



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TRAUMATISME SEVERE

DEFINITION :

Patient qui a souffert d'un traumatisme violent, quelles que soient les lésions apparentes

Trois niveau de déchocage après traitement adapté :

Niveau 1 : détresse non stabilisée avec PAS < 80 mm Hg et /ou GCS < 8 avec signes d'HTIC et / ou SpO₂ < 90% sous FiO₂=1

Niveau 2 : état précaire stabilisé après réanimation et / ou GCS < 8 sans signes d'HTIC

Niveau 3 : patient stable, mais > 1 critère de gravité de Vittel (cf. diagnostic)

DIAGNOSTIC :

Circonstances de survenue, environnement (fumées, brûlures, blast, CO, alcool)

Examen clinique de la tête aux pieds après déshabillage complet

Glasgow, pupilles, PAS / PAD, FC, FR, SpO₂ / Hemocue[®] / T°

Evaluer la gravité (1 critère de Vittel) :

- **clinique** : GCS < 13, PAS < 90 mm Hg, SpO₂ < 90%,
gravité extrême si **GCS = 3; PAS < 65 mm Hg; SpO₂ < 80% (ou imprenable)**
- **cinétique** : éjection, passager DCD, chute > 6 m, projection, écrasement, blast
- **anatomique** : traumatisme pénétrant, volet, brûlure, bassin, rachis, amputation au dessus du poignets ou de la cheville, ischémie aigue d'un mb
- **thérapeutique** : IOT / VC, remplissage > 1000 ml, amines
- **terrain** : âge > 65 ans, insuffisance cardiaque et / ou coronarienne, AAP et / ou AG, grossesse

TRAITEMENT : Conditionnement le plus rapide possible

The Golden Hour / Scoop and run / TSP (Tps sur place = Tps désincarcération + 30 min max)

Oxygénothérapie au MHC QSP SpO₂ > 92%

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

Analgésie : Perfalgan[®] 1 g + morphinomimétique

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

- Objectifs: **PAS > 80 - 90 mm Hg** ou **PAM > 50 - 60 mm Hg, SpO₂ > 92%**
PAS > 120 mm Hg ou **PAM > 90 mm Hg** si TC grave associé

Remplissage vasculaire :

NaCl 9 % pour le 1^{er} litre, puis **HEA 50 ml / kg max** ou **d'emblée si PAM < 50 - 60 mm Hg**

Immobilisation : collier cervical / rectitude tête-cou-tronc, attelles sur mb fracturés, coquille,

Ked ou planche pour les suspicions de rachis

IOT / VC d'indication large (choc non contrôlé, GCS < 8, trauma facial), ISR

Suspicion bassin hémorragique: contention externe précoce par **ceinture abdominopelvienne** (VS ou VC) ou **pantalon anti-choc** (uniquement en VC)

Thorax : exsufflation / drainage d'un PNO suffocant, drainage d'un hémothorax si mal toléré

Contrôle des hémorragies extériorisées : points d'hémostase sur le scalp, sonde de tamponnement à épistaxis, pansement compressif, hémostase à la pince, PAC sur délabrement des MI, voire garrot

Discuter l'intérêt d'une transfusion de CGR O négatif en préhospitalier :

Si Hb < 7 g / 100 ml et si désincarcération longue

et / ou délai transport important > délai d'acheminement du sang (intérêt de l'hélico)

TRANSPORT :

Privilégier l'hélicoptère si instabilité hémodynamiques et/ou distance

importante **Surveillance** : PAM, FC, FR, SpO₂, GCS, pupilles **Position** : décubitus dorsal strict

ORIENTATION : Déchocage (SAUV) : annoncer le niveau (1, 2, 3)