

POLYTRAUMATISÉ



Dr . H . AMIRAT Pr : N.SOUILAH
Service des urgences chirurgicales

drhamzaamirat@yahoo.com



<https://www.facebook.com/EmergencyDepartmentCHUANNABA>

Année 2019-2020

Plan :

I- Définition

II- Intérêt de la question

III- Circonstances et mécanisme de survenu

IV- Physiopathologie.

V- Prise en charge :

A- La phase pré-hospitalière :

B -L'arrivé du traumatisé :

C -Bilan lésionnel primaire :

D -Bilan lésionnel secondaire :

E -Bilan tertiaire.

Conclusion

Définition + Nosologie

- « Trillat et Patel »:
 - ❖ le polytraumatisé comme étant un **blessé** qui présente au moins \geq **deux lésions traumatiques** dont une au moins entraîne une perturbation majeure de la fonction respiratoire ou circulatoire.
- Le poly-blessé : patient ayant au moins deux lésions traumatiques.
- Le poly-fracturé : blessé ayant au moins deux fractures intéressant des fragments anatomiques différents.
- Le blessé grave : est un patient qui présente une seule lésion traumatique grave entraînant une perturbation majeure des fonctions vitales.

Intérêt de la question :

- La traumatologie = problème majeur de santé publique.
- Le traumatisme constitue la 4eme cause de mortalité tout âges confondus.

L'évaluation de la gravité est un élément important de la prise en charge initiale des polytraumatisés.

La nécessité d'un bilan lésionnel complet et rapide rend souhaitable la prise en charge des polytraumatisés.

Circonstances et mécanismes de survenue :

- *En pratique civile:*

- les accidents de la voie publique
- les accidents du travail
- les défenestrations



- ❖ Il s'agit de traumatismes à haute énergie cinétique.
- ❖ Les lésions sont liées aux chocs directs et à la décélération.

- *Lors des conflits armés:*

- les accidents de véhicules
- les agents vulnérants de guerre: les balles de fusils d'assaut, les éclats d'engins explosifs => blasts ou brûlures qui compliquent souvent la PEC.

Physiopathologie : (1/5)

- Associations lésionnelles possibles :
 - lésions cranio-cérébrales
 - thoraciques,
 - abdomino-pelviennes
 - rachidiennes
 - périphériques.
- Ces lésions entraînent des répercussions sur les fonctions vitales.
- Dans premières minute = l'hémorragie et l'hypoxie => tuent les blessés.
- Ensuite les problèmes septiques, respiratoires, neurologiques et rénaux.

Physiopathologie : (2/5)

- Conséquences physiopathologiques :

- Détresse respiratoire.
- Détresse circulatoire.
- Détressé neurologique

Physiopathologie : (3/5)

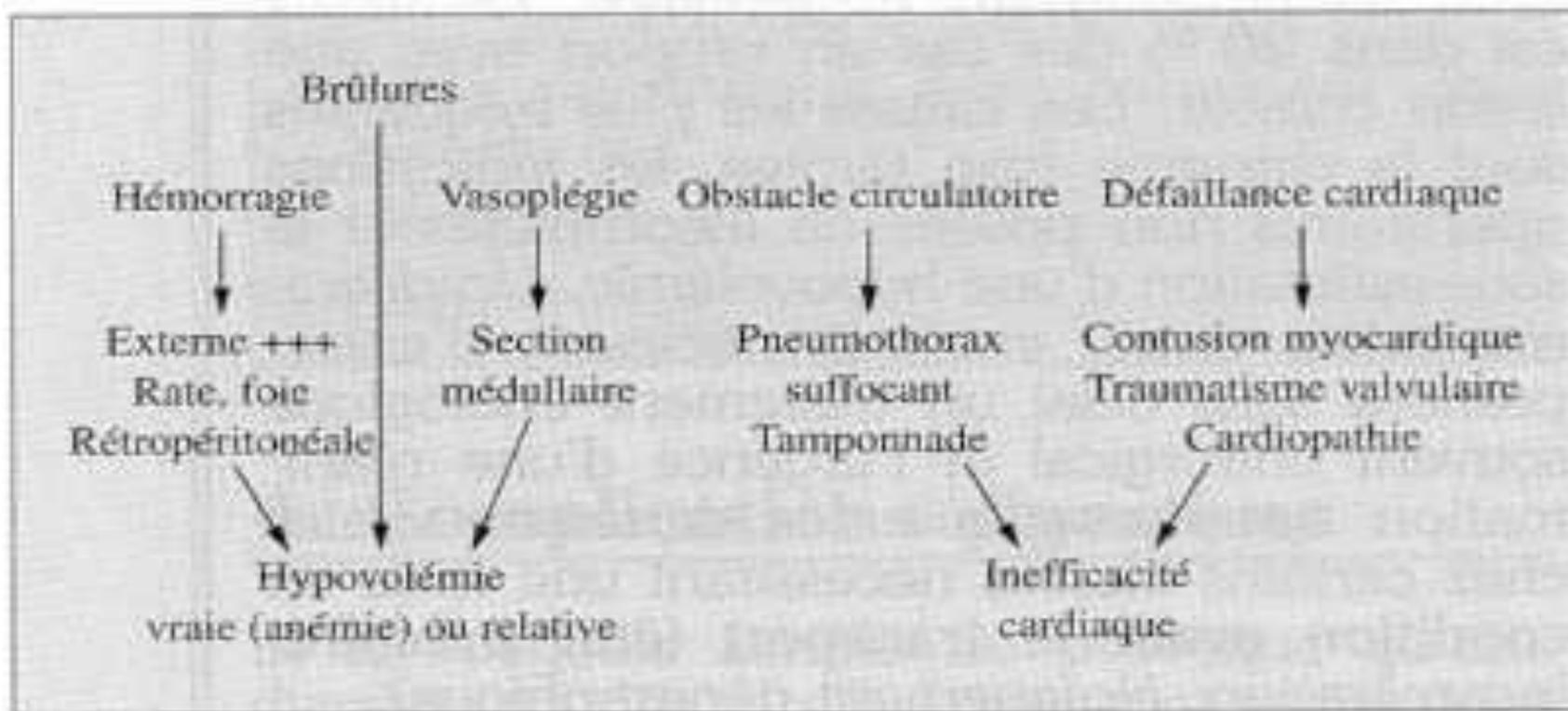


Figure n° 2. Principaux mécanismes des détresses hémodynamiques.

