

1

Prise en charge initiale des victimes d'avalanche avec ensevelissement critique

Heure de l'avalanche

____ : ____

Secouriste à la tête du patient. Heure d'exposition du visage

____ : ____

Evaluer la perméabilité des voies aériennes

 Obstruées Libres / inconnu

Durée d'ensevelissement

____ min

 ≤ 60 minutes

Probable asphyxie

Contrôler signes de vie
durant max 10 secondes¹Signes de vie
présents?¹ OUI NON

Donner 5 insufflations

 > 60 minutes

Hypothermie possible

Contrôler signes de vie
jusqu'à 1 minute¹Signes de vie
présents?¹ OUI NONMonitoring ECG dès que
possible si disponible Asystolie FV AESP InconnuVictime
d'avalanche avec
signes de vie –
voir ci-dessousDébuter la RCP dès que possible²

Ne pas débuter la RCP si ensevelissement > 60 min & voies aériennes obstruées & asystolie

ALS

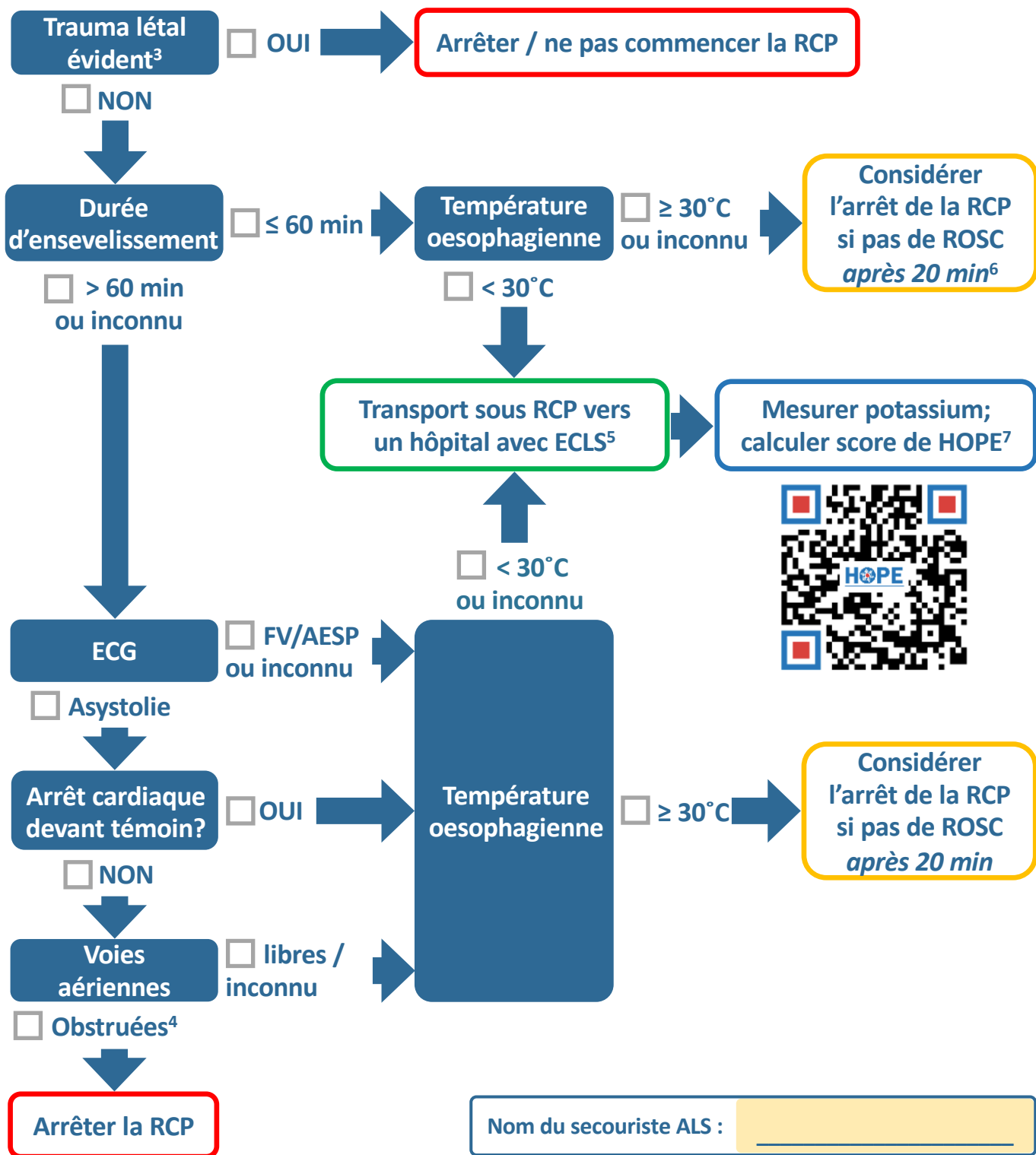
Mesurer la température oesophagienne dès que possible

