



LE POLYTRAUMATISÉ

Dr Benlaribi

Introduction :

- **Première cause** de mortalité de la population **jeune**
- Fréquence des accidents de la voie publique (chutes accidentelles ou suicidaires, actes de violence et d'agression, accidents de travail, accidents de sport, accidents domestiques)
- Problème de santé public (population jeune en activité avec un nombre important de décès et d'handicapés par année)
- L'évaluation de la gravité est un élément important de la prise en charge initiale
- Mortalité élevée :
 - **50% sur les lieux de l'accident**
 - **30% les 1ères heures**
 - **20 % les jours ou semaines qui suivent**
- Le pronostic dépend :
 - Rapidité et Qualité des soins
 - Gravité des lésions
- La prise en charge nécessite :
 - Des protocoles préétablis
 - Une gestion précise du temps
 - Une coordination multidisciplinaire

Définitions :

- Blessé porteur de plusieurs lésions dont l'une au moins engage le pronostic vital (de plus en plus délaissée)
- Patient qui présente une seule lésion grave entraînant une perturbation majeure d'une fonction vitale (traumatisé grave) (de plus en plus utilisée)
- **Définition plus adaptée : Blessé victime d'un traumatisme violent, quelles que soient les lésions apparentes (la plus récente)**

Physiopathologie :

1. Mécanisme lésionnel :

- **Impact direct :**
 - Lésion pénétrante (arme blanche, projectiles...)
 - Lésion fermée (contusion ou compression)
- **Décélération :**
 - Lésions de cisaillement ou d'arrachement
 - Flexion- extension brutale du rachis cervical (lésions vertébro - médullaires)
- **Effet de blast :** par propagation de l'onde de choc (lésions des organes creux et des alvéoles pulmonaires)

2. Conséquences physiopathologiques

2.1. Sur les fonctions vitales :

- Détresse respiratoire : (traumatisme thoracique) : Défaut d'oxygénation du sang
- Détresse circulatoire : (hypovolémie) : Défaut d'oxygénation tissulaire
- Détresse neurologique : Atteinte directe du SNC ou indirect par détresse respiratoire et/ou circulatoire

2.2. Conséquences générales :

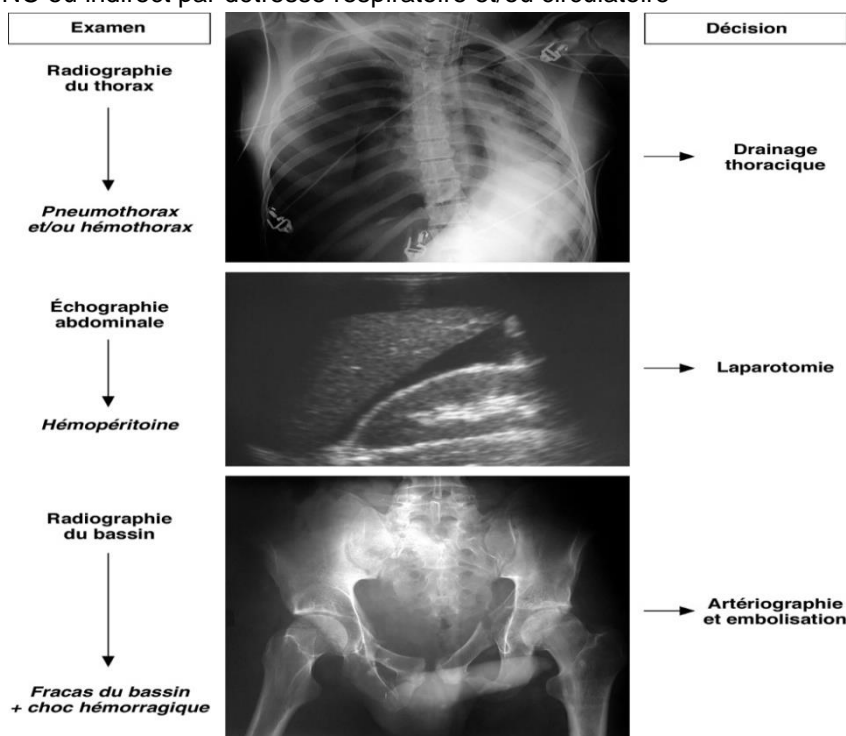
- Réponse inflammatoire majeure
- SDRA
- SDMV

