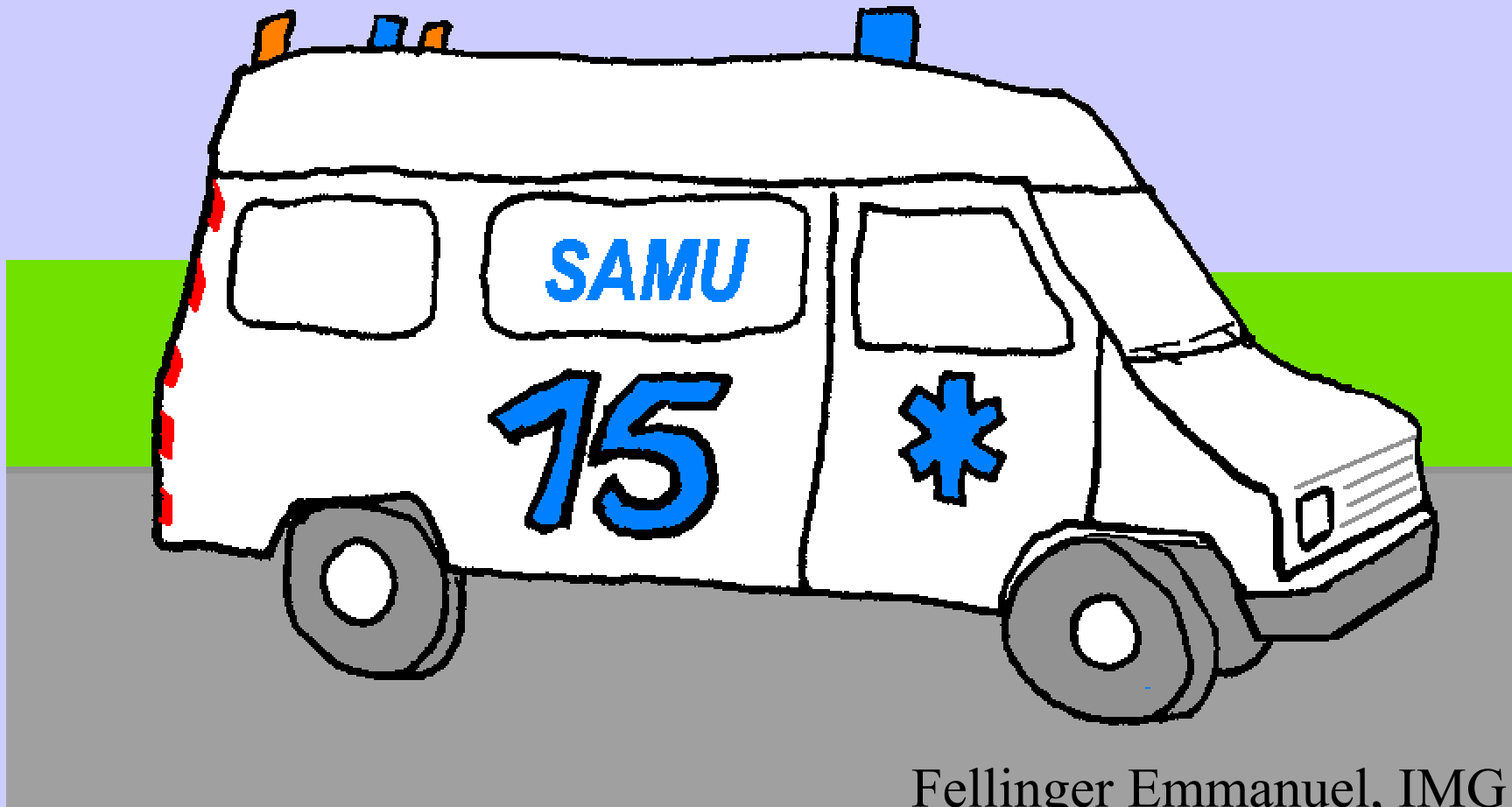


L'histoire de Madame Odile A, *des conséquences difficilement prévisibles...*



Fellinger Emmanuel, IMG1.
SAMU67, SMUR Strasbourg.

Madame Odile A...

