



COMMISSION MEDICALE

FEUILLE DE LIAISON

N° 11

Numéro spécial Vercors 84

FEDERATION FRANCAISE DE SPELEOLOGIE

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

6e REUNION COMED - VERCORS 841

Pour la deuxième année, cette réunion s'est tenue au Centre National de spéléologie. Nous avons pu travailler avec le stage international de Spéléologie qui s'y déroulait au même moment. Malgré une dizaine de réponses positives, seuls cinq médecins étaient présents: BARIOD Jean, DELMAS Pierre, PELLETIER Henri, PEPIN Bernard, VALENTIN Guy. Pour l'encadrement spéléo GODART Jean François.

FEUILLE DE LIAISON

Toujours considérée comme indispensable, mais toujours limitée par le peu d'informations que nous adressent les confrères. Nous essayons d'améliorer la qualité en faisant faire un tirage photocopies par L'Equipe Spéléo de Bruxelles.. -

PUBLICATION SPELUNCA 85

Cette formule semble très appréciée des spéléologues. Elle permet en outre de faire connaître les actions de la CoMed. Plusieurs projets:

-Article de fond sur les techniques simples d'évaluation de la condition physique des spéléos par les spéléos eux-mêmes. (Centralisateur Dr DELMAS)

-Article sur les techniques d'entraînement cardio-vasculaire et musculaire Un travail de thèse pourrait se faire sur ce sujet. (centralisateur VALENTIN)

Article sur la boisson et l'effort Dr BALLEREAU.

PUBLICATIONS EN GENERAL

Projet d'un livre "Secourisme Spéléologique". Il est possible d'envisager la synthèse des nombreuses réflexions qui ont vu le jour sur ce sujet. Le livre du Dr PEPIN "Secourisme Alpin" pourrait servir de base de travail. Le budget 84 prévu pour la réalisation du compte-rendu Vercors 84 est transféré à ce poste pour 85. (Centralisateur BARIOD).

THESES

Le Dr VALENTIN se charge de constituer un dépôt CoMed de toutes les thèses existantes.

STATISTIQUES MEDICALES

Le Docteur FAUST continue son travail sur ce sujet. Deux sources d'informations: le rapport médical type que le SSF doit diffuser et les dossiers assurances de la fédération que Faust consulte régulièrement.

TECHNIQUES MEDICALES

La dernière diffusion de deux techniques a provoqué la réaction de F.GUILLAUME: Réticence vis-à-vis du bloc crural à cause du risque septique; intérêt des voies veineuses périphériques car les voies centrale entraînent des complications thrombo-emboliques et septicémiques; les complications techniques sont fréquentes(hématome important en cas de lésion de la carotide); Au total, France réserve ces voies à des cas d'exceptions et **préconise plutôt** la jugulaire externe.

IMPORTANT

La CoMed n'a pas pour vocation d'enseigner la "vérité" médicale. Toutes les informations que nous diffusons sont sujettes aux critiques et ne reflètent que des opinions qui permettent à tous de réfléchir. Chaque médecin reste bien sûr maître de son choix et de sa responsabilité.

Rappelons que la majorité des médecins SSF préconisent une SEROTHERAPIE ANTI-TETANIQUE devant des plaies, mais aussi en cas de perfusion. Dans le même cadre, la prévention par antibiotiques décrite par ailleurs, fait l'unanimité. Enfin toute manipulation de drogue à potentiel allergisant impose d'avoir avec soi des corticoïdes et de l'adrénaline.

POLLUTION

Mise en route d'un travail sur les risques d'intoxication en milieu souterrain: Prévention, soins d'urgence, analyse chimique.
Centralisateur Dr BARIOD.

REUNION COMED 85

Nous retenons le principe d'une rotation à travers la France. Pour 85 le choix est arrêté pour LA PIERRE ST MARTIN. Pour 86 CAHORS.

La date est à préciser mais sera à priori en septembre, après la rentrée des classes. La durée sera de 7 jours, du samedi au vendredi.

Comme en 83, nous proposons un travail préparatoire important. Le programme se constituera au cours de l'année en fonction des idées et des volontaires

Afin de s'aligner sur les autres commissions, seuls les frais de déplacement seront pris en compte par la CoMed.