3.3. Interférences lésionnelles :

- **Effet de potentialisation :** la gravité des lésions se multiplie par potentialisation de leurs conséquences respectives (par exemple l'association traumatique crâne-thorax)
- **Effet de masquage ou d'occultation :** « une lésion peut en cacher une autre »

Évaluation de la gravité :

- Débute en pré hospitalier sur les lieux de l'accident
- Objectif
 - Identification des détresses
 - Établissement d'un bilan lésionnel
- Examen clinique rapide et complet
- Examen radiologique +++
 - Trois examens essentiels : au lit du malade
 - **RX thorax**



- RX bassin
- Échographie : Abdominale +++ ; Cardiovasculaire ; Pleurale

Diagnostic des détresses vitales

- Identification des détresses vitales
- Identification des causes
- Mise en route des mesures d'assistance vitale

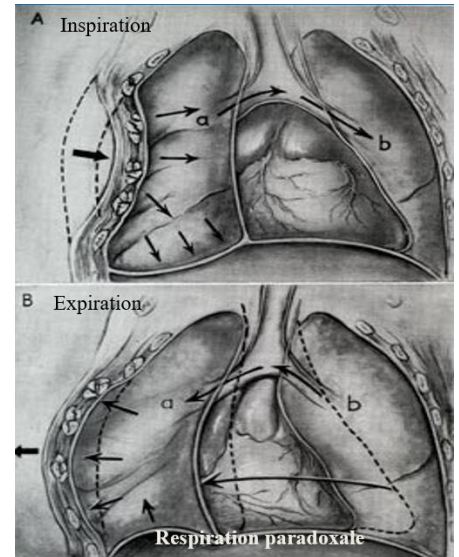
Détresse respiratoire :

Signes cliniques

- Dyspnée
- Anomalie de l'ampliation thoracique
- Signes de lutte
- Respiration paradoxale
- Cyanose : peut manquer « anémie et vasoconstriction »
- SPO2 Basse

Causes de détresse respiratoire :

- Extra pulmonaire : lésion du SNC, troubles hémodynamiques
- Trachéo-bronchiques : obstruction des VA, rupture trachéo-bronchique
- Pleurale : hémothorax et/ou pneumothorax
- Parenchymateuse : contusion, inhalation, atelectasie
- Pariétale : fractures de côtes et volet thoracique
- Abdominale : rupture diaphragmatique



Détresse circulatoire :

Signes cliniques :

- Pâleur, agitation, sueurs froides
- Temps de recoloration capillaire augmenté
- Pouls filant rapide
- **Bradycardie (signe d'alarme+++)**
- PA effondrée ou imprenable
- Parfois signes de tamponnade

Causes de détresse circulatoire :

1- Hémorragie : Principale cause (80%):

- Causes d'hémorragie importante :
 - Lésions thoraciques : Vx, péricarde, cœur.
 - Lésions abdominales : organes pleins et Vx
 - Lésions rétro péritonéales : bassin, reins
- Causes d'hémorragies sous estimées :
 - **Epistaxis**
 - **Plaie du scalp**
 - **Fractures fermées (fémur) ou ouvertes (plaies vasculaires)**
- Face à une hémorragie incontrôlable, le but du remplissage est « d'assurer la survie du patient dans l'attente du geste d'hémostase » et d'éviter l'hypoxie tissulaire

Une idée des pertes sanguines :

- Côte : **125**
- Vertèbre, Avt-bras : **250**
- Humérus : **500**
- Tibia : **1000**
- Fémur : **2000**
- Bassin : **500-5000**
- Plaie du scalp : **100-1000**

2. Compression endothoracique : Choc obstructif

3. Vasoplégie : Traumatisme médullaire

4. Choc cardiogénique (1%) : Par contusion myocardique exceptionnel

Détresse neurologique :

- On ne peut évaluer précisément l'état neurologique que si la ventilation et la circulation sont contrôlées
- **Le polytraumatisé est considéré comme porteur d'une lésion du rachis jusqu'à preuve du contraire**
- Trouble de la conscience (**intervalle libre ?**)
- Score de GLASGOW
- Signes de localisation
- Etat des pupilles+++
- Eléments en faveur d'une lésion médullaire

The Revised Trauma Score

Glasgow Coma Scale (GCS)	Systolic Blood Pressure (SBP)	Respiratory Rate (RR)	RTS Value
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

