



المركز الإستشفائي الجامعي لوهراؤ
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ORAN


polytraumatisme

Dr A,Mebarki

Maitre-assistant chirurgie orthopédique et traumatologique CHUO



Definition:

- Le polytraumatisé est un blessé grave atteint de plusieurs lésions dont une au moins met en jeu de manière patente ou potentielle le pronostic vital.
- 



► En pratique

C'est sur le mécanisme de l'accident qu'il faudra considérer le patient comme potentiel polytraumatisé et le prendre en charge comme tel



Epidémiologie:

- 2eme cause de mortalité chez les jeunes (25-35ans)
- Forte prédominance masculine
- Sont pourvoyeurs de polytraumatisé: AVP, AT, TS
- La mortalité dans les premières heures est de 50%



Prise en charge:

- La prise en charge et l'évaluation de la gravité d'un polytraumatisé, va du ramassage à la réparation lésionnelle, doit être **précoce, rapide et de qualité**.
- Elle doit être **parfaitement codifiée**, faire l'objet de **protocoles précis**, être réalisée par des **équipes entraînées**.
- Tous ces éléments conditionnent le pronostic à court, à moyen et à long terme.

Prise en charge par le secouriste





PROTEGER	-baliser les lieux
ALERTER	-SAMU -police
SECOURIR	-mettre à l'abri -Libération VAS -Réanimation -Contrôle de l'hémorragie

Prise en charge par le SAMU



1/Savoir reconnaitre et traiter les urgences vitales

CARDIO CIRCULATOIRE	Paleur, marbrure, hypoTA, pouls filant, temps de recoloration CAT: O2,VVP,remplissage,contrôle des hemorragies externe, massage cardiaque, cathecolamines
RESPIRATOIRE	Agitation, poly ou bradypnee, cyanose , lutte, emphyseme, douleur thoracique CAT: liberation VAS, O2, drainage thx, IET
NEUROLOGIQUE	Etat de conscience(score de glasgow), reflexe photomoteur, mobilités



➤ Score de GLASGOW:

➤ Ouverture des yeux (4)

- Spontanée (4)
- A la demande (3)
- A la douleur (2)
- Aucune (1)

➤ Réponse verbale (5)

- Orientée (5)
- Confuse (4)
- Inappropriée (3)
- Incompréhensible (2)
- Aucune (1)

➤ Meilleure réponse motrice (6)


- Obéit à la demande verbale (6)
- Orientée à la douleur (5)
- Évitement non adapté (4)
- Décortication (flexion à la douleur) (3)
- Décérébration (extension à la douleur) (2)
- Aucune (1)

2/Savoir faire un bilan lésionnel rapide

L'évaluation de la gravité initiale sur les lieux du traumatisme repose sur l'analyse par le médecin de l'équipe mobile de réanimation (SMUR) :


- de la violence du traumatisme.
- de trois grandes fonctions vitales: neurologique, cardiovasculaire, respiratoire
- des lésions anatomiques immédiatement visibles.

On parle de gravité extrême si le score de Glasgow est à 3, la tension artérielle systolique inférieure à 60 mmHg ou imprenable, la SpO2 < 80 %, à la prise en charge,



3/Mise en conditions et transfert vers l'hôpital:

- oxygénation, VVP
- prévention contre l'hypothermie
- control de l'hémorragie
- mise en place de minerve + immobilisation de tt les foyers fracturaires
- lutter contre la douleur
- Désinfection des plaies et pansements
- surveillance

- 
- ▶ Au terme de cette évaluation initiale, on peut classer le polytraumatisé en trois catégories selon l'état hémodynamique, ce qui permet d'informer le service receveur et d'anticiper la stratégie de prise en charge hospitalière :
 - **catégorie 3** : polytraumatisé stable ou stabilisé après expansion volémique
 - **catégorie 2** : polytraumatisé stabilisé au prix d'une expansion volémique et qui redevient précaire à l'arrêt ou au ralentissement de l'expansion volémique
 - **catégorie 1** : persistance du collapsus cardiovasculaire malgré l'expansion volémique avec nécessité d'introduction de catécholamines type noradrénaline

prise en charge hospitalière:






1/compléter l'examen clinique

- Dès l'annonce de l'arrivée d'un polytraumatisé en milieu hospitalier, le médecin recevant l'appel doit mettre différents intervenants en pré-alerte : radiologue, chirurgiens, banque du sang,,,,,
- A l'admission, On doit réévaluer l'ensemble des mesures de réanimation mis en place lors de la phase préhospitalière. Il faut pratiquer un examen clinique rapide qui doit comprendre une évaluation de l'état hémodynamique, un examen neurologique, une auscultation thoracique, du rachis et des membres
- Mise sous surveillance scopique
- Vérification des voies veineuses et adjonction de voies supplémentaires ou d'un cathéter de gros diamètre
- - Vérification de l'état respiratoire
- - Vérification de l'identité et des vaccinations
- - Nettoyage des plaies



2/faire les examens complémentaires

- ▶ Le bilan paraclinique initial minimal comprend: une radiographie du thorax de face; une radiographie du bassin de face. une échographie abdominale; un doppler transcranien si possible en cas de traumatisme crânien grave (Glasgow < 8) à la recherche de signes d'hypertension intracrânienne; un bilan biologique, ECG
- ▶ boodyscanner
- ▶ **c'est l'état hémodynamique qui est la clé de la prise en charge et de l'orientation, sur la base des trois catégories**

- 
- **Patient de catégorie 1:** Collapsus persistant malgré remplissage voire utilisation de catécholamines

Hémorragie extériorisée de cause évidente → Bloc pour chirurgie de sauvetage sinon faire un bilan rapide

- **Patient de catégorie 2:** L'état du patient est stabilisé par les mesures symptomatiques de réanimation initiale.

Bilan standard pour localiser le saignement sinon dans les cas où l'origine du saignement semble difficile à trouver la TDM injectée

- **Patient de catégorie 3:** L'état hémodynamique du patient est stabilisé.

On réalise d'emblée un scanner corps entier avec injection de produit de contraste qui permet l'obtention d'un bilan rapide et précis.



3/hierarchisation de la PEC:

L'évaluation clinique initiale évalue l'indication d'une chirurgie immédiate et définit les priorités entre les différentes urgences.

1	Traitement des urgences vitales: Neuro/cardiocirculatoire/resp
2	Traitement des urgences fonctionnelles: Ischemie membre/rachis/fr ouverte/luxation
3	Traitement des autres lésions



Traumatisme cranio-facial

- L'atteinte cérébrale est fréquente chez le polytraumatisé. L'évaluation clinique de la gravité se fait par le score de Glasgow (un score < 8). Les facteurs scanographiques pronostiques majeurs sont: hémorragie extra-durale, l'œdème cérébral, l'hémorragie intraventriculaire
- Les traumatismes faciaux sont souvent traités dans le cadre d'une urgence différée. Les urgences maxillo-faciales sont les suivantes: l'hémorragie, qui va de l'épistaxis à l'hémorragie faciale diffuse, les traumatismes très délabrants (plaies par arme à feu), une plaie du globe.



Traumatisme abdominal

- ▶ Par ordre de fréquence, la rate est le viscère plein le plus fréquemment touché, puis le foie, le rein et le pancréas. Les traumatismes des organes creux sont rares au cours des traumatismes fermés, sauf dans le cadre de traumatismes sévères,

Traumatisme thoracique

- L'importance des lésions intrathoraciques n'est pas corrélée à la sévérité des atteintes pariétales éventuelles, faire bilan Rx à la recherche : fracture de côtes, fractures du sternum, pneumothorax, hémithorax, contusions pulmonaires, une lésion des gros vaisseaux intrathoraciques, une ruptures trachéobronchiques, les ruptures diaphragmatiques.
- Les critères habituels de mise en route d'une ventilation invasive sont **une FR supérieure à 35- 40/min, un état de choc, une hypoxémie inférieure à 60 mmHg sous O2 à haut débit, une hypercapnie ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$), une acidose ($\text{pH} < 7,2$)**
- Le drainage thoracique en extrême urgence (sans examen radiologique) doit rester exceptionnel



Traumatisme du rachis:

- Tout polytraumatisé est un traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire
- Ils posent de nombreux problèmes de prise en charge du fait des associations lésionnelles fréquentes.
- Leur prise en charge commence dès la phase pré-hospitalière par une mise en condition rigoureuse (minerve, matelas coquille, mobilisation en maintenant l'axe tête-cou-tronc). Elle se poursuit en milieu hospitalier par la réalisation systématique d'une TDM rachidienne. L'IRM est indiquée devant une atteinte médullaire sans lésion osseuse décelable

