

## Traumatologie et médecine d'urgence (1)

### Traumatology and emergency medicine (1)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

#### SP031

##### Profil des blessés de guerre français en Afghanistan : expérience du service de santé des armées sur la période 2001-2009

R.M. Blot<sup>1</sup>, J.-L. Daban<sup>2</sup>, S. Coste<sup>3</sup>, P. Clapson<sup>2</sup>, S. de Rudnicki<sup>4</sup>, P. Jault<sup>5</sup>, S. Mérat<sup>4</sup>, J.-P. Tourtier<sup>4</sup>, L. BARGUES<sup>5</sup>, S. Ausset<sup>2</sup>, B. Debien<sup>2</sup>, J.-M. Rousseau<sup>1</sup>, B. Lenoir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, HIA Bégin, Saint-Mandé, France

<sup>2</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, HIA Percy, Clamart, France

<sup>3</sup>Service médical, Ba 107, Vélizy-Villacoublay, France

<sup>4</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, HIA du Val-de-Grâce, Paris, France

<sup>5</sup>Centre de traitement des brûlés, HIA Percy, Clamart, France

**Introduction :** L'armée française est engagée en Afghanistan depuis 2001 au sein de l'International Security Assistance Force. L'objectif de notre étude a été d'analyser les données concernant le profil lésionnel et la prise en charge des militaires français assez gravement atteints pour justifier d'une évacuation sanitaire aérienne médicalisée du théâtre d'opérations vers les hôpitaux des armées en métropole.

**Matériels et méthodes :** Durant la période d'étude, 93 patients ont bénéficié d'une évacuation sanitaire (Evasan) sur la métropole en provenance de l'Afghanistan. Les données de 87 d'entre eux ont pu être analysées. Pour les patients traumatisés (57 patients, dont 40 au combat, soit 70 %), nous avons collecté l'ensemble des données concernant le profil lésionnel (mécanisme, localisation des lésions), la prise en charge en Afghanistan, l'Evasan et les soins prodigués en métropole.

**Résultats :** Dans notre étude, 72 % des patients ont eu un traumatisme ouvert. Les deux principales causes de blessures au combat étaient dues à l'explosion d'*improvised explosive devices* (IED) [ $n = 16/57$  ; 28 %] et aux traumatismes balistiques ( $n = 15/57$  ; 26 %). Sur les 28 victimes d'explosion, 22 ont eu des lésions secondaires à un blast, et l'ensemble des patients a présenté un polycrissage, quel que soit l'engin explosif. L'IGS2 moyen était de 28 (médiane à 22,5) et l'ISS moyen de 23 (médiane à 22). Les sites lésionnels prédominants étaient les membres ( $n = 50/57$ , 88 %), suivis de la face ( $n = 21/57$ , 37 %), du cou ( $n = 15/57$  ; 26 %), de l'abdomen ( $n = 14/57$  ; 25 %), du thorax ( $n = 13/57$  ; 23 %) et de la tête ( $n = 11/57$  ; 19 %). Neuf patients ont été brûlés. La durée moyenne entre le traumatisme et l'arrivée en métropole a été de 2,16 jours. En Afghanistan, 67 % des patients ont été pris en charge dans une structure française, et 79 % des blessés ont été opérés en Afghanistan. Vingt-neuf patients (51 %) ont été admis en réanimation en métropole. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 14 jours (médiane à huit jours). En réanimation, 72 % des patients ( $n = 21/29$ ) ont bénéficié d'une ventilation mécanique pour une durée moyenne de 11 jours (médiane à cinq jours), et 2/29 patients (7 %) ont bénéficié d'une épuration extrarénale. Le taux de décès des blessés en France, dans notre étude, a été de 1/57 patients (2 %). Quarante-six

pour cent des patients ont été transfusés au moins une fois, et 5 % des patients ont reçu une transfusion massive ( $\geq 10$  CGR en 24 heures).

