



Le patient polytraumatisé

Quizz – Cas clinique

Pierre Bentzinger

Interne

SMUR de Strasbourg

pierre.bentzinger@gmail.com

28 Janvier 2010

1) Un patient **polytraumatisé** est un patient présentant...

- A. ... au moins une lésion, réelle ou suspectée, susceptible d'engager le pronostic vital
- B. ... au moins deux lésions, quelle que soit leur gravité
- C. ... au moins deux lésions, dont une au moins met en jeu le pronostic vital
- D. ... des lésions indénombrables

1) Un patient **polytraumatisé** est un patient présentant...

- A. ... au moins une lésion, réelle ou suspectée, susceptible d'engager le pronostic vital
- B. ... au moins deux lésions, quelle que soit leur gravité
- C. ... au moins deux lésions, dont une au moins met en jeu le pronostic vital
- D. ... des lésions indénombrables

1) Un patient **polytraumatisé** est un patient présentant...

- A. ... au moins une lésion, réelle ou suspectée, susceptible d'engager le pronostic vital
- B. ... au moins deux lésions, quelle que soit leur gravité
- C. ... au moins deux lésions, dont une au moins met en jeu le pronostic vital
- D. ... des lésions indénombrables

1) Un patient **polytraumatisé** est un patient présentant...

- A. ... au moins une lésion, réelle ou suspectée, susceptible d'engager le pronostic vital
- B. ... au moins deux lésions, quelle que soit leur gravité
- C. ... au moins deux lésions, dont une au moins met en jeu le pronostic vital
- D. ... des lésions indénombrables

1) Un patient **polytraumatisé** est un patient présentant...

- A. ... au moins une lésion, réelle ou suspectée, susceptible d'engager le pronostic vital
- B. ... au moins deux lésions, quelle que soit leur gravité
- C. ... au moins deux lésions, dont une au moins met en jeu le pronostic vital
- D. ... des lésions indénombrables

M. Paul „Ytraumatisé“, 28 ans

- Dimanche après-midi, 15h00: appel d'un témoin au CTA (18) : AVP à Schirmeck, VL seule, une seule victime, éjectée.
- Véhicule à l'état d'épave, probable haute cinétique
→ Le CTA envoie VSAV et VL inf, et alerte le CRRA (15), qui envoie une équipe SMUR (VLM)



VSAV (15h10):

- **Constantes :**

PA 112/56mmHg, Fc 115/min, SpO2 95% AA, Fr 18/min

- **Examen :**

Haleine oenolique

Agitation et confusion

Pupilles intermédiaires réactives

Pas de déficit moteur

Douleur abdominale intense du flanc gauche

Pas d'hémorragie extériorisée

2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

- A. Collier cervical
- B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap
- C. Traction axiale
- D. Le patient peut marcher avec aide



2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

A. Collier cervical

B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap

C. Traction axiale

D. Le patient peut marcher avec aide

2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

- A. Collier cervical
- B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap
- C. Traction axiale
- D. Le patient peut marcher avec aide

2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

- A. Collier cervical
- B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap
- C. Traction axiale
- D. Le patient peut marcher avec aide

2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

- A. Collier cervical
- B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap
- C. Traction axiale
- D. Le patient peut marcher avec aide

2) Comment se fait le transport dans le VSAV?

A. Collier cervical

B. Matelas coquille à dépression ou Backstrap

C. Traction axiale

D. Le patient peut marcher avec aide

... autre suggestion?



Il est installé dans le VSAV, conditionné par ISP :
2 VVP G16. O2 haut débit. Monitoring.
Mais 5 min plus tard...

Aggravation état neurologique :
n'ouvre plus les yeux même à la stimulation nociceptive
réponse verbale = propos incompréhensibles
« enroule » lors de la stimulation
pupilles intermédiaires isocores

PA 98/50mmHg, Fc 122/min, SpO2 91%, Fr 20/min

3) Quel est le score de Glasgow?

