
Polytraumatismes



Chapitre 40 Polytraumatismes

- A. Prise en charge préhospitalière et évaluation de la gravité
- II. Prise en charge hospitalière
- III. Traumatismes craniofaciaux
- IV. Traumatismes thoraciques
- V. Traumatismes abdominaux
- VI. Traumatismes du rachis, du bassin et des membres

Item 329. Prise en charge immédiate préhospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles

Item 330. Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme craniofacial.

Un polytraumatisé est un blessé porteur d'une ou plusieurs lésions traumatiques, dont au moins une met en jeu le pronostic vital. Cette définition suppose que le bilan lésionnel soit connu. En pratique, tout blessé qui a souffert d'un traumatisme violent doit être considéré comme un polytraumatisé quelles que soient les lésions apparentes.

Les lésions traumatiques sont la première cause de mortalité chez les sujets jeunes et la troisième cause de décès en France ; la mortalité du polytraumatisé augmente avec l'âge ; 50 % des décès surviennent sur les lieux de l'accident ou pendant le transport, 30 % dans les premières heures, 20 % dans les semaines qui suivent. En cas de survie, les séquelles anatomiques et fonctionnelles peuvent faire du polytraumatisé un infirme partiel ou total définitif.

La prise en charge et l'évaluation de la gravité d'un polytraumatisé, qui va du ramassage à la réparation lésionnelle, doivent être précoces, rapides et de qualité. Elle doit être parfaitement codifiée, faire l'objet de protocoles précis, être réalisée par des équipes entraînées. Ces éléments conditionnent le pronostic à court, à moyen et à long terme.

Lors de l'évaluation initiale puis hospitalière d'un polytraumatisé, les médecins sont confrontés à deux objectifs contradictoires :

- obtenir un bilan lésionnel précis et complet ;
- éviter de retarder les interventions thérapeutiques.

I Prise en charge préhospitalière et évaluation de la gravité

La prise en charge préhospitalière doit être limitée dans le temps, elle a deux objectifs principaux :

- évaluer le patient et obtenir un bilan lésionnel initial ;
- mettre en condition le traumatisé ;
- stabiliser son état clinique ;
- transporter le patient vers le centre hospitalier le plus adapté.

Cette phase ne doit pas dépasser avec le transport une durée de 60 à 90 minutes.

A Évaluation de la gravité

L'évaluation de la gravité initiale sur les lieux du traumatisme repose sur l'analyse par le médecin de l'équipe mobile de réanimation (SMUR) ([tableau 40.1](#)) :

- de la violence du traumatisme ;
- de trois grandes fonctions vitales : neurologique, cardiovasculaire, respiratoire ;
- des lésions anatomiques immédiatement visibles ;
- du terrain sur lequel il survient.

Tableau 40.1

Critères de gravité à rechercher chez un polytraumatisé (critères de Vittel)

1	Variabes physiologiques	Score de Glasgow < 13 PAS < 90 mm Hg SaO ₂ < 90 %
2	Éléments de cinétique violente	Éjection d'un véhicule Autre passager décédé dans le même véhicule Chute > 6 m Victime projetée ou écrasée Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, absence de ceinture de sécurité) Blast
3	Lésions anatomiques	Traumatisme pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée Fracas du bassin Suspicion d'atteinte médullaire Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au-dessus Ischémie aiguë de membre
4	Réanimation préhospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1000 ml de colloïdes Catécholamines
5	Terrain (évaluation au cas par cas)	Âge > 65 ans Insuffisance cardiaque ou coronarienne Insuffisance respiratoire Grossesse (2 ^e et 3 ^e trimestres) Troubles de la crase sanguine

La présence d'un seul critère suffit à caractériser le traumatisé comme grave (critères dits de Vittel), sauf pour le terrain sur lequel il survient.

