est à son plus haut niveau, la formation du plus grand nombre de professionnels de santé à ces techniques constitue sans aucun doute un atout majeur pour la prise en charge des traumatisés, en toutes circonstances. *« Véritable « épidémie de maladies graves », la guerre a toujours fait avancer la médecine »*, conclut le Pr Debien. Une assertion cruellement vraie.

NANCY CATTAN
ncattan@nicematin.fr

Hiérarchiser l'approche

Le concept de «Damage control» permet une approche hiérarchisée de blessures potentiellement mortelles. Pas le temps pour les professionnels de l'urgence confrontés à situations de rechercher les causes. Il faut traiter au plus vite les effets des traumatismes subis, parfois multiples, qui bouleversent la physiologie de l'organisme. « Le principe est simple. Il est basé sur cette évidence : *« Ce n'est pas parce que je ne sais pas ce qu'a le malade que je ne peux pas le soigner»*, note le Pr Debien. Réduire le temps opératoire (moins d'1 h), le temps de réanimation (24 à 48h) par un contrôle rapide de l'hémorragie et de l'hypothermie prévient la survenue de la triade fatale du polytraumatisé.

« Le Damage Control Ressucitation n'est pas une sous médecine »

1. Dans le cadre des attentats et de l'Euro 2016, les Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU Lenval organisaient le 6 juin dernier une conférence à destination des professionnels de santé sur le *« Damage Control »* - choc hémorragique, en présence du Pr Bruno Debien, anesthésist- réanimateur, spécialiste du *« Damage Control Ressuscitation et Hémostatic »* et président d'Emergensim et du Dr Julio Abba, chirurgien viscéral, spécialiste du *« Damage Control »* chirurgical.