**Conclusion :** Au-delà de la prise en charge initiale, les blessés de guerre des conflits modernes nécessitent des soins longs et complexes. Un suivi épidémiologique de cette activité paraît nécessaire pour optimiser ces soins à l'instar des forces militaires américaines qui ont élaboré le *joint trauma theater system* et le *joint trauma theater registry* [1].

#### Référence

1. Eastridge BJ, Wade CE, Spott MA, et al (2010) Utilizing a trauma systems approach to benchmark and improve combat casualty care. *J Trauma* 69:S5-S9

#### SP032

##### Quels paramètres autres que la mortalité peuvent être prédits par les scores de triage en traumatologie ?

M. Raux<sup>1</sup>, D. Sartorius<sup>2</sup>, Y. Le Manach<sup>2</sup>, J.-S. David<sup>3</sup>, B. Riou<sup>4</sup>, B. Vivien<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>2</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>3</sup>Samu de Lyon, CHU de Lyon-Sud, Lyon, France

<sup>4</sup>Service d'accueil des urgences, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>5</sup>Samu de Paris, CHU Necker-Enfants-malades, Paris, France

**Introduction :** De nombreux scores, appelés « de triage », permettent de prédire la mortalité des patients polytraumatisés : le MGAP [2], le RTS, et le triage-RTS (T-RTS). Ces scores sont fréquemment utilisés en traumatologie. Leur capacité à prédire des événements autres que la mortalité (nécessité de traitement, complications...) reste inconnue. L'objectif de ce travail est d'évaluer leur aptitude à prédire les événements liés au traumatisme mais autres que la mortalité.

**Patients et méthodes :** Les scores MGAP, RTS, et T-RTS ont été rétrospectivement calculés pour deux cohortes de patients traumatisés pris en charge par des Smur : une cohorte nationale de 1 360 patients (C1, 2002) et une cohorte de 1 003 patients pris en charge dans un seul centre (C2, 2003-2005). La capacité de ces scores à prédire la mortalité, un ISS supérieur à 15, une hémorragie massive, la nécessité d'une intervention thérapeutique urgente et un séjour prolongé en réanimation a été comparée au score de référence (TRISS) à l'aide de courbes ROC.

**Résultats :** Le MGAP, le RTS et le T-RTS prédisent de manière équivalente la mortalité (surface sous la courbe ROC [SSC] : 0,90, 0,90, 0,88 respectivement). Ils sont toutefois moins performants que le TRISS (SSC : 0,94 ;  $p < 0,001$ ). Le MGAP, le RTS et le T-RTS permettent de prédire un ISS supérieur à 15 (SSC : 0,75, 0,74, 0,75 respectivement),

la nécessité d'un séjour en réanimation supérieur à deux jours (SSC : 0,85, 0,83, 0,83 respectivement) et une hémorragie massive (SSC : 0,70, 0,73, 0,72 respectivement). Ils ne permettaient pas de prédire une intervention thérapeutique urgente (SSC : 0,47, 0,52, 0,51 respectivement). Cette dernière était cependant corrélée avec la présence d'un traumatisme pénétrant, un remplissage en colloïdes supérieur à 750 ml, une pression artérielle systolique inférieure à 100 mmHg et une fréquence cardiaque supérieure à 100/min.

**Conclusion :** Les scores de triage préhospitalier permettent de prédire un ISS supérieur à 15, une hémorragie massive et un séjour prolongé en réanimation, mais pas la nécessité d'une intervention thérapeutique urgente. L'absence du score de Glasgow — hautement prédictif de mortalité — dans le calcul de ces scores pourrait expliquer cette inaptitude à prédire la nécessité d'une intervention thérapeutique urgente.