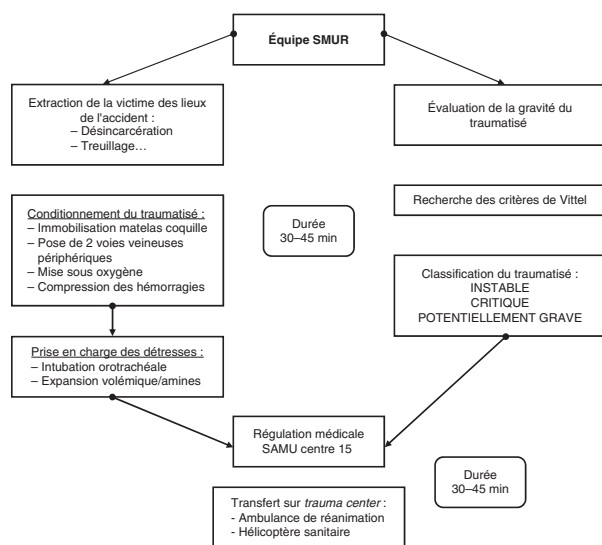
On parle de « **gravité extrême** » si, à la prise en charge, le score de Glasgow est à 3, la tension artérielle systolique < 60 mm Hg ou imprenable et la SpO₂ < 80 %.

B Prise en charge préhospitalière, conditionnement, gestion des voies aérienne ([figure 40.1](#))

- Mise en place d'une ou mieux de deux voies veineuses de bon calibre (18 gauges au minimum).
- Immobilisation dans l'axe tête-cou-tronc avec un matelas coquille.

- Prévention de l'hypothermie par une couverture isolante.
- Mise en place de pansements compressifs en cas d'hémorragie extériorisée.
- Suture ou agrafage de toute plaie du scalp hémorragique.
- Intubation en fonction de l'indication (*cf. infra*). Il s'agit d'une intubation à risque : estomac plein, fracture potentielle du rachis cervical, isolement du médecin, mauvaise accessibilité à la tête du blessé, pas de plateau technique en cas d'intubation difficile.
- Désinfection sommaire des plaies et mise en place de pansements protecteurs.
- Analgésie, anxiolyse.

Figure 40.1
Résumé de la prise en charge préhospitalière.



Sur le plan cardiocirculatoire, une hypotension ou un état de choc correspondent, dans 80 % des cas compte tenu du contexte, à une hypovolémie aiguë par hémorragie. Cette hémorragie a deux conséquences : une hypovolémie et une perte d'hémoglobine, en sachant que la priorité essentielle dans ces conditions est de maintenir la volémie par l'utilisation de produits de remplissage vasculaire.

Toutefois, il faut toujours garder à l'esprit que l'hypotension peut avoir une autre cause que l'hémorragie. Elle peut être le témoin de l'existence d'un pneumothorax suffocant, d'une tamponnade cardiaque, d'une contusion myocardique ou d'une sympatholyse par lésion médullaire.

Sur le plan respiratoire, la libération des voies aériennes est systématique ainsi qu'une oxygénothérapie au masque à haute concentration. L'intubation trachéale, dont les indications sont larges, sera réalisée sur place en cas de détresse respiratoire persistante malgré l'oxygénothérapie au masque et ce, d'autant plus qu'il existe une détresse neurologique associée (Glasgow < 8). L'intubation peut être également rendue nécessaire en cas de désincarcération difficile et/ou de syndrome algique majeur.

Au terme de cette évaluation initiale, on pourra classer le traumatisé sévère en trois catégories selon l'évaluation hémodynamique, ce qui permet d'informer le service receveur et d'anticiper la stratégie de prise en charge hospitalière :

- Patient **instable** : pression artérielle systolique (PAS) < 90 mmHg malgré un remplissage vasculaire ou la présence d'amines ;
- Patient **critique** : polytraumatisé stabilisé au prix d'une expansion volémique et qui redevient hémodynamiquement instable à l'arrêt ou au ralentissement de l'expansion volémique ;
- Patient **potentiellement grave** : polytraumatisé stable ou stabilisé après expansion volémique.