N'ouvre pas les yeux

Propos incompréhensibles

„Enroule“ à la stimulation nociceptive

A. Y1V1M1 = G3

B. Y1V2M1 = G4

C. Y2V1M2 = G5

D. Y1V2M2 = G5

3) Quel est le score de Glasgow?

N'ouvre pas les yeux

Propos incompréhensibles

„Enroule“ à la stimulation nociceptive

A. Y1V1M1 = G3

B. Y1V2M1 = G4

C. Y2V1M2 = G5

D. Y1V2M2 = G5

3) Quel est le score de Glasgow?

N'ouvre pas les yeux

Propos incompréhensibles

„Enroule“ à la stimulation nociceptive

A. Y1V1M1 = G3

B. Y1V2M1 = G4

C. Y2V1M2 = G5

D. Y1V2M2 = G5

3) Quel est le score de Glasgow?

N'ouvre pas les yeux

Propos incompréhensibles

„Enroule“ à la stimulation nociceptive

A. Y1V1M1 = G3

B. Y1V2M1 = G4

C. Y2V1M2 = G5

D. Y1V2M2 = G5

3) Quel est le score de Glasgow?

N'ouvre pas les yeux

Propos incompréhensibles

„Enroule“ à la stimulation nociceptive

A. Y1V1M1 = G3

B. Y1V2M1 = G4

C. Y2V1M2 = G5

D. Y1V2M2 = G5

SMUR sur place :

Indication de protection des voies aériennes
(car Glasgow ≤ 8)

Intubation oro-trachéale (I.S.R.)

Assistance ventilatoire (VAC $FiO_2=1$)

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

- A. Etomidate
- B. Sufenta
- C. Ketamine
- D. Hypnovel
- E. Célocurine

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

A. Etomidate

B. Sufenta

C. Ketamine

D. Hypnovel

E. Célocurine

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

A. Etomidate

B. Sufenta

C. Ketamine

D. Hypnovel

E. Célocurine

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

A. Etomidate

B. Sufenta

C. Ketamine

D. Hypnovel

E. Célocurine

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

A. Etomidate

B. Sufenta

C. Ketamine

D. Hypnovel

E. Célocurine

4) Quels agents anesthésiques d'induction choisiriez-vous?

A. Etomidate

B. Sufenta

C. Ketamine

D. Hypnovel

E. Célocurine (permet dans 100% des cas une visualisation de la glotte « bonne » ou « très bonne »)

Les voies aériennes sont sécurisées, les constantes stables.

Auscultation : fine diminution du MV à droite.

Mais 5 minutes plus tard...

Chute de la SpO₂ à 80%, TA 67/49mmHg, Fc 120/min, hémithorax droit immobile et silencieux, tympanique à la percussion. Pressions d'insufflation augmentées.

5) Que faites-vous? (une seule réponse)

- A. Catécholamines
- B. Drainage pleural droit en première intention
- C. Exsufflation à l'aiguille en première intention
- D. Remplissage vasculaire

5) Que faites-vous? (une seule réponse)

A. Catécholamines

B. Drainage pleural droit en première intention

C. Exsufflation à l'aiguille en première intention

D. Remplissage vasculaire

5) Que faites-vous? (une seule réponse)