#### Références

1. MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al (2006) A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med* 354:366–78
2. Sartorius D, Le Manach Y, David JS, et al (2010) Mechanism, Glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a new simple prehospital triage score to predict mortality in trauma patients. *Crit Care Med* 38:831–7

#### SP033

##### Place du 24-h ICU Trauma Score dans l'évaluation du pronostic des traumatisés du thorax

H. Ksibi<sup>1</sup>, S. Boubakri<sup>1</sup>, N. Abbas<sup>1</sup>, H. Kanoun<sup>1</sup>, H. Dammak<sup>2</sup>, M. Bahloul<sup>2</sup>, M. Bouaziz<sup>2</sup>, M. Abdelkafi<sup>3</sup>, N. Rekik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des urgences et Samu 04, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>3</sup>Service de radiologie, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** Les traumatismes du thorax représentent un tiers des admissions en traumatologie. En pathologie de trafic, un traumatisme thoracique est retrouvé dans 50 % des cas mortels et dans 25 % des cas, il constitue la cause initiale du décès. De nombreux scores de gravité traumatologiques et/ou généralistes ont été évalués. Le but est d'évaluer le 24-h ICU Trauma Score en traumatologie thoracique.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective déroulée sur une période de quatre ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2008. En analysant les différents scores, nous avons opté à dégager les facteurs prédictifs du décès par analyse univariée et multivariée.

**Résultats :** Trois cents traumatisés fermés du thorax ont été admis. La moyenne d'âge de nos patients est de 39,1 ± 18,4 ans et un sex-ratio à 5. Les AVP ont été la cause la plus fréquente (89 %). On a colligé 91 décès (30,3 %). En analyse univariée, les différents scores étudiés ont été prédictifs du décès. Cependant, par analyse multivariée, seuls le SAPSII, comme score généraliste, et le 24-h ICU Trauma Score ont été corrélés au décès ; avec (OR : 13,7 ; IC 95 % [5,28 ; 35,12] ;  $p < 0,001$ ) et (OR : 3,18 ; IC 95 % [1,22 ; 8,31] ;  $p = 0,017$ ), respectivement.

**Discussion :** Le 24-h ICU Trauma Score proposé par Vassar [1] prend en considération les trois fonctions vitales et simples à calculer. Il a été validé par une étude multicentrique [2] (six *trauma centers*/2 414 patients). Dans notre série, ce score a été prédictif du décès. En plus, il a été le seul facteur indépendant qui reste toujours prédictif du pronostic par analyse multivariée.

**Conclusion :** Le 24-h ICU Trauma Score mérite plus d'intérêt dans l'évaluation du pronostic des traumatisés thoraciques, aussi bien à la phase aiguë que durant l'hospitalisation.

#### Références

1. Vassar MJ, Wilkerson CL, Duran PJ, et al (1992) Comparison of APACHE II, TRISS, and a proposed 24-hour ICU point system for prediction of outcome in ICU trauma patients. *J Trauma* 32:490–9
2. Vassar MJ, Lewis FR Jr, Chambers JA, et al (1999) Prediction of outcome in intensive care unit trauma patients: a multicenter study of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), Trauma and Injury Severity Score (TRISS), and a 24-hour intensive care unit (ICU) point system. *J Trauma* 47:324–9

#### SP034

##### Les facteurs pronostiques des polytraumatisés graves

K. Khaleq, K. Yaqini, M. Mouhaoui, M. Moussaoui, H. Louardi  
Service d'accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

**Introduction :** Les traumatisés graves suite à un accident de la circulation représentent un problème de santé publique majeur dans notre contexte (sept à dix décès/jours). Le but de ce travail est d'analyser les facteurs pronostiques de mortalité de cette population.

**Patients et méthodes :** Étude prospective étalée sur 12 mois, incluant 219 patients adultes victimes d'accidents de la voie publique. Ont été exclus les polytraumatisés non graves et ceux décédés avant leur prise en charge. Les paramètres étudiés étaient démographiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques. L'analyse statistique était univariée, avec  $p$  inférieur à 0,05 comme seuil significatif.

**Résultats :** Parmi 5 189 traumatisés admis au service, 219 étaient graves (4,22 %). L'âge moyen était de 35,7 ± 13,6 ans, dont 82 % sont de sexe masculin. Les victimes les plus vulnérables étaient les piétons et les motocyclistes. Le taux de mortalité était de 24,6 %. Les facteurs pronostiques sont résumés dans le Tableau 1.