Physiopathologie : (4/5)

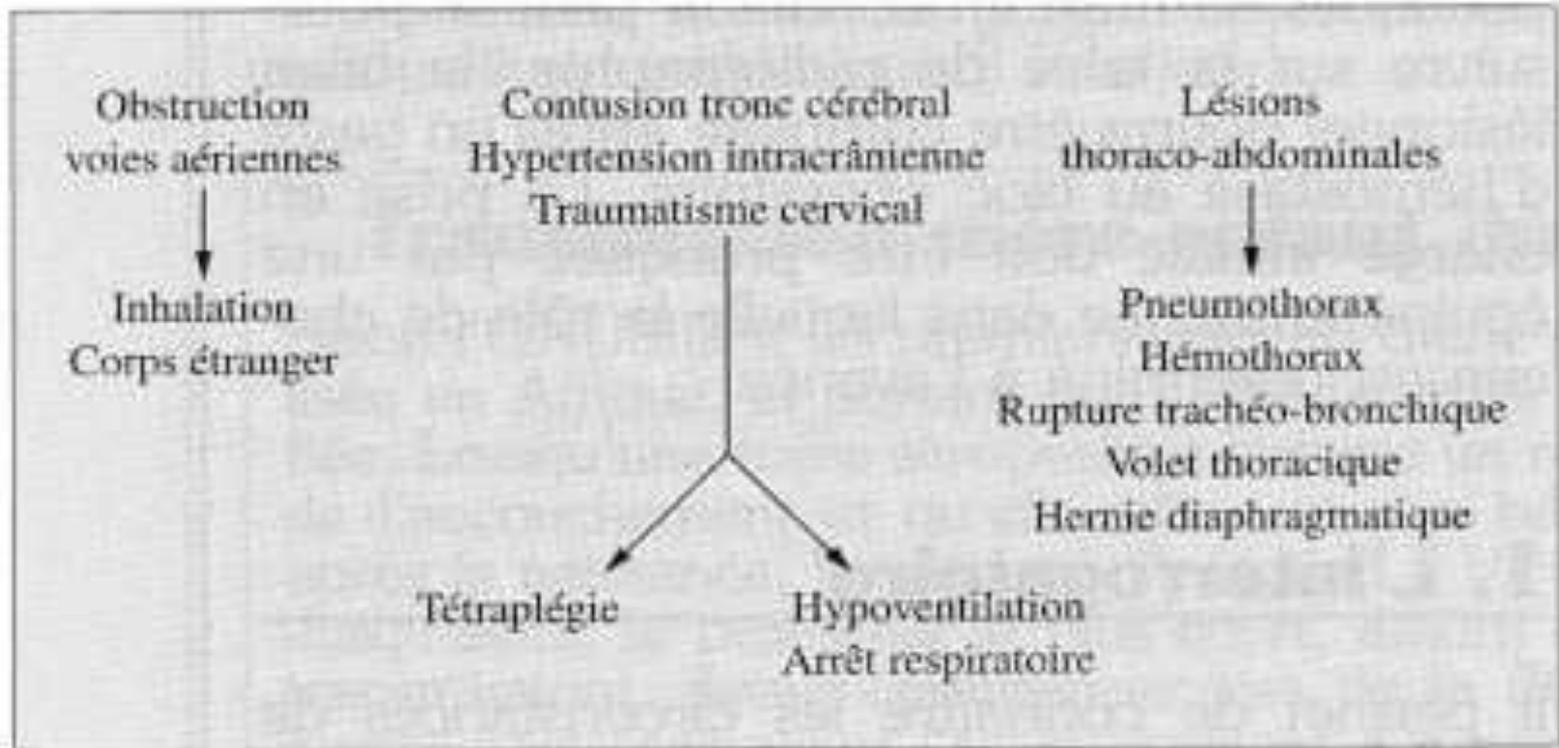


Figure n° 3. Principaux mécanismes des détresses respiratoires.

Physiopathologie : (5/5)

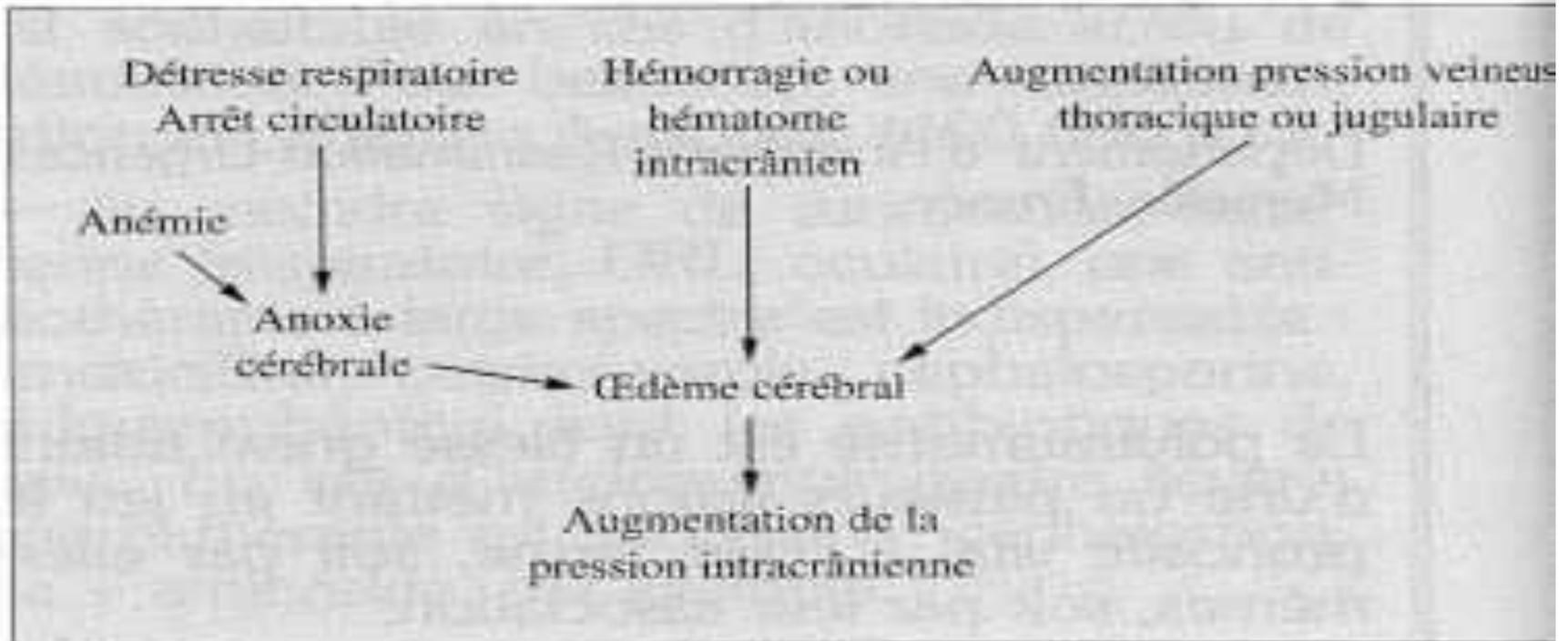


Figure n° 4. Principaux mécanismes des détresses neurologiques.