Tout traumatisé sévère doit être orienté vers un centre de référence (*trauma center*). La régulation effectuée habituellement par le SAMU (centre 15) détermine l'équipe hospitalière apte à prendre en charge le patient, de manière à préparer et anticiper l'accueil de ce type de patient qui peut dans certaines circonstances conditionner le pronostic vital.

II Prise en charge hospitalière

A Bilan lésionnel à l'admission

Dès l'annonce de l'arrivée d'un polytraumatisé en milieu hospitalier, le médecin réanimateur recevant l'appel et qui va coordonner la prise en charge doit mettre l'équipe du *trauma center* en pré-alerte – radiologue et manipulateurs radio, chirurgiens, banque du sang pour la possibilité de délivrance rapide de produits sanguins labiles (PSL) – et faire préparer la salle ou le lit d'admission par le personnel paramédical.

À l'admission, l'évaluation du polytraumatisé est indispensable et doit être systématique :

- réévaluer l'ensemble des mesures de réanimation mises en place lors de la phase préhospitalière ;
- vérifier l'ensemble des équipements mis en place en préhospitalier : voies veineuses, intubation, attelles, garrot, collier cervical ;
- pratiquer un examen clinique rapide qui doit comprendre :
 - une évaluation de l'état hémodynamique : pouls, pression artérielle,
 - un examen neurologique : score de Glasgow, examen des pupilles,
 - une auscultation du thorax,
 - la palpation des pouls périphériques,
 - un examen osseux du thorax, des membres et du rachis.

Cette réévaluation clinique d'admission est difficile du fait des multiples intervenants et des nombreuses tâches à réaliser qui doivent être menées simultanément et rapidement, idéalement, en moins de 30 minutes

Encadré 40.1 Évaluation clinique d'admission

- Mise sous surveillance scopique, mesure de la pression artérielle par voie non invasive en attendant la pose d'une pression artérielle sanglante, le plus souvent indispensable.
- Vérification des voies veineuses et adjonction de voies supplémentaires ou d'un cathéter de gros diamètre, le plus souvent en veine fémorale.
- Vérification de l'état respiratoire, de l'intubation trachéale. Les indications de l'intubation sont assez larges dans ces circonstances (analgésie, sédation).

- Vérification de l'identité.
- Vérifications des vaccinations.
- Nettoyage des plaies, excoriations, dermabrasions.

Le bilan paraclinique initial minimal comprend :

- une **radiographie du thorax de face** : recherche d'un pneumothorax, d'un hémithorax, d'un pneumomédiastin, d'un élargissement du médiastin ; vérification de la position de la sonde d'intubation si le patient est intubé et ventilé ;
- une **radiographie du bassin** de face à la recherche d'une fracture du bassin, d'une contre-indication à la pose d'une sonde urinaire chez l'homme ;
- une **échographie de débrouillage de type FAST-échographie¹** ;
- un **Doppler transcrânien** si possible en cas de traumatisme crânien grave (Glasgow < 8) à la recherche de signes d'hypertension intracrânienne ;
- la réalisation d'un bilan biologique : groupage sanguin, numération formule sanguine-plaquettes, temps de prothrombine (TP), temps de céphaline activée (TCA), glycémie, calcémie, ionogramme sanguin, alanine aminotransférase (ALAT), aspartate aminotransférase (ASAT), lactate-déshydrogénase (LDH), créatine phosphokinase (CPK) avec fraction MB, troponine, lactates, amylase, gaz du sang avec lactates ;
- la réalisation d'un **électrocardiogramme (ECG)** : recherche de signes en faveur d'une contusion myocardique (anomalies du segment ST).

Comme lors de la phase préhospitalière, c'est l'état hémodynamique qui est la clé de la prise en charge et de l'orientation, sur la base des trois catégories de patients précédemment citées.