**Conclusion :** L'amélioration de la prise en charge du polytraumatisé suite à un accident sur la voie publique (AVP) passe obligatoirement par une prise en charge préhospitalière optimale et une formation des médecins en urgentologie. Cette compétence ne peut être acquise que si les polytraumatisés sont orientés vers des centres adaptés à la traumatologie routière.

Tableau 1

Variable	Survivants (n = 165)	Décédés (n = 54)	p
Âge (ans)	35,7 ± 13,65	35,7 ± 13,40	NS
Délai PEC (minutes)	119,4 ± 99,9	154,8 ± 119,3	0,020
TAS (cmHg)	11,9 ± 2,05	11,5 ± 2,5	NS
SpO <sub>2</sub>	95,2 ± 2,7	91,5 ± 7,9	0,000
Glasgow < 10	10,6 ± 3	6,4 ± 3,4	0,000
CCMU	165	54	0,001
Ventilation artificielle	67	47	0,000
Hémorragie méningée	123	49	0,0046
Contusion cérébrale	61	43	0,000
NS : non significatif.			

**SP035****Évacuations sanitaires aériennes sur longue distance dans l'armée française : épidémiologie des affections traumatiques des dix dernières années**S. Coste<sup>1</sup>, J.-P. Tourtier<sup>2</sup><sup>1</sup>Service d'évacuation aérienne, base aérienne de Villacoublay, Villacoublay, France<sup>2</sup>Département d'anesthésie et de réanimation, hôpital du Val-de-Grâce, Paris, France

**Introduction :** Le service de santé des armées (SSA) assure le soutien des 30 000 militaires français déployés dans le monde chaque année. Afin de garantir leur traitement adéquat dans les meilleurs délais, le SSA effectue leur évacuation médicalisée par voie aérienne vers la France. Ces moyens sont parfois mis au profit de ressortissants civils à l'étranger. Nous proposons de décrire l'épidémiologie des évacuations aériennes réalisées pour des affections traumatiques ces dix dernières années.

**Patients et méthodes :** Ont été étudiés les dossiers standardisés de transport de chaque patient évacué entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2009 pour une affection traumatique ou une brûlure, et notés la destination, le nombre de patients par vol, l'âge, le sexe, le statut (militaire ou civil), le mécanisme lésionnel, la présence d'un anesthésiste réanimateur dans l'équipe médicale de convoyage, ainsi que le service hospitalier receveur (reflétant la nature de la pathologie prédominante). Le conditionnement technique a été apprécié : patient intubé ventilé, porteur d'un drain thoracique, transfusion en vol...

**Résultats :** Sur les 420 évacuations sanitaires stratégiques réalisées en dix ans (moyenne annuelle : 42), 225 étaient rapportées à une affection traumatique au profit de 301 patients, dont 92 % de militaires français. Sur dix ans, l'Europe représente 42 % des destinations, l'Afrique 39 % et le Moyen-Orient 17 %. Les patients intubés et ventilés sont présents sur 26,2 % des vols, et une transfusion a eu lieu au cours de 4,8 % des vols. L'équipe médicale est ainsi renforcée d'un réanimateur sur 45 % des vols. Les pathologies traumatiques ( $n = 265$ ) se répartissent en trois grandes causes à peu près égales : balistiques (31,9 %), accident sur la voie publique (AVP) [27,2 %] et autres (28,9 %), alors que les brûlures représentent 12 % des causes d'évacuation et sont prises en charge dans un centre spécifique de traitement des brûlés (CTB Percy). La gravité des patients a nécessité un accueil en service de réanimation dans 30,7 % des cas. Pour le reste, la majorité des patients ont été accueillis en service d'orthopédie (27,7 %), suivi par la neurochirurgie (11,2 %), les chirurgies thoracoabdominales (5,2 %), maxillofaciales (4,1 %) et ophtalmologiques (3 %).