- *Vendredi 16 novembre 2007, 19h 24min 49s*
(Ho): le CTA67 demande une régulation médicale pour un AVP à Saverne impliquant une piétonne contre une VL.
- =>VSAV Saverne engagé
- =>VL inf. engagée
- =>SMUR Saverne engagée.

Madame Odile A...

- **4 min plus tard, arrivée des secours:**
mécanisme supposé, choc à faible cinétique puis traumatisme abdominal par écrasement.
- patiente sur le dos sous la voiture.
Glasgow 15, Fc 86/min, PA 130/100, saturation imprenable.
- => collier cervical, oxygénothérapie, VVP de sécurité.
- => soulèvement de la voiture, (25 min).
- => plan dur, puis mise ds le VSAV.

- **Dans le VSAV, l'examen est rassurant:**
- *Neuro*: ps de déficit sensitivo-moteur, consciente et orientée.
- *Pleuro-pulmonaire*: Bonne saturation à 99%, sous 12L d'O2. Discrète hypoventilation en base gauche, FR à 20/min.
- *Abdo*: ps défense, ps de contracture, BHA +, ps de globe vésical, PS DE DOULEUR.
- *App.loco*: douleur à la palpation du rachis dorsal, plaie peu profonde du poignet gauche.
- **TTT**: titrage morphinique devant les douleurs dorsales.

Madame Odile A...

H+1, la patiente est emmenée au SAU de Saverne, devant le bilan clinique rassurant et la proximité de l'hôpital.

Madame Odile A...

- *H+2 au scanner....*
- appel des réanimateurs devant la **dégradation des fonctions vitales** de la patiente. Pâleur, détresse respiratoire, collapsus vasculaire.
- *Examen*: marbrures généralisées, turgescence jugulaire, hypoventilation du champ gauche, diurèse conservée (450cc la première heure), urines hématuriques.
- IOT+VM avant admission en réa.

Madame Odile A...

- **bodyscanner**: diagnostic de polytraumatisme
- => fracture ischio-pubienne avec hématome ds l'espace de Retzius D (latéro-vésical),
- => fractures des apophyses transverses droites de L3 à S1,
- => hématomes des espaces pararénaux inférieurs D et G,
- => Hémopneumothorax G, emphysème ss cut,
- => fractures costales droites et gauches multiples,
- => fracture du 1/3 sup. du sternum, ac hématome rétro-sternal.

Madame Odile A...

- *En réa...*
- Glasgow 5 sous sédation, PA 40/20, Fc 100/min, Sat 100%, Hb=5.6g/dL
- Remplissage massif par macromolécules, KT central, drain thoracique, introduction de drogues vasoactives (dobu.et nora.), transfusion de 4 CG.

Madame Odile A...

- **H+4**, décision de transfert médicalisé terrestre vers CHU de Haute-pierre pour prise en charge médico-chirurgicale.
- Patiente stable pendant le transfert, 3CG sont passés avant l'arrivée à Haute-pierre.

Madame Odile A...

- **H+5**, arrivée en Salle d'Accueil des Urgences Vitales vers 1 heure du matin. Puis transfert en réa.chir pour les suites de la prise en charge multi-disciplinaires.

Réflexions globales, a posteriori...

- Difficultés de l'examen clinique pré-hospitalier.
- Question de la bonne orientation initiale de cette patiente?
- Question des moyens utilisés?
- car....

Difficultés de l'examen?

- bruits extérieurs (moteur, voie publique),
- difficultés techniques (coquille, collier cervical, espace de travail).

Orientation initiale?

Cas particulier de la proximité de l'hôpital.

Sinon, toute suspicion de polytraumatisme doit être orientée de toute urgence vers une structure adaptée pouvant prendre en charge la réanimation éventuelle, la chirurgie lourde, et le traitement des lésions vasculaires.

Moyens utilisés?

- Possibilité du transport hélicoptéré primaire.

Conclusion

- L'examen clinique de la victime doit toujours être associé à la biomécanique des traumatismes.
- Dès que le traumatisme est considéré comme violent, la victime est polytraumatisée jusqu'à preuve du contraire.
- Tout polytraumatisé doit bénéficier d'une imagerie complète en grande urgence, avant d'être orienté vers une structure adaptée.



Merci...c'est fini.