



## PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TRAUMATISME ABDOMINAL PENETRANT

### DEFINITION :

Plaie en regard de l'abdomen ou dans les territoires limitrophes

### DIAGNOSTIC :

Contexte : arme blanche, arme à feu, projectile, traumatisme, polytraumatisme

Douleurs spontanées, abdominales, pelviennes, lombaires, thoraco-abdominales ou génitales

Recherche de plaies, points d'entrée et de sortie (déshabillage, retournement), trajectoire estimée

Douleur à la palpation, défense, contracture, matité (viscère plein) ou tympanisme (viscère creux)

### Signes de gravité :

Localisation : aire cardiaque et hépatique, trajet des gros vaisseaux

Profondeur : effraction complète de la paroi avec ouverture du péritoine

Détresse hémodynamique : choc hémorragique, agitation, anxiété, soif, marbrures, peau froide, extrémités cyanosées, sueurs, TRC > 3 s, anémie aiguë (pâleur, décoloration conjonctivale, Hemocue®)

Détresse respiratoire, troubles de conscience

### PIEGES :

Méconnaître une plaie pénétrante

Toute plaie thoracique en dessous du 4<sup>ème</sup> espace intercostal potentiellement abdominale

Pression artérielle initialement conservée, FC normale ou basse (bêtabloquants)

### TRAITEMENT : Conditionnement le plus rapide possible

**Oxygénothérapie** : MHC QSP SpO<sub>2</sub> ≥ 95 %

**2 voies veineuses périphériques**, groupage, ACI, NFP, coagulation, Hemocue®

**Analésie** : **Perfalgan**® 1g + morphinomimétique (titration)

**Lutter contre le refroidissement** : couverture ± de survie, soustraction rapide au froid (VSAV)

Objectif tensionnel : **PAS = 80 mm Hg** si pas d'antécédent

**PAS = 120 mm Hg** si coronarien, TC grave ou traumatisé médullaire

**Discerner** les victimes « stabilisables » de celles pour lesquelles seule la chirurgie sera salvatrice

**Remplissage** au Blood Pump si besoin :

HEA jusqu'à 2000 ml dans un 1<sup>er</sup> temps, puis

**Noradrénaline** : PSE 8 mg / 48 ml, débiter à 0,5 mg / h,

**Poursuite du remplissage** par HEA jusqu'à 50 ml / kg, puis cristalloïdes si nécessaire

Si inefficace et / ou état de choc non contrôlé :

IOT / VC en O<sub>2</sub> pur sous ISR, pas de curares en entretien +++ (relâchement sangle abdominale)

Hémorragie active artérielle pariétale : hémostase par pince

**Anticiper la demande de transfusion sanguine** dans le service receveur, pré acheminement du groupage (2 prélèvements), discuter une transfusion préhospitalière **CGR O négatif** en fonction bénéfique / perte de temps

**Pantalon anti-choc** si disponible pour fractures du bassin, hémorragies intra abdominales, gonflage en pressions hautes MI **80 mm Hg**, abdomen **60 mm Hg** ou **ceinture abdominopelvienne**

Si éviscération : ne pas réintégrer les viscères, emballage humide, compresses abdominales stériles humidifiées par du sérum physiologique ± sac à grêle

Si plaie : protection par pansement occlusif avec compresses imbibées d'un antiseptique

Si agent pénétrant toujours en place : **ne pas tenter de le retirer**

### TRANSPORT :

**Surveillance** : paramètres vitaux, hémorragie extériorisée, réhumidifier régulièrement les viscères

**Position** : décubitus dorsal + pantalon anti-choc installé non gonflé en l'absence de détresse, gonflé en cas de choc hémorragique

**ORIENTATION** : déchocage (SAUV) si stabilisé, sinon bloc direct, si PA imprenable = sauvetage