Diagnostic des lésions associées:

- **Repose sur le bilan radiologique** : qui peut être différé mais repris après stabilisation **Selon l'évaluation initiale trois situations possibles** :
 - **Patient non stabilisé** : Chirurgie d'hémostase ou radiologie interventionnelle ; TDM cérébrale si la défaillance neurologique prime.
 - **Patient stabilisé après réanimation** : TDM cranio-cérébrale et/ou rachis ; TDM thoraco-abdomino-pelvienne ; Radiographies standards ; Artériographie ; Fibroscopie bronchique.
 - **Patient stable** : Examens para-cliniques approfondis orientés par l'examen clinique

Scores de gravité : Destinés surtout à prédire la mortalité

- **Trauma Related Injury Severity Score (TRISS)**:
 - Age
 - Nature du traumatisme (fermé versus pénétrant)
- **RTS**
- **ISS** : Injury Severity Score (ISS): Lésions anatomiques cotées de 1-6

Critères de Vittel : critères de gravité pour le triage : Le triage pré-hospitalier est nécessaire pour :

- Permettre une bonne efficacité dans l'orientation des patients traumatisés
- Meilleure adéquation entre la sévérité du traumatisme et les moyens mis en œuvre

Cinq étapes d'évaluation	Critères de gravité
1. Variables physiologiques	Score de Glasgow < 13 Pression artérielle systolique < 90 mmhg Saturation en O2 < 90%
2. Eléments de cinétique	Ejection d'un véhicule ; Autre passager décédé dans le même véhicule ; Chute > 6 m ; Victime projetée ou écrasée ; Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque ou de ceinture); Blast
3. Lésions anatomiques	Trauma pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, de la cuisse ou du bras, Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée, Fracas du bassin, Suspicion d'atteinte médullaire, Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au-dessus Ischémie aiguë de membre
4. Réanimation pré-hospitalière	Ventilation assistée, Remplissage > 1000 ml Catécholamines, Pantalon antichoc gonflé
5. Terrain	Age > 65 ans, Insuffisance cardiaque ou coronarienne, Insuffisance respiratoire, Grossesse (2ème et 3ème trimestres), Troubles de la crase sanguine

Stratégie thérapeutique :

Pré-hospitalière :

Détresse respiratoire :

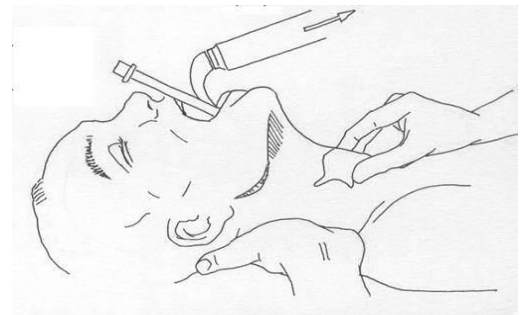
- Libération des voies aériennes
- Oxygénation
- Intubation trachéale : indications larges+++ avec induction a séquence rapide +manœuvre de sellik ventilation artificielle
- Décompression pleurale : exsufflation

Détresse circulatoire :

- Gestes diminuant le saignement :
 - Réalignement des membres fracturés
 - Compression d'une plaie artérielle
- Remplissage vasculaire : colloïdes, SS :
 - Si impossible ➡ voie fémorale
 - Éviter l'hémodilution majeure :
- Vasoconstricteurs
- Pantalon antichoc
- **L'Arrêt cardiaque est de mauvais pronostic**

Detresse neurologique:

- Limitation des ACSOS (Hypotension, Hypoxie, Hypercapnie, Anémie...)
- **Ventilation artificielle si CGS < 9**



- **TA ≈120 mmhg**
- Immobilisation du rachis systématique (minerve rigide et mobilisation du corps en bloc)

Mise en condition complémentaire pour le transport :

- Les fractures des os longs immobilisées
- Lutte contre l'hypothermie
- Monitoring

Prise en charge hospitalière I:

- Préparation de l'équipe
- Accueil :
 - Recueil des informations
 - Monitoring
 - Vérification des voies veineuses
 - Cathéter artériel radial ou fémoral pour PAI
 - Vérification de l'intubation trachéale et poursuite de la ventilation
 - Mise en place d'une sonde gastrique et thermique
 - Prélèvements biologiques