A. Catécholamines

B. Drainage pleural droit en première intention

C. Exsufflation à l'aiguille en première intention

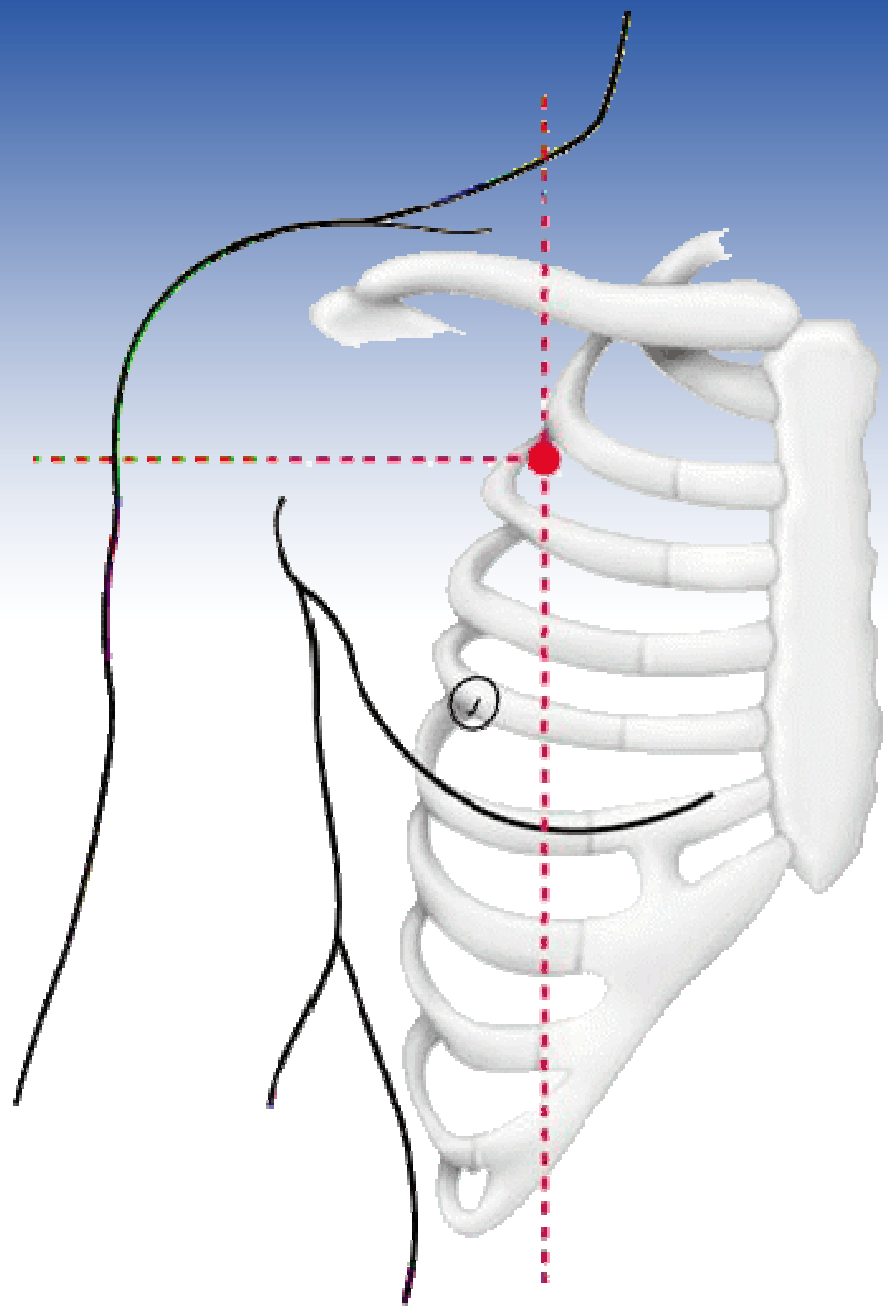
D. Remplissage vasculaire

5) Que faites-vous? (une seule réponse)

- A. Catécholamines
- B. Drainage pleural droit en première intention
- C. Exsufflation à l'aiguille en première intention
- D. Remplissage vasculaire

5) Que faites-vous? (une seule réponse)

- A. Catécholamines
- B. Drainage pleural droit en première intention
- C. Exsufflation à l'aiguille en première intention
- D. Remplissage vasculaire