La prise en charge du polytraumatisé :

A - La phase pré-hospitalière :

A-1- Relevage et transport :



- Le traitement initial doit être commencé sur le lieu de l'accident.
- Le ramassage est effectué par des « manœuvres de brancardage »
- Respectant l'axe tête-cou-thorax sans traction axiale après MEP d'un collier cervical.
- Pendant le transport =>soins poursuivis.
- La sédation et l'analgésie =>instaurées
- une immobilisation temporaire des foyers fracturés + protection thermique =>assurée.

La prise en charge du polytraumatisé :

A - La phase pré-hospitalière : A-1- Relevage et transport :

Les premiers soins assurés par l'équipe médicale sur le lieu de l'accident :

- S'assurer de la liberté des VAS.
- Oxygénothérapie sur le malade est en détresse respiratoire.
- Abord veineux solide (remplissage).
- Gets d'hémostase (pansements compressifs, suture)
- Couvrir le malade.
- Evaluer le score de Glasgow + état des pupilles et reflex oculomoteur.

| SCORE DE GLASGOW | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Ouverture des yeux : | Meilleure réponse verbale : | Meilleure réponse motrice : |
| — spontanée : 4 | — orientée : 5 | — obéit aux ordres : 6 |
| — à la demande : 3 | — confuse : 4 | — localise la douleur : 5 |
| — à la douleur : 2 | — inappropriée : 3 | — évitement non adapté : 4 |
| — aucune : 1 | — incompréhensible : 2 | — flexion à la douleur : 3 |
| | — aucune : 1 | — extension à la douleur : 2 |
| | | — aucune : 1 |

La prise en charge du polytraumatisé :

A - La phase pré-hospitalière : A Evaluation de la gravité :

1 Critère de Vittel = traumatisé grave

| | |
|---------------------------------|--|
| Examen initial du patient | Glasgow < 13 SaO ₂ < 90% Pression artérielle systolique < 90 mmHg |
| Circonstances de l'accident | Victime éjectée – projetée - écrasée Décès dans l'accident Chute > 6m – explosions - blast |
| Prise en charge préhospitalière | Ventilation assistée Remplissage > 1000 mL Catécholamines |
| Lésions observées ou suspectées | Trauma pénétrant – volet thoracique – trauma bassin Amputation de membre – ischémie aiguë de membre Brûlure – suspicion de lésion médullaire |
| Caractéristiques du patient | Age > 65 ans Grossesse au 2ème et 3ème trimestre Tares associées |

La prise en charge du polytraumatisé :

A - La phase pré-hospitalière : A-2- Evaluation de la gravité :

Règles simples :

Les caractéristiques principales d'un traumatisé peuvent être résumés ainsi :

- La gravité des lésions ne s'additionne pas mais se multiplie, par potentialisation de leurs conséquences respectives.*
- La sous-estimation de la gravité des lésions est un piège mortel.*
- L'oubli de certaines lésions traumatiques peut avoir des conséquences vitales ou fonctionnelles dramatiques.*
- Le temps perdu ne se rattrape pas (golden hour).*
- Les solutions thérapeutiques rendues nécessaires par certaines lésions peuvent être contradictoires impliquant des choix stratégiques difficiles.*

La prise en charge du polytraumatisé :

B – L'arrivée du traumatisé: B-1- Accueil :

- La prise en charge se fait en salle de déchoquage.
- Le relais de l'équipe pré-hospitalière a lieu après:
 - ✓ transmission des bilans
 - ✓ transfert du blessé sur brancard en maintenant l'axe tête-cou-tronc sous traction axiale.
- C'est au moment de l'accueil qu'une décision importante doit être prise :
 - ✓ *Conduire directement le patient au bloc si l'état hémodynamique est critique et la lésion causale est évidente.*
 - ✓ *Bilan lésionnel et réanimation initiale pour les traumatismes fermés.*

La prise en charge du polytraumatisé :

B – L'arrivée du traumatisé: B-1- Accueil :

- **L'équipe médicale assure plusieurs tâches simultanément :**
 - ✓ Mise sous scope.
 - ✓ Vérifications des voies veineuses + mise en place d'un cathéter.
 - ✓ Prélèvements biologiques.
 - ✓ Vérification de l'intubation trachéale
 - ✓ Oxygénothérapie si respiration spontanée.
 - ✓ Sonde naso-gastrique (CI si trauma maxillo-facial)
 - ✓ Sonde thermique.
 - ✓ **Vérification de l'identité et admission administrative.**
 - ✓ Prévention antitétanique.
 - ✓ Nettoyage + pansements même grossiers des plaies.
 - ✓ Occlusion des yeux chez l'inconscient .
 - ✓ Antibio prophylaxie.
 - ✓ ECG.
 - ✓ Sédation et analgésie

La prise en charge du polytraumatisé :

B – L'arrivée du traumatisé:

B-2- L'évaluation clinique initiale et trt des détresses vitales :

3 détresses circulatoire, ventilatoire et neurologique.

1-La détresse circulatoire :

Suspectée devant:

Un blessé pâle

Agité

Prostré

sueurs froides

temps de recoloration capillaire ↑

un pouls, filant, rapide, ou une bradycardie

une PA effondrée, voire imprenable

tamponnade péricardique*



- *Le remplissage vasculaire massif peut être efficace.*
- *Hémostase provisoire d'une plaie hémorragique par pansement compressif.*
- *Principales causes d'hémorragie lésions abd /rétro péritonéales / thoraciques*
- *Le traumatisme crânien rarement responsable d'une détresse circulatoire.*
- *La cause peut être une compression endothoracique hémopéricarde (tamponnade) « ponction péricardique est effectuée », contusion myocardique*
- *Les colloïdes sont poursuivis initialement =>la transfusion sanguine nécessaire pour maintenir un HK>25%.*

La prise en charge du polytraumatisé :

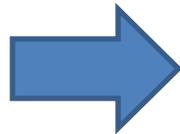
B – L'arrivée du traumatisé:

B-2- L'évaluation clinique initiale et trt des détresses vitales :

2-La détresse respiratoire :

• évoquée devant:

- ✓ une tachypnée superficielle /bradypnée
- ✓ pauses respiratoires/gasps;
- ✓ des signes de lutte
- ✓ des signes d'épuisement =respiration paradoxale*;
- ✓ l'immobilité d'un héli thorax
- ✓ un fracas costal, un volet, une plaie soufflante
- ✓ un emphysème sous-cutané
- ✓ une toux douloureuse +crachats sanglants ou hémoptysie



Vérifier la liberté des voies aériennes supérieurs.

