

Problématique

Actions à mener

Stop the burning process

Il faut "éteindre" la menace

- Action offensive de l'ennemi
- Mines
- IED
- Instabilité du terrain
- Autre...

S

- Répliquer éventuellement avec son arme
- Faire répliquer les blessés les moins graves ou leur demander de rester immobiles et de ne pas gêner les combats,
- Faire intervenir les démineurs & les équipes spécialisées anti IED, empêcher les interventions intempestives si mines ou IED
- Extraire les blessés au plus vite si risque éboulement secondaire ou risque naturel
- Etc...

Assess the scene

Evaluation **globale** de la situation

- Combien de blessés ?
- Sont-ils tous là ?
- Nos moyens ?
- Possibilités d'évacuation ?
- Où en est la mission ?
- Faut-il se déplacer rapidement ?
- Etc...

A

- Ne pas se précipiter sur le 1er blessé venu,
- Répartir les personnels en fonction des priorités, diriger l'équipe, donner des ordres et un plan d'action, garder le contrôle
- Ne pas se couper des combattants, garder le contact et informer le chef d'unité élémentaire impliqué (chef de groupe, chef de section...)

Free of danger for you

Ne pas s'exposer

F

- Si action de feu en cours demander au blessé (si possible):
 - De se mettre à l'abri, de mettre un garrot (si nécessaire)
- Si action de feu en cours et blessé pas en état :
 - Envisager de ne rien faire jusqu'à extinction de la menace (pas de pertes supplémentaires)
 - Extraction d'urgence (se limiter à la pose d'un garrot, pas d'immobilisation, pas d'ouverture des voies aériennes)

Evaluate (for ABC & MARCH)

Si plusieurs blessés faire un tri et un traitement simple **START & ABC**
Si un seul blessé **MARCHE**

START: Simple Triage And Rapid Treatment : ne pas s'occuper initialement de ceux qui marchent, chercher ceux qui ne respirent pas puis ceux qui respirent mal et ceux qui n'ont pas de pouls radial perceptible

Airways : le blessé **respire-t-il?**

Bleeding & blanching : le blessé **saigne-t-il ?**

Cognition : le blessé est-il **conscient ?**

E

- Faire un 1er tri des blessés selon la méthode **START**
 - En même temps faire les 1ers gestes et **pas plus** :
 - Libérer les voies aériennes (manoeuvres simples) = **A**
 - Arrêter les hémorragies menaçantes (garrots, pst compr, Quik Clot...)= **B**
 - Si inconscient: PLS = **C**
- Une fois tous les blessés vus, identifier le plus grave et commencer le **MARCHE**

Prise en charge pratique d'un blessé - La méthode "MARCHE-RYAN", ou Tout ce qui doit être fait maintenant pour sauver ce blessé

M Massive bleeding control

Traquer méticuleusement toutes les hémorragies pour les contrôler

Problématique

Le sang perdu c'est par terre et 4 de plus :

- Dans le thorax
- Dans l'abdomen
- Dans le bassin
- Autour des os longs

Tout ce qui n'est pas compressible doit être amené au chirurgien sans délai

Gestes à faire

M

- Compression directe
- Compression indirecte (à distance)
- Garrot de membre
- Pansement compressif
- Pansement hémostatique (Quik Clot)
- Ceinture pelvienne

Matériel nécessaire

M

- Mains gantées
- Compresses, pansements type C
- Pansements israéliens, Quik Clot
- Garrots
- Écharpes de secourisme ou autres pour contention pelvienne

A Airways

"L'air passe-t-il dans les tuyaux ?"

1- Identifier les blessés à risque :

- Traumas de la face & du cou
- Brûlés de la face & du cou

2-Faut-il immobiliser le rachis cervical ?

- Si oui, le faire avant de mobiliser le cou
- Si non, ne plus perdre de temps et ouvrir ces voies aériennes

A Manoeuvres simples :

- Retrait de corps étrangers
- Bascule prudente tête en arrière
- Subluxation maxillaire inf, etc...

• Intubation trachéale

• Coniotomie

A

- Mains gantées
- Canule de Guédel
- De quoi intuber
- De quoi ouvrir le cou :
 - Kits mini Trach II
 - Pince courbe + mandrin
 - +canule de 6

R Respiration

Fréquence respiratoire: adaptée ?
Respiration symétrique, harmonieuse, efficace ?

R Oxygénation, ventilation mécanique (après intubation ou coniotomie)

R Exsufflation pneumothorax compressif

R Fermer le thorax de manière non occlusive:

• **R** Si possible: oxygène

- De quoi intuber ou ouvrir le cou
- BAVU+/- respirateur de transport(si disponible)
- Aiguille ou cathéter, seringue
- Pince courbe pour ouvrir le thorax ou kit mini Trach
- De quoi faire un pansement 3 côtés ou équivalent (Asherman, Bolin)

"Maintenant que l'air passe dans les tuyaux, comment respire-t-il ?"

Respiration asymétrique, veines jugulaires saillantes, pouls radial mal ou non perçu

Thorax ouvert et soufflant ?