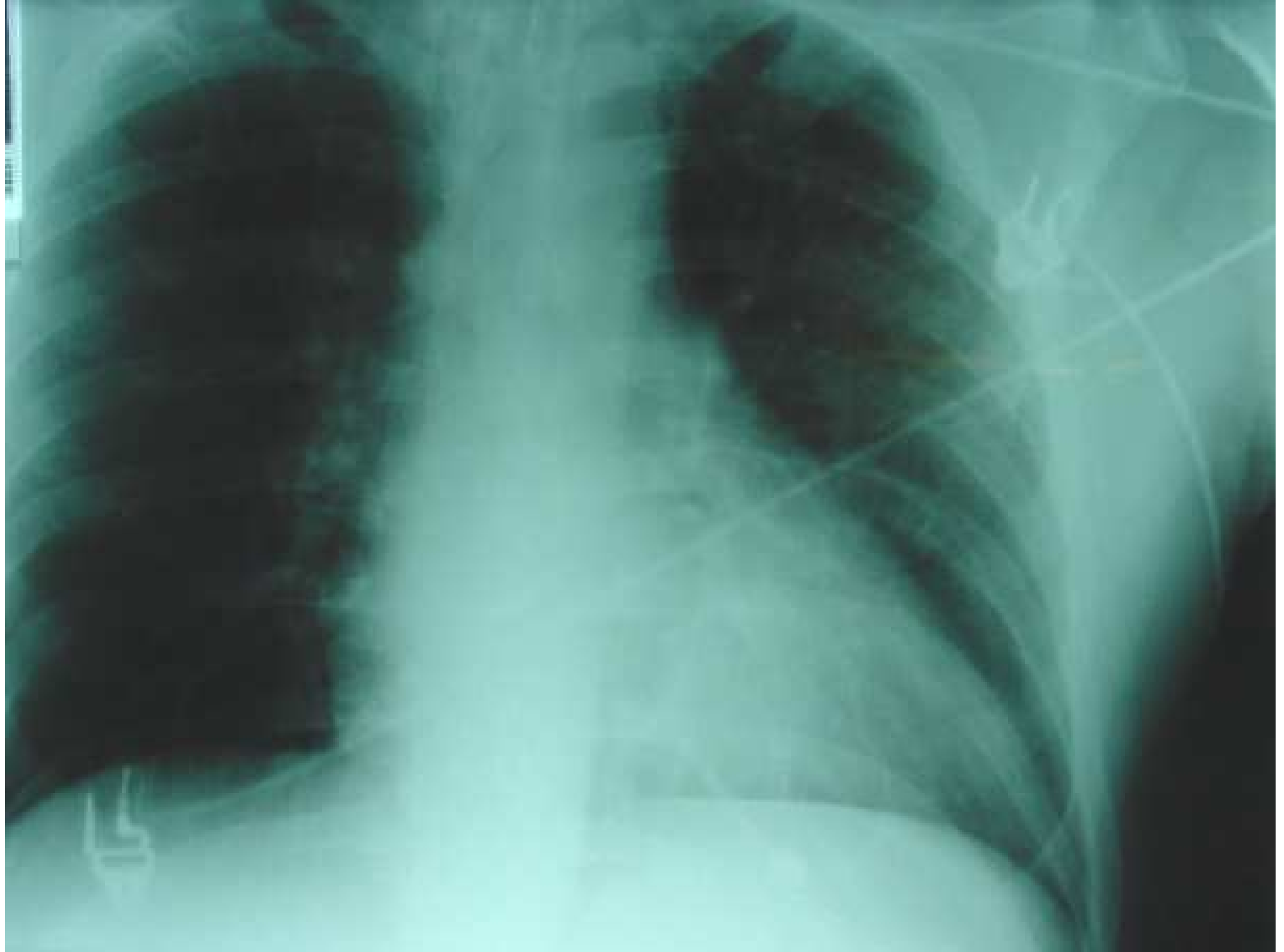


Drainage thoracique en pré-hospitalier :

- Controversé
- Recommandé en cas de pneumothorax compressif *après échec d'exsufflation*
- Pneumothorax chez un patient en ventilation contrôlée : environnement bruyant (hélicoptère), transport de longue durée en hypobarie (avion), défaut de surveillance (nombreuses victimes)
- Thorax soufflant
- Pas d'indication en pré-hospitalier chez le patient en ventilation spontanée

- Pélieu I, Clapson P, Debien B. Drainage pleural en traumatologie. Mapar 2008

- Waydhas C, Sauerland S. Resuscitation 2007;72:11-25



L'hémodynamique est rétablie, la SpO₂ à 99%.
Mais 5 min plus tard...

