



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 008

<i>Rédacteurs</i>	Dr I. GUENOT (UPATOU-SMUR Decize) Dr T. COMTE (SAMU 71)
<i>Date</i>	29/01/02
<i>Validation</i>	Pr. FREYSZ (SAMU 21), Dr HONNART (SRAU Dijon)
<i>Approbation</i>	Séance CMUB
<i>Source</i>	
<i>Applicable</i>	Médecins urgences

PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISE GRAVE

OBJET : Préciser les modalités de prise en charge et d'orientation du traumatisé grave : blessé porteur d'au moins une lésion qui engage le pronostic vital.

1. OBJECTIFS PRIORITAIRES.

- Le bilan initial vise à déterminer si un geste d'hémostase chirurgicale urgent est nécessaire
- Objectifs du remplissage :
 - PAS 90 mmHg (PAM : 60-70 mmHg) pour une hémorragie sans TC
 - PAS 120 mmHg (PAM : 90 mmHg) si TC associé
 - Le but est d'assurer une perfusion tissulaire minimale sans chercher à normaliser les chiffres de pression artérielle
- L'intubation endotrachéale si elle est nécessaire, s'effectue à l'aide d'une induction à séquence rapide, avec de grandes précautions en cas d'altérations hémodynamiques
- L'analgésie fait appel aux morphiniques
- L'orientation pré hospitalière tient compte de la réponse à la réanimation initiée sur le terrain

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01032002	Réf.: CMUB-008	Pagination: 2 / 5 pages

- La hiérarchisation des examens et des soins est pluridisciplinaire, nécessite une procédure écrite avec désignation d'un médecin coordinateur
- Les circonstances précises de l'accident doivent être recherchées.

2. IDENTIFIER LES DETRESSES VITALES ET REALISER LES GESTES ADAPTES.

A - Détresse respiratoire :

- mise en place d'un oxymètre de pouls
- manœuvres de libération des VAS
- oxygénothérapie au masque
- intubation oro-trachéale si :
 - détresse respiratoire
 - TC GCS < à 8
 - lésions thoraco-abdominales graves
 - traumatisme facial grave
- recherche systématique d'un pneumothorax (auscultation, emphysème sous-cutané) qui nécessite un drainage thoracique avant la ventilation ; le pneumothorax suffocant se manifeste par des signes de cœur droit aigu
- intubation par induction à séquence rapide avec manœuvre de Sellick sous monitoring cardiaque et PNI avec trois opérateurs si suspicion de trauma cervical (voir procédure spécifique)
 - Hypnomidate® (étomidate) : 0,4 mg/kg
 - Célocurine® (suxaméthonium) : 1 mg/kg
- ventilation systématique, en surveillant le risque de survenue d'un pneumothorax
- monitoring de l'EtCO₂
- pose d'une sonde naso-gastrique, sauf en cas de traumatisme maxillo-facial grave (risque de fausse-route)

B - Détresse circulatoire :

- oxymétrie – monitoring scope et PNI
- deux voies veineuses de gros calibre (16G)
- prélèvement sanguin (Groupe, RAI)
- remplissage par colloïde (gélatine ou HEA),
- possibilité d'utiliser le Rescue Flow® en première intention en cas de choc hémorragique grave : 250 ml une seule fois, en respectant les contre-indications formelles (allergie connue aux dextrans, femme enceinte)
- introduction précoce des vasopresseurs :

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01032002	Réf.: CMUB-009	Pagination 3 / 5 pages

- en urgence, éphédrine titrée en bolus (30 mg dans 10 mL)
- noradrénaline, si pouls > 110 (0,5 à 2 µg /kg/mn)
- dopamine si pouls < 110 (débuter à 5 µg/kg/mn) ou en l'absence de voie centrale (abstention en préhospitalier)
- discussion de l'intubation oro-trachéale en cas de choc hémorragique
- pantalon antichoc réservé aux fractures de bassin
- traitement de l'hémorragie externe le cas échéant

▪ C - Détresse neurologique :

- Tout traumatisé grave est un blessé du rachis jusqu'à preuve du contraire : minerve rigide, matelas à dépression, plan dur...
- Examen neurologique initial fondamental, réalisé après stabilisation des fonctions respiratoires et circulatoires à consigner par écrit et à réévaluer régulièrement : score de Glasgow, pupilles, motricité, ROT.

3. AUTRES ELEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE

- prévention de l'hypothermie
- prévention de l'infection : désinfection, pansement, antibioprophylaxie si fracture ouverte ou choc avec Augmentin® 2g IVL (sauf allergie)
- évaluation de la douleur (EVA) et analgésie :
 - Morphine 0,05 mg/kg en titration si ventilation spontanée
 - Fentanyl® au PSE (100 à 200 µg/h) si ventilation contrôlée
- en salle de déchocage :
 - mise en place rapide d'un cathéter artériel pour monitoring invasif de la pression artérielle
 - mise en place d'un cathéter central multilumière
 - discussion d'un désilet et d'une sonde vésicale (contre-indiquée si fracture de bassin)
- vérification du VAT

4. ORIENTATION DU PATIENT

- Si l'état hémodynamique du patient est incontrôlable :
 - évacuation rapide sur le bloc opératoire opérationnel le plus proche
 - salle préparée avec anesthésiste et chirurgien, prévenus par le SAMU
- Si l'état hémodynamique du patient est instable :

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01032002	Ré f.: CMUB-008	Pagination: 4 / 5 pages

- **RP et bassin, échographie abdominale en salle de déchocage**
- **traitement chirurgical rapide en fonction du diagnostic**

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01/03/2002	Réf.: CMUB - 008	Pagination: 1 / 5 pages

- **Si le blessé est stable :**
 - TDM intégrale avec crâne, thorax et abdomen
 - scanner cervical associé, notamment pour les charnières C₀- C₁ et C₇-T₁
 - radiographies du rachis dorso-lombaire systématiques
 - autres radios en fonction de la clinique
 - autres examens complémentaires :
 - ECG, (échographie cardiaque)
 - Artériographie chez le patient instable avec fracture du bassin

- **Cas particulier en préhospitalier :**
 - blessé stabilisé avec signes de localisation neurologiques
 - possibilité de primo-secondaire avec transfert direct sur le CHU pour possibilité de prise en charge neurochirurgicale rapide

5. BILAN BILOGIQUE

- à prélever rapidement
- Groupe, ACI
- Hémogramme, plaquettes, coagulation (TP, TCA)
- Ionogramme, gaz du sang (pour réglage correct de la ventilation)
- CPK, CPK-MB, troponine, ASAT-ALAT, amylase-lipase

CONCLUSION :

- L'orientation initiale du traumatisé grave est dépendante de la réponse à la réanimation initiale, en concertation avec le médecin régulateur.
- La mise en condition doit être rapide, avec un examen clinique complet.
- Le bilan paraclinique orienté doit être complet chez un traumatisé stabilisé.

PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISE GRAVE