DRAINAGE THORACIQUE OU L'EXSUFLATION

Si assistance respiratoire nécessaire => IOT.

L'indication d'IOT est extrêmement large:

- ✓ prise en charge confortable pour le patient
 - ✓ plus efficace pour l'équipe soignante
- L'IOT est indiqué en cas de:
- ✓ Détresse circulatoire et/ou respiratoire et/ou neurologique Glasgow < 8
 - ✓ Lésions traumatiques douloureuses.
 - ✓ Agitation du patient.

La prise en charge du polytraumatisé :

B – L'arrivée du traumatisé:

B-2- L'évaluation clinique initiale et trt des détresses vitales :

3-La détresse neurologique :

- son évaluation repose sur :
- ✓ le calcul du score de Glasgow
- ✓ la comparaison du diamètre et de la réactivité pupillaire
- ✓ la recherche d'un déficit

La recherche des lésions médullaires est importante, le patient comateux est considéré comme blessé médullaire jusqu'à preuve du contraire.

La prise en charge du polytraumatisé :

B – L'arrivée du traumatisé:

B-3- Bilan biologique :

- Groupage, Rhésus.
- Hémoglobine, Hématocrite (décision de la transfusion)
- Bilan d'hémostase (taux de prothrombine, fibrinogène)
- Gazométrie.
- Calcémie
- Troponine

La prise en charge du polytraumatisé :

C- Bilan lésionnel initial :

C-1- Interrogatoire :

- Auprès du blessé ou de l'équipe médicale de relevage.
- Il fait préciser :**
 - ✓ Les circonstances traumatiques
 - ✓ Le mécanisme lésionnel
 - ✓ Le délai de prise en charge
 - ✓ L'existence d'une perte de connaissance initiale.
 - ✓ L'existence d'une miction/ hématurie/ rectorragie.
 - ✓ **Les antécédents médicaux du blessé**
 - ✓ La validité de sa vaccination anti tétanique

La prise en charge du polytraumatisé :

C- Bilan lésionnel initial :

C-2- L'examen clinique :

Il est réalisé appareil par appareil, sur un blessé déshabillé, à pansements ouverts, sans oublier le dos, les plis et le cuir chevelu.

La prise en charge du polytraumatisé :

C– Bilan lésionnel initial :

C-3- Imagerie :

3 examens essentiels doivent être obtenus

- **Radio du thorax :** vise à répondre à une seule question :
 - ✓ Y a-t-il un hémato et/ou un pneumo thorax nécessitant un « drainage en urgence » ?
- **Cliché du bassin :**
 - ✓ Détecter une fracture ou une disjonction articulaire déplacée
 - ✓ Si radio normale autorise un sondage vésical chez les hommes.

- **Echographie :**

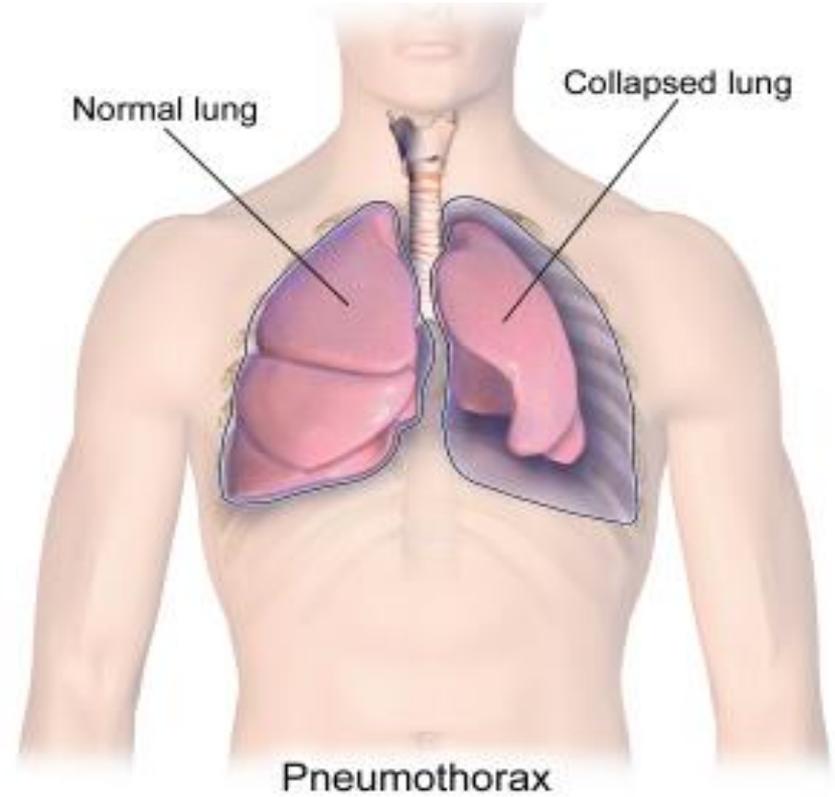
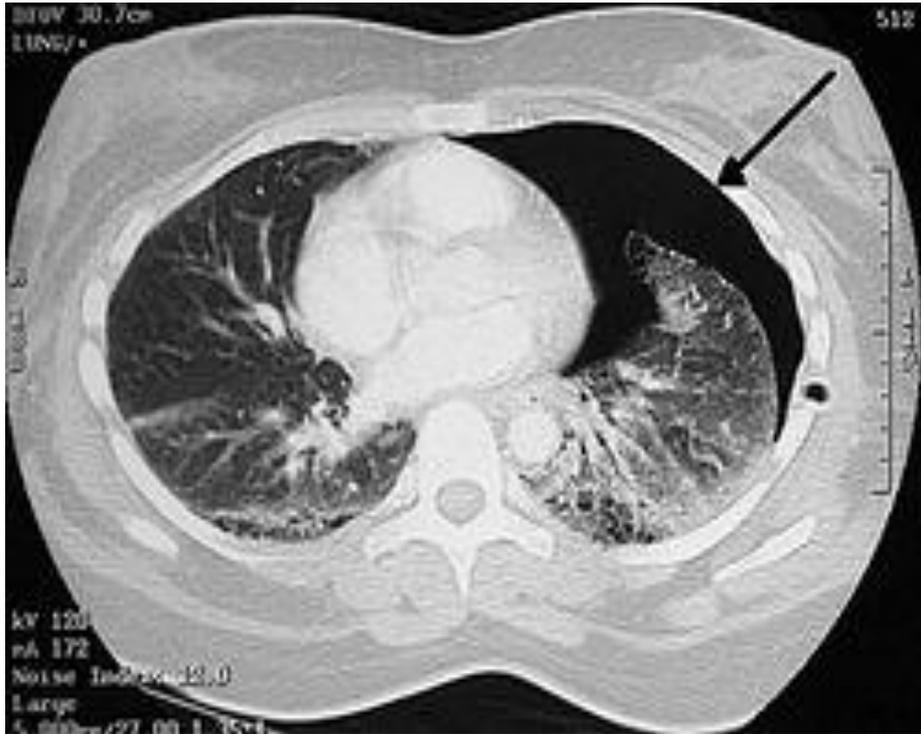
L'échographie abdominale :

