

SOMMAIRE

Auteurs	V
Introduction	XI
Résultats du questionnaire	1
Résultats.....	2
Annexe : présentation du questionnaire	12
Aspects chirurgicaux des différents types d’attentats	15
Attentats de masse ou hyperterrorisme.....	16
Attentats « isolés » et attentats par « armes par destinations »	19
Attentats faisant intervenir des agents non conventionnels	19
Conclusion	22
Blessures de guerre : lésions balistiques, arme blanche, écrasement, explosion	24
Généralités sur les effets des explosifs	24
Lésions par arme à feu et balistique lésionnelle.....	27
Lésions par arme blanche	31
Lésions de guerre : ce que doit retenir le chirurgien	31
Prise en charge préhospitalière des blessés en situation d’attentat : ce que doivent savoir les chirurgiens	34
Introduction.....	34
L’enjeu des premières minutes : localiser et extraire les victimes	34
Les objectifs du <i>damage control</i> préhospitalier.....	35
Conclusion	39
Positionnement du chirurgien dans l’organisation des soins et dans le plan blanc d’un établissement de soins	41
Introduction.....	41
Organisation des soins en cas d’afflux massif de victimes	42
Conclusion	47
Triage, scores et catégorisation	49
De quoi parle-t-on ?.....	49
Où se fait le triage ?	50
Qui doit trier ?	51
Comment trier ?	51
Les scores de gravité	53
Catégorisation	56
Triages particuliers.....	58
Quelques problèmes posés par le triage.....	59
Conclusion	60

Prise en charge radiologique lors d'un afflux de patients polytraumatisés lors d'un attentat	62
Problèmes d'organisation d'un service d'imagerie médicale en situation d'attentat	63
Standardisation du protocole de scanner	64
Classification des lésions viscérales	64
Analyse du <i>body scanner</i>	65
<i>Damage control</i> radiologique.....	71
Conclusion	71
Principes du <i>damage control</i>	73
Historique du <i>damage control</i>	73
Principes physiologiques et concept.....	74
Indications.....	78
Conclusion	79
Procédures de <i>damage control</i> pour traumatismes graves de l'abdomen	82
Laparotomie écourtée pour traumatisme grave de l'abdomen.....	83
<i>Packing</i> pelvien prépéritonéal.....	93
Hémostase par ballon d'occlusion intra-aortique	94
Thoracotomie de ressuscitation.....	95
Conclusion	95
Prise en charge des lésions extraviscérales en situation d'attentat : ce que devrait savoir faire un chirurgien viscéraliste à l'heure de la filiarisation	97
Traumatismes des membres	99
Prise en charge des lésions des parties molles	100
Stabilisation osseuse	101
Prise en charge des lésions vasculaires.....	102
Prise en charge des lésions nerveuses.....	104
Prise en charge chirurgicale des brûlures	105
Place de l'amputation.....	105
Blessés graves cervicofaciaux : ce que doit savoir faire un chirurgien viscéraliste en situation d'attentat	107
La lutte contre l'asphyxie	107
Le contrôle des hémorragies.....	108
Le traitement initial des lésions	110
Conclusion	111
Traumatismes crâniens graves : ce que doit savoir faire un chirurgien viscéraliste en situation d'attentat	113
L'hématome extra-dural.....	114
Conclusion	119
Traumatismes thoraciques en situation de guerre ou d'attentat	121
Drainage thoracique	121
Quand doit-on réaliser une thoracotomie en urgence ?.....	122
Technique de la thoracotomie d'urgence en traumatologie	122
Conclusion	129

L'enfant polytraumatisé : quelles spécificités ?	
Quelle approche pour le chirurgien adulte ?	132
Épidémiologie	132
Spécificités anatomiques et physiologiques de l'enfant	133
Lésions rencontrées et spécificités pédiatriques	136
Conclusion	139
Enseignement et organisation de la chirurgie traumatologique : état des lieux et perspectives	141
Généralités	141
L'organisation des soins en traumatologie en France	142
La formation en chirurgie traumatologique en France	143
Conclusion	149