

Orthorisoq

Le point de vue de l'urgentiste

Dr Jean Paul Fontaine
SAU Saint-Louis AP-HP

De la vie quotidienne... à l'exception?

Le point de vue du Chirurgien



Chronique de la vie quotidienne 1 :

- « 23h, Allo, c'est les urgences, on a reçu une fracture ouverte de la jambe »
- « OK, où se situe la plaie par rapport au trait de fracture et y-a-t-il une perte de substance cutanée, une ischémie ? »
- « Mais il y a l'attelle des pompiers qui immobilise le membre inférieur et cache la lésion cutanée... »
- « Merci de faire une radio, de regarder la plaie (Gustilo?) et d'examiner le patient puis de me rappeler..... »

8h30, le lendemain, le chirurgien découvre le patient dans son service avec une fracture Gustilo 3B soit plus de 12heures après le traumatisme!

Le point de vue du Chirurgien



Chronique de la vie quotidienne 2 :

- « 14h, Allo, c'est les urgences, on a reçu une fracture du poignet déplacée »
- « OK, comment est déplacée la fracture vers l'avant (côté pouce) ou vers l'arrière ? »
- « Heu.... vers l'arrière »
- « Très bien, avertis l'anesthésiste et le bloc pour une ostéosynthèse par broches »

Après le bloc anesthésique, le diagnostic lésionnelle est redressé par le chirurgien avec synthèse par plaque.....

Formation en traumatologie des urgentistes

Acquisition de compétences

Urgentiste:

Prise en charge avec bilan lésionnel le plus précis possible (*clinique + imagerie adaptée*) dans le cadre de l'urgence

Ttt initial (*antalgie, antibio, PEC de la plaie, contention...*)

Traçabilité et transmission

Appel rapide du chirurgien si nécessité d'une chirurgie urgente

Retard de prise en charge d'une fr. ouverte (accueil dans un site sans service d'orthopédie)

- Patiente vue tard le soir (dimanche) et perte de temps par un passage Hôpital sans orthopédie pour une fr. ouverte (diagnostic évident même pour un non médecin).
- Appel du chirurgien de garde vers 4 h du matin , qui demande de la transférer sur CH régional pour un bloc à 8h 30.
- La patiente attendra qu'une place se libère dans le service de chirurgie pour déclencher le transfert.
- Opérée à 15h30 soit une prise en charge au bloc différée de plus de 12H /à un accueil direct sur CH régional

Si situation d'urgence chirurgicale identifiée avant arrivée au SAU: rôle central du SAMU/centre 15

Urgentiste:

Prise en charge avec bilan lésionnel et ttt initial (antalgie, antibio, PEC de la plaie, contention...)

Appel rapide du chirurgien si nécessité d'une chirurgie urgente

Transfert sans dans site compétent dans les meilleurs délais

Retard d'intervention sur Fr ouverte

- Chute sur rocher fracture ouverte de rotule avec articulation à nu
- Arrivée urgences vers 11h00
- Intervention prévue pour début l' après midi, repoussée à cause de 2 urgences (viscérale et maternité),
- Opéré vers 21h00

Urgentiste:

Prise en charge avec bilan lésionnel

Ttt initial (antalgie, antibio, PEC de la plaie, contention...)

Appel rapide du chirurgien si nécessité d'une chirurgie urgente

La disponibilité du bloc opératoire pour les urgences dépend d'une organisation locale

Modalités de prise en charge en cas de débordement à étudier en amont?

Si situation d'urgence chirurgicale identifiée avant arrivée au SAU: rôle du SAMU/centre 15

Anticoagulant et bloc opératoire

- Patiente admise la veille à 16h pour fracture fermée plateau tibial. Bloc programmé le lendemain.
- Prescription ARIXTRA par urgentiste (*patiente déjà sous AC?*).
- Patiente vue par l'anesthésiste de garde mentionne bien que la patiente est sous ARIXTRA ,
- 23h : injection d' ARIXTRA conformément aux prescriptions de l'anesthésiste.
- Le lendemain patiente au bloc(9h) , mise sur la table et récusée sur table par le second anesthésiste (ARIXTRA contre-indique toute chirurgie pendant 24h)

Urgentiste:

- Rechercher systématiquement ttt anticoagulant
 - Hospitalisation: Tracer et informer
 - Ambulatoire: drapeau rouge ?

Rôle central de l'anesthésiste (discordance ici) pour la prescription et la gestion des anti-coagulants

Bloc opératoire avec ALR sans validation de l'indication chirurgicale

- 10h : consultation aux urgences pour traumatisme fermé du doigt. Examen et radio. Le diagnostic de lésion ligamentaire du doigt est posé par l'urgentiste. Il le programme au bloc en fin d'après midi.
- 17h : arrivée du patient dans le service de chirurgie ambulatoire.
- 18h : salle de réveil pour ALR
- 18h30 : patient champé et "pret" pour l'intervention. Il s'agit d'un maillet finger ne nécessitant pas de traitement chirurgical.