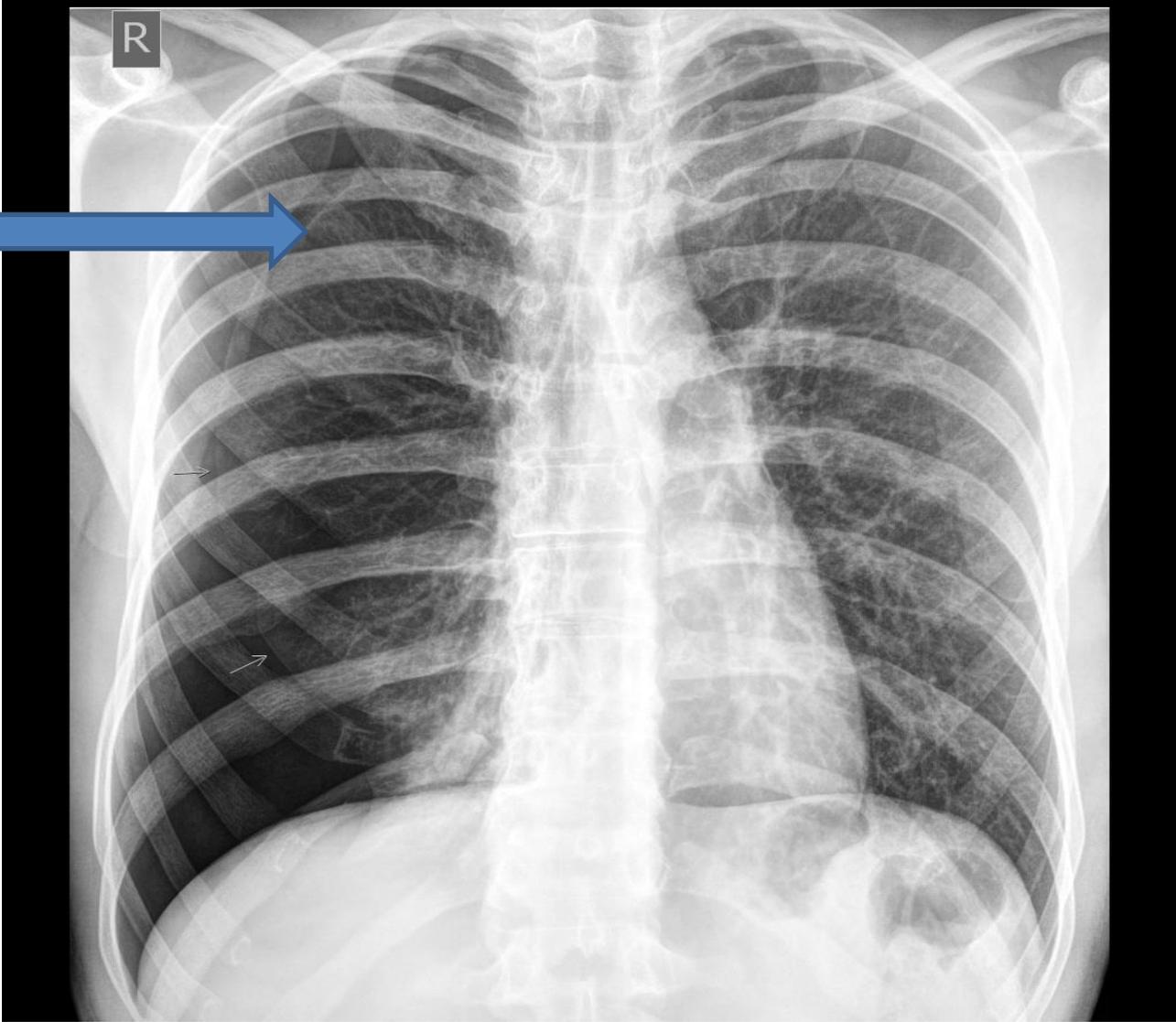
- ✓ Sensible et spécifique pour la mise en évidence d'un hémopéritoine
- ✓ Moins performante pour visualiser les lésions d'organes pleins.
- ✓ Elle montre également les hématomes rétro-péritonéaux

L'échographie trans -thoracique :

