

4/ Prise en charge du polytraumatisé

I. Définition du polytraumatisé

Patient traumatisé ayant plus d'une lésion et dont au moins une menace le pronostic vital

- associations lésionnelles
- potentialisation

En pratique: patient ayant subi un traumatisme violent susceptible d'avoir des lésions menaçant le pronostic vital ou fonctionnel

II. Principes de prise en charge pré-hospitalière

Système de secours préhospitaliers

Organisation à l'échelon départemental

- secourisme: pompiers, secouristes bénévoles
- médecine: médecin libéral, médecin SMUR

Identique pour chaque département

Maillage dispersé

Objectif: offre de soins identique à tous

Premiers Secours

Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)

Numéro de téléphone unique = 18

Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA)

Réceptionne et analyse l'appel

Définit et déclenche la réponse adaptée aux besoins

Centre de secours (CS) communal

Dispose des moyens de secours

- VSAB: véhicule de secours et d'assistance aux blessés
- FSR: fourgon de secours routier
- VRI: véhicule rapide d'intervention
- FPT: fourgon pompe tonne

Grandes agglomérations: professionnels

Zone rurales: volontaires

Citoyens volontaires pour participer aux opérations de secours

Secours médicalisés

Médecin libéral

Service d'Aide Médicale d'Urgence

Soins médicalisés

Réanimation au chevet du patient

Géré par le SAMU

Numéro de téléphone = 15

Réceptionne et analyse l'appel

Définit la gravité

Définit et déclenche la réponse adaptée aux besoins

- premier secours
- médecin
- SMUR

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

- en zone urbaine
- nombre limité par département
- constitué de: médecin, ambulancier, infirmier
- véhicule de liaison, unité mobile hospitalière, hélicoptère

Evaluation gravité

Examen initial rapide, précis, de référence

Hémodynamique: tension artérielle et hémoglobine

Ventilatoire: fréquence respiratoire et SpO2

Neurologique: Glasgow

Terrain

Circonstances

Gravité

- Glasgow < 13
- PAS < 90 mmHg
- SpO2 < 90%

Gravité extrême

- Glasgow = 3
- PAS < 65 mmHg
- SpO2 < 80% (ou imprenable)

Age > 65 ans

Insuffisance cardiaque, coronarienne

Insuffisance respiratoire

Grossesse (2e et 3e trimestre)

Ejection d'un véhicule

Autre passager décédé (même véhicule)

Chute > 6m

Victime projetée ou écrasée

Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, de ceinture de sécurité)

Evaluation des lésions

Patient déshabillé et examiné sous toutes ses faces

- tête-rachis
- thorax
- abdomen
- bassin
- membres

Conditionnement

Oxygénothérapie

Immobilisation: collier cervical, attelles

Scope, SpO2, PA, température, hémoglobine, pupilles
Voie veineuse périphérique x2 (gros calibre)
Désincarcération
Relevage
Immobilisation matelas coquille
Induction en séquence rapide
Intubation et ventilation mécanique
Remplissage vasculaire
Sédation
Réchauffement
Réduction et immobilisation des foyers de fracture
Nettoyage des plaies
Antibioprophylaxie
Analgésie

III. Les principes de régulation

Eviter le sous triage = lésions trop sévères pour le centre d'accueil) décès
Limiter le sur triage = lésions pas assez sévères pour le centre d'accueil = moyens perdus
Service spécialisé = le plus adapté, pas le plus proche

IV. Préparation par l'équipe hospitalière

Evaluer la gravité et réaliser un bilan lésionnel complet
Mettre en oeuvre les thérapeutiques: symptomatiques, étiologiques
Rapidité, efficacité
Aides soignants, médecins (réanimateurs, chirurgiens), infirmiers

Hémodynamique

- remplissage vasculaire
- catécholamines

Ventilatoire

- contrôle des voies aériennes
- drainage thoracique

Coagulation

- transfusion
- réchauffement

V. Accueil du patient

Que dois-je faire de mon patient ?