• **C** Poser 1 abord veineux périphérique (18 G), si impossible ou trop long : perfusion intra-osseuse

- Ne remplir que les choqués (sinon verrou salé)
- Ne remplir que ce qu'il faut
- Si insuffisant à rétablir un pouls radial, adrénaline titrée (1mg dans 10 ml puis ml/ml QSP)
- Si pno compressif --> exsufflation à l'aiguille
- Si compression cardiaque par du sang (plaie pénétrante près du coeur), évacuer vers le chirurgien

C

- VVP, dispositifs intra-osseux, tubulures, robinets, fixation solide (le tout sous forme de kit)
- Adrénaline (à diluer 1 mg dans 10 ml)
- Solutés : salé isotonique ou ringer lactate, grosses molécules (plasmion ou voluven), sérum salé hypertonique (SSH 7,5% ou HyperHES)

C choc

"Le pouls radial est il perceptible?, sinon pourquoi?"

- Le blessé saigne ou a saigné
- Il existe une compression du coeur
- Il existe un choc spinal
- Il existe un 3e secteur

Head 1- intuber, sédater, ventiler ni trop ni trop peu, maintenir 1 bonne tension artérielle

Head 2- faire évacuer vers un chirurgien, en attendant, faire Head 1 + ½ poche SSH ou HyperHES

Head 3- Parfaire l'immobilisation pour ne pas aggraver, éviter l'arrêt cardiaque(Adr titrée) ou l'arrêt respi

Hypothermie : isoler du sol, couvrir etc...

H

- De quoi intuber ou ouvrir le cou
- De quoi sédater puis ventiler
- Remplissage +/- adr titrée
- SSH ou HyperHES
- De quoi immobiliser
- Couverture de survie efficace,
- De quoi réchauffer (chaufferettes...)

H Head / hypothermia

1- identifier les 3 lésions neurologiques à traiter immédiatement

2- éviter par tout moyen le refroidissement du blessé

1- troubles de conscience graves non réversibles **AVPU**

2- asymétrie pupillaire franche (gros hématome autour du cerveau)

3- paralysie (surtout membres sup)

E Evacuation

Plus rien ne peut être fait de mieux sur place, il faut évacuer le blessé vers le niveau chirurgical pour prolonger la mise en condition de survie

• **E** Faire passer le message d'évacuation adapté

- En attendant le vecteur si pas d'autre blessé refaire le tour (faire le RYAN)

Problématique

Actions à mener

Réévaluer

A ce stade il faut réévaluer le blessé :

- Réévaluer ce qui a été fait sur le blessé
- Réévaluer les conséquences des blessures sur le blessé depuis le début de la prise en charge

Il faut réévaluer pour préparer l'évacuation

R

- Refaire point par point le **MARCHE** pour réévaluer le blessé
- Vérifier les garrots & les pansements compressifs :
 - Sont-ils toujours efficaces ? Faut-il les renforcer ?
 - Peut-on remplacer un garrot par un pansement compressif et sauver le membre ?
- Vérifier les sondes d'intubation, de coniotomie, les drains etc... ?
 - Sont-ils tous perméables et efficaces ?
- Reprendre tout ce qui a été fait sur le blessé :
 - Faut-il le refaire, en faire plus etc... ?

Y pour
Les Yeux, l'ORL

Il faut préserver le pronostic fonctionnel du blessé, **après** lui avoir sauvé la vie.
Le plus souvent il faudra seulement protéger les blessures
Ce sont les plaies oculaires le gros du problème

Y

- S'occuper surtout des plaies oculaires :
 - Pansement sec non compressif
 - Éventuellement irriguer les plaies souillées par du sérum physiologique
 - Administrer des antibiotiques (Quinolones)
- Emballer, protéger les plaies des oreilles

Analgésie

La douleur du blessé de guerre est intense. Cette douleur n'a que des effets négatifs :

- Favorise l'agitation du blessé
- Favorise la reprise des hémorragies
- Augmente les besoins en personnels et ressources de soins, gêne l'évacuation

Le traitement de cette douleur est donc une priorité **après** avoir sauvé la vie

A

- Apaiser le blessé par un abord calme et rassurant
- Utiliser ou vérifier l'utilisation de la syrette de morphine du combattant
- Immobiliser les blessures (attelles, écharpes...), refroidir les petites brûlures
- Quand c'est possible, plusieurs médicaments, par voie orale pourquoi pas
- Compléter dès que possible par de la morphine IV en titration
- Prévoir pour la durée de l'évacuation

Nettoyez
et prévenez l'infection

• L'infection est une cause fréquente de mortalité tardive des blessés de guerre
• La rapidité d'évacuation et du traitement chirurgical, l'emballage voire le rinçage à l'eau propre et les antibiotiques sont les piliers de la lutte contre l'infection

N

- Rincer les plaies souillées avec du sérum salé iso stérile ou de l'eau potable
- Éviter les solutions antiseptiques qui colorent les plaies
- Emballez les plaies avec le plus propre disponible
- Evacuez rapidement le blessé vers le niveau chirurgical
- Administrez des antibiotiques à forte dose si pas d'allergie connue(sinon évacuation rapide)