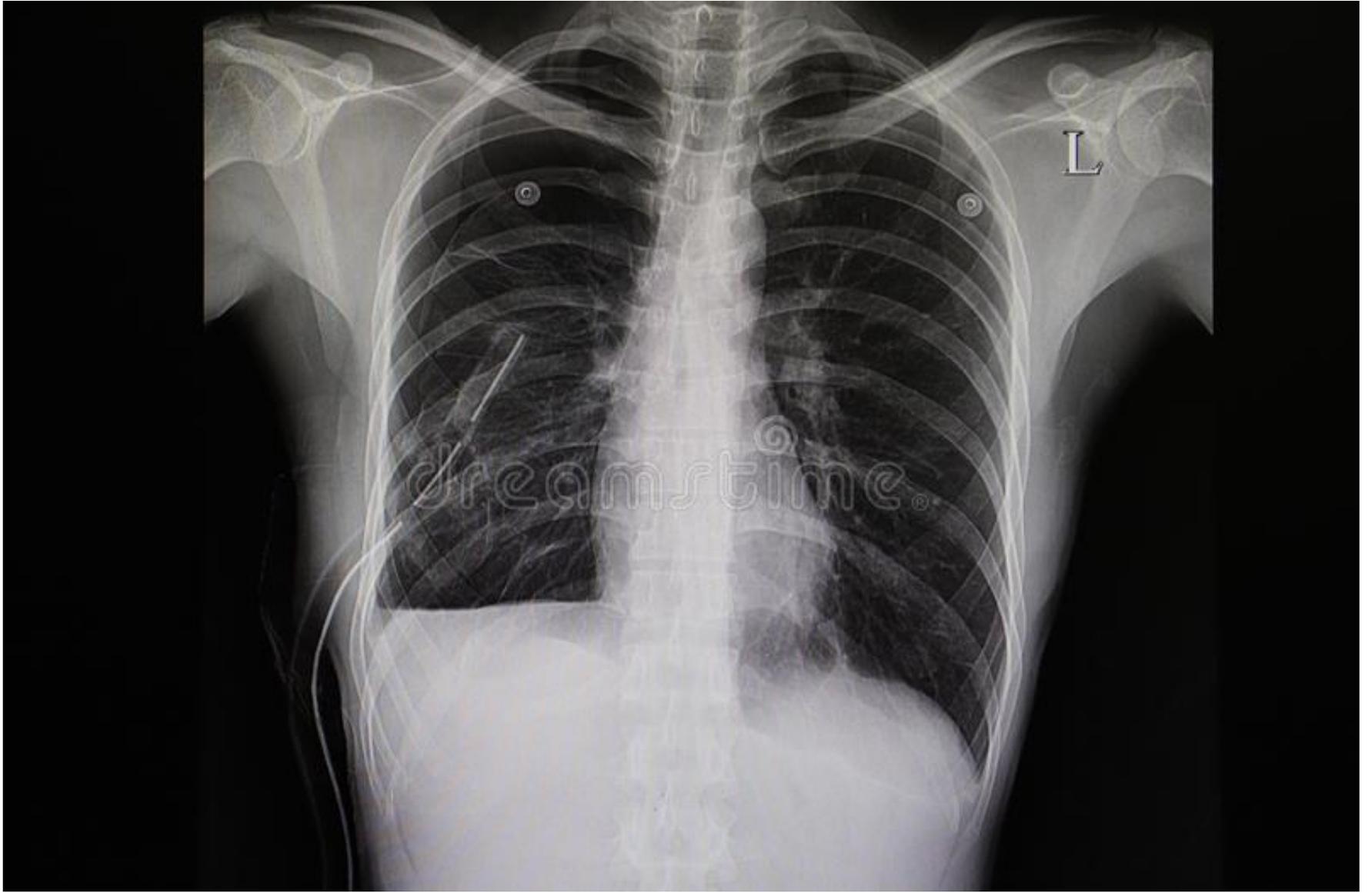
- ✓ Confirme la présence d'un hémopéricarde ou d'un hémomédiastin
- ✓ Évalue les éventuelles lésions myocardiques.

Pneumothorax ??









La prise en charge du polytraumatisé :

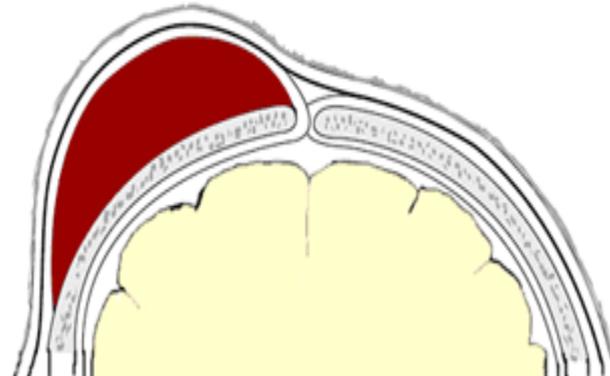
D- Bilan secondaire:

D-1- Examen clinique détaillé :

- Le revêtement cutané :

- ❖ L'inspection recherche :

- ✓ Des plaies
- ✓ En cas de traumatisme balistique : orifice d'entrée et un orifice de sortie (trajet du projectile),
- ✓ Rechercher des hématomes témoignant de traumatismes fermés
- ✓ Des brûlures en précisant leur siège /étendue/profondeur.



La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-1- Examen clinique détaillé :

- L'extrémité céphalique :

- ❖ L'inspection recherche:

- ✓ Une otorragie /hémotympan évoquant un blast ORL
- ✓ Une otorrhée /rhinorrhée liées à brèche ostéo-méningée
- ✓ Une épistaxis et un hématome facial en lunette.

- ❖ La palpation recherche :

- ✓ Embarrure du crâne+mobilité anormale du massif facial.



La prise en charge du polytraumatisé :

D– Bilan secondaire:

D-1- Examen clinique détaillé :

- **Le rachis:**

- ❖ Il s'examine prudemment par la palpation des épineuses en respectant l'axe tête-cou-tronc.
- ❖ L'examen neurologique recherche:
 - Un déficit sensitivo-moteur périphérique témoin d'une atteinte médullaire.

- **Le thorax:**

- ❖ L'inspection :volet costal avec respiration paradoxale.
- ❖ La palpation recherche: un emphysème sous-cutané
- ❖ L'auscultation : peut évoquer:
 - épanchement pleural (baisse du murmure vésiculaire)
 - épanchement péricardique (assourdissement des bruits du cœur).

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-1- Examen clinique détaillé :

• L'abdomen:

❖ La palpation recherche :

- ✓ une irritation péritonéale :défense, contracture, douleur du cul-de-sac de Douglas.
- ✓ un épanchement intra-péritonéal: matité des flancs ou tympanisme pré-hépatique.
- ✓ un empâtement douloureux des fosses lombaires.
- ✓ Il faut mettre en évidence du sang:
 - au toucher rectal
 - dans le liquide d'aspiration gastrique
 - dans les urines.

• Le pelvis:

❖ Des complications urologiques :

➤ La rupture de vessie est suspectée devant:

- ✓ une hématurie , absence de miction
- ✓ + à une défense hypogastrique ou un empâtement sus-pubien .
- ✓ nécessite la pose d'une sonde vésicale.

➤ La rupture de l'urètre :

- ✓ urétrorragie, un globe vésical et un hématome périnéal
- ✓ impose un drainage des urines par cathéter sus- pubien.

➤ Des lésions ano-rectales:

- ✓ recherchées par TR =>exposent à complications septiques graves

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-1- Examen clinique détaillé

- **Les membres:**
 - ❖ Luxations + fracas ouverts sont évidents;
 - ❖ Palper chaque segment osseux.
 - ❖ Mobiliser les articulations.
 - ❖ L'examen vasculo-nerveux des membres fracturés systématique.
 - ❖ Les fractures de jambe/d'avant-bras => syndrome aigu des loges associé.



