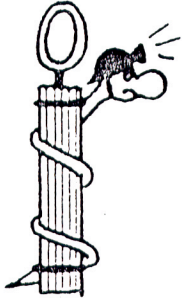


COMMISSION MEDICALE



FEUILLE DE LIAISON

N°10

FEDERATION FRANCAISE DE SPELEOLOGIE

SEPTEMBRE 84

EDACTION Dr BARIOD Jean, 67 Avenue de la République, 39300 CHAMPAGNOLE.

DI TORIAL

La tentative de décentralisation et de régionalisation semble porter ses fruits. Plusieurs médecins, à travers la France, lancent des actions et participent activement à la vie de la CoMed. Les informations remontent correctement vers la direction, exceptées les habituelles régions actives mais muettes...

Toutes les actions de la commission passent par le courrier. Il est fondamental que les réponses soient rapides. Actuellement, plusieurs actions sont bloquées depuis plusieurs mois par absence de réponse. Les contacts directs confirment pourtant l'intérêt des interlocuteurs. Merci d'imaginer le retentissement d'une non réponse ou d'une réponse trop tardive..

appel: Stage en octobre dans le Vercors. Me contacter de toute urgence si vous êtes intéressés. (Cf. Feuille de liaison N°9).

COMPTE RENDU NORMALISE D'INTERVENTION MEDICALE SECOURS]

Afin de centraliser et d'exploiter enfin correctement les informations des spéléo-secours médicalisés, la CoMed, comme annoncé dans la précédente feuille, diffuse à tous les CTD, un rapport médical type. Ce rapport conçu par Pascale FAUST (thèse sur les accidents-1983) doit être exploité sur ordinateur. Vous trouverez un "modèle réduit" en annexe. Ce rapport sera modifié suivant vos remarques.

DEE

Pour éviter le gaspi des drogues de la trousse médicale de secours:

Passer à la pharmacie de l'hôpital, échanger les ampoules un an avant la date de péremption. L'hôpital ayant un débit plus important que nous, fort heureusement! Pour cela, tenir une liste des drogues avec leurs dates de péremption.

Dr MALLARD.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DE CAHORS (DR DELMAS)
(voir page 5)

COMMISSION MEDICALE
FEDERATION FRANCAISE DE SPELEOLOGIE
 SOCIETE SPELEOLOGIQUE DE FRANCE - COMITE NATIONAL DE SPELEOLOGIE

150, RUE SAINT-MAUR - PARIS XI^e C.C.P. 8547-11 PARIS
 TELEPHONE 837.90-84

RAPPORT MEDICAL D'INTERVENTION EN SPELEO-SECOURS

Ce rapport destiné à être exploité sur ordinateur, devra être rempli avec soins par le médecin Spéléo-Secours. Avant exploitation, ce rapport sera rendu anonyme, afin de sauvegarder le SECRET MEDICAL.

Couplé au rapport SSF du Conseiller technique Départemental, un exemplaire complet devra parvenir au SSF et à la Cofed.

Ces rapports sont disponibles au SSF et à la Cofed.

L'ACCIDENT

Date → --- 19 ---
 Pays →
 Département (n°) →
 Lieu :
 Dénomination de la cavité :

IDENTITE DE LA VICTIME

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance → --- 1 ---
 Département d'origine (n°) →

IDENTITE DU MEDECIN

Nom :
 Adresse :
 Qualification : Généraliste Anesth. Réa S.A.M.U.
 Autre(s) préciser :
 Spéléologue → Oui Non

Ne rien écrire dans cette colonne

ANTECEDENTS : ... (méd., chir...)

DESTINATION DU BLESSE (au sortir de la cavité)

Retour à domicile
 Hôpital ou clinique nom et ville :

IDENTITE DU MEDECIN TRAITANT DU BLESSE

Nom :
 Adresse :

COMPOSITION DE L'EQUIPE MEDICALE (qualification de chaque membre)

NOMBRE TOTAL DE VICTIME(S) :

DEROULEMENT DU SECOURS MEDICAL

	jour	heure
Mise en alerte	→	--- h --- mn
Heure de mise en route	→	--- h --- mn
Arrivée à l'entrée de la cavité	→	--- h --- mn
Arrivée près du blessé	→	--- h --- mn
Début de remontée	→	--- h --- mn
Sortie	→	--- h --- mn

Service de secours prenant en charge le blessé en fin d'intervention :
 S.A.M.U. Sap.Pompier Ambulance privée Médecin
 Autre préciser :

Ne rien écrire dans cette colonne

INFORMATIONS sur le type d'accident et l'état de(s) victime(s) au moment de l'alerte :

SOINS DONNES AVANT L'ARRIVEE DU MEDECIN

Réchauffement externe
 Boisson-alimentation préciser :
 Déplacement prison(s) :
 Gestes de survie (H.G.E., Resp. artif.)