TA 76/52mmHg, Fc 52/min

SpO₂ 97% sous FiO₂ = 1

Abdomen tendu dans sa globalité

Anisocorie : mydriase gauche peu réactive

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

6) Soluté de remplissage de choix (une seule réponse)

A. G5%

B. Sérum physiologique

C. Ringer

D. Colloïde (Gélofusine/Voluven)

E. Soluté salé hypertonique / HyperHES

7) Autre thérapeutique possible?

A. Noradrénaline

B. Dobutamine

C. Adrénaline

D. Ponction lombaire décompressive

7) Autre thérapeutique possible?

A. Noradrénaline

B. Dobutamine

C. Adrénaline

D. Ponction lombaire décompressive

7) Autre thérapeutique possible?

A. Noradrénaline

B. Dobutamine

C. Adrénaline

D. Ponction lombaire décompressive

7) Autre thérapeutique possible?

A. Noradrénaline

B. Dobutamine

C. Adrénaline

D. Ponction lombaire décompressive

7) Autre thérapeutique possible?

A. Noradrénaline

B. Dobutamine

C. Adrénaline

D. Ponction lombaire décompressive

Sérums salés hypertoniques / HyperHES

- ▶ SSH en bolus **augmente la PA** dans le choc hémorragique

Pas de bénéfice prouvé sur la mortalité

Probablement bénéfique dans le choc cardiogénique non obstructif

- ▶ SSH en bolus ou perfusion, +/- colloïde, **diminue la PIC** dans les TC et les hémorragies subarachnoïdiennes

Pas de bénéfice prouvé sur la mortalité

- ▶ Pas d'effet indésirable significatif, mais paramètre peu étudié

Recommandation: doser Na dans les 6h, et attendre normalisation (4h) avant 2nde administration



Il arrive à la SAUV de Haute-pierre.

L'hémodynamique reste précaire.

8) Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous sans attendre?

A. Echographie abdominale (FAST-echo)

B. Radiographie de thorax

C. TDM Bodyscan

D. Radiographie bassin



**Paul arrive à la SAUV de Haute-pierre.
L'hémodynamique reste précaire.**

8) Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous sans attendre?

A. Echographie abdominale (FAST-echo)

B. Radiographie de thorax

C. TDM Bodyscan

D. Radiographie bassin

Paul arrive à la SAUV de Haute-pierre.

L'hémodynamique reste précaire..

8) Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous sans attendre?

A. Echographie abdominale (FAST-echo)

B. Radiographie de thorax

C. TDM Bodyscan

D. Radiographie bassin

**Paul arrive à la SAUV de Haute-pierre.
L'hémodynamique reste précaire..**

8) Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous sans attendre?

A. Echographie abdominale (FAST-echo)

B. Radiographie de thorax

C. TDM Bodyscan

D. Radiographie bassin

**Paul arrive à la SAUV de Haute-pierre.
L'hémodynamique reste précaire..**

8) Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous sans attendre?

A. Echographie abdominale (FAST-echo)

B. Radiographie de thorax

C. TDM Bodyscan

D. Radiographie bassin

„DAMAGE CONTROL“

- Diagnostic, conditionnement sommaire, stabilisation
- Gestes pré-hospitaliers seulement nécessaires
- Transport en SAUV
- ≠ Scoop & run !
- ≠ Stay & play !