L'organisation de telles réunions nécessite une connaissance précise du nombre de participants. La réunion 84 était préparée pour 10 participants, avec encadrement en conséquence. Les défections de dernières minutes, parfois sans même un mot d'information, rendent les frais disproportionnés.

Dans cet esprit, nous avons retenu le principe d'un versement d'arrhes à l'inscription; ceux ci-seront restitués au cours de la réunion.

Pour 85, nous espérons que l'attrait de cette cavité prestigieuse sera plus fort que l'obstacle de la distance. A bientôt donc...

IMMOBILISATION DES FRACTURE

Comme dans beaucoup de domaines, le matériel simple, solide et universel n'existera jamais. Il est préférable de choisir pour chaque cas le matériel le mieux adapté. Le prototype de traction pour fracture du fémur réalisé par MARBACH est actuellement non opérationnel: trop long, il dépasse du brancard standard, et le système d'élastique étalonné n'est pas fiable.

Actuellement, le médecin spéléo dispose de plusieurs possibilités:

1) Le matelas coquille traditionnel; qui a le mérite d'être disponible dans tous les VSAB et SAMU. C'est le moyen idéal, mais il pose des problèmes d'encombrement et de fragilité. Pourtant il a pu être utilisé dans plusieurs sauvetage avec succès; il faut y penser.

2) **Atelles gonflables**; qui sont aussi facilement disponibles, bien sûr inefficaces dans les fractures "hautes" des membres, elles sont très fréquemment utilisées dans les secours.

3) Le plâtre; est finalement très souvent utilisé avec succès. Rappelons qu'il faut prévoir le double de plâtre et surtout le double de coton: le ridicule ne tue pas, mais un plâtre compressif peut avoir des effets redoutables! ...N'ayons pas peur de faire un dispositif un peu "monstrueux". Le plâtre peut être avantageusement remplacé par le DYNACAST.

4) La traction; présentée comme le moyen idéal, elle impose de nombreuses contraintes (Cf Compte-rendu du VERCORS, 6° réunion 83). Actuellement, aucun système n'est assez fiable et pratique pour être diffusé dans les spéléo-secours. Il faut se méfier des tractions incomplètes et non permanentes donnant une fausse sécurité.

5) Brancard sarcophage; dont il existe un modèle disponible au Centre National de spéléologie. Il peut être indispensable dans certains cas, mais son utilisation est limitée par son encombrement. De plus il ne résoud pas tous les problèmes d'immobilisation.

PROTOTYPE DE MATELAS COQUILLE ADAPTE AU BRANCARD SPELEO

Ce matelas qui résoudrait bien des problèmes doit répondre à de nombreuses exigences. En particulier, il doit être résistant à l'abrasion, au percement à la flamme; rester souple au froid et surtout garder son étanchéité. L'idée d'une enveloppe double semble réaliste. Le vrai problème est de réduire au maximum son encombrement, tout en gardant ses qualités. Nous avons proposé à MARBACH de réaliser un prototype correspondant au dessin ci-dessous. Plusieurs particularités: L'épaisseur est réduite, car la rigidité doit être donnée par le brancard. Nous supprimons la possibilité d'immobiliser les bras car cela donne une largeur beaucoup trop importante. Nous insistons sur l'immobilisation bassin-fémur-jambe, solidairement avec la colonne vertébrale. Nous gardons la possibilité de réaliser une immobilisation de la tête et du cou parfaite. Enfin nous avons prévu une ouverture centrale pour pouvoir utiliser le sanglage du bassin du brancard. Ce prototype doit voir le jour en 85 et être testé en conditions réelles.

Les collègues intéressés par ce sujet peuvent prendre contact rapidement.

Cette idée, lancée par le Dr BALLEREAU, pourrait voir le jour en 85. L'ensemble des réflexions permet d'en dessiner, le canevas.

BUTS DU STAGE

Ce n'est ni une formation à des techniques médicales, ni une formation à la pratique de la spéléologie. On pourrait intituler le stage: "Formation" à la réflexion sur les problème de secours en milieu souterrain".

STAGIAIRES

Il découle des buts, que les stagiaires devront être spéléologues confirmé (autonomie de progression) et médecins connaissant la médecine d'urgence.

