

Chirurgie de sauvetage au déchochage		
 	DECHOCAGE Classeur protocoles et procédures du Déchochage	7950 Version n°1
		Date d'application : [xx/xx/xx] Page : 3

1 - Objet

Ce document a pour objet d'organiser la chirurgie de sauvetage au déchochage :

- Laparotomie
- Clamshell

2 - Personnes concernées

- × L'ensemble des personnels travaillant du déchochage
- × Les chirurgiens concernés par la spécialité (viscéral, uro ...)
- × Les internes de chirurgie concernés par la spécialité

3 - Indications et principes de base

Les indications sont exceptionnelles puisque l'orientation au bloc opératoire doit être la priorité. Envisager le REBOA (cf procédure) comme geste de contrôle hémorragique d'attente permettant d'aller au bloc opératoire.

3.1 Laparotomie

Prise en charge au bloc opératoire impossible sur non disponibilité immédiate du bloc /patient moribond après discussion avec chirurgien.

3.2 Thoracotomie

- **Thoracotomie de ressuscitation dans l'ACR traumatique**
 - o A considérer si :
 - Signes de vie à l'arrivée des secours
 - Trauma pénétrant et ACR < 15 min avant incision
 - Trauma fermé et ACR < 5 min avant incision
 - o Aucune survie si pas de signes de vie à l'arrivée et trauma fermé
 - o
- **PATIENT EN ACR SUR TRAUMATISME PENETRANT** = Accueil bloc normalement
 - o Ne pas réanimer si ACR > 10-15 minutes ET
 - o Pas de signes de vie per réanimation
 - o Mydriase bilatérale aréactive (utilité de la pupillométrie)
 - o EtCO₂ < 10 mmHg per massage
 - o Echographie Trans Thoracique retrouvant un cœur inerte
 - o OU
 - o FAST abdominale positive aux trois quadrants : hémorragie dépassée

introuvable.

4 - Equipement du patient à considérer pour une chirurgie de sauvetage

- KTA
- 2 VVP de bon calibre dont un trilumière ou 1 VVC 4 lumières
- SAD thermique pour contrôle ciblée de la température
- Matériel IOT, respi réglé, ballonnet gonflé, DBS ...

5 - Déclenchement et organisation de la procédure de chirurgie de sauvetage

- Le bilan dynamique du SMUR à H-10 mn n'a pas motivé une admission directe au bloc opératoire
- Le patient n'est pas transportable au bloc opératoire.
- ⇒ Décision commune Trauma leader et chirurgien de chirurgie de sauvetage au déchocage
- Choc hémorragique (cf protocole = fluido, valise d'urgence, bair hugger, infirmier transfu prêts...).
- Une transfusion massive est souvent déjà lancée ou sera systématiquement débutée.
- Le chirurgien appel IBODE du bloc en renfort et demande le matériel nécessaire.
- Le Kit de chirurgie de sauvetage sera nécessaire ainsi que la boîte de thoraco (secteur marmottes) et/ou boîte d'abord scarpa (sur chariot ECMO /DAC)
- il sera fait appel au ibode du bloc opératoire qui assurerons la traçabilité, le suivi, la stérilisation de leur matériel. **(585499 ou 637102)**
(Console bistouri électrique et consommable, écarteur de FINOCHIETTO, aspiration pieuvre)
- Préparation du matériel spécifique à la chirurgie, rangé au déchocage par l'IDE de renfort + AS renfort (aspiration en place, scialytique, tables, champs, ciseau a plâtre stérile...).
- L'IDE leader + AS décho restent disponible pour la poursuite de la réanimation/stabilisation et gardent la vision globale.
- L'IDE de renfort + l'AS de renfort habillent et servent le chirurgien et l'interne.
- L'IDE transfu reste disponible pour la transfusion massive si besoin.

introuvable.

6 - Principes généraux de la chirurgie de sauvetage

- Réanimer pour corriger les défaillances hémodynamiques
- Lutte contre la triade létale
- 3 temps : une chirurgie initiale écourtée centrée sur le contrôle de l'hémorragie, une hospitalisation en réanimation pour correction des troubles physiologiques (acidose, coagulopathie, hypothermie) et une chirurgie secondaire pour le traitement définitif des lésions.

7 - Documents associés

- ✓ Procédure REBOA

Diffusion	
-	Service

Rédaction	Mathilde LOPEZ	01/03/2022
Vérification	Julie COTTET. IDEC Docteur LEVRAT Albrice Docteur ESCUDIER Etienne	17/06/2022
Approbation	Docteur GAY Samuel Yann COICAUD, FF CDS	17/06/2022