**Discussion :** Si le nombre d'évacuations sanitaires est relativement stable au cours de ces dix dernières années, les destinations et les causes évoluent. L'Afrique reste une destination habituelle, la part de l'Europe tend à décroître au profit du Moyen-Orient qui est devenu en 2009 la destination prépondérante (17/30), allongeant la durée des vols. Parallèlement, les traumatismes d'origine balistique sont actuellement majoritaires (17/34 affections traumatiques). Le corolaire est une augmentation du recours aux réanimateurs (66 % des vols en 2009) pour faire face à ces patients polytraumatisés, souvent intubés ventilés, drainés, et pour lesquels le recours à la transfusion en vol n'est pas rare (10 %).

**Conclusion :** L'intensité actuelle de l'engagement des forces militaires françaises modifie l'origine, la nature et la gravité des traumatismes de guerre.

**SP036****Description des patients Haïtiens admis en réanimation en Martinique à la suite du séisme de janvier 2010**D. Resiere<sup>1</sup>, R. Valentino<sup>1</sup>, E. Hollecker<sup>1</sup>, C. Chabartier<sup>1</sup>, N. Goldztein<sup>1</sup>, A. Le Cain<sup>1</sup>, C. Homat<sup>1</sup>, B. Kerob-Bauchet<sup>1</sup>, B. Megarbane<sup>2</sup>, H. Mehdaoui<sup>1</sup><sup>1</sup>CHU de Fort-de-France, Martinique, France<sup>2</sup>Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

**Introduction :** Le séisme du 12 janvier 2010 qui a ravagé Haïti s'est soldé par plusieurs centaines de milliers de décès (environ 230 000). Peu d'études, à ce jour, ont décrit les pathologies présentées par les victimes les plus graves d'un séisme, admis en réanimation, ainsi que leur devenir [1]. En raison de sa proximité géographique, le séisme de Haïti a engendré l'afflux de nombreux patients vers le service d'accueil des urgences et de réanimation du CHU de Fort-de-France, en Martinique. L'objectif de ce travail était de décrire la prise en charge des patients victimes du séisme, admis en réanimation.

**Patients et méthodes :** Étude observationnelle rétrospective des patients admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Fort-de-France suite au séisme de Haïti ; présentation des données sous forme de médiane (percentiles 10–90 %) ou pourcentages.

**Résultats :** Dix-neuf patients (âge : 40 ans [20–50], dix hommes/neuf femmes, dont quatre enfants) ont été admis en réanimation du 14 janvier au 3 février 2010, sur un total de 154 patients transférés au CHU de Fort-de-France suite au séisme. Cela était à l'origine d'une augmentation de 20 % des admissions en réanimation sur cette période, en comparaison à la même période de l'année précédente. Les motifs d'admission étaient les suivants : traumatisme crânien ( $n = 5$ ), fracture de membres inférieurs ( $n = 5$ ), ischémie aiguë des membres inférieurs ( $n = 2$ ), fracture du bassin ( $n = 4$ ), syndrome de détresse respiratoire aiguë réfractaire nécessitant la mise sous ECMO ( $n = 1$ ), brûlée ( $n = 1$ ) et choc hémorragique ( $n = 1$ ). Il existait une rhabdomyolyse ( $n = 15$ ) avec une insuffisance rénale aiguë caractéristique du crush syndrome ( $n = 11$ ) et un syndrome de compartiment ( $n = 1$ ). En complément de la défaillance rénale justifiant d'une épuration extrarénale à l'admission (11/19), les patients souffraient d'une insuffisance circulatoire nécessitant des catécholamines (12/19) et d'une insuffisance respiratoire avec ventilation mécanique (8/19). Les complications principales en réanimation étaient une pneumonie précoce acquise sous ventilation (8/19, à *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii*), un syndrome hémorragique (8/19), un stress post-traumatique (13/19), une polyneuropathie (4/19) et des troubles séquellaires des fonctions supérieures (4/19). Un patient est décédé d'une hémorragie cérébrale : il s'agissait d'un enfant de huit ans, présentant un traumatisme crânien sévère, avec effet de masse avant transfert.

