

# Le traumatisé grave aux urgences

44<sup>ème</sup> Rendez-vous de l'Urgence  
Jeudi 27 septembre 2018

---



Docteur Luc BILGER  
Service d'Accueil des Urgences de Strasbourg et SAMU 67

SAUV

**Grade A:** *instable despite resuscitation*

- Systolic arterial pressure < 90 mmHg despite the use of vasopressors and more than 1L crystalloid fluids and/or a pre-hospital blood transfusion
- SpO2 < 90% despite the use of mechanical ventilation or the use of facial mask with high-flow oxygen

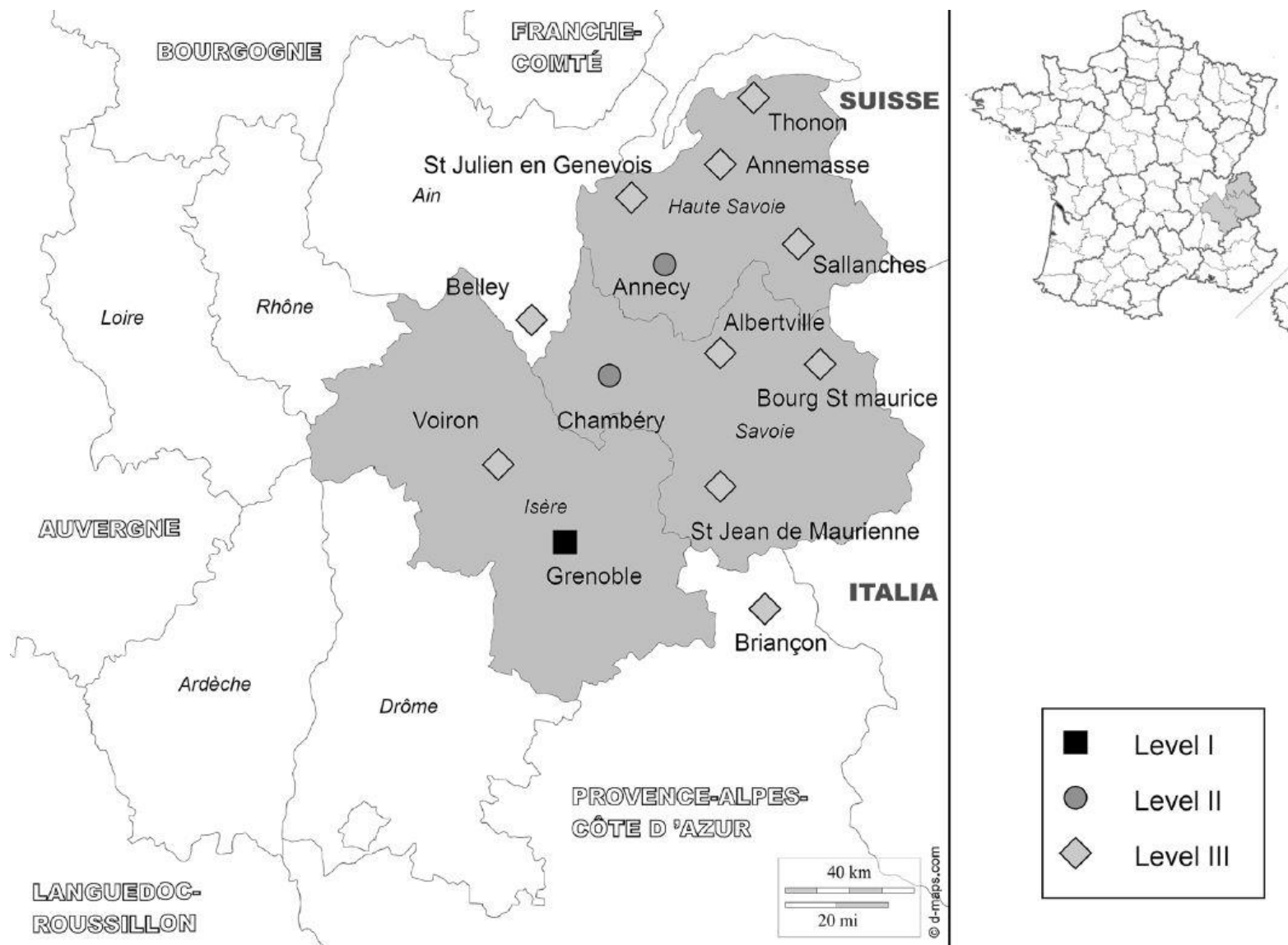
**Grade B:** *stabilized after prehospital resuscitation or anatomic criteria*