____, ____ °C

Utiliser l'algorithme décisionnel 2

Victime d'avalanche avec ensevelissement critique et signes de vie

- Monitoring ECG dès que possible (idéalement avant mobilisation/relevage du patient)
- Mobiliser délicatement la victime et considérer un trauma potentiel associé
- Transport vers l'hôpital le plus approprié
- Considérer un transport vers un centre ECLS pour les patients hypothermes avec:
Température centrale <30°C ou arythmie ventriculaire ou pression artérielle systolique <90 mmHg
- La prise en charge des pathologies non spécifiques aux victimes d'avalanches (p. ex. hypothermie, trauma) devrait suivre les recommandations les plus récentes.



1. Les signes de vie sont les suivants : A, V ou P sur l'échelle AVPU (alerte, réagit aux stimuli verbaux, réagit à la douleur, ne réagit pas) ou Score de Glasgow > 3, présence de mouvements visibles, respiration ou pouls carotidien ou fémoral palpable (pour les secouristes ALS expérimentés).

2. Fréquences de compressions thoraciques et de ventilation standard. Dose des médicaments et défibrillations en fonction de la température centrale ou, si elle n'est pas disponible, de la durée de l'ensevelissement. Si la FV persiste après trois chocs, attendre que la température centrale soit ≥30°C avant un nouvel essai. Ne pas administrer d'adrénaline si la température centrale est <30°C.

3. Lésions létales évidentes : décapitation; transection du tronc; corps entier décomposé. Si c'est le cas, ne pas commencer la RCP.

4. Pour que les voies aériennes puissent être qualifiées d' "obstruées" ou "bloquées", il faut que le nez et la bouche soient complètement remplis de neige compacte ou de débris. Dans le cas d'un patient en hypothermie profonde (<28°C), en cas de danger pour les sauveteurs, envisager une RCP différée et si le transport est difficile, envisager une RCP intermittente.

6. Si la mesure de la température centrale n'est pas disponible, l'hypothermie peut être envisagée comme cause de l'arrêt cardiaque malgré une durée d'ensevelissement de ≤60 minutes chez une victime dont les voies aériennes sont dégagées et qui ne présente aucun signe de vie, lorsqu'un refroidissement très rapide est possible (p.ex. ensevelissement à la montée, corpulence mince ou de petite taille, habillement minimal, transpiration avant l'ensevelissement).

7. L'évaluation à l'hôpital du succès de réchauffement d'une victime d'avalanche doit inclure l'estimation de la probabilité de survie à l'aide du score HOPE. En cas de doute sur la possibilité que la victime d'avalanche ait été asphyxiée malgré un ensevelissement critique, le score HOPE doit être calculé en utilisant l'option NON-ASPHYXIE. Cela réduit le risque de sous-traitement. Si le score HOPE ne peut pas être calculé, la combinaison d'un potassium <7 mmol/L et d'une température <30°C peut être utilisée à la place pour aider à déterminer l'indication à un réchauffement par ECLS.