

## Evaluation de la prise en charge des traumatisés sévères en préhospitalier selon leurs niveaux de gravités

### Auteurs

J. Ughetto (1)  
G. Marcotte (2)  
P. Trinquet (3)  
M. Bischoff (4)  
E. Flocard (4)  
P. Serre (5)  
C. El Khoury (3)  
JS. David (6)

1. *Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier de Valence, VALENCE, France*
2. *Service de Réanimation Médicale, Hôpital Edouard Herriot, LYON, France*
3. *Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lucien Husel, VIENNE, France*
4. *RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, Centre Hospitalier Lucien Husel, VIENNE, France*
5. *SAMU 01, Hôpital Fleyriat, BOURG EN BRESSE, France*
6. *Dechocage, Centre Hospitalier Lyon Sud, LYON, France*

### Introduction

L'évaluation d'un traumatisé sévère lors d'une prise en charge préhospitalière doit être rapide mais suffisamment pertinente pour orienter au mieux le patient et organiser son accueil en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

### Méthode

Au travers d'un registre prospectif multicentrique de prise en charge des traumatisés sévères, mis en place par un réseau régional, nous avons comparé les niveaux de gravité des patients, estimés sur les lieux par l'équipe SMUR, puis de nouveau à l'arrivée en SAUV. L'évaluation du niveau de gravité, s'appuyant sur les critères de Vittel, était guidée par un protocole de prise en charge préhospitalière des traumatisés graves.

### Résultats

211 patients traumatisés sévères ont été pris en charge en SMUR et arrivés vivants en SAUV entre mars et octobre 2011. Leur âge médian était de 41 ans [26-55] et le sex ratio de 3. Parmi ces patients, 11.4% présentaient un traumatisme pénétrant et 88.6% un traumatisme fermé. 11% des patients étaient évalués de niveau 1 par l'équipe SMUR, 22% de niveau 2 et 67% de niveau 3. A l'arrivée en SAUV habilitée à accueillir les patients les plus graves (déchoquage niveau 1), les niveaux de gravité des patients ont été réajustés après réévaluation et conditionnement : 7% niveau 1, 27% niveau 2 et 66% niveau 3. 47% ont été admis en réanimation, 31% au bloc opératoire et 7% ont bénéficié d'une embolisation. La mortalité hospitalière était de 1%.

### Conclusion

L'évaluation en préhospitalier des niveaux de gravité des traumatisés sévères est concordante, avec une tendance à la surestimation du niveau de gravité le plus élevé. Cependant il faudrait étendre le registre à des SAUV de niveau inférieur pour dépister une éventuelle sous-estimation de la gravité qui pourrait être à l'origine de mauvaises orientations. Nous avons prévu de suivre ces patients jusqu'à un an après leur sortie d'hôpital pour l'évaluation du handicap et de la mortalité.