RAVITE INITIALE

Risque immédiat : nul léger important vital
 Médic : à l'arrivée du médecin pendant la réa. sur place
 pendant le transport

AFFECTIION

Type : Médical Chirurgical Traumatique Psychiatrique
 Divers : Noyade Epuisement Hypothermie
 degré de l'hypothermie :

TEMPERATURE

Évolution de la température au cours du secours :

BILAN LESIONNEL

CRANE

.Contusion
 .Plaié
 .Fracture ouverte
 fermée
 .Écoulement LCR
 sang
 .Hématome intracrânien
 .Divers (préciser)

TORSE

.Contusion
 .Plaié
 .Fracture ouverte
 fermée
 .Hématome
 .Lésion oculaire
 .Dent (fracture, luxation)
 .Divers (préciser)
 .Porteur de lunettes
 verre de contact

COU

.Contusion
 .Plaié
 .Lésion vasculaire
 nerveuse
 viscérale
 .Divers

LOCALISATION

confirmé respecté

Ne rien écrire dans cette colonne

3) Bloc du nerf Crural (cf feuille de liaison n°9),

Deux protocoles: soit 20 cc de xylocaïne à 1%, durée de l'anesthésie 90 minutes; peut.être renouvelée deux fois (180 minutes).

soit 10 cc de xylocaïne à 1% plus 10cc de Duranest 1% (Etidocaïne), durée de l'anesthésie quatre heure, très adaptée à la spéléo (Dr MALLARD).

Très important: il y aura toujours une voie veineuse en place et de l'adrénaline 1% à portée de la main.

2) Les voies veineuses Il n'est pas évident de ponctionner une veine collabée, aussi la connaissance de la technique de ponction de certains gros troncs veineux peut être utile.

*VEINE FEMORALE : très facile , très utile.

*VEINE JUGULAIRE INTERNE :

A/ Par voie haute:

...'Nous avons donc cherché une technique fiable, aux repères simples, dont le taux de complications ne soit pas lié à l'expérience de l'opérateur. L'étude sur cadavre montre que la veine jugulaire interne est située juste sous le S.C.M., et la carotide est en dedans et en arrière de celle-ci. A partir d'un point de pénétration cutanée situé au bord interne du SCM, donc à l'aplomb de la carotide, un trajet externe rasant la face postérieure de ce muscle permet d'atteindre la VJI tout en s'éloignant de la carotide. L'aiguille est enfoncée avec un **angle d'environ 50° par** rapport à l'axe du bord interne du SCM. Le point de repère cutané se situe sur le bord interne du SCM à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Technique; le malade est mis en léger Trendelenbourg et l'opérateur se place à la tête. du patient ou latéralement du côté opposé au point de ponction. La tête est mise en extension et en rotation forcée du côté opposé. On pince le SCM pour apprécier sa masse musculaire. L'aiguille est enfoncée comme décrit plus haut et tangentielllement en rasant la face postérieure du muscle comme si elle devait ressortir plus bas à quelques centimètres en dehors du bord externe du SCM. La progression se fait lentement en maintenant une aspiration constante dans la seringue qui est presque en contact avec le maxillaire inférieure Un fois la veine ponctionnée, l'angle avec le SCM est fermé et l'aiguille est amenée dans l'axe du vaisseau et enfoncée de quelques centimètres dans la lumière. Le cathéter est ensuite engagé et descendu sans difficulté. En cas d'échec, L'aiguille est retirée jusqu'à la peau et enfoncée à nouveau un peu plus profondément et avec un angle plus fermé. Les principaux avantages de cette technique sont le point de ponction haut situé qui éliminera tout risque de pneumothorax et la direction de dedans en dehors de l'aiguille et son trajet superficiel qui rendent la ponction carotidienne exceptionnelle. Nous avons relevé dans notre service un taux de réussite de 94% sur une série de 100 cathétérismes exécutés par neuf résidents différents qui n'avaient jamais pratiqué de ponction de cette veine", (Extrait de la Nouvelle Presse Médicaie. Département d'anesthésiologie; Institut de cardiologie de Montreal; M. BOULANGER et E. DELVA).