ENCADREMENT

Des médecins spéléo-secours choisis sur leur expérience des secours et/ou leurs spécialités (Réanimateur, traumatologues, etc...).

Des cadres de l'EFS et du SSF.

CONTENU DU STAGE ASPECT SPELEOLOGIQUE

Contrôle du niveau technique le premier jour (falaise et cavité) par les cadres spéléos. On peut prévoir un cadre EFS qui pourrait se charger d'une formation accélérée **pour** les médecins ayant quelques problèmes techniques.

Information sous forme de réunion de travail.

- 1) Organisation du SSF
- 2) Problèmes rencontrés en surface par le Conseiller technique.
- 3) Problèmes posés par l'évacuation du blessé.

Exercice pratique en cavité , d'évacuation d'un brancard, les médecins jouant le rôle des équiéiers spéléo-secours.

CONTENU DU STAGE ASPECT MEDICAL

- 1) Historique du spéléo secours.
- 2) Aspects statistiques.
- 3) Problème de l'intégration du médecin SSF dans l'organisation des secours
 - Priorité d'appel,
 - articulation avec le CTD,
 - Position de l'équipe médicale,
 - chaîne de soins jusqu'à l'hôpital,
 - Intérêt de la formation des spéléos SSF locaux par leur médecin SSF
- 4) Présentation de secours, réels.
- 5) Aspects médicaux fondamentaux:
 - Lésions,
 - Hypothermie,
 - Problèmes posés par l'examen médical initial,
 - Soins spécifiques.
- 6) Lot minimum de matériel
- 7) Conditionnement spécifique et problèmes d'utilisation
- 8) Transport médicalisé souterrain: Doctrine et brancard
- 9) Post secours

- Le rapport médical
- le suivi des blessés, devenir.
- Information, feuille de liaison.

10) Exercice de simulation en Fin de stage.

Compte rendu rédigé par le Dr BARIOD

INTERVENTION AU BIEF DE SOMME, (Ain), Dr FLORENT SAMU

Victime coincée sous un éboulement; Pas de mise en condition par les équipiers malgré le risque vital: Fracture ouverte du tibia/péroné et cheville droite avec lésions vasculo-nerveuses.

TA 6/5 à l'arrivée avec un pouls à 120.

Mise en place de deux voies d'abord périphériques, bras droit et gauche. Remplissage avec deux Plasmion 500 dans le premier quart d'heure (accélérateur de perfusion) puis deux Plasmion 500 dans les trois heures suivantes. Baralgine IVD au départ puis Aspégic 500 IVD à la deuxième heure. Groupage sanguin au départ.

Réchauffement externe par couvertures survies.
Immobilisation par atelles gonflables.

La restauration d'une hémodynamique correcte a été assez rapide.

INTERVENTION SUR LE CAUSSE NOIR AOUT 84 Dr BARDOU (CoMed)

Chute de 7 m vers 14H40.

Premiers soins para-médicaux à 16H30 et premier bilan: Suspicion de fracture du fémur droit, douleurs du bassin, traumatisme dorso-lombaire avec paresthésies des deux membres inférieurs. Traumatisme du crâne sans PC, avec plaie du cuir chevelu. Mise en condition dans une "doudoune" et matelas coquille. Arrivée du premier médecin (Dr ESCUDIE) à 18H, TA 12, Pouls 80. Le blessé est calmé avec DOLOSAL 1 A et DROLEPTAN 2cc en IM. Arrivée du deuxième médecin à 22H30 (Dr BRUNNEL) TA stable, diurèse normale, Injection IM de FORTAL et DROLEPTAN. Arrivée du troisième médecin à 06H30 (Dr BARDOU) et nouvel examen: La fracture du fémur semble pouvoir être éliminée devant la stabilité hémodynamique. Il n'y a pas de signes neurologiques objectifs. Le FORTAL masque les éventuels signes abdominaux. Devant le bon état du blessé, on ne perfuse pas; celui ci est autorisé à boire (pas d'urgence chirurgicale à priori). L'angoisse importante justifiera une nouvelle injection de FORTAL/ DROLEPTAN. Début d'évacuation vers 11H30 sous FORTAL/DROLEPTAN avec pouls tension stables. Sortie à 13H35.