- bloc opératoire
- déchocage

Pression artérielle base = état de choc

- prise en charge rapide

Mise en place des cathéters veineux centraux et artériels (10-15 min)

Surveillance

Tension artérielle
Fréquence cardiaque
Température
SpO2
Fréquence respiratoire
EtCO2
Conscience

VI. Premiers gestes et bilan lésionnel

Diagnostique (bilan lésionnel)

Radio thorax

- épanchement pleural
- pneumothorax
- hémithorax
- hémomédiastin

Echographie abdominale

- épanchement intra abdominal

Radio du bassin

- fracture du bassin

Bilan biologique

Groupe RH 1 et 2e détermination
RAI
NFS
Ionogramme sanguin
Bilan hépatique
Gaz du sang + calcium ionisé
Hémostase (TP, TCA, fibrinogène)
Troponine
Lactates
Toxiques
Hémoglobine de base (appareil à hémocue)

Prise en charge hémodynamique

Objectif

- maintenir la perfusion des organes sans aggraver le saignement

Moyens

- remplissage vasculaire (perfusion) = produits sanguins, cristalloïdes, colloïdes
- catécholamines (drogues vasoconstrictrices)

Surveillance clinique

- TA invasive / non invasive
- fréquence cardiaque
- coloration cutanée

Prise en charge neurologique

Objectif

- maintenir la perfusion du cerveau et éviter l'engagement cérébral (compression du cerveau dans la boîte crânienne)

Moyens

- augmenter la pression de perfusion cérébrale = remplissage vasculaire, catécholamines
- diminuer le volume du cerveau (eau) = osmothérapie
- limiter le métabolisme cérébral = sédation

Surveillance clinique

- conscience
- pupilles

Prise en charge ventilatoire

Objectif

- maintenir l'oxygénation tissulaire

Moyens

- oxygénation = lunettes, masque, intubation, ventilation mécanique
- drainage thoracique

Surveillance clinique

- SpO₂
- fréquence respiratoire, mouvements respiratoires
- coloration, sueur

Accueil du patient

Si pas d'état de choc = scanner corps entier (45 min)

Transport intra hospitalier du patient

Transport = risque d'aggravation

Transport médicalisé

Préparation du patient

- ventilateur de transport
- moniteur de transport
- insufflateur manuel
- masque de ventilation

Oxygène en quantité suffisante

Batteries chargées

Traitements

- catécholamines sur PSE
- sédation
- traitements pro coagulants
- solutés de remplissage

Drain thoracique: planche déclive

Prendre le dossier

- médical
- demande d'examen

Après bilan complet

Prise en charge orientée par le bilan lésionnel complet

Hiérarchisation des urgences

- pronostic vital / pronostic fonctionnel

Stabilisation des lésions

- arrêt des saignements
- mise en traction des membres
- immobilisation

N'opérer que les lésions vitales si instabilité persistante

VII. Pièges du polytraumatisé

Lésions sous estimées

- transport paramédical vs SAMU
- accueil aux urgences vs réa
- sous évaluation de l'état de conscience

Perdre du temps

- traitements indisponibles en dehors de l'hôpital

Mise en danger du patient

VIII. Relation avec la famille

Retrouver la famille = recherche active (police, administration)

Premières nouvelles données par un médecin

- annonce du pronostic vital engagé
- ne pas minimiser la situation

Soutien psychologique et réconfort

- salle d'accueil adaptée
- coordonnées du service données
- visites sans horaires

Rester disponible

Informations médicales régulières (pour suivre l'évolution)

Les mettre en relation avec autres membres de la famille, assistante sociale, psychologue...

IX. Conclusion

Rapidité et efficacité

Equipes spécialisées et entraînées

- réanimateurs
- chirurgiens
- radiologues
- personnel soignant

Plateau technique 7/7 - 24/24

Coordination entre le personnel médical et paramédical

Sous évaluation = décès

Situations difficiles

- séquelles
- handicap
- décès