- Systolic arterial pressure > 90 mmHg or SpO2 > 90% after initial resuscitation
- Isolated traumatic brain injury GCS <13 or glasgow motor response score < 5
- Suspicion of spinal cord injury
- Multiple thoracic fractures and flail chest
- Severe pelvic trauma
- Penetrating injury
- Amputation or crushed limb

**Grade C:** *Stable with high-kinetic circumstances or medical history*

- Fall from more than 6 meters
- Ejected/Projected/Blasted victim
- Death in same passenger compartment
- Assessment of speed accident: vehicle deformation, no seat belt, no helmet
- Medical history: <5 yrs or > 65 yrs, pregnancy, coagulation disorders

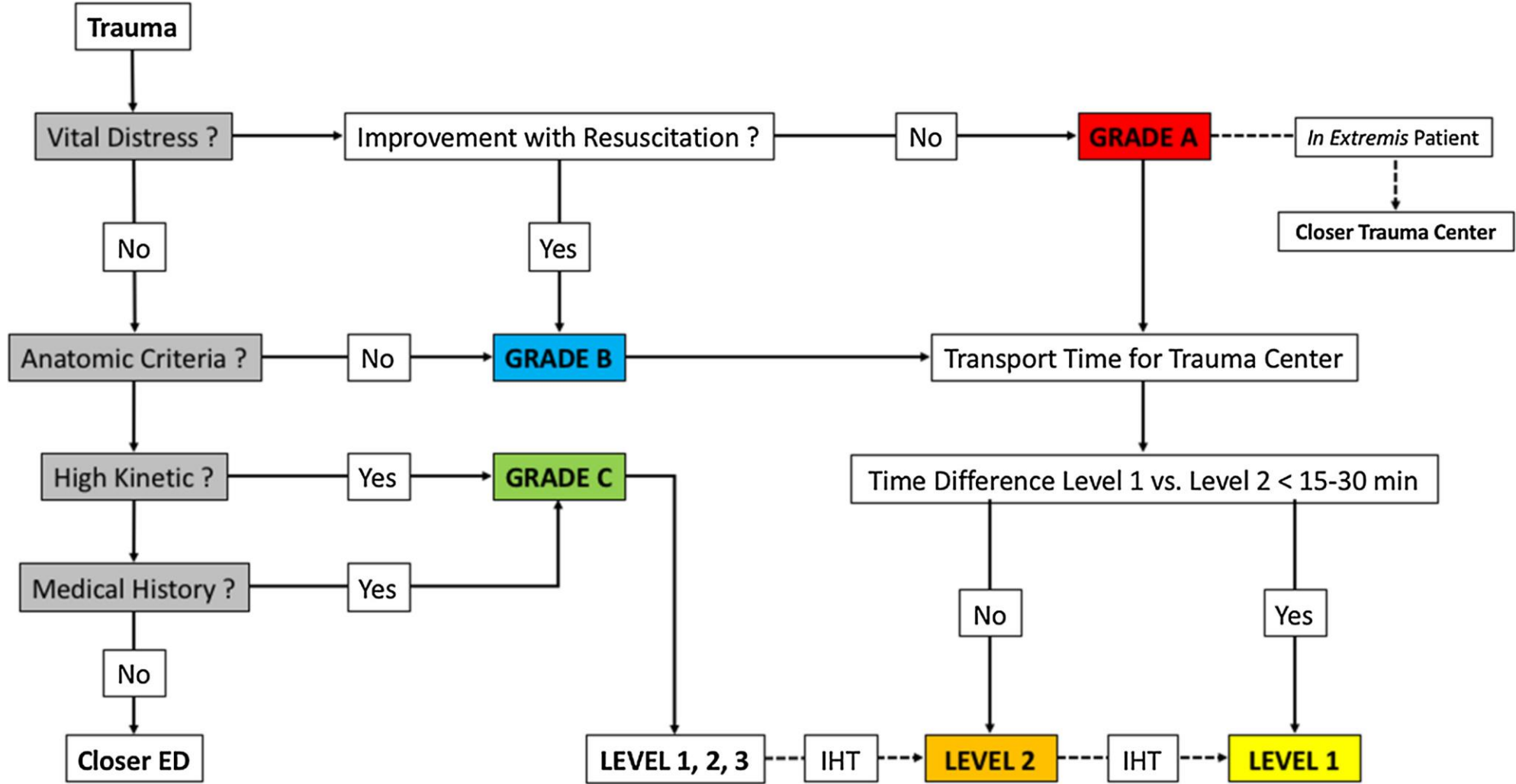
SAU

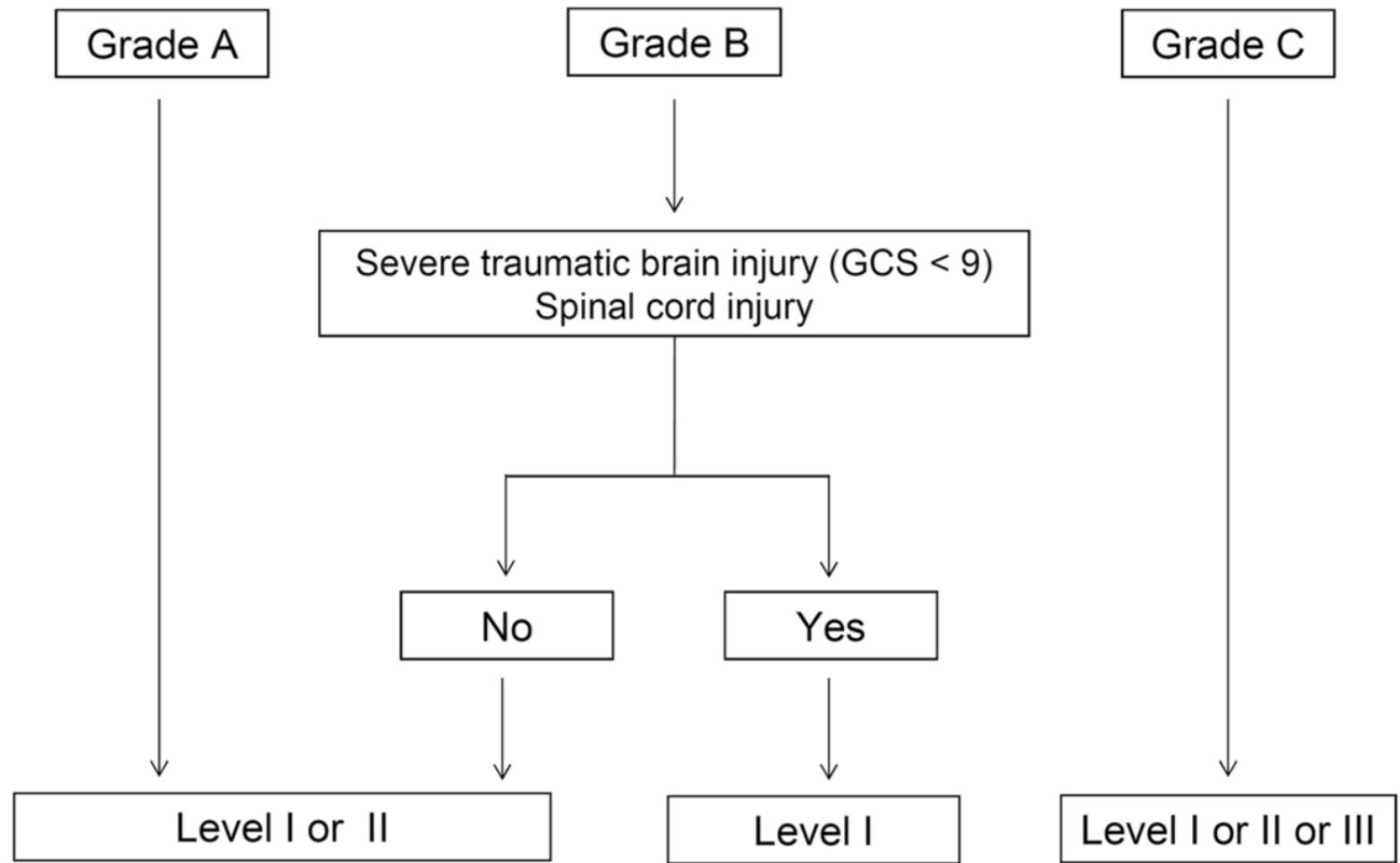


---

Level	Available resources
Level I	24/7: Emergency room, intensive care unit, all specialized surgeries, interventional radiology, mass transfusion
Level II	24/7: Emergency room, intensive care unit, general surgery, conventional radiology with CT scan, mass transfusion Level II-Embolization: standard level II with interventional radiology Level II-Neurosurgical: standard level II with neurosurgical facility
Level III	24/7: Emergency room and conventional radiology with CT scan