Prise en charge hospitalière II : d'autres gestes peuvent être différés dans le temps :

- Protection du tétanos
- Nettoyage et pansement
- Occlusion des yeux chez les malades inconscients
- Antibio prophylaxie
- ECG
- Analgésie et sédation

Prise en charge hospitalière III : Intervention chirurgicale en urgence

- Evacuation d'un hématome intracranien
- Hémostase d'une lésion vasculaire périphérique proximale
- Thoracotomie exploratrice
- Laparotomie exploratrice en cas d'épanchement péritonéal chez un patient instable
- Amputation d'un membre en cas de délabrement majeur

1. Prise en charge respiratoire :

- Vérification de la ventilation
- Drainage d'un épanchement pleural
- Thoracotomie en fonction des indications

2. Prise en charge cardiovasculaire : Hemostase chirurgicale +++

- Poursuite du remplissage vx(colloïdes,cristalloïdes)
- Transfusion sanguine avec comme objectif :
 - **Hb ≈7g/dl (10g/dl si cardiopathie ou trauma crânien)**
 - **Plaquettes > 50.000 (100 si trauma crânien)**
 - **TP > 60%**
- Vasopresseur si persistance d'hypotension (Noradrenaline)
- Normothermie : couverture et réchauffement des solutés

3. Prise en charge neurologique : Contrôle des défaillances respiratoire et hémodynamique

- Lutte contre les ACSOS
- Traiter éventuelle élévation de PIC
- Corticoïdes si lésion médullaire

4. Prise en charge des lésions associées :

- Traitement orthopédique des différentes fractures
- Le traitement de toutes les lésions en même temps reste l'idéal !!! Mais pas toujours possible

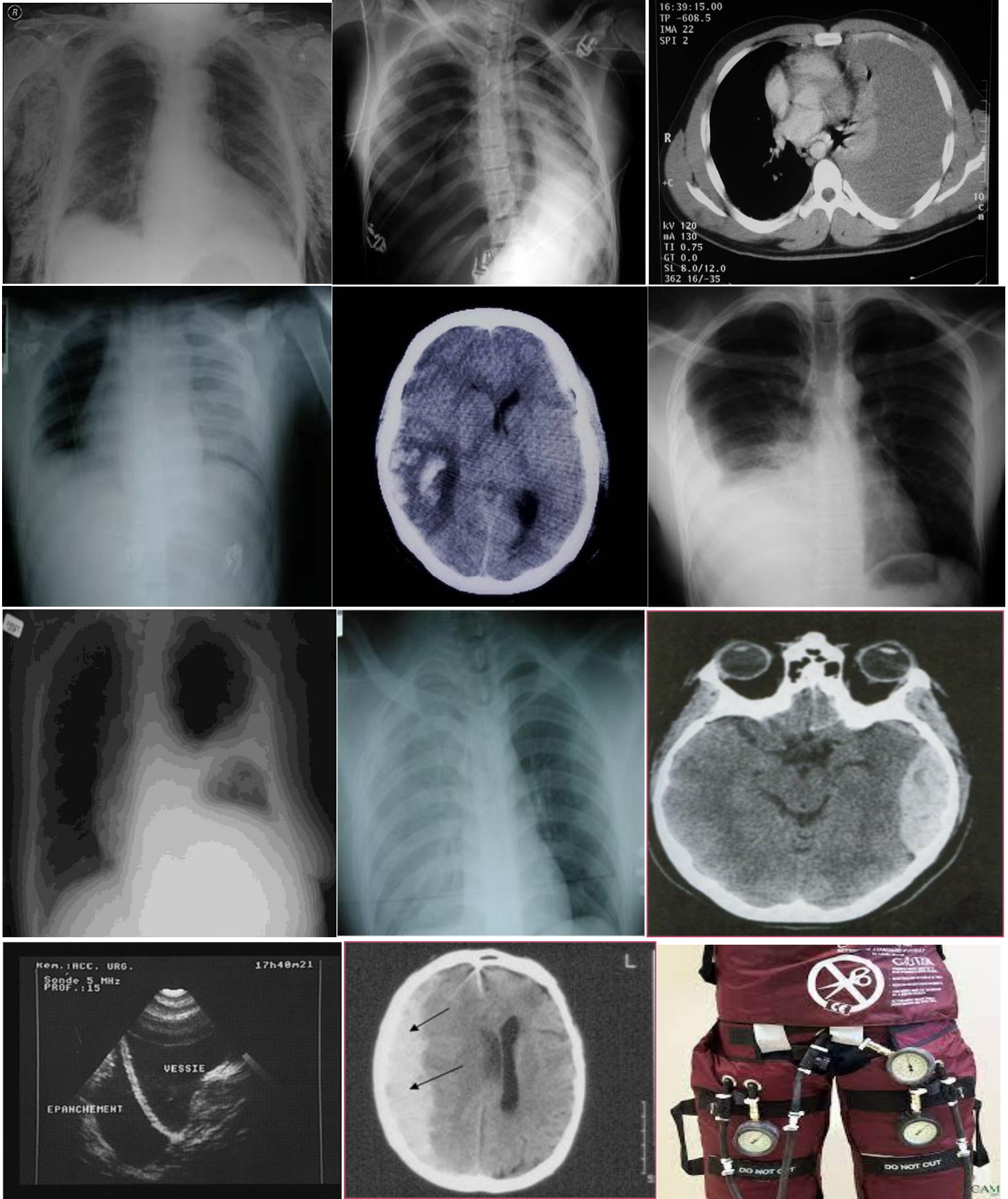
5. Prise en charge secondaire:

