Moyens d'hémostase en préhospitalier

La compression directe :

*** La compression manuelle:** en dehors de cas exceptionnels et facilement identifiables (arrachement de membre), est toujours la première mesure qui doit être envisagée en l'absence de corps étranger dans la plaie et après avoir allongé la victime. Une compression directe de la plaie qui saigne se fait idéalement avec un paquet de compresses. La pression doit être suffisante pour interrompre l'hémorragie, elle peut être douloureuse. Le but de la compression directe est d'opposer une pression plus importante que celle du vaisseau pour en arrêter le flux sortant, et favoriser ainsi l'agrégation plaquettaire qui va entraîner leur activation et déclencher l'hémostase primaire. Le mot d'ordre à retenir est: **comprimer assez fort pour que ça s'arrête**.

*** Le pansement compressif:** quand le premier moyen est efficace le relai doit alors être fait par un pansement compressif, un paquet de compresses appuyé bien fort, couvert par un lien très large (pour ne pas faire garrot) et serré suffisamment pour maintenir une pression arrêtant le saignement.

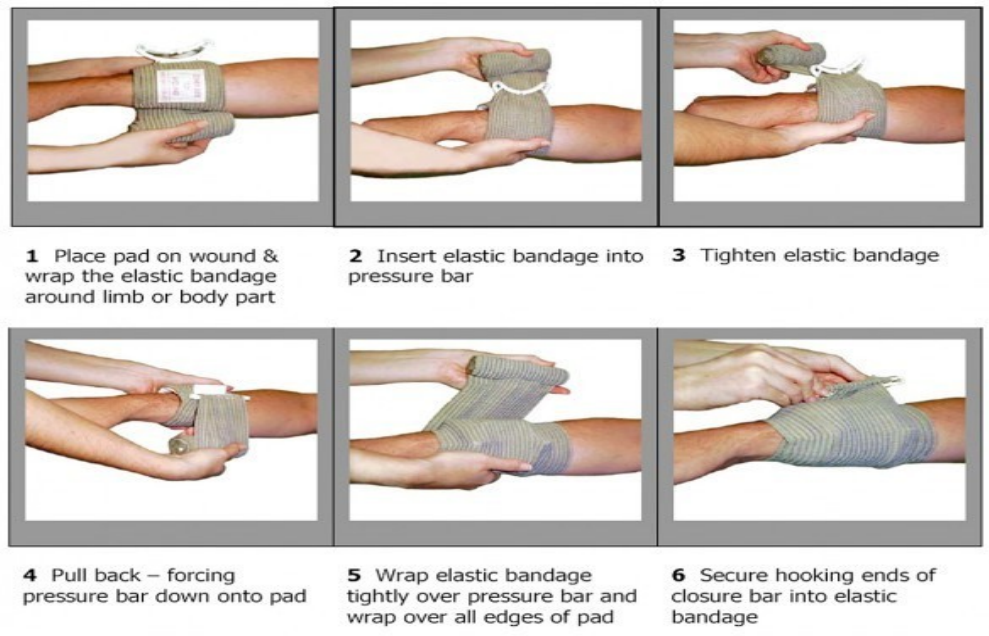




Le CHUT (**Pansement Compressif Hémostatique D´Urgence)** est conçu pour se substituer à la compression manuelle et libérer le secouriste.
Après avoir disposé une compresse sur la plaie, fixer le CHUT, en s'assurant que la bande déborde du coussin.
La bande doit être tendue de manière à arrêter l´hémorragie sans que le pouls cesse d´être sensible en aval.

*** Le pansement israelien (pas en dotation au SAMU 78 mais peut être rencontré en situation de nombreuses victimes, utilisé par les primo intervenants) :**

Le pansement élastique dit « israélien » permettant une compression importante et durable sans faire garrot est plus efficace qu'un bandage serré simple (88mmHg pour l'israélien, 22mmHg pour le bandage simple). Cette manœuvre est un relai à une compression manuelle forte de 5 à 10 minutes, pour permettre au clou plaquettaire de débuter un comblement de la brèche.



Le pansement hémostatique :



Le principe est de bourrer agressivement la plaie avec les gazes pré-imprégnées de kaolin pro-coagulant diminuant le temps d'hémostase, puis exercer une compression manuelle sur le bourrage pendant 3 minutes, pour permettre au produit de faire son effet et à l'hémostase primaire de débuter ; enfin, réaliser un pansement compressif pour le maintenir en place et libérer le secouriste. Ce pansement hémostatique est le dernier rempart en l'absence de compressif efficace dans une zone non garrotable. En l'absence de matériel spécialisé, on peut imaginer réaliser la même manœuvre à la gaze simple (ne contenant pas de kaolin).