---





QUIZ

# Patient X, 50 ans

---

- AVP haute vitesse (120 km/h), ceinturé, choc frontal, passager décédé, hors secteur
- Examen SMUR rassurant:
  - TA normales
  - TC sans PCi, obnubilé
  - Thorax et bassin stable, douleur thoracique et abdominale
  - Fracture ouverte cheville droite
  - Clinique sans autre particularité

**Quel grade ? Quelle orientation ?**



CAS n°1

# Homme, 50a

---

- Accident bucheronnage, chute branche d'une hauteur de 10 mètres
- Bilan SMUR : **Grade C**
  - TC avec PCi 5 min, obnubilé
  - Douleur scapulaire G
  - Bassin stable, thorax non décrit, abdomen souple
  - HD stable, Sat 94% sous 4L
- Délai body-TDM : 1,5 heure
- Lactatémie 4,2

# Bilan lésionnel

---

- Hémopneumothorax gauche de faible abondance avec volet costal gauche (fractures bifocales de K5 à K10 gauches)
- HSD de la faux du cerveau (2 mm), HSA frontale droite
- Hématome intraparenchymateux et sous-capsulaire splénique (grade III selon AAST)  
Hémopéritoine de faible abondance
- Fracture du processus transverse gauche de D3 à D8. Fracture de l'épineuse de T3, T4, T5.  
Fracture arrachement de la masse latérale de C7 gauche
- **ISS = 41 et TRISS 8 %**

# PEC

---

- Transfert en réanimation chirurgicale à H4 ; VNI intermittente.
- Avis spécialisés :
  - NCH : pas d'indication OP
  - Rachis : pas d'indication OP
  - Thoracique : ostéosynthèse volet costal à J2.
- Transfert en SI de chirurgie thoracique à J1

CAS n°2

# Femme, 92a

---

- Chute escaliers, étiologie indéterminée, 20 marches
- Bilan SMUR : **Grade C**
  - TC avec PCi supposée, obnubilée
  - Trauma facial, trauma thoracique à thorax stable
  - Bassin stable, abdomen souple
  - HD stable, Sat 89% AA
- Délai body-TDM : 0,6 heure
- Lactatémie 0,8

# Bilan lésionnel

---

- HSA frontale bilatérale, HSD de la faux du cerveau, contusion occipitale droite
- Pneumothorax gauche millimétrique
- Fracture tassement du plateau supérieur de T6, L1 et L3
- Epanchement isolé dans le Douglas
- Fracture plancher orbite à droite et gauche  
Fracture parois postérieure, latérale et antérieure sinus maxillaire droit
- **ISS = 29 et TRISS 15%**

# PEC

---

- Transfert en UHCD à H8
- Avis spécialisés :
  - NCH : pas d'indication OP
  - Rachis : pas d'indication OP
  - Thoracique : pas de drainage
  - Maxillo : pas d'indication OP
- Transfert en médecine gériatrique à J5



# Réflexions

---

- **Evolutions positives :**
  - Accès privilégié aux examens d'imagerie et laboratoire
  - Equipements SAUV
  - Collaboration étroite et échanges réguliers avec réanimateurs
  - Overtriage<sup>1</sup> bénéficie au patient
  - RETEX

# Réflexions

---

- **Axes d'amélioration :**

- Gestion du conditionnement et potentielles complications (effectif constant)
- Procédure d'appel et de recours aux avis spécialisés
- Collaboration avec médecin régulateur et SMUR
- Cas du patient hors secteur sans UV ou PEC chirurgicale (travail en réseau)
- Aval : UHCD ? Soins intensifs ?

# Trauma base / Trauma system FR

---

- Création et organisation d'une trauma-base nationale et régionale
- Critères officiels concernant les centres de niveau I–III
- Programmes de certification et évaluation des performances
- Programmes de formations standardisés
- Amélioration survie et pronostic fonctionnel
- Rationalisation des dépenses
- Programmes de prévention

MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