- Passage en soins intensifs
- Surveillance + bilan
- Nutrition
- Prévention de l'infection post-traumatique
- Prévention de la maladie thromboembolique

Conclusion:

- Nécessité d'une équipe multidisciplinaire
- Organisation des locaux
- Performance des équipements
- Personnel paramédical entraîné et en nombre suffisant
- Un des concepts les plus utiles à la prise en charge des traumatisés les plus graves est celui du « damage control »

- La controverse scoop and run versus stay and play demeure (hémorragie massive, plaie pénétrante thoracique/traumatismes crâniens graves, obstruction des voies aériennes)



Notes (en+) :

- Examen clinique du traumatisé sévère en moins de 5 minutes :
 - Signes de gravité immédiats :
 - 🚒 Constantes vitales : fc, pa, fr, spo2 , glasgow ;
 - 🚒 Critères de vittel.
 - Évaluation neurologique :
 - 🚒 Glasgow ;
 - 🚒 Pupilles (anisocorie ?) ;
 - 🚒 Rechercher un déficit au niveau des quatre membres.
 - Évaluation respiratoire :
 - 🚒 Asymétrie thoracique (inspection, auscultation) ;
 - 🚒 Emphysème sous-cutané (palpation).
 - Examen abdominal :
 - 🚒 Douleur localisée, défense, contracture.
 - Examen pelvien :
 - 🚒 Recherche d'une instabilité du bassin.
 - Examen craniofacial :
 - 🚒 Recherche d'une plaie du scalp hémorragique ;
 - 🚒 Recherche d'une otorragie (fracture du rocher) ;
 - 🚒 Recherche d'une épistaxis.
 - Examen des membres :
 - 🚒 Recherche d'une hémorragie ± délabrement de membre ;
 - 🚒 Recherche d'une déformation d'un membre ;
 - 🚒 Examen sensitivomoteur (avant sédation) et vasculaire sous la lésion
- Au décours, le patient traumatisé sévère est classé comme :
 - instable : pas < 90 mmhg malgré la réanimation ; le risque de décès est très élevé ;
 - critique : pas > 90 mmhg grâce à une expansion volémique et/ou l'usage de noradrénaline ;
 - potentiellement grave : pas > 90 mmhg sans manœuvre de réanimation.

Une situation clinique... Deux prises en charge (En+) :

Julien est de garde en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) dans un hôpital universitaire. Il est 2 h du matin et on vous prévient de l'arrivée imminente d'un patient de 26 ans, traumatisé dans les suites d'un accident de la voie publique alors qu'il était conducteur non casqué d'un véhicule motorisé deuxroues. Le patient serait tachycarde mais stable sur tous les autres plans.

Où Julien ne fait pas ce qu'il faut...

Julien demande à l'infirmière de la SAUV d'installer un brancard muni d'un plan dur pour accueillir le patient. Il s'occupe alors rapidement des deux autres patients dont il a la charge avant que la victime n'arrive. Celle-ci arrive 40 minutes plus tard. Le médecin du SMUR confirme qu'il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, non casqué au moment de l'accident, qui a été projeté quelques mètres en arrière de son scooter après avoir percuté un terre-plein central.

