

Prise en charge initiale pré - hospitalière du polytraumatisé

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de la santé de la population ET de la réforme hospitalière

Direction de la Santé de la Population de la wilaya de Skikda

Etablissement Hospitalier ABDEREZAK BOUHARA de Skikda

Service D'Aide Médicale Urgente « SAMU 21 »

Contactez-Nous Aux :

038 705 555/038 706 868/038 706 969



5^{eme} Journées de
Formation Médicale
Continue Sur Les
Urgences

Skikda Le : 10/11/2016 à 13^h

À l'école paramédicale de Skikda

Thème :

CAT Devant:

- ***Un Traumatisme abdominal par arme blanche,***

Présenter Par **Docteur: MAROUANE BOUREGA** Médecin Chef
Service de Chirurgie générale de L'EH de Skikda

Docteur : MAROUANE BOUREGA

- Catastrophes naturelles (Séismes –Inondations)
- Décennie noire : Attentats à l'explosif
- Accidents industriels ...

Accidents du trafic routier : Fléau national

4500 Décès / année

70000 Blessés / année

STRATEGIE

1. Équipe de secours sur terrain
2. Régulation médicale
3. Continuité des soins équipe hospitalière

Importance de la qualité de la prise en charge pré hospitalière *50% DC 1ère Heure.*

L'Objectifs de l'évaluation de la gravité est de :

- Prédiction de la mortalité
- Triage (pré hospitalier / hospitalier)
- Prédiction du recours à mesure
- Diagnostique / thérapeutique



Les dysfonctionnements majeurs

Délai d'alerte et d'intervention est à améliorer

- Coordination insuffisante entre les différents acteurs
- Les premiers gestes de secourisme sont méconnus de la population
- Formation insuffisante sur les secours d'Urgence à prodiguer aux victimes sur site et durant le transport
- Réponse intra-hospitalière retardée.

Buts de la prise en charge

- 1. Correction Hématose**
- 2. Amélioration TaO₂**
- 3. Lutte contre A.C.S.O.S (T.C.G)**

Traitement des détresses vitales immédiates

- "A.B.C." Airway - Breathing – Circulation
 - LVAS
 - O₂ (masque hte concentration) ± VA si besoin
 - pansements compressifs (scalp)
 - Trendelenburg si choc hémorragique
 - Immobilisation rachis / collier cervical adapté
 - Immobilisation des fractures (analgésie / MEOPA)
- Prévention hypothermie (+++ jeune enfant)

Premiers gestes de mise en condition

Voie veineuse sûre, aseptie, gros calibre

- **Groupage sanguin + agglutinines**
- **Recharge volémique → PAS 100 Hg**

Intubation précoce

- **Si choc +++ ou CGS < 8**
- **Par voie oro trachéale si TC**
- **Après oxygénation**

Prévention de la coagulopathie du polytraumatisé

- Hémostase d'urgence +++

- Correction du choc - Réchauffement

CAR :Hémodilution (remplissage vasculaire) + Acidose + Hypothermie = Coagulopathie

Quelles catécholamines ?

- Noradrénaline en 1ère intention (0,5 à 5g/kg/min)
- Adrénaline (situation de sauvetage) (0,5 à 5g/kg/min)
- Noradrénaline dans le choc hémorragique-Ephédrine (Bolus de 15 mg)
 - Restaurer la pression artérielle (... mais pas trop !)
 - Assurer de meilleurs débit sanguins régionaux (... effets sur MOF ?)
 - Augmenter la survie (...oui mais des animaux !) Atteindre l'objectif de PAM avec un moindre remplissage
 - Mais elle doit être utilisé en corrigeant le volémie
 - Traiter la composante vasodilatatrice du choc hémorragique
 - Est la catécholamine de référence pour restaurer la PPC dans le traumatisme crânien grave
 - Peut être administrée en périphérie en extrahospitalier
 - Son absence d'effet chronotrope ni bathmotrope positif

Noradrénaline. Pourquoi ?

- Analogie TRT de la vasoplégie du choc septique
- Maintien PPC du traumatisé cranien
- Effet vasoconstricteur prédominant
- Faible effet tachycardisant et arythmogène
- Plus utilisée chez les blessés graves (SAMU)
- Experimentalement \nearrow Qc lors du choc hémorragique

Pantalon anti choc

- Autotransfusion interne
- Effet hémodynamique rapide
- Hémostatique sur les lésions pelviennes
- Aggravation des trauma crâniens
- Aggravation des trauma thoraciques

- Autotransfusion des hémothorax
- abandons drainés
- En situation de sauvetage
- Matériel pré-défini

L'autotransfusion exceptionnellement

Le traumatisme thoracique

1/3 des admissions en traumatologie

2 organes vitaux 1/4 des décès initiaux

- Détresse respiratoire ou circulatoire interférence traitement et diagnostic
- Intégration fréquente dans polytraumatisme hiérarchisation investigations et traitements
- Multitude d'atteintes possibles
 - Organes intra thoraciques *trachée, poumon, cœur, gros Vx, œsophage...*
 - Paroi côtes, sternum, plèvre, diaphragme, rachis, c. scapulaire...
 - Organes de proximité *rate, foie, reins, viscères, mœlle...* traumatisme thoracique dans 50% des décès
- Drainage pleural
- Thoracosomie Protection
- Immobilisation des fractures douleur, atteintes vasculo-nerveuses,
- Protection thermique ; retrait vêtements mouillés, couverture isotherme
 - Prévention des infections : asepsie des gestes, protection des plaies
 - antibioprophyllaxie : Staphylocoque et anaérobies

Le traumatisme crânien grave (TCG)

- Traumatisme crânien + G.C.S (3 à 8) -Son pronostic dépend de 02 types de lésions distinctes :
- Lésion cérébrale laire : **Damage physique du parenchyme cérébral (tissu et vaisseaux)** qui se produit pendant le traumatisme, par cisaillement ou compression du tissu cérébral environnant.
- Lésion cérébrale liaire : **Résultat d'un processus complexe, qui suit et complique la lésion** cérébrale primaire dans les heures et les jours qui suivent.

Buts réanimation des T.C.G

Stabilisation du patient, si encore instable

Prévention de l'hypertension intracrânienne

Maintien d'une pression de perfusion cérébrale (PPC)

adéquate et stable

$$PPC = PAM - PIC$$

Objectif : PAM > 90mmHg et PAS >120mmHg

-Prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémiques(ACSOS)

Gestes thérapeutiques complémentaires (3)

-Optimisation de l'oxygénation cérébrale

Prévention et TTT de l'HTIC



- Ventilation mécanique
- HyperVA modérée ® légère hypocapnie
- Proclive 30° si bon état hémodynamique
- Engagement cér. ® manitol 20% 0,5g.kg /20 min
- Sérum salé hypertonique ???
- Sédation:midazolam
- **ANALGÉSIE** : Immobilisation des fractures
- Antalgiques périphériques et AINS
Prodafalgan® ± Profénid®
- + Morphiniques en titration +++
Morphine, Fentanyl®, Sufenta® ± Kétamine ± Bloc crural

Soins et surveillance pendant le transport

- Haut risque d'instabilité hémodyn. et resp.
 - Prise en charge et transport aussi courts que possible: "Golden Hour"
 - Contrôle ventilation , capnie, spO2, PAnI
 - Prévention œdème cérébral
- Surveillance neurologique constante

Conclusion

Amélioration de la P.E.C = impact sur l'économie et le développement de la nation

La P.E.C pré hospitalière, la mise à niveau des urgences et des services de réanimation sont une obligation.

Volonté politique !!!!