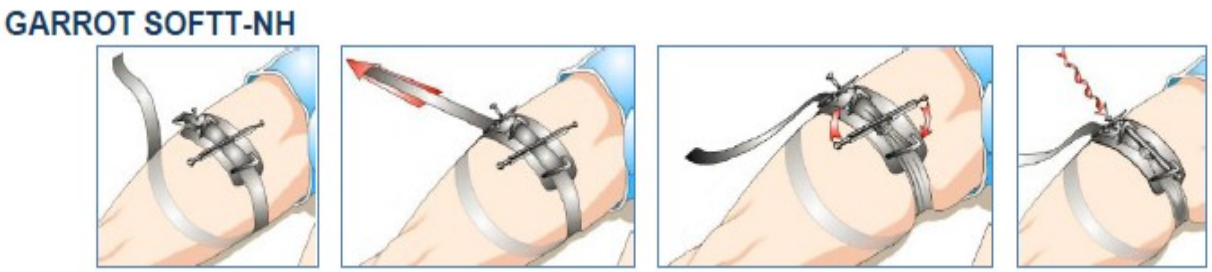
Le garrot :

Le garrot doit idéalement être placé à la partie proximale du membre car à cet endroit il y a un seul os (humérus pour le bras, fémur pour la jambe) le long duquel on trouve une seule grosse artère (humérale / fémorale), la compression de la dite artère est donc directe et idéale. Tenter un garrot en distal est donc déconseillé et très peu efficace, demandant une énorme pression d'occlusion.

Le modèle de garrot tactique dit **SOFTT** (special operation force tactical tourniquet) est simple d'usage, et a un dispositif de maintien du serrage par vis.



Il en existe de différentes tailles (adulte, pediatrique) et de différentes couleurs (noire pour les militaires, orange pour le civil, et bleue pour la démonstration)

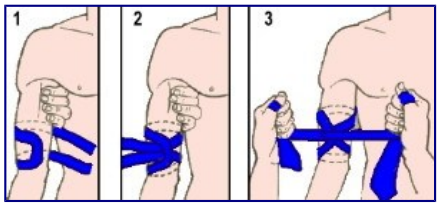


Un garrot doit être placé en amont de la blessure **avec l'heure de pose bien notée sur le front du patient (si multiples victimes) ou sur le garrot ainsi que sur la fiche de l'avant et le garrot non couvert et à la vue de tous**. Il peut être doublé d'un autre plus proximal si le premier n'est pas suffisant. Il devra être réévalué avant 2h de pose révolues (apparition de lésions nerveuses, le plus souvent réversibles). Dans l'idéal, il doit être réévalué 15min après la pose, car ce laps de temps suffit parfois à assurer un tarissement définitif de l'hémorragie.

Garrots improvisés :

En l'absence de matériel dédié, il y a plusieurs manières de faire un garrot de fortune :

- soit un garrot simple par un lien suffisamment long et large, ici avec la cravate du bureau :



(une fois arrivé à l'étape 3 on serre un maximum le lien pour arrêter le saignement, puis on fait le nœud derrière le bras)

- Soit un garrot tourniquet, plus efficace, où une tige tournante va servir à resserrer mécaniquement la bande autour du membre jusqu'à arrêt du saignement :

- En dégradé on peut utiliser un brassard à tension manuel qu'on gonfle jusqu'à arrêt du saignement, et qu'on laisse gonflé, en s'assurant de l'impossibilité de dégonflage intempestif par l'utilisation d'un clamp ou équivalent.

Les autres hémorragies:

L'epistaxis:

Il existe une astuce en milieu dégradé quand on a pas le matériel dédié qui consiste à utiliser une sonde urinaire, en nouant la sonde pour ne pas laisser le sang en sortir, en gonflant le ballonnet pour bloquer, et en complétant par un méchage antérieur classique.

La méthode suivante prévient le risque de faux trajet : Introduire en guise de guide préalable dans la narine une sonde d'aspiration bronchique de faible diamètre (12 Charrière) jusqu'à qu'elle soit visible ou palpable dans l'oropharynx, puis enfiler dessus la sonde de tamponnement.

Il est également possible de mécher avec des compresses imprégnées d'acide tranexamique. Le méchage doit être bilatéral afin d'obtenir un effet de compression mécanique.

Le scalp:

Hémostase soit avec des agrafes, soit avec un fil solide (1.0) pour des points d'hémostases, c'est à dire points profonds et idéalement points en croix.