Les constantes du patient sont les suivantes : FC 135 bpm, PA 100/55 mmHg, FR 20 cycles/min, SpO2 99 % sous masque à haute concentration 15 litres/min, Glasgow 12 (Y2 M6 V4). Il n'y a pas d'anomalie pupillaire ni signe de focalisation neurologique. Il existe une fracture ouverte de la cheville droite qui a été réduite sous morphine et midazolam. Le patient est alors transféré sur le plan dur du brancard de la SAUV. La minerve cervicale rigide est laissée en place.

Julien demande à l'infirmière un bilan biologique (NFS-plaquettes, bilan de coagulation, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique, CPK, lipase, troponine ainsi qu'un groupage sanguin). Devant la stabilité de la victime, une radiographie thoracique et une radiographie du bassin de face sont réalisées.

Trente minutes plus tard, le service de radiologie appelle pour conduire le patient au scanner « corps entier ». Sur la table du scanner, le patient présentera un arrêt cardiaque...

Il s'agit d'emblée d'un traumatisme sévère selon les critères de Vittel : Glasgow < 13, traumatisme en deux-roues à haute cinétique avec un patient non casqué. D'autre part, la tachycardie peut être un signe de choc hémorragique débutant. Chez ces patients, l'hypotension artérielle est tardive et signe souvent une extrême gravité.

L'accueil de ce traumatisme sévère ne s'est pas fait de la bonne manière, systématique et protocolisée comme décrit ci-dessus (pas d'appel des différents intervenants, EFS, chirurgiens). L'HemoCue® n'est pas connue et une première gazométrie artérielle aurait peut-être permis de dépister d'emblée des signes de gravité : hyperlactatémie, hémoglobininémie. La FAST-échographie manque de manière inexcusable au bilan lésionnel initial. Julien n'a pas non plus analysé les radiographies avant le transfert du patient au scanner. Dans ce cas précis, l'arrêt cardiaque était secondaire à un pneumothorax compressif aggravé par une hémorragie rétropéritonéale sur un traumatisme du bassin.

Où l'on peut faire confiance à Julien :

Julien demande à l'infirmière de la SAUV d'installer un brancard muni d'un plan dur (plaques de radiologie en place) pour accueillir le patient. Il organise avec l'ensemble de l'équipe soignante l'accueil de ce patient gravement traumatisé : préparation du bilan biologique et prétransfusionnel, appel du centre de transfusion, appel des chirurgiens.

À l'arrivée du patient, il est accompagné du médecin sénior qui prend le rôle de trauma leader. Pendant que Julien pose la voie veineuse centrale et le cathéter artériel, il réalise une FAST-échographie qui ne retrouve aucun épanchement intrapéritonéal, pas d'épanchement péricardique et pas d'hémothorax. Le doppler transcrânien est normal et l'échographie pleurale est en faveur d'un pneumothorax droit. Le diagnostic de pneumothorax compressif est confirmé par la radiographie. La radiographie du bassin retrouve une disjonction pubienne et des fractures multiples. Le bilan biologique est envoyé en extrême urgence. La gazométrie artérielle retrouve : pH = 7,30, PaO₂ = 95 mmHg, PaCO₂ = 30 mmHg, lactatémie = 5 mmol/l. L'hémoglobininémie est à 10 g/dl. Sans attendre le résultat du reste du bilan biologique, devant la suspicion de choc hémorragique, 2 CGR et 2 PFC sont demandés et 1 g d'acide tranexamique est perfusé sur 10 minutes. Un drain thoracique est positionné dans la plèvre à droite avant la réalisation du scanner « corps entier ». Devant une agitation, le patient sera ensuite rapidement intubé pour faciliter sa prise en charge.

Une hypotension artérielle apparaîtra et sera corrigée par la transfusion des produits sanguins labiles et l'utilisation de noradrénaline à la posologie de 1 mg/heure. Le scanner ne retrouvera rien à l'étage cérébral et vertébro-médullaire. Le scanner thoracique confirmera la bonne position de la sonde d'intubation et du drain thoracique droit ainsi que l'existence de contusions pulmonaires bilatérales. Il existe une contusion hépatique isolée sans fuite active de produit de contraste. En revanche, le bassin est le siège de fractures multiples avec un saignement actif rétropéritonéal d'origine artérielle. Celui-ci sera pris en charge immédiatement en radio-embolisation.