La prise en charge du polytraumatisé :

D– Bilan secondaire:

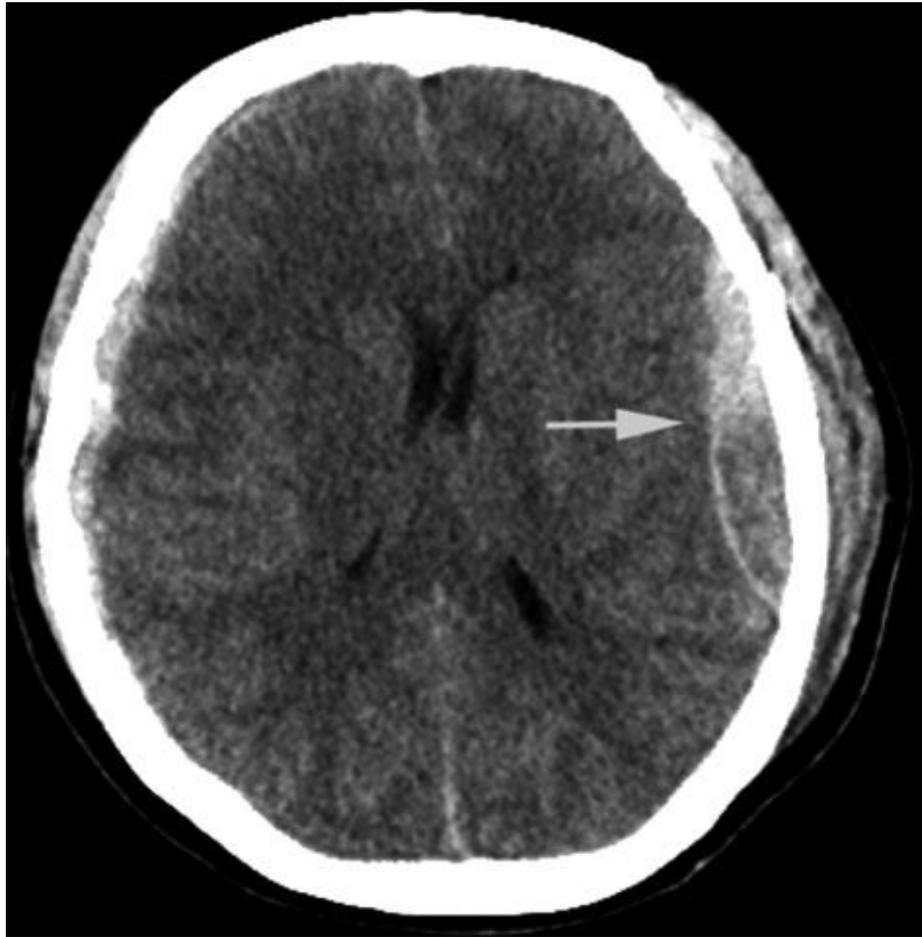
D-2- Radiographie et scanner

- Si examen complémentaire nécessaire => transporter le traumatisé.
 - Ces transports => risques non négligeables , nécessitent la poursuite des manœuvres de réanimation.
 - Radios standards de tout le squelette axial :
rachis cervical F/P,
cliché dorsolombaire F/P.
 - Une nouvelle radio du thorax.
 - Cliché du bassin de bonne qualité.
 - Cliché osseux.
- Scanner cérébral.
 - Scanner abdominal.
 - Scanner thoracique.
 - Scanner du rachis.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner



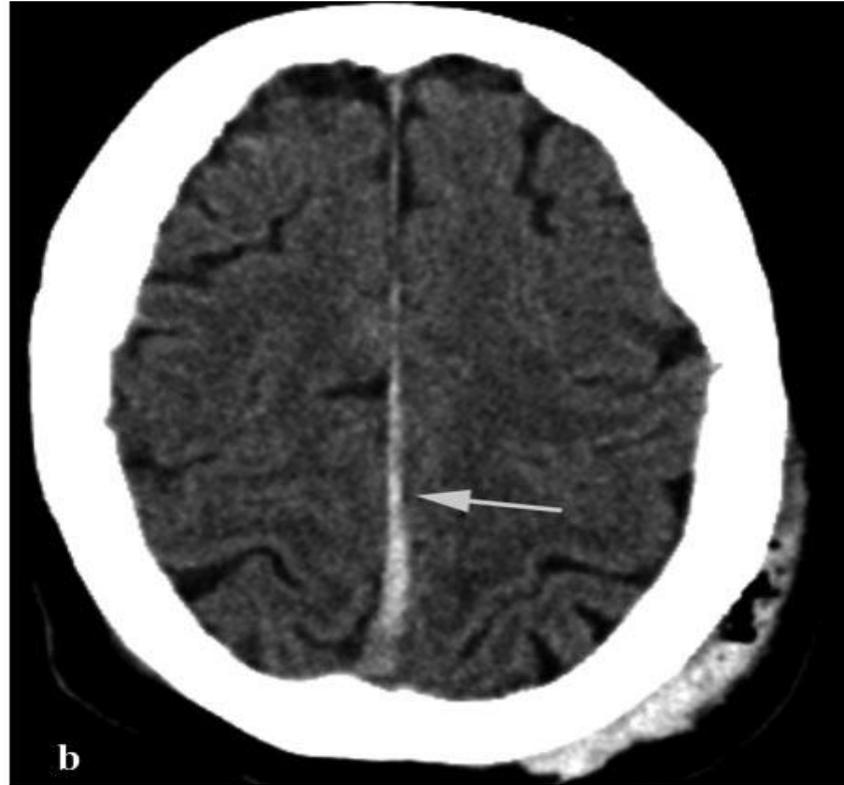
Scanner cérébral sans injection.

- ❑ Hématome extradural pariétal gauche hétérogène avec refoulement du ventricule latéral adjacent.
- ❑ Hématome sous-dural controlatéral.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner



- Scanner cérébral sans injection.

a. Hématome sous-dural de la tente du cervelet à gauche et contusion temporale gauche.

b. Hématome sous-dural de la faux du cerveau (flèche).

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner



a. Scanner abdominal avec injection. Volumineux hématome sous capsulaire splénique rompu associé à une contusion splénique dévascularisant environ 25% du volume splénique.

b. Artériographie du tronc coeliaque avant embolisation précisant l'anatomie artérielle locale.

c. Contrôle angiographique après occlusion du tronc de l'artère splénique par coils (flèche) immédiatement en aval de l'origine d'une pancréatique caudale restant opacifiée.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner



Scanner abdominal avec injection.

- Transsection de la queue du pancréas (flèches) avec collection péri pancréatique fortement évocatrices d'une lésion traumatique avec atteinte canalaire.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner



Scanner abdominal avec injection.

- ❑ Lame d'épanchement liquide autour d'une anse grêle à paroi épaissie (flèche) évoquant un hématome ou une contusion pariétale du grêle.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-2- Radiographie et scanner

- Artériographie.
- Fibroscopie bronchique.