**Conclusion :** Suite au tremblement de terre de Haïti, le principal motif d'admission en réanimation était le crush syndrome compliquant un traumatisme grave avec fractures ouvertes des membres et traumatisme crânien. Le taux de survie dans notre réanimation de 95 % correspondait au triage des patients en situation désespérée qui n'avaient pas été aéroportés. Il nous semble néanmoins que l'épuration extrarénale précoce avec antibiothérapie à large spectre adaptée a contribué à l'évolution favorable des patients.

**Références**

- Li W, Qian J, Zhang Q, et al (2009) Management of severe crush injury in a front-line tent ICU after 2008 Wenchuan earthquake in China: an experience with 32 cases. *Crit Care* 13:R178

**SP037****Prise en charge des brûlés aux urgences :****étude à propos de 140 cas**

H. Ksibi<sup>1</sup>, M. Bahloul<sup>2</sup>, S. Boubakri<sup>1</sup>, N. Abbas<sup>1</sup>, K. Ennouri<sup>3</sup>,  
A. Guirat<sup>4</sup>, L. Kammoun<sup>1</sup>, M. Bouaziz<sup>2</sup>, N. Rekik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des urgences et Samu 04, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>3</sup>Service de chirurgie maxillo-faciale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>4</sup>Service de chirurgie générale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie.

**Objectif :** Évaluer l'activité globale de prise en charge des brûlés de notre service, ainsi que le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective déroulée sur une période de deux ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2009. Tous les patients admis suite à une brûlure ont été inclus. Les données collectées étaient d'ordre démographique, clinique, paraclinique, thérapeutique, évolutif et pronostique, particulièrement les scores de gravité des brûlures. Par analyse univariée, nous avons essayé de dégager les facteurs de mauvais pronostic.

**Résultats :** Cent quarante patients ont été inclus. L'âge moyen a été de  $22,9 \pm 20,4$  ans, avec une nette prédominance masculine

(sex-ratio = 1,4). Les mécanismes de brûlure ont été surtout thermiques, retrouvés dans 132 cas (94,3 %). Les brûlures par flammes ont été les plus fréquentes, retrouvées dans 43 cas (32,6 %). Par ailleurs, les brûlures sont survenues surtout suite à un accident domestique noté dans 101 cas (72 %). Le pourcentage total de la surface brûlée a été en moyenne de  $19,6 \pm 19,5$  %, avec un UBS moyen de  $38,7 \pm 60,5$ . On a noté des brûlures au niveau des mains dans 64 cas (45,7 %), au niveau de la face dans 64 cas (45,7 %) et au niveau périnéal chez 15 patients (10,7 %). Le remplissage à base de colloïdes et/ou de cristalloïdes a été nécessaire pour 136 patients (97,1 %), et le soluté le plus utilisé a été le Ringer lactate, noté dans 97 cas (69,3 %). Cependant, six patients (4,3 %) ont nécessité une aponévrotomie de décharge. La durée d'hospitalisation a été en moyenne de  $17,9 \pm 27,3$  jours. L'infection nosocomiale a été notée chez 25 de nos patients (17,9 %). On a colligé 15 décès (10,7 %). Les facteurs prédictifs du décès étaient : une profondeur de deuxième DP et/ou de troisième D, les scores de gravité des brûlures, les scores généralistes, l'hypotension artérielle, l'hypoxémie, les troubles de l'état de conscience, le traumatisme abdominal associé et la septicémie.

**Conclusion :** La plupart des brûlures sont heureusement superficielles, les brûlures hospitalisées le sont en raison de leur étendue, leur profondeur et leur localisation (face, périnée). Le brûlé est pris en charge au sein d'une équipe multidisciplinaire réunissant la chirurgie, la réanimation et la rééducation fonctionnelle.