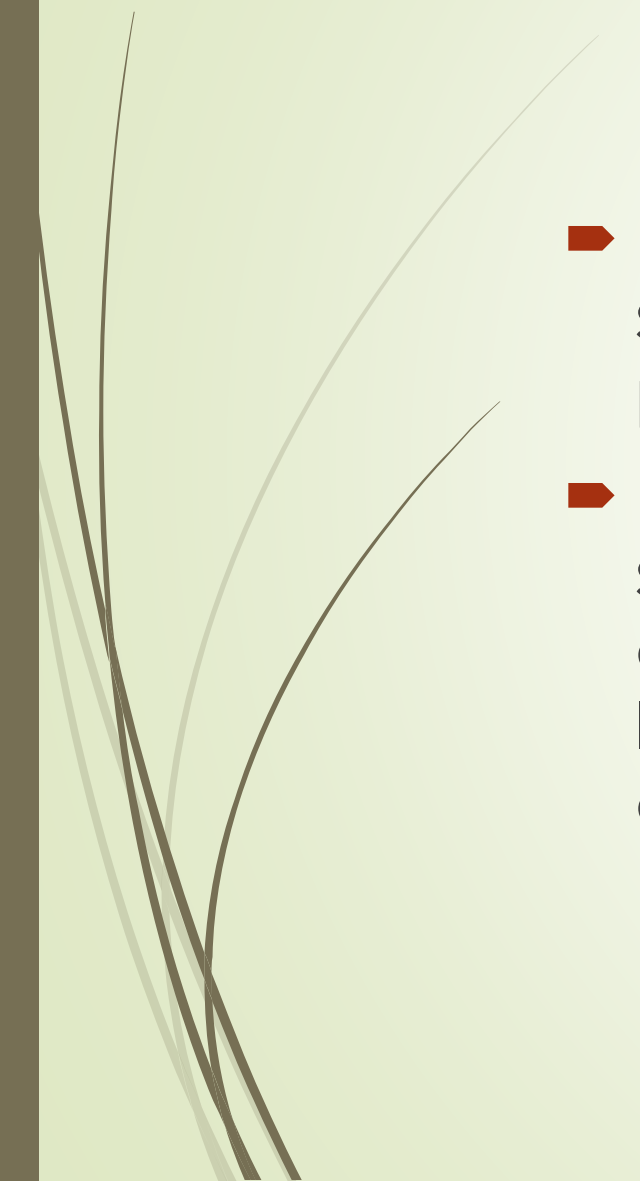


Traumatisme du bassin:

- ▶ Les lésions traumatiques du bassin résultent de traumatismes violents. La principale complication immédiate est le choc hémorragique, dont la fréquence est de 10 % de la totalité des traumatismes du bassin.
- ▶ Il faut rechercher des complications cutanéomuqueuses, des complications neurologiques, des complications urologiques (lésions urétrales, qui doivent faire contre-indiquer le sondage vésical et mettre en place un cathéter suprapubien)
- ▶ Pour l'évaluation initiale du bassin, une radiographie du bassin de face suffit. Le bilan précis des lésions osseuses sera obtenu par un scanner du bassin, rarement indispensable à la phase initiale.





Traumatisme des membres:

- La prise en charge des fractures des membres est le plus souvent secondaire dans la prise en charge d'un polytraumatisé.
 - Seules les fractures avec atteintes vasculonerveuses, syndrome de loges ou grand délabrement constituent des priorités thérapeutiques dans les 6 heures qui suivent l'accident. Pour les autres, l'immobilisation est la règle afin de réduire le risque d'embolie graisseuse.
- 



A retenir:

- Le polytraumatisé est un patient qui a souffert d'un traumatisme violent quelles que soient les lésions apparentes.
- La prise en charge d'un polytraumatisé doit être faite selon des protocoles préétablis à l'avance.
- En situation préhospitalière, l'évaluation de la gravité comporte l'analyse des trois grandes fonctions vitales : neurologique, circulatoire et respiratoire.

- 
- 
- L'hémorragie est la cause de la majorité des détresses circulatoires initiales.
 - En cas de traumatisme crânien, on doit débuter par la réalisation d'une imagerie cérébrale.
 - **Chez le polytraumatisé, la gravité des lésions se multiplie par potentialisation de leurs conséquences propres. Le risque est la sous estimation de la gravité des lésions**



➔ **Merci de votre attention**