Commentaire CoMed Dr HEIB): Risque: le catheter se retourne et remonte vers la tête.
On ponctionne-la carotide: on retire le cath.
et on comprime. En synthèse, risque pratiquement nul, seul problème, le pansement pour fixer le cath., surtout chez les barbus...!

B/ Par voie basse : .

Repère anatomique: triangle de Sedillot, délimité par l'insertion basse, sternale et claviculaire du SCM. L'aiguille est enfoncée selon la bissectrice de l'angle formé par le chef sternal et le chef claviculaire. On tombe dans la jugulaire interne. Seul risques:

Le pneumothorax de l'apex pulmonaire. Prévoir une anesthésie locale pour les sujets conscients. (Dr HEIB, CoMed).

3) Traitement de la fracture de la diaphyse fémorale

Se référer au travail du Dr MALLARD qui paraîtra en Octobre dans le Compte rendu de la réunion annuelle 83 dans le Vercors.

Critique de l'attelle typo Thomas proposée par Atlair:

- trop longue, l'extrémité de l'attelle dépasse et expose à des chocs répétés.
- Le contre appui du périnée est trop épais, obligeant un maintien en abduction des deux cuisses incompatible avec les nécessités du brancardage. Un projet d'attelle, conçu après discussion entre COURBIS, BALLEREAU, MALLARD, sera présenté au stage CoMed d'octobre 84.

4) Narration de l'accident mortel à la Coume (31). la mort est due à l'épuisement du sujet qui semblait préexister avant sa remontée dans le puits arrosé. Absence de sens critique du sujet qui s'est encombré d'un sac lourd malgré son handicap. On peut sur un plan strictement médical se poser la question d'un épuisement collectif de l'équipe qui n'a pas réagi de façon adaptée à la situation: position des deux sujets les plus fatigués en fin de groupe entraînant leur isolement et le déclenchement d'une série d'erreurs graves. Ceci pose encore une fois le problème de l'information sur le phénomène de l'épuisement en milieu souterrain et de sa parfaite connaissance par l'ensemble, des spéléos (à quand le numéro spécial secours!).

5) Stage CoMed 84

Principe de base: réaliser un programme de base, médical, qui pourrait être enseigné aux médecins spéléos pour leur permettre de faire face à un maximum de situations courantes. Ceci exclu les situations d'exception telles que problèmes d'anesthésie générale et réanimation lourde, Travaux pratiques sur le terrain et apprentissage des gestes dans tous les lieux types; méandre diaclase, etc... Engrenage de l'action médicale avec l'action des équipiers de façon à définir un seuil de tolérance réciproque et une meilleure symbiose.

6) Prévention du risque infectieux sur fracture ouverte

SPECILLINE G: 20 millions UI par 24H, soit 4 X 5M plus TIBERAL 500mg deux fois par 24H, Le tout en perfusion IV . . .

Rapporteur Dr DELMAS Pierre, CoMed 46.

RESPONSABILITE MEDICALE

Suite à un différent lors d'un secours dans le Doubs, j'ai été amené à préciser la situation en posant quelques questions au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vous trouverez la réponse en annexe du présent bulletin. Il s'agit d'un problème de taille et je demande à tous les médecins spéléo-secours de bien vouloir essayer de régler ce problème au niveau de chaque département.

Dr BARIOD

JOURNEES D'ETUDES SUR LA PATHOLOGIE DU HARNAIS

Organisé par la CoMed et le Centre National des Sports de Plein Air de CHALAIN (Ministère du Temps libre) cette réunion s'est déroulée en juin. Malgré l'ampleur des moyens déployés (scopes, ECG, matériel de réanimation etc.), les expériences ont du être arrêtées au deuxième sujet. En effet, les deux volontaires ont présenté des troubles graves avec perte de connaissance, l'un au bout de 30 minutes de suspension, l'autre au bout de 6 minutes! La suspension reproduisait la position inerte d'un spéléologue inconscient (ou épuisé?) sur matériel JUMAR. Il n'y a pas d'explication satisfaisante et univoque. Seul le deuxième sujet a présenté une bradycardie brutale avant la PC. Il semble certain que la prolongation de la suspension aurait certainement été fatale. De nouvelles expérimentations en milieu hospitalier sont nécessaires pour préciser les mécanismes physiologiques en cause et déboucher sur d'éventuels moyens de prévention.