Tout au long de la procédure, le patient sera « réchauffé » et seront transfusés au total 6 CGR, 6 PFC et 1 CP. 2 g d'acide tranexamique et 3 g de concentrés de fibrinogène y seront associés pour corriger la coagulopathie ainsi que 2 g de chlorure de calcium devant la transfusion massive. Le séjour en réanimation durera 4 jours au total.

Vignette clinique (En+) :

Monsieur M., 25 ans, est pris en charge sur la voie publique après avoir été renversé par un véhicule léger alors qu'il circulait en scooter. L'accident aurait eu lieu à 7 h 56. Il n'y a pas d'autre victime. Une ambulance du SMUR arrive sur les lieux à 8 h 20.

Les témoins présents sur place décrivent un traumatisme à haute vitesse (le scooter roulait à 60 km/h environ et s'est fait percuter sur sa droite, il est complètement détruit plus loin sur la chaussée) avec une éjection du conducteur casqué sur plusieurs mètres. La victime n'a aucun antécédent, mais présente une haleine œnolique.

Après un retrait prudent du casque par les secours, le patient est évalué : Glasgow à 13-14, sans anomalie pupillaire, légèrement agité. Ses constantes vitales sont les suivantes : FC 125 bpm, PA 115/55 mmHg, FR 18 cycles/min, SpO₂ 98 % sous masque à haute concentration 12 litres/min (mis en place par les pompiers). L'examen de l'ensemble du tégument ne révèle pas de plaie hémorragique. Il existe une déformation isolée laissant entrevoir une fracture ouverte de la cheville droite. L'HemoCue® est à 12 g.

L'évaluation initiale permet d'emblée d'identifier cette victime comme un traumatisé sévère :

› la violence du traumatisme est évidente : accident de deux-roues, éjection du conducteur, déformation du véhicule ;

› même si les variables physiologiques (constantes vitales : Glasgow, SpO₂, PA) sont relativement préservées, la tachycardie et l'agitation peuvent laisser présager une défaillance vitale débutante, notamment un choc hémorragique (chez le jeune, la pression artérielle est longtemps conservée !).

Le médecin du SMUR contacte immédiatement sa régulation et confirme la nécessité d'une admission rapide de la victime dans le « trauma center » le plus proche (unité de déchocage ou de réanimation). À 8 h 30, après mise en place d'une VVP de bon calibre, une analgésie par voie intraveineuse est réalisée par 3 mg de morphine et 15 mg de kétamine. La cheville droite est alors ré-axée et positionnée dans une attelle. Après mise en place d'une minerve cervicale rigide, la victime est positionnée dans un matelas-coquille pour un parfait maintien de l'axe tête-cou-tronc (protection du rachis cervical). Une couverture de survie est mise en place pour prévenir l'hypothermie. Une expansion volémique par 500 ml de cristalloïdes est réalisée ainsi qu'une antibioprophylaxie par Augmentin® et la perfusion de 1 g d'acide tranexamique sur 10 minutes. Le statut vaccinal antitétanique est vérifié.

Pendant ce temps-là au « trauma center », tout est optimisé. Après avoir reçu l'appel du régulateur à 8 h 30, toute l'équipe médicale et paramédicale de la réanimation s'active en suivant le « protocole d'accueil du patient traumatisé sévère ». Le brancard est déjà prêt dans le sas de transfert, avec un plan dur pour accueillir la victime et les deux plaques sont en place pour la radiographie du thorax et du bassin. L'Établissement français du sang est prévenu de l'arrivée imminente d'un patient susceptible de présenter un choc hémorragique et de devoir bénéficier d'une transfusion massive. Les bons transfusionnels (groupage ABO, Rh, RAI, produits sanguins en réserve) sont déjà remplis. Le chirurgien digestif, orthopédiste et le neurochirurgien sont présents dans le box de déchocage. L'appareil d'échographie est allumé et prêt à être utilisé (extended FAST). L'interne est en stérile, prêt à poser les cathéters (désilet veineux et cathéter artériel) dont le montage a déjà été réalisé par les infirmiers.

