



Item329-2-Polytraumatisme.

Objectifs CNCI		
- Evaluation de la gravité et recherche des complications précoces chez un polytraumatisé - Identifier les situations d'urgence		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Aucune	- ≥ 2 lésions dont une = pronostic vital - PenC: diagnostique / thérapeutique - Schéma horaire / monitoring / scope - Vitaux: cardioC / respiratoire / neuro - Associés: uro-dig / ostéo-A / cutané - Choc / cyanose-PTx / GCS-pupilles - Défense / cadre osseux / plaie: SAT - Prévenir / REA / pose VVC / sonde - Plaie cutanée: s. locaux / SAT / ABP - Bloc direct si hémorhax/péritoine - Surveillance EtCO2 / PAi / bilan 1x/4h	- Axe cranio-rachidien +++ - Groupe-Rhésus-RAI (x2) - RTx - bassin - écho abdo - Bodyscan ssi stabilité hémoD

Généralités

Définition

- Classiquement, polytraumatisé si ≥ 2 lésions dont une engageant le pronostic vital
- En pratique, en attendant le bilan hospitalier on parle de « traumatisé grave »

Epidémiologie

- Traumatismes: 1ère cause « d'année de vie perdue » (jeunes)
- 48 000 décès/an en France (3ème cause de mortalité)

Etiologies

- Accidents de la voie publiques (**AVP**) +++
- Défenestrations
- Accidents du travail
- Plaies par arme blanche / arme à feu / explosion

Prise en charge pré-hospitalière

Mise en condition

- **Attitude immédiate par tous = P.A.S**
 - **Protéger**: mettre le patient en sécurité / baliser la zone
 - **Alerter**: appel SAMU (15) ou pompiers (18) (!! NPO lieu exact)
 - **Secourir**: axes vitaux / PLS / maintien axe crânio-rachidien +++
- **Mise en condition par le SMUR**
 - **Immobilisation de l'axe cranio-rachidien (A savoir !)**: collier rigide + matelas-coquille
 - **LVAS** / O2 fort débit par masque à haute concentration / pose VVP x2 en peau saine
 - **Monitoring** PA-FC-FR / scope ECG / oxymétrie de pouls (SpO2)
 - **Couverture** de survie = prévention de l'hypothermie

Prise en charge diagnostique

- **Schéma** daté (heure)-signé / évaluation à répéter +++
- **Constantes**: température + Hémocue® + Dextro (**A savoir !**)
- **Rechercher une défaillance vitale = axes vitaux**
 - **Hémodynamique**
 - Constantes = **PA (< 90mmHg)** / FC (> 120) / pouls / pâleur
 - Signes de **choc**: marbrures / tachycardie / collapsus, etc.
 - Signes d'IC: droite (TJ / RHJ) / gauche (crépitations d'OAP)
 - **Respiratoire**
 - Constantes = FR (> 30/min) / **SpO2 (< 90%)** / dyspnée
 - SdG respiratoires: hypoxie (cyanose) / hypercapnie (sueurs)
 - **Neurologique**
 - **Glasgow ≤ 13** / pupilles et RPM / réflexes du tronc si IOT
 - Sensibilité-motricité / ROT / RCP / signes d'HTIC / PC initiale
- **Rechercher une lésion associée = bilan lésionnel (7)**
 - **Crâne**: plaie du scalp / trauma facial / embarrure / fuite de LCR
 - **Rachis**: douleur à la palpation des épineuses / syndrome médullaire
 - **Thorax**: auscultation / hémithorax / pneumothorax / volet costal
 - **Abdomen**: défense / matité des flancs (hémopéritoine) / BU
 - **Bassin**: pression des ailes iliaques (fracture) / examen des OGE
 - **Membres**: palpation du cadre osseux / des pouls ++
 - **Cutané**: recherche de brûlure / d'ouverture cutanée
- **Interrogatoire rapide si possible**
 - Antécédents médico-chirurgicaux du patient
 - Médicaments (aspirine-AVK +++) / toxiques
 - Statut sérologique anti-tétanique (SAT)
 - Anamnèse: circonstances du traumatisme

Prise en charge thérapeutique

- **Traitement d'une défaillance vitale**
 - **Hémodynamique** (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)
 - Remplissage (cristalloïdes) +/- vasopresseur (NAd) pour PAM ≥ 65mmHg
 - Hémostase et suture si plaie hémorragique (plaie du scalp ++)
 - **Respiratoire**
 - Libération des **VAS** / oxygénothérapie pour SpO2 ≥ 95% +/- IOT-VM
 - Exsufflation en urgence si pneumothorax compressif
 - (!! Pas de drainage pleural en pré-hospitalier)
 - **Neurologique**
 - **IOT** si Glasgow < 8 +++
 - **Sédation**: hypnotique + morphinique en IVSE
 - Si mydriase unilatérale aréactive = mannitol
 - **Traitement d'une lésion associée**
 - Antalgiques: paracétamol + titration **morphine IV +++ (A savoir !)** (cf **Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses**)
 - Réduction et **immobilisation** des fractures (bassin ++) / luxations
 - Lavage à l'eau stérile + antiseptie + pansement des **plaies**
 - Si fracture ouverte: débiter l'antibioprophylaxie (Augmentin® PO)
- **Transport médicalisé (SMUR) vers structure hospitalière spécialisée**
- **Surveillance continue**: scope ECG + monitoring CT + oxymétrie
 - Avec toujours immobilisation de **l'axe crania-rachidien (A savoir !)**
 - → collier cervical rigide + matelas-coquille + mobilisation monobloc

