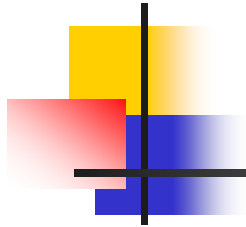


Vous intervenez en équipage SMUR sur un accident de la voie publique : à votre arrivée sur les lieux, vous trouvez un homme d'environ 30 ans au sol à plat dos, inconscient Glasgow 3, à 20 mètres d'une moto accidentée, casque sur le sol. Il est pâle en sueurs, a une plaie du scalp hémorragique, une volumineuse déformation de la cuisse droite, une respiration ronflante, FC 150, ta 75/55, saturation 88%.



Polytraumatisé **Patient victime d'un** **traumatisme grave**

C.PERRIN, SAMU, CHU Nice



- Patient porteur d'une ou plusieurs lésions traumatiques grave avec mise en jeu du pronostic vital à court terme



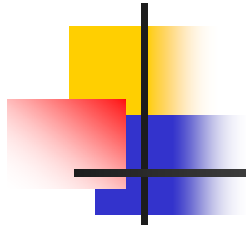
Mécanismes / étiologies

- Choc direct / Indirect (décélération)
- Accident de la voie publique
- Accidents de loisirs, sport
- Accidents du travail
- Tentative d'autolyse
- Plan rouge (Accident de transport, explosion...)



Conséquences

- Traumatisme crânien
- Traumatisme rachidien
- Traumatisme thoracique
- Traumatisme abdominal
- Traumatisme du bassin
- Traumatisme des membres
- Lésions des gros vaisseaux
- Lésions internes (blast)



-
- ! Possibilités de multiples associations lésionnelles!
 - !Interventions en milieu périlleux ou hostile!



CAT sur les lieux

- Protéger +++
 - **Éviter sur-accident**
 - **Protection de la (des) victime(s)**
- Bilan « d'ambiance »
- Bilan initial au 15
- ➔ Protection des équipes, adéquation des secours, préparation à l'admission.



Bilan primaire

- Recherche d'une détresse vitale:
 - **Hémorragie externe active**
 - **Détresse neurologique**
 - **Détresse respiratoire**
 - **Détresse circulatoire**



Détresse neurologique

- Troubles de la conscience, d'emblée ou après intervalle libre
 - **Score de Glasgow**
 - **Pupilles: taille réactivité, anisocorie**
 - **Lésions du rachis associées+++**
- Causes:
 - **Traumatisme crânien (hématome, œdème)**
 - **Détresse respiratoire (hypoxie)**
 - **Détresse circulatoire (collapsus)**



Détresse respiratoire

- **Tachypnée, bradypnée, cyanose, tirage, asynergie thoraco-abdominale, battement des ailes du nez**

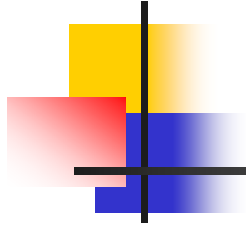
Tachycardie, troubles de la conscience

- **Causes:**
 - **OVAS**
 - **Contusion pulmonaire, hémopneumothorax, volet..**
 - **Atteinte du SNC (TC, lésion cervicale)**



Détresse hémodynamique

- **1ere cause de mortalité en traumatologie**
- Polypnée, pâleur, sueurs, marbrures, oligo-anurie
Tachycardie, collapsus, troubles de la vigilance
- Causes:
 - **Choc hypovolémique +++(soif)**
 - **Choc cardiogénique (tamponnade, contusions)**
- **! Hémorragies externes négligées!**



- ! association possible de plusieurs détresses par:
 - **Intrication des mécanismes**
 - **Associations lésionnelles**
- ! Maximum de décès dans la première heure!
 - **Prise en charge concomitante au bilan primaire**



Prise en charge

■ Générale:

- **Contrôle d'une hémorragie extériorisée**
- **Respect axe tête-cou-tronc, collier cervical**
- **LVAS**
- **PLS**
- **Monitoring scope, tension (invasive pour le TC grave), saturation, EtCo2 dès que IOT**
- **Oxygénation fort débit (MHC 15l/min)**
- **1 VVP de bon calibre**
- **Réévaluation des détresses**





Prise en charge

- Détresse respiratoire
 - **Oxygénation MHC 15l**
 - **IOT après ISR si**
 - **Détresse respiratoire avec sat. < 90%**
 - **Détresse neurologique avec Glasgow < 8**
 - **Détresse hémodynamique non contrôlée**

Traitement étiologique



Prise en charge

- **Détresse hémodynamique**
 - **2 VVP de gros calibre(+ bilan sang)**
 - **Remplissage <2l**
 - **Catécholamines si échec**
 - **Cardiogénique: inotropes +**
 - **Hypovolémique: vasoconstricteur + remplissage par dérivés sanguins**
 - **Traitement étiologique**
 - **PAC?**



Prise en charge

- **Détresse neurologique:**
 - **Si persistante après correction des 2 précédentes**
 - **IOT après ISR**
 - **VC sous neuro sédation**
 - **NB: tout patient intubé a une SG**

Lutte contre les ACSOS

 **(hypoxie, hypercapnie, hypotension, hypoglycémie, hyperthermie, anémie...)**



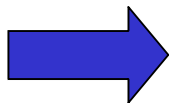
Prise en charge

- Autre:
 - **Immobilisation des fractures**
 - **Vérification hémostasie des plaies**
 - **Désinfection , pansement rapide**
 - **Prévention des lésions rachidiennes (matelas à dépression)**
 - **Lutte contre l'hypothermie**



Examen secondaire

- Après stabilisation des détresses
- Patient déshabillé si possible
- Rapide mais précis
- Examen « tête aux pieds »
- ECG, Hemocue®, glycémie capillaire



Bilan lésionnel





Transport

- **Après bilan au C15**
 - **Orientation fonction**
 - du lieu
 - de l'état de la victime
 - Décidée conjointement (régulateur/ SMUR)
 - **Sous surveillance, réévaluation ++**
 - Monitorée(scope, dynamap-artère, SaO2, Capno, température, vérification des alarmes)
 - Clinique(Pupilles, pansements, symétrie thoracique...)
 - Traçabilité +++
 - **Vers un service prévenu+++**





En salle de déchoquage:

- Récupérer les transmissions++
 - Circonstances (+ATCD, famille...)
 - Mécanisme du choc
 - État initial
 - Mise en condition
 - Éléments de la surveillance
- Déshabillage complet
- Bilan primaire
- Vérification « des tuyaux »



En salle de déchoquage:

- Patient stabilisé:
 - **Bilan sang (pré-op, Ez, GDS, marqueurs de choc)**
 - **Imagerie en déchoquage: Rx thorax, bassin, écho abdo, écho cœur**
 - **Imagerie orientée: Rx standard, body scanner, fibro, echo trans-oesophagienne...**



En salle de déchoquage:

- Patient instable:
 - **Bilan minimum indispensable**
 - **Poursuite de la réanimation + traitement étiologique (bloc)**



Conclusion

- Lésions qui s'ajoutent et se potentialisent
- Bilan et prise en charge rapide, utile et nécessaire
- Orientation adaptée
- Évaluation répétée
- Transmissions ++
- Travail d'équipe