B Stratégie de prise en charge (figure 40.2)

1 Patient instable

Le patient est instable, en état de choc, rebelle à la réanimation préhospitalière. Un traumatisme ouvert avec identification de l'origine de l'hémorragie (cas rare) justifie une hémostase chirurgicale immédiate et arrivera directement au bloc opératoire ; dans tous les autres cas, une évaluation préalable en salle de déchocage est requise.

Un collapsus persistant malgré un remplissage bien conduit et l'utilisation de catécholamines est une situation dramatique pour laquelle le saignement est en règle d'origine thoracique, abdominale ou rétropéritonéale. Une exploration radiologique sommaire est effectuée par un cliché thoracique et un cliché du bassin, associés à la FAST-échographie. Le cliché du thorax élimine un hémithorax (qui sera drainé s'il est présent), celui du bassin une fracture complexe, qui pourrait bénéficier d'une embolisation radiologique. L'échographie a pour but de préciser grossièrement le siège du saignement afin d'orienter l'abord chirurgical. Il faut penser à une lésion médullaire si l'on ne met pas en évidence d'hémorragie en cas de collapsus.

S'il existe des signes de défaillance cardiaque droite, la radiographie thoracique et l'échographie cardiaque sont les

clés de l'évaluation, à la recherche d'un pneumothorax suffocant, d'une contusion myocardique ou d'une tamponnade qui nécessite une prise en charge chirurgicale.

L'objectif est de diriger le malade vers le bloc opératoire le plus rapidement possible pour la réalisation d'une exploration chirurgicale (laparotomie ou thoracotomie) ou vers le service de radiologie interventionnelle pour une embolisation.

Une fois l'état hémodynamique stabilisé, les patients de ce groupe doivent bénéficier d'un bilan lésionnel exhaustif.

2 Patient critique

L'état du patient est stabilisé par les mesures symptomatiques de réanimation initiale. L'objectif est de localiser un saignement éventuel pour réaliser l'hémostase, qui pourra être chirurgicale ou par embolisation (fractures complexes du bassin). La persistance d'un saignement rétropéritonéal doit conduire à la réalisation d'une angiographie diagnostique et thérapeutique. Dans les cas où l'origine du saignement semble difficile à trouver, il faut refaire les examens morphologiques. La tomodynamométrie injectée prend ici toute son importance.

3 Patient potentiellement instable

L'état hémodynamique du patient est stabilisé. On réalise d'emblée un **scanner « corps entier » avec injection de produit de contraste** qui permet l'obtention d'un bilan rapide et précis.

Pour les patients de catégorie 2 et 3, le transport du malade directement vers le service d'imagerie ne se fera que si le patient est stable d'un point de vue hémodynamique et sous surveillance médicalisée, par deux personnes (dont une expérimentée). La surveillance doit comprendre au minimum un monitoring de l'ECG, de la SpO₂, de la pression artérielle et de la capnométrie (patient sous ventilation mécanique).