TROIS CONCLUSIONS

Il n'est plus possible d'interpréter tous les décès sur corde comme l'aboutissement d'un épuisement banal.

B) Un spéléo inconscient sur corde (trauma crânien par chute de pierre par exemple) ou manifestement épuisé, en relâchement musculaire, représente une URGENCE pour les équipiers qui doivent le décrocher le plus rapidement possible (Six minutes pour le deuxième sujet de notre expérience!). Cette notion doit être diffusée systématiquement à tous les spéléos. Nous avons donc notre rôle à jouer au niveau de chaque département.

C) Comme souligné plus haut dans le CR de l'accident de la Coume, l'information sur l'épuisement doit circuler en précisant qu'il semble dangereux d'aborder une remontée jumarc fatigué. L'impression que nous avons tous de pouvoir nous reposer pendant la remontée me semble fautive. Soulignons que dans les deux cas expérimentaux, la perte de connaissance est survenue brutalement dans les secondes qui ont suivi une sensation de malaise, sans possibilité de réaction pour nos deux sujets.

Le compte rendu complet est disponible en prêt, soit à la CoMed, soit aux bibliothèques fédérales.

Je tiens à remercier le Docteur AMPHOUX (ergonome, physiologiste de Paris) pour son aide précieuse et sa présence à Chalain.

Dr BARIOD

INTERVENTION MEDICALE AU TROU BERNARD BELGIQUE)

La blessée (22 ans), reçoit sur son dos son compagnon qui arrive en chute libre du sommet du puits (8m)!

Diagnostic initial: Fracture cheville droite avec déplacement. Pas d'état de choc.

Traitement: botte plâtrée, sans réduction.

Injection de une ampoule de PETHIDINE (DOLOSAL) et CORAMINE., puis deux fois un demi comprimé de WELLCONAL (?).

L'évacuation se fait sans brancard grâce au bon état du blessé et à la botte plâtrée.

Diagnostic hospitalier: Fracture bi-malléolaire et luxation tibia-tarsienne postéro-interne.

Dr DELAUNOY; BRUXELLES.

INTERVENTION MÉDICALE A LA GROTTTE DE BEDELBOURG

Diagnostic initial: Fracture du tiers moyen et tiers supérieur de la diaphyse fémorale. volumineux hématome* sans compression vasculo-nerveuse. TA 13/8, pouls 140.

Traitements Macromolécules puis Glucose 5%. Baralgine IV. Prélèvement pour groupe.

Matelas coquille. commande de trois unités de sang (groupage et crossing test en surface) qui n'ont finalement pas été utilisés : cathéter en place trop fin; bon contrôle hémodynamique.

OBSERVATIONS: Intérêt majeur du matelas coquille pour son effet antalgique instantané et la prévention des complications. Ce coquille était compatible avec le brancard TSA. Problème pour obtenir un débit régulier des perfusions pendant le transport;

Dr PAUBERT

NOR: le matelas coquille nous est toujours apparu comme le moyen idéal d'immobilisation. Le coquille pose des problèmes non évoqués ici: poids et fragilité pour des portages longs dans des conditions difficiles (méandres). Problème d'arrimage du blessé qui ne doit pas être tenu uniquement par le matelas. Le sanglage du ISA me semble incompatible avec le matelas. L'évacuation du blessé en 1H30 laisse penser que l'accès était facile et court ce qui a permis ce secours exemplaire.

Dr BARIOD

INFORMATION

Le Docteur PILARDEAU nous informe de la mise en place à l'université de Bobigny (PARIS NORD) d'une formation universitaire sur LE SPORT ET LA SANTE. Pour les médecins intéressés: 74, rue Marcel Cachin, 93012 BOBIGNY CEDEX.

PROCHAINE FEUILLE DE LIAISON EN JANVIER 85. merci d'adresser vos articles avant le mois de décembre.