Le bilan lésionnel complet et la chirurgie qui s'en dégage doivent être terminés au plus tard dans les 24h qui suivent l'admission, certaines investigations et gestes chirurgicaux peuvent être différés mais doivent être planifiés au cours de ces 24 premières heures.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-3- Moyens thérapeutiques

1-Les moyens médicaux: Ils sont représentés par :

- les mesures de réanimation (assistance respiratoire, trt choc hypovolémique...etc).
- l'analgésie.
- la prévention de l'infection.
- la transfusion et le protocole anesthésique encadrant le geste chirurgical.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-3- Moyens thérapeutiques

2-Les moyens orthopédiques :

- manœuvres de réduction des fractures ou luxations,
- des appareils de contention des membres (plâtre, attelle, traction).
- Intérêt :
 - ✓ Ils soulagent la douleur
 - ✓ préviennent les complications cutanées ou vasculo-nerveuses
 - ✓ permettent d'attendre une éventuelle chirurgie secondaire.

3-Les moyens chirurgicaux :

- Ils reposent sur des gestes simples, efficaces, rapides et sûrs.
- permettant l'évacuation des blessés en vue d'un traitement chirurgical secondaire plus complet.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

- Elles s'adressent aux blessés catégorisés « Première Urgence »;
- Chez qui le traitement chirurgical doit être réalisé dans les 6 heures.
- Elles sont pratiquées après stabilisation du blessé par les mesures de réanimation et/ou par les gestes d'hémostase

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

*Au niveau vasculaire:

➤ il s'agit de la réparation artérielle:

- après parage de la plaie et vérification de l'absence de thrombose
- par suture, résection-anastomose ou greffe veineuse

*Pour le thorax:

- la stabilisation d'un volet costal mobile gênant la ventilation
- rapprochement des berges d'une « plaie soufflante »

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

*Les plaies ou contusions abdominales :

- ❑ Si stables relèvent d'une laparotomie exploratrice.
- ❑ Permet un bilan complet, ainsi que l'hémostase.
- ❑ Pour l'estomac = suture directe sur sonde naso-gastrique.
- ❑ Pour le grêle et le colon droit = suture ou une résection-anastomose.
- ❑ Pour le colon gauche et le haut rectum = l'intervention de Hartmann
- ❑ Pour le rectum sous-péritonéal = colostomie + drainage large.
- ❑ Les ruptures de vessie intra-péritonéales = suturées sonde vésicale,
- ❑ Ruptures de vessie sous-péritonéales = seulement drainées .
- ❑ Les plaies du diaphragme = suturées + drain pleural.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

*Pour le bassin:

- La stabilisation temporaire par fixateur externe antérieur.
- Les moyens de fixation interne = non dispo en urgence.
- En cas de fracture du cotyle déplacée = traction continue trans-condylienne (réduction + contention).

*Au niveau des membres:

- Réduction et stabilisation des fractures ou luxations.
- En cas d'ouverture cutanée parage des parties molles.
- Pour les fractures articulaires ouvertes ostéosynthèse *a minima* +fixateur externe .
- Si fracas majeur d'un membre+ atteinte des pédicules vasculo-nerveux =>amputation s'impose parfois.
- Les fractures fermées du fémur doivent être stabilisées précocement pour éviter l'embolie graisseuse.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

*Les fractures vertébrales instables :

Sans signe neurologique :

- ✓ immobilisation rigide du rachis
- ✓ puis le transfert du patient vers une structure disposant d'une équipe neurochirurgicale.

En cas de déficit neurologique:

- ✓ un geste de décompression médullaire = brefs délais.

La prise en charge du polytraumatisé :

D- Bilan secondaire:

D-4-Interventions de sauvetage:

*Les lésions de l'extrémité céphalique:

- Les plaies cranio-cérébrales parage chirurgical soigneux.
- Les plaies du cuir chevelu hémorragiques ligaturées
- Les fractures du massif facial :
 - ✓ fixation linguale
 - ✓ une trachéotomie si IOT impossible,
 - ✓ gestes d'hémostase (ligatures, tamponnement nasal, compression du plancher buccal).

La prise en charge du polytraumatisé :

E– Bilan tertiaire:

- Il est nécessaire de réexaminer le patient afin de rechercher des lésions oubliées.
- S'enquérir des antécédents du patient et des médicaments pris chroniquement.
- Mode de vie : tabac, alcool, toxicomanie.
- Contacter les psychiatres dans le cadre de la prise en charge d'une tentative de suicide.

Points essentiels :

❑ L'évaluation de la gravité repose sur l'analyse de 5 éléments:

- ✓ Des variables physiologiques (PA, pouls , score de Glasgow).
- ✓ La violence du traumatisme
- ✓ Les lésions traumatiques cliniquement décelables.
- ✓ La réanimation entreprise.
- ✓ Les antécédents du patient.

Points essentiels :

- ❑ Tout traumatisé grave est suspect de lésion rachidienne et son rachis est immobilisé.
- ❑ La correction des détresses respiratoires et circulatoires prime sur celle des détresses neurologiques.
- ❑ A l'arrivée à l'hôpital , la mesure de la PA s'impose.
- ❑ Au cours du bilan biologiques initial , le taux d'Hb mesuré sans délai, et les examens les plus urgents sont l'hémostase et gaz du sang.
- ❑ Le bilan lésionnel initial comprend une radiographie du thorax , bassin et une échographie abdominale.

Points essentiels :

- ❑ Le bilan lésionnel complet requiert un scanner sans injection , un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection , et une imagerie complète du rachis.
- ❑ Le transport du patient , notamment pour l'imagerie comporte des risques important et requiert la continuité du monitoring clinique et instrumental.

Points essentiels :

- ❑ Une réévaluation complétée est nécessaire dans les 24 premières heures.
- ❑ La prise en charge d'un traumatisé grave nécessite une équipe multidisciplinaire médicale et paramédicale , entraînée à cette pratique et un plateau technique important.

Points essentiels :

- ❑ La prise en charge chirurgicale du polytraumatisé en situation précaire repose sur des gestes simples, efficaces et sûrs, sans rechercher un traitement idéal en un temps.
- ❑ Le bilan initial doit se fonder sur la clinique et des examens complémentaires simples à réaliser en salle de « déchoquage » (radiographie du thorax, du bassin, échographie abdominale).
- ❑ Les blessés instables doivent être conduits au bloc opératoire sans délai pour pratiquer les interventions de sauvetage : chirurgie d'hémostase ou évacuation d'un hématome extra-dural compressif.

Points essentiels :

- ❑ Les blessés stabilisés par les mesures de réanimation doivent bénéficier d'un bilan systématisé avant de pratiquer les interventions urgentes.
- ❑ À l'issue, le devenir du polytraumatisé dépend de la rapidité de son évacuation vers une structure mieux équipée pour la surveillance et la réalisation des interventions différées

Conclusion :

La prise en charge de traumatisé grave nécessite une équipe multi disciplinaire médicale, chirurgicale et para médicale entraînée à cette pratique, et un plateau technique important

A red oval with a white border, containing the text "Merci de votre attention".

Merci de votre
attention