



CHOC HEMORRAGIQUE

Contexte

Triade létale =
Coagulopathie+ Acidose + Hypothermie

- Hypotension = PAS ≤ 90 mmHg
- Si hypotension + tachycardie > 120/min. + confusion = pertes sanguines 1500 ml soit 30% volémie
- Contrôler les hémorragies extériorisées

Objectifs ↓ initiaux

SANS Trauma Crâne/Moelle	AVEC Trauma Crâne/Moelle
PAS > 80mmHg	PAS > 120mmHg
PAM > 60mmHg	PAM > 80mmHg
Hb 7-9g/dl	Hb 10g/dl
Plaquettes >50G/l	Plaquettes >100G/l

CAT → initiale

- 1. Correction de l'hypoperfusion (acidose)**
 - Remplissage vasculaire 1000 ml (en 1^{ère} intention : solutés balancés et gélatine) HEA 500ml si catégorie 1 (Nîmes) en l'attente des CGR
 - Noradrénaline, d'emblée si PAD < 40 mmHg
 - Transfusion : Ratio CGR/PFC 2/1 (sauf transf. massive > 10 CGR : ratio 1/1)
- 2. Correction de la coagulopathie**
 - 1 CPA (Culot Plaquet. d'Aphérèse) après 4 CGR (adapter selon les contrôles)
 - Fibrinogène 3g (50mg/kg)
 - Acide Tranexamique 1g/10 min. puis 1g sur 8h (sauf si hémorragie > 3h)
 - CaCl 1g en 15 min pour 3 CGR et/ou 2 PFC
 - Antagonisation des anticoagulants
 - o AVK → CPP (Conc. Complexes Prothrombiques) 25 U/kg + vit K 10 mg
 - o AOD → CPP (Conc. Complexes Prothrombiques) 50 U/kg
 - Facteur VII : 200mg/kg, si échec d'hémostase et coagulopathie corrigée
- 3. Lutte contre l'hypothermie** : Couverture chauffante + solutés chauffés

TRAUMA THORACIQUE

Traumatismes ouverts ou fermés du thorax (dont les plaies pénétrantes, à l'exclusion de l'aire cardiaque)
→ FAST écho puis (si stable)
→ TDM injecté

Plaie de l'aire cardiaque : après FAST écho, si instable → réévaluer pour Bloc op. sans TDM

Lésion des gros vaisseaux (médiastin élargi dans 90% des cas et fracture de la 1^{ère} ou 2nd côte)
→ rupture isthme Ao stable = pas de drainage
→ **Thoracotomie d'hémostase** (toujours après drainage)
- à faire si instabilité hémodynamique
- et drain 1500ml d'emblée ou > 150ml/h sur 3h
- et/ou pneumothorax non ventilable

TRAUMA PELVIEN

Principale complication = Choc hémorragique sur hématome rétro péritonéal
Saignement veineux 90% et artériel 10%

- **Hémostase précoce** (Tile B et C) par
 - fixation précoce nécessaire : ceinture pelvienne (à positionner au niveau des grands trochanters)
 - artério-embolisation première
 - discussion chir. : fixateur externe vs interne
- **Autres éléments de la prise en charge**
 - Pas de sondage vésical chez l'homme car risque lésions des voies urinaires
 - Examen périnéal et touchers pelviens : recherche de lésion en faveur d'une fracture ouverte

Tile A : Antérieure pure
Rupture de l'anneau pelvien en un seul point **Stable**

Tile B : Antéro-postérieure partielle
B1 « open book » = Ouverte par compression ou **B2** = Fermée par compression latérale
Instabilité horizontale

Tile C : Cisaillement
Lésions ant. et post. complète
Instabilité verticale

FAST Focused Assessment Sonography Trauma

PNO ?
2 et/ou 3 + = NON (VPN 100%)
4 + = OUI (VPP 100%)

Doppler TC si indiqué

TRAUMA CRANIEN

Principes de prise en charge du traumatisé crânien (TC)

- 1. Bilan neurologique et lésionnel** = examen clinique + TDM
- 2. Recherche de lésions associées** = il faut considérer tout TC comme ayant un trauma cervical associé jusqu'à preuve du contraire (minerve) – TDM corps entier si polytraumatisme
- 3. Prévention des ACSOS** Agressions Cérébrales Secondaires d'Origine Systémique : voir ci-dessous
- 4. Traitement de l'hypertension intracrânienne (HTIC)** (principaux arguments cliniques : aggravation neurologique, mydriase, convulsions, instabilité hémodynamique)
 - En l'absence d'instabilité hémodynamique : Mannitol 20% 3ml/kg en 15min. à renouveler une fois si besoin
 - En cas d'instabilité hémodynamique majeure : Sérum salé hypertonique 7,5% 2ml/kg en 15min (Osmolarité max. 320mosm/l, Natrémie max. 150mmol/l)
 - si HTIC réfractaire malgré la prise en charge initiale : Approfondir la sédation – Barbituriques (Pentotal) : bolus 1mg/kg, voire Hyperventilation modéré EtCO₂ 30 mmHg – Discussion médico-chirurgicale : soustraction de LCR – Volet de décompression

Prévention des ACSOS

- Normoxie et Normocapnie 38-42 mmHg
- Tension artérielle conservée (PAM > 80 mmHg)
- Normoglycémie
- Normothermie 36°C ± 1
- Correction de l'anémie (Hte > 30%)
- Tête dans l'axe, surélevée 20° (sauf lésion associée du rachis cervical)

Doppler transcârien en faveur d'une HTIC
IP > 1,3 et Vitesse diastolique (Vd) < 25 cm/s

TRAUMA MEMBRES

Premières mesures

- **Réalignement de membre**
- **Garrot si hémorragie** non contrôlée (gonflé à 250mmHg avec note de l'heure de pose)
- **Antibioprophylaxie** pour toute plaie significative et/ou fracture ouverte = Amox/Clav 2g (si allergie : clindamycine 600mg + gentamicine 5mg/kg) – durée max. 48h
- Luxation du genou = 80% de dissection poplitée = angio TDM

NB : si TDM corps entier, faire les coupes des articulations à opérer (coude, épaule, hanche, genou)

Classification de Cauchoix et Duparc

Type I : plaie punctiforme ou linéaire simple sans décollement ni contusion
→ Suture directe possible sans tension

Type II : Plaie contuse ou décollée
→ Suture directe possible mais risque de nécrose 2^{aire}

Type III : perte de substance cutanée non suturable, os exposé
→ Chirurgie de couverture