À l'arrivée du patient à 8 h 50, après une relève médicale et paramédicale et son transfert sur le plan dur, celui-ci est immédiatement conduit en salle de déchocage. Ses vêtements sont entièrement retirés et la prise des constantes retrouve : FC 130 bpm, PA 85/45 mmHg, SpO₂ 96 % sous masque à haute concentration 15 litres/min. Le patient est très agité. La

température est à 35,9 °C. L'HemoCue® est à 9 g/ dl. La FAST-écho met en évidence un épanchement intrapéritonéal, dans l'espace de Morrison et dans le cul-de-sac de Douglas. La radiographie thoracique et celle du bassin sont normales. En même temps qu'un équipement rapide (10 minutes) avec une voie veineuse centrale et un cathéter artériel fémoraleux droits est réalisé, une expansion volémique par un pack transfusionnel (deux CGR et deux PFC) est réalisée et de la noradrénaline est débutée à la posologie maximale de 1 mg/h. Devant l'agitation, le patient a été intubé en séquence rapide. Étant relativement stable au plan hémodynamique, il est transféré au scanner « corps entier » (body scanner) à 9 h 15. Celui-ci révèle une fracture de rate et une fracture hépatique qui seront toutes les deux artério-embolisées entre 9 h 30 et 9 h 45. Une splénectomie d'hémostase aura lieu après l'embolisation.

Cas clinique (En +) :

1. En rentrant de l'hôpital, vous êtes témoin d'un accident de la voie publique impliquant un véhicule léger et un véhicule deux-roues (scooter). Le scooter roulait à votre avis à 50 km/h et son conducteur a été projeté sur 3 à 4 mètres et se trouve désormais au milieu de la chaussée. Il porte un « casque jet ». Vous vous rendez à son chevet où vous constatez que la victime est consciente avec des pupilles normales. Il n'y a pas de signe de détresse respiratoire. Il vous donne son identité et vous dit avoir 21 ans.

Quels sont les bons réflexes à adopter et que devrait vous donner le régulateur du centre 15 que vous contactez sans plus attendre.

2. Un patient de 38 ans sans antécédent est victime d'une agression à l'arme blanche sur la voie publique. À l'arrivée du SMUR, il existe une plaie hémorragique du pli du coude à droite que les pompiers sont en train de comprimer. Ils vous témoignent d'une hémorragie extrêmement abondante. Les constantes vitales sont les suivantes : FC 120 bpm, PA 110/60 mmHg, FR 16 cycles/min, SpO2 98 % en air ambiant, Glasgow 15. Le reste de l'examen est sans particularité. Allez-vous demander aux pompiers de transférer la victime dans l'hôpital le plus proche en jugeant que ce transport ne doit pas forcément être médicalisé

Reponses :

1. Il faut dans un premier temps éviter le suraccident en signalant l'accident aux autres usagers de la route. Il ne faut surtout pas que le témoin se mette en danger en prenant en charge la ou les victimes. Il faut ensuite identifier la ou les victimes (ici il n'y en a qu'une) et rechercher un arrêt cardiaque d'emblée qui pourrait justifier le recours à une réanimation cardiopulmonaire (ici la victime n'est pas en arrêt cardiaque car elle est vigile et respire). En donnant au régulateur d'emblée les éléments de cinétique et la projection, selon les critères de Vittel, il identifiera le traumatisme comme sévère et dépêchera une équipe médicale du SMUR le plus rapidement possible sur place. Attention de ne pas retirer le casque ni mobiliser le patient (mise en péril de l'axe tête-cou-tronc). Les premiers secours (pompiers) réaliseront ces manœuvres en équipe et immobiliseront la victime dans les meilleures conditions. Vous pouvez en revanche éviter d'emblée la déplétion thermique en recouvrant la victime avec des couvertures ou des vêtements.

2. Non ! La victime doit être conditionnée mieux que cela. Il faut poser une VVP au membre supérieur controlatéral, assurer l'analgésie et considérer qu'il s'agit d'une hémorragie grave. La levée du pansement compressif fait par les pompiers permettra d'identifier un saignement d'origine artériel ou profus d'origine veineuse. Dans ce cadre, la mise en place d'un garrot à la racine du membre supérieur droit est obligatoire — en notant l'heure de pose (quantification du temps d'ischémie) et en transportant le plus rapidement possible le patient dans un hôpital muni d'un chirurgien compétent pour assurer l'hémostase. Un transport médicalisé est indispensable. L'équipe médicale receveuse et le chirurgien référent de cette prise en charge seront mis en alerte.