Urgentiste:

Faire un diagnostic le plus précis possible

Transmettre les éléments dont il dispose au chirurgien qui décide de l'indication chirurgicale

Rôle (ou non) de l'urgentiste dans la programmation d'une chirurgie ambulatoire?

Validation chirurgicale de toute acte avant la prise en charge au bloc et l'anesthésie

Rectification du geste chirurgical chez patient anesthésié (méconnaissance de la date du trauma initial)

- Lésion de la main vue en urgence par urgentiste débutant/remplaçant.
- Analyse par iPhone des images par chir de garde.
- Au bloc, identification d'une lésion ancienne (trauma datant d'un mois) chez un patient anesthésié.
- Changement d'indication et de technique

Urgentiste:

Faire un diagnostic le plus précis possible

Transmettre les éléments dont il dispose (incluant la date du trauma initial) au chirurgien qui décide de l'indication chirurgicale

Formation des urgentistes en traumatologie

Place de la télémedecine

Une photo suffit-elle à valider indication?

Confidentialité / photo et messagerie non sécurisée...

Validation chirurgicale de toute acte avant la prise en charge au bloc et l'anesthésie

Patiente admise sans imagerie et sans accord du chirurgien

- Patiente adressée aux urgences (clinique privée) vers 11 h du matin par un établissement psychiatrique pour monoplégie mb inf gauche brutale.
- Urgentiste suspecte conversion hystérique, ne fait pas d'imagerie.
- Cherche à joindre chirurgien (plusieurs messages sur portable) sans succès (méconnaissance des diverses modalités de contact)
- Hospitalisée (au nom du chirurgien) en fin d'après midi
- Patiente découverte en début de soirée, demande une IRM cérébrale et médullaire à la recherche d'une atteinte organique un vendredi à 21 h
- IRM normale, conversion

Nécessité d'un contact avec service d'accueil quand un patient est adressé par un service de soin discussion de médecin à médecin

Procédure de contact et d'hospitalisation dépendent d'une organisation locale

UHCD n'est pas en soit un lieux d'attente (d'examen ou d'un accord d'hospitalisation)

Points clé

- Rôle Majeur de la régulation médicale du centre 15 pour l'orientation des urgences traumatologiques identifiables en amont des SAU (*Fr Ouverte...*)
- Contact médical préalable quand un patient provient d'une unité de soin (*vérifier l'adéquation entre la demande et les capacités techniques de la structure*)
- Urgentiste doit établir ET transmettre un diagnostic le plus précis possible incluant
 - Imagerie adaptée
 - Examen clinique, date du trauma, atcd pertinents, recherche de prise d'anticoagulants
- Urgentiste doit effectuer traitement de 1ère ligne
 - Antalgiques, contention, gestion des plaies, antibiothérapie
- Anticoagulants: rôle central de l'anesthésiste (*indication, modalités, délai d'intervention*)
- Définir localement les procédures de contact avec les chirurgiens et le mode d'hospitalisation
- Pas de décision de chirurgie sans validation chirurgicale
- Pas de bloc opératoire sans validation chirurgicale préalable
- Formation en traumatologie des urgentistes
- Discussion d'une Check List

Discussion d'une Check List

Procédure éditée par le CREx le 05/12/2013 d'admission / transfert des patients
du service vers une autre unité **MAJ - janvier 2016**



ETIQUETTE PATIENT



Cette feuille est à remplir lorsque le patient est transféré dans un autre service ou un autre hôpital.

Etat du patient compatible avec une mutation ou un transfert	NON	OUI
Stabilité clinique		
Absence de douleur non contrôlée		
Absence d'agitation ou de risque de fugue		
Absence de mesure d'isolement requise si chambre double		
⚠ Si une case non cochée ⇒ justification du Médecin Sénior		
Eléments du dossier	Non réalisé // Non disponible	Réalisé // Disponible ⇒ mis dans le dossier
Lettre du médecin adressant le patient / fiche pompiers		
Photocopie de l'ordonnance avec traitement patient		
Dernier CRH/RCP disponible dans Middlecare		
Observation médicale URQUAL (conclusion validée par sénior)		
Transmissions + feuille de soins I.D.E. / A.S. - URQUAL / papier		
CRH de l'UHCD (si patient hospitalisé en UHCD)		
Prescriptions validées par Sénior (si après 18h)		
E.C.G.		
Biologie		
Radiographie		
Echographie / Doppler		
Scanner / I.R.M. / Scintigraphie		
Vestiaire et dépôt URQUAL		
Admission		
Traitement personnel du patient		
<input checked="" type="checkbox"/> Service de destination du patient <input checked="" type="checkbox"/> Service prévenu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<input checked="" type="checkbox"/> Date et heure de brancardage du patient ⇒/...../2..... @H.....		
<input checked="" type="checkbox"/> Nom et signature de l'AS effectuant le brancardage ⇒		
Nom et signature de l'I.D.E. / A.S.		Nom et signature du Médecin Sénior