Prise en charge hospitalière

Avant l'arrivée du SMUR / organisation

- Le SAMU prévient l'anesthésiste-réanimateur de garde
- L'anesthésiste-réa appelle les spécialistes (chirurgiens, radiologue..)
- Le patient est directement orienté en salle de **déchocage**
- Préparer le plateau d'accueil (déchocage / scanner / bloc)

Mise en condition

- Hospitalisation en: **REA** chirurgicale ou salle de réveil
- Pose KT veineux central + KT artériel (voie femorale) +++

- Couverture chauffante: prévention de l'hypothermie
- **Sonde urinaire** (!! sauf urétrorragie) / Monitoring / scope ECG

Prise en charge diagnostique

- **Bilan clinique**
 - Idem pré-hospitalier mais complet et détaillé
 - **!! NPO les A savoir !(6)**
 - immobilisation de l'axe crânio-rachidien +++
 - signes de choc et de détresse respiratoire
 - TR pour évaluation du tonus anal
 - BU pour rechercher une hématurie
 - palpation de l'ensemble du cadre osseux
 - **ECG** 12 dérivations
- **Bilan paraclinique**
 - **En urgence: bilan pré-transfusionnel**
 - **Groupe** ABO – Rhésus (2 déterminations) / RAI (**A savoir !**)
 - **Bilan biologique: recherche de défaillance d'organes (« bilan de choc »)**
 - **Circulatoire: lactates** (acidose lactique) / ECG-troponine / CPK
 - **Respiratoire:** gaz du sang / radiographie de thorax (SDRA)
 - **Rénale:** iono-urée-créatinine (IRA sur NTA ; hyperkaliémie)
 - **Hépatique:** TA-GGT-PAL (cytolyse et cholestase sur « foie de choc »)
 - **Hématologique:** TP-plaquettes-fibrinogène-D-Dimères (CIVD)
 - **Glycémie:** hyperglycémie initiale (stress) puis hypoglycémie si persistance
 - **Bilan radiologique**
 - **En urgence (salle de déchocage)**
 - **3 examens** pour éliminer une cause d'instabilité hémodynamique (**A savoir !**)
 - **Radiographie de thorax:** recherche hémothorax / pneumothorax
 - **Radiographie du bassin:** recherche fracture du fémur/cadre
 - **Echographie abdominale (« fast-écho »):** recherche un hémopéritoine
 - **Autres examens d'imagerie selon le contexte**
 - Radiographie de tout membre ou articulation douloureuse
 - Echographie cardiaque en cas d'instabilité hémodynamique ++
 - **En 2nde intention**
 - **!! seulement si stabilité hémodynamique (A savoir !)**
 - **TDM corps entier (= bodyscan) +++**
 - cérébrale / cervicale / thoraco-abdomino-pelvienne
 - sans **et** avec injection (temps précoce **et** tardif)

Prise en charge thérapeutique

- **Prise en charge non spécifique**
 - **Analgésie / sédation**
 - **Morphine** en SC puis relais par titration IV / paracétamol IV
 - Hypnotique (midazolam) et morphinomimétique (sulfentanyl)
 - **Traitement d'un choc hémorragique** (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)
 - Remplissage vasculaire (colloïdes) + NAd IVSE → PAM cible > 65mmHg
 - Transfusion de culots de GR (CGR) → [Hb] cible > 7g/dL
 - Transfusion de plasma frais congelé (PFC) → TP cible > 30%
 - Transfusion de culots plaquettaires → plaquettes cibles: > 50 G/L
 - **« Bloc direct »**
 - Pas de bilan lésionnel détaillé (bodyscan) si instabilité hémodynamique par:
 - Hémothorax ou hémopéritoine abondants +++ / lésion vasculaire non contrôlée
- **Prise en charge spécifique**
 - **Selon bilan lésionnel:** cf **Polytraumatisme.** pour chaque type de traumatisme
 - **Devant toute plaie ouverte: 3 réflexes +++**
 - **Soins locaux:** lavage et antiseptie / exploration et parage / suture ou pansement
 - **SAT-VAT:** vérification statut vaccinal systématique
 - **Antibioprophylaxie:** Augmentin® en IV 2g/j
 - **Remarque:** en cas d'hématome du petit bassin sur fracture du bassin
 - **!! ce n'est jamais chirurgical** → artériographie pour embolisation
- **Surveillance +++**
 - **Clinique**
 - Constantes: PA invasive (++) / FR-SpO2 (**EtCO2** si IOT) / T (1x/4h)
 - Examen neuro +++ : Glasgow / réflexe photomoteur / testing répété
 - **Paraclinique**

- Bilan biologique **1x/4h** tant que le patient n'est pas stabilisé
- → NFS-P / hémostase / iono-créatinine / GDS-lactates artériels
- RTx quotidienne tant que IOT