C Particularité du choc hémorragique du polytraumatisé

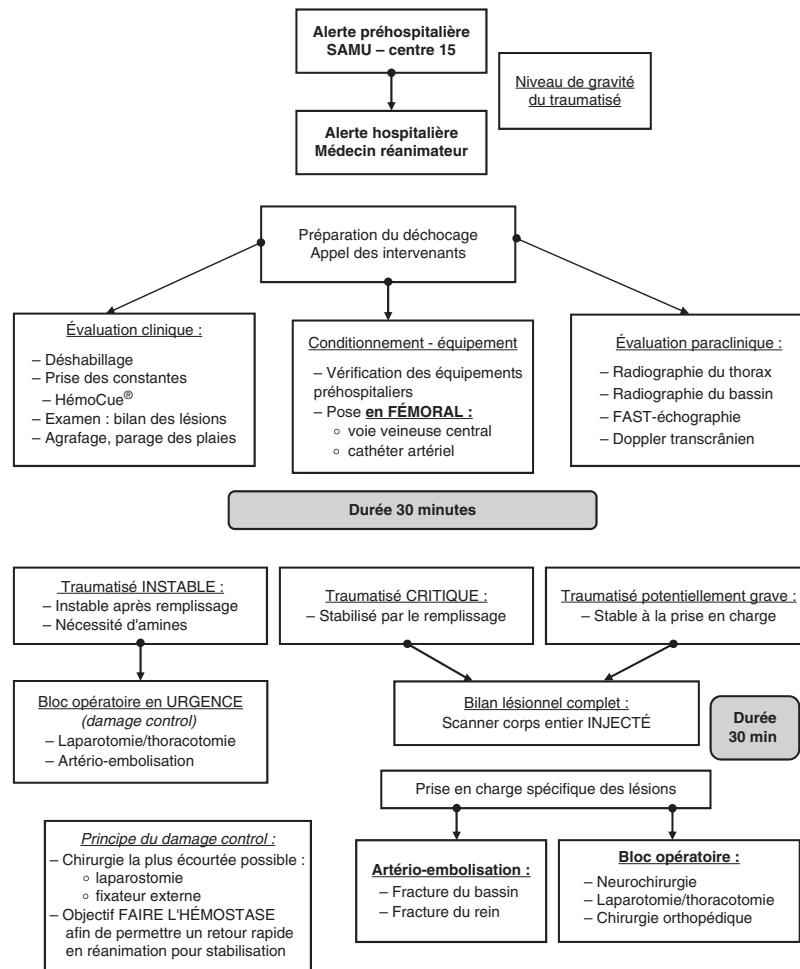
Le choc hémorragique du polytraumatisé peut être aggravé par l'existence d'une **coagulopathie secondaire** à de multiples facteurs

Encadré 40.2 Facteurs contribuant à la coagulopathie aggravant le choc hémorragique chez le polytraumatisé

- Consommation des plaquettes et des facteurs de coagulation secondaire à l'hémorragie.
- Hémodilution liée au remplissage vasculaire.
- Hypocalcémie (facteurs IV de la coagulation) liée au remplissage.
- Transfusion de concentrés érythrocytaires dépourvus de plaquettes et de facteurs de la coagulation.
- Acidose aggravant la coagulopathie dans les chocs hémorragiques post-traumatiques.
- Hypothermie.
- Lésions traumatiques induisant une fibrinolyse majeure (TP < 10 %, fibrinogène < 0,1 g/l).
- Déficits congénitaux ou acquis de l'hémostase (traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire).

¹ FAST-écho, *Focused Assesment with Sonography for Trauma*, qui va rechercher rapidement et quantifier un épanchement intrapéritonéal, un épanchement intrapéricardique, un épanchement intrathoracique.

Fig. 40.2
Stratégie de prise en charge hospitalière du polytraumatisé.



Cette coagulopathie peut être prévenue par :

- une prise en charge coordonnée, qui vise à orienter le traumatisé grave vers le centre disposant d'un plateau technique adapté ;
- une absence de retard dans les décisions d'hémostase interventionnelle ;
- l'arrêt précoce des hémorragies insidieuses, limitant le saignement global et le remplissage vasculaire : sutures de plaies du scalp, pansement compressif, épistaxis nécessitant un tamponnement postérieur.

La rapidité des décisions de chirurgie d'hémostase est l'un des facteurs importants, de même que la stratégie chirurgicale adoptée qui doit intégrer le concept du *damage control*².

Une stratégie transfusionnelle agressive est indispensable, avec l'apport précoce de concentrés globulaires (de groupe O

négatif si besoin), de plasma frais congelé (PFC), de plaquettes, de fibrinogène. Les objectifs transfusionnels en l'absence de traumatisme crânien doivent être de plus de 7 g/dl pour l'hémoglobine, de plus de 40 % pour le TP, de plus de 50 G/l pour les plaquettes. En cas de traumatisme crânien les objectifs transfusionnels sont plus élevés. Le taux d'hémoglobine doit être à 10 g/dl, le taux de plaquettes doit être à 100 G/L et le TP doit être supérieur à 60 %. Le ratio transfusionnel en traumatologie doit être de 1 pour 1, un concentré globulaire pour un PFC. Le calcium joue un rôle de co-facteur important dans la cascade de la coagulation, il est important de maintenir des taux fixes de cet ion au cours du choc hémorragique. Le citrate contenu dans les poches de transfusion entraîne une chélation du calcium plasmatique avec pour conséquence une hypocalcémie post-transfusionnelle. Il est donc important de compenser de deux

² Le *damage control* est un ensemble de mesures visant à la survie du polytraumatisé en cas d'hémorragie grave. L'objectif du *damage control* est de faire l'hémostase à tout prix tout en minimisant le temps opératoire pour contrôler efficacement mais pas obligatoirement parfaitement les saignements et les différentes lésions vitales.

ampoules de chlorure de calcium toutes les quatre poches. L'ajout d'acide tranexamique a montré, dans une étude randomisée, une réduction de la mortalité au cours du choc hémorragique. Les corrections de l'hypothermie, de l'état de choc et de l'hypocalcémie participent au traitement de la coagulopathie (tableau 40.2).

Tableau 40.2

Objectifs transfusionnels chez le traumatisé sévère avec ou sans atteinte neurologique

	Sans neurotraumatisme	Avec neurotraumatisme	Stratégie transfusionnelle
Hémoglobine	> 7 g/dl	> 10 g/dl	Acide tranexamique : 1 g, puis 1 g sur 8 h Ratio de transfusion : 1 concentré globulaire pour 1 PFC Chlorure de calcium : 2 g par 4 poches
Plaquette	> 50 G/l	> 100 G/l	
TP	> 40 %	> 60 %	
Fibrinogène	> 1 g/l	> 2 g/l	

III Traumatismes craniofaciaux

Une atteinte cérébrale est fréquente chez le polytraumatisé. L'évaluation clinique de la gravité de l'atteinte cérébrale se fait par le score de Glasgow. Le traumatisme crânien est considéré comme grave si le score de Glasgow obtenu après les premières mesures de réanimation est ≤ 8 . Une asymétrie pupillaire de plus de 3 mm est associée à une forte probabilité de découverte d'un effet de masse et fait transférer le patient en milieu neurochirurgical. Si la durée prévisible du transport est > 1 h, l'existence d'une anisocorie ou d'autres signes de localisation doit faire discuter l'orientation vers un centre proche équipé d'un scanner et d'un chirurgien capable d'évacuer un hématome extradural.

Les facteurs tomodensitométriques pronostiques majeurs sont : l'œdème cérébral, l'hémorragie intraventriculaire et la déviation de la ligne médiane.

Les traumatismes faciaux sont souvent traités dans le cadre d'une urgence différée. Les urgences maxillo-faciales sont les suivantes :

- l'hémorragie, qui va de l'épistaxis à l'hémorragie faciale diffuse, pouvant justifier en dernier recours une embolisation ;
- la trachéotomie, en cas d'obstruction des voies aériennes supérieures ou de traumatismes à type de fracture de la mandibule ou de traumatismes très délabrants (plaies par arme à feu) ;
- les plaies de la face délabrantes ;
- l'hématome du cône orbitaire, une plaie du globe.

IV Traumatismes thoraciques

Tout polytraumatisé est un traumatisé thoracique potentiel. L'importance des lésions intrathoraciques n'est pas corrélée à la sévérité des atteintes pariétales éventuelles, en particulier dans certaines circonstances comme la décélération ou l'accélération brutale, la compression abdominale à glotte fermée, l'effet de souffle (blast).

La recherche des complications précoces repose sur deux examens clés : la radiographie thoracique de face et le scanner thoracique. La radiographie thoracique est indispensable pour le dépistage et le diagnostic des principales complications des traumatismes du thorax : fracture de côtes, fractures du sternum (profil), pneumothorax, hémithorax, contusions pulmonaires. Elle est complétée par le scanner thoracique avec injection, qui précisera l'importance des épanchements pleuraux sanguins ou gazeux, l'étendue des contusions pulmonaires, l'existence d'un hémomédiastin faisant suspecter une lésion des gros vaisseaux intrathoraciques (rupture traumatique de l'isthme aortique).

Les ruptures trachéobronchiques (incidence exacte non connue) siègent souvent au niveau de la partie distale de la trachée ou au niveau de la bronche souche droite. Leur diagnostic est suspecté sur l'existence d'un pneumomédiastin, d'un emphysème sous-cutané sus-sternal ou cervical. Le diagnostic repose sur la fibroscopie bronchique, complétée par une fibroscopie œsogastroduodénale afin de vérifier l'intégrité de l'œsophage.

Les ruptures diaphragmatiques sont de diagnostic souvent difficile, hormis les cas les plus évidents où l'issue intrathoracique des viscères abdominaux ne fait aucun doute. Elles surviennent dans un contexte de traumatisme sévère et sont plus fréquentes à gauche. Le diagnostic reste souvent posé lors d'un geste chirurgical abdominal ou thoracique, ou encore devant l'apparition d'une complication (détresse respiratoire, occlusion).

Les critères habituels de mise en route d'une ventilation invasive sont une fréquence respiratoire (FR) $> 35-40$ cycles/min, un état de choc, une hypoxémie < 60 mm Hg sous O_2 à haut débit, une hypercapnie ($PaCO_2 > 45$ mm Hg), une acidose ($pH < 7,2$).

Le drainage thoracique en extrême urgence (sans examen radiologique) doit rester exceptionnel. Il concerne les patients chez qui le contexte clinique et les données de l'examen font envisager un pneumothorax suffocant ou plus rarement un hémithorax compressif. Tout pneumothorax devra être drainé. Le drainage d'un hémithorax compressif devra se faire au bloc opératoire dans l'éventualité d'un recours rapide à une thoracotomie d'hémostase. Tout hémithorax devra être drainé quel que soit son volume, du fait du risque d'apparition à moyen terme d'un empyème pleural.

En cas d'hémithorax, une thoracotomie est indiquée selon son volume initial ($> 2\ 000$ ml), son débit horaire (> 200 ml/h) ou journalier (> 1500 ml).

V Traumatismes abdominaux

L'évaluation clinique initiale apprécie l'indication d'une chirurgie immédiate et définit les priorités entre les différentes urgences. Elle recherche des signes en faveur d'une atteinte abdominale : plaie, contracture, défense, matité, lésions du bassin.

L'échographie abdominale initiale est utile en situation d'instabilité hémodynamique pour la recherche d'un

hémopéritoine et ultérieurement pour la surveillance répétée au lit du malade.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale avec injection permet d'évaluer et classer les lésions abdominales.

Par ordre de fréquence, la rate est le viscère plein le plus fréquemment touché, puis le foie, le rein et le pancréas. La TDM abdominale sous-évalue souvent la gravité de l'atteinte pancréatique.

Les traumatismes des organes creux sont rares au cours des traumatismes fermés, sauf dans le cadre de traumatismes sévères. Sont touchés par ordre de fréquence le grêle, le côlon, le duodénum et l'estomac. En dehors d'un pneumopéritoine, l'imagerie est d'un apport modeste dans le cadre de ces lésions. Leur diagnostic est souvent retardé et être fait à l'apparition d'une péritonite.

Le mésentère peut être atteint au cours d'un traumatisme avec deux conséquences possibles : l'ischémie/nécrose d'un segment digestif, une hémorragie par arrachement d'un pédicule