



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TRAUMATISME ABDOMINAL FERME

DEFINITION :

Lésions intrapéritonéales d'organes pleins et / ou creux et / ou lésions rétropéritonéales consécutives à :

- un **choc direct** : accidents de circulation, accidents de sport, rixes ou agression, TS
- une **décélération** : accidents de circulation, chutes de lieux élevés
- une **explosion** : lésions de blast (lésions d'organes creux)

Lésions d'organes pleins les plus fréquentes, toutes étiologies confondues

Lésions d'organes creux souvent inaperçues

Lésions vasculaires plus rares, mais plus souvent fatales

Hématome rétropéritonéal souvent consécutif aux lésions du rachis et du bassin

DIAGNOSTIC :

Douleur abdominale et scapulaire, augmentation de volume de l'abdomen, défense, matité des flancs

Pâleur (conjonctives), soif, allongement du temps de recoloration cutané

Tachycardie, PAS d'abord maintenue avec pression différentielle pincée (choc compensé), puis effondrement de la PAS (choc décompensé)

Hémoglobine abaissée (Hemocue^o)

Signes de gravité :

Bradycardie, marbrures, obnubilation

PIEGES :

Aucun signe dans 50 % des cas, lésions d'organes creux souvent asymptomatiques dans les 1^{ères} h

Traumatismes associés parasitant l'examen clinique (traumatisme crânien, traumatisme rachidien)

Parfois bradycardie paradoxale

TRAITEMENT : Conditionnement le plus rapide possible

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO₂ ≥ 95 %

2 voies veineuses périphériques, groupage, ACI, NFP, coagulation, Hemocue[®]

Analgésie : **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^{er} 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 O₂ pur sous ISR, pas de curares en entretien +++ (relâchement sangle abdominale)

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**

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, hémoglobine, signes cliniques

Position : décubitus dorsal, proclive léger

ORIENTATION :

Déchocage (SAUV) si stabilisé, sinon bloc direct, si PA imprenable = sauvetage