

PRISE EN CHARGE des BLESSES de GUERRE au GMC de KABOUL

**Équipe médico-chirurgicale GMC PAMIR XX
MC Benois D.A.R HIA Robert Picqué**

Etude prospective et descriptive

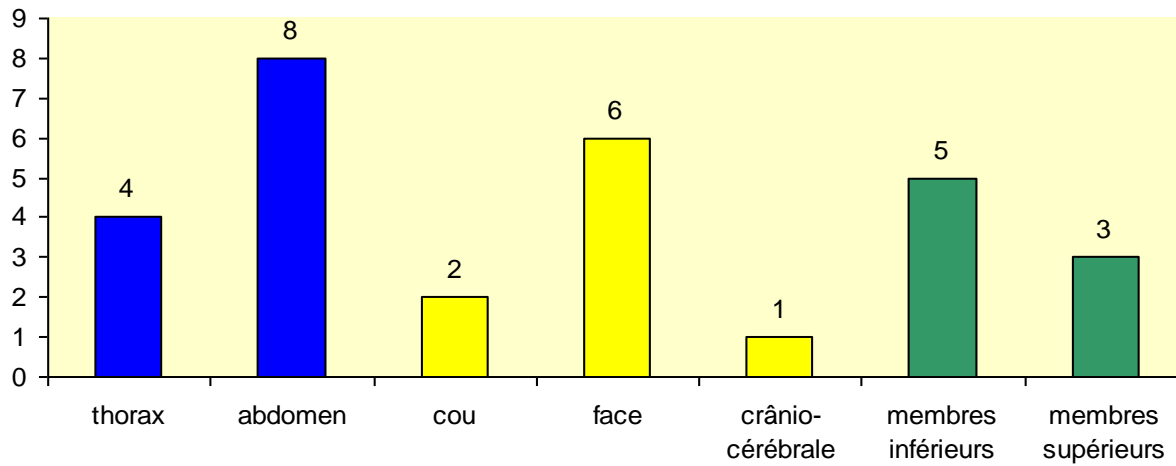
- 28 patients victimes d'action de combat (sur 174 admissions)
 - 27 hommes 14 civils (13 afghans)
 - Âge médian : 28,5 ans [15 – 43]
- ISS médian : 22 [2-75]
- Délai moyen d'arrivée : 4 h 30 [30 min – 18 h]
 militaires : 2 h 00 [1 – 5 h]
 - 60,7 % évacués par hélicoptère
 - 71,4 % pris en charge médicalement lors du ramassage



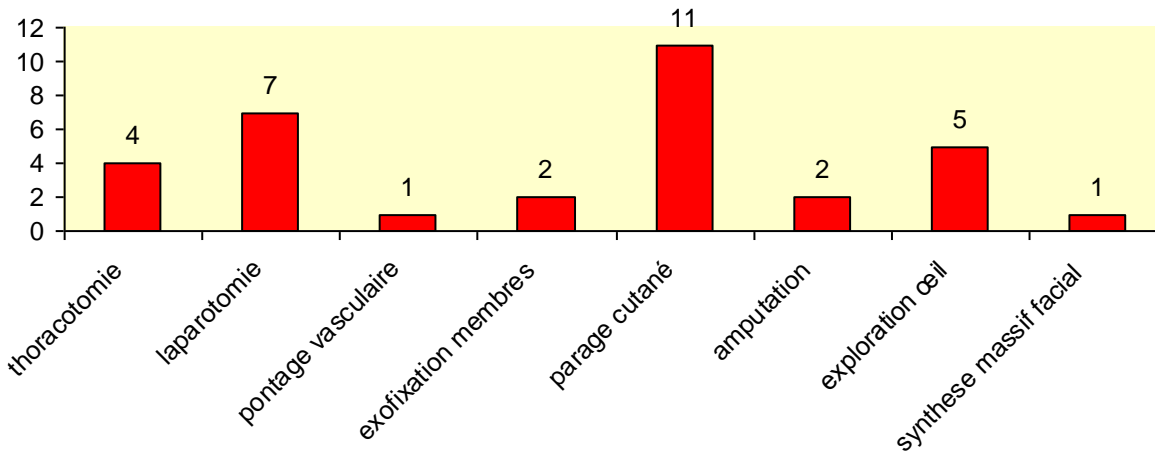
- 10 militaires victimes d'effets de souffle
 - surveillance – O2 – anxiolyse – psychothérapie
 - durée moyenne d'hospitalisation : 1 j [1-9]
 - 1 Rapasan 9 retours en unité
- Agents vulnérants : **Balles : 44,4 %** **éclats : 55,6 %**
- 15 patients portaient une protection individuelle
→ 5 ont subis un traumatisme pénétrant



topographie lésionnelle



types d'interventions réalisées



Durée médiane de chirurgie : 90 min [25 – 300]

5 Polycriblages

- 13 urgences absolues 5 urgences relatives
- 27,7 % avec instabilité hémodynamique
- 16,6 % avec score de Glasgow < 8

Hémoglobine (g/l)	TP (%)	TCA (sec)	Plaquettes (10 ³ /mm ³)	pH
12,4 [6,5-17,2]	69 [19-100]	52 [32-150]	220 [55-330]	7,36 [7,15-7,5]

- Tous les blessés ont eu au moins une radio
68 % ont eu écho et/ou TDM
- Transfusion dans 14,2 % des cas → 2 collectes de sang total
- 67,8 % des patients ont reçu une antibiothérapie
- Durée moyenne d'hospitalisation : 4,2 j [1 – 13]
- 2 stratevac pour des militaires
- 2 militaires ont rejoint leur unité après avoir été opérés

Mortalité globale : 14,2 % tous civils

Répartition et nombre de blessés et de morts selon l'agent vulnérant pour les 28 blessés de guerre pris en charge.

Agents vulnérants	Décès sur place	Blessés arrivés au GMC	Décès après prise en charge
mines	1	1	0
roquettes	3	5	2
IED	9	14	0
balles	0	8	2

Discussion

- Collectif faible
- Le délais des évacuations primaires correspond en moyenne aux objectifs OTAN
- Part des blessures liées aux engins explosifs en augmentation polycrissage – lésions pénétrantes multiples –
atteinte face et œil – pertes de substances



Discussion

- Apport des moyens d'imagerie +++ écho
TDM

- Causes de décès : hémorragie et plaies
crânio-cérébrales

**choc hémorragique = 2eme cause de décès du
blessé de guerre**

→ | chirurgie rapide d'hémostase
réanimation hémostatique

- Durées d'hospitalisation courtes
évasan rapides

Conclusion

- La prise en charge du blessé de guerre évolue avec l'expérience des conflits actuels.
polyblessé – polycrêlé – amputé
- Enjeux de l'échelon pré-hospitalier
rapidité des évacuations primaires
sauvetage de combat – médicalisation précoce
- Enjeux de l'échelon chirurgical
chirurgie écourtée
réanimation hémostatique – stratégie transfusionnelle

Données françaises trop parcellaires
recueil standardisé des données