

# Lettre aux éditeurs

John Ellerton, Hermann Brugger, Simon Rauch, Bruce Brink, Sven Christjar Skaiaa, Anthony M. Chahal, Roger Mortimer, Malin Zachau, Mathieu Pasquier, Peter Paal, Giacomo Strapazzon

Réponse à Drew, R (2020). Le traumatisme de suspension : Un tueur silencieux. *Le Journal Canadien des Infirmières d'Urgence*, 43(2), 10–12. <https://doi.org/10.29173/cjen18>

## Chers rédacteurs du JCIU,

Nous avons lu « Le traumatisme de suspension : Un tueur silencieux » par Richard Drew avec inquiétude. Comme le souligne l'auteur, il y a plusieurs éléments de controverse ainsi qu'une insuffisance de connaissances. Cependant, depuis la parution de nombreux documents originaux et de l'influent rapport du Health and Safety Executive par Sneddon en 2002, de nouvelles connaissances sur la physiopathologie du syndrome de suspension ont été acquises qui ne soutiennent pas l'hypothèse initiale de son origine. (Rauch, 2019) Nous préférons le terme « syndrome » pour décrire l'ensemble des conditions observées lorsqu'un individu est suspendu passivement dans un harnais. Cependant, cela ne signifie pas que le traumatisme ne coexiste pas chez un sujet qui est tombé et qui a été retenu par une corde. En effet, les traumatismes liés à l'impact et à la décélération sont bien décrits dans ces situations. Dès 2006, il a été déconseillé de placer la victime en position semi-allongée. Par exemple, dans *Casualty Care in Mountain Rescue*, (Ellerton, 2006, p. 320), les patients en arrêt cardiaque doivent être placés en décubitus dorsal. En 2008, après un nouvel examen de la littérature, rien n'indiquait que le fait de placer la victime en décubitus dorsal (habituel) était associé à un résultat moins bon. Les auteurs sont allés jusqu'à dire que la position semi-allongée peut être nuisible en cas de traumatisme interne après une chute retenue par une corde (Thomassen, 2009).

En 2011, Mortimer a écrit : « Les équipes de recherche et de sauvetage et les membres du parti qui assistent un collègue inconscient suspendu à une corde doivent suivre les mesures de réanimation standard pour rétablir immédiatement la circulation vers les organes vitaux » [Trad.

Libre] (Mortimer, 2011). Adishes et coll. et Pasquier et coll. appuient cette conclusion. Les lignes directrices détaillées du Conseil Européen de Réanimation, Partie 4 sur l'arrêt cardiaque dans des circonstances particulières ne mentionnent pas du tout le syndrome de suspension ; d'autres affectations provoquant un arrêt cardiaque qui nécessitent une attention particulière par rapport à la norme ACLS sont énumérées.

Tous les auteurs n'ont pas intégré ces nouvelles connaissances dans leur travail. Par exemple, en 2014 à la page 265 dans le livre *Outdoor and Mountain Medicine* publié par le Club Alpina Suisse, il est fermement condamné à allonger la personne à plat ou en position de récupération pendant 10 à 20 minutes après le sauvetage (Brunello et coll., 2014, p. 265).

Nous pensons, comme d'autres, qu'il existe une convergence d'opinion entre les chercheurs et les sauveteurs sur le terrain (Weber, 2020). Les principaux aspects pratiques sont les suivants :

1. que le syndrome de suspension doit être géré avec un haut niveau d'urgence. Un sauvetage sécuritaire de la position de suspension doit être effectué dès que possible, car une détérioration rapide de l'état du patient peut se produire de manière imprévisible et être fatale.
2. Nous estimons que toutes les victimes devraient être placées en décubitus dorsal une fois libéré et devraient être gérées conformément à la norme ATLS/ACLS.

Vous trouverez de plus amples informations sur les recommandations du MedCom l'ICAR sur notre site web (<http://www.icar-med.com>).

## Affiliations des auteurs

John Ellerton, MA, MRCP, Président de la Medical Commission, International Commission for Alpine Rescue, Hollies, Morland, Cumbria CA103AZ UK.

Courriel : [mountain.medicine@alpine-rescue.org](mailto:mountain.medicine@alpine-rescue.org) Auteur et adresse préférés pour la correspondance

Hermann Brugger, Médecin, Professeur, Président de la International Society for Mountain Medicine et du Head of Institute of Mountain Emergency Medicine, Eurac Research, en Italie

Simon Rauch, Médecin, Chercheur principal chez EDIC, Institute of Mountain Emergency Medicine, Eurac Research, en Italie et Consultant en anesthésiologie, soins intensifs et médecine d'urgence

Bruce Brink, CCP, ACP, DiMM, Mountain Emergency Paramedic, AHEMS, Canadian Society of Mountain Medicine, Canada

Sven Christjar Skaiaa, Médecin et Guide de Montagne, Hemsedal, Norway

Anthony M. Chahal, Médecin, FRCPC, FACEP, ICAR, DMM, Professeur adjoint de clinique, Vancouver General Hospital, Dept. of Emergency Medicine, UBC et Canadian Society of Mountain Medicine, Président & Directeur médical

Roger Mortimer, Department of Family Medicine, UCSF-Fresno Medical Education Program, University of California, USA

Malin Zachau, Land Search and Rescue New Zealand, Christchurch, NZ

Mathieu Pasquier, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland.

Peter Paal, Médecin, PD, MBA, Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Hospitallers Brothers Hospital, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

Giacomo Strapazzon, médecin, PhD, Vice chef de l'Institute of Mountain Emergency Medicine, Eurac Research, Bozen Italy et Consultant en médecine interne et d'urgence

- Adisesh, A., Lee, C., & Porter, K. (2011). Harness suspension and first aid management: Development of an evidence-based guideline. *Emergency Medicine Journal*, 28(4), 265–268. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.097246>
- Brunello, A. G., Walliser, M., Hefti, U., & Schweizer Alpen-Club. (2014). *Outdoor and mountain medicine: Mountaineering rescue and first aid care*.
- Ellerton, J. (2006). *Casualty Care in Mountain Rescue* (2<sup>e</sup> édition). Reed's Limited.
- Mortimer, R. B. (2011). Risks and management of prolonged suspension in an alpine harness. *Wilderness & Environmental Medicine*, 22(1), 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.wem.2010.10.008>
- Pasquier, M., Yersin, B., Vallotton, L., & Carron, P. N. (2011). Clinical update: Suspension trauma. *Wilderness & Environmental Medicine*, 22(2), 167–171. <https://doi.org/10.1016/j.wem.2010.12.006>
- Rauch, S., Schenk, K., Strapazzon, G., Dal Cappello, T., Gatterer, H., Palma, M., Erckert, M., Oberhuber, L., Bliemsrieder, B., Brugger, H., & Paal, P. (2019). Suspension syndrome: A potentially fatal vagally mediated circulatory collapse—an experimental randomized crossover trial. *European Journal of Applied Physiology*, 119(6), 1353–1365. <https://doi.org/10.1007/s00421-019-04126-5>
- Thomassen, O., Skaiaa, S. C., Brattebo, G., Heltne, J.-K., Dahlberg, T., & Sunde, G. A. (2009). Does the horizontal position increase risk of rescue death following suspension trauma? *Emergency Medicine Journal*, 26(12), 896–898. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.064931>
- Weber, S. A., McGahan, M. M., Kaufmann, C., & Biswas, S. (2020). Suspension trauma: A clinical review. *Cureus*, 12(6), e8514. <https://doi.org/10.7759/cureus.8514>

## Réponse de l'auteur

Merci pour votre lettre à l'éditeur.

L'intention de cet article «Le traumatisme de suspension : Un tueur silencieux» était de sensibiliser à une condition qui n'est souvent pas vue ou reconnue dans la communauté médicale. Il permet de comprendre comment une suspension peut se produire et de prendre conscience de la manière dont une victime de suspension peut être gravement compromise.

Comme beaucoup d'autres, cet article semble unifié avec son approche de victimes qui partagent les mêmes caractéristiques saillantes concernant la réalisation d'un sauvetage rapide, et souligne que leur condition devrait être abordée avec un haut degré d'urgence.

L'article «Le traumatisme de suspension» a adopté une approche plus prudente en ce qui concerne le traitement post-sauvetage. Il recommandait que les

victimes de traumatismes liés à la suspension, qui ont été suspendues verticalement pendant plus de 30 minutes, soient maintenues en position semi-assise pendant une durée maximale de 30 minutes. L'abaissement de la tête de lit en position couchée progressive réduirait alors au minimum les complications supplémentaires. Toutefois, cette approche a également fourni des détails et des recommandations de prudence pour ces victimes. Dans le cas où, à un moment quelconque, leurs voies respiratoires, leur respiration ou leur circulation auraient été compromises, le sauveteur pourrait devoir baisser la tête pour leur prodiguer des soins avancés. Cette approche bénéfique permet au sauveteur de se déplacer latéralement lorsque les décisions relatives au traitement sont exercées en fonction d'autres mesures visant à sauver des vies.

Le terme de « syndrome de suspension » peut également être pris en considération

lors de l'identification de ces victimes particulières. L'article «Le traumatisme de suspension» n'avait pas de préjugés quant au terme, mais a plutôt choisi celui qui était employé et cité habituellement. En fait, l'article a pris en considération d'autres noms l'identifiant en termes généraux comme «incompétence orthostatique». J'apprécie votre position et je serais d'accord pour que le terme « syndrome » soit inclus dans le langage courant pour décrire cette population particulière de blessés.

Je vous remercie d'avoir partagé vos réflexions et la documentation de référence. Cela contribuera certainement à enrichir davantage le discours sur ce sujet.

**Richard Drew, IA, B.Sc.Inf., CSU (C)  
Covenant Health au service des  
urgences à l'hôpital Misericordia à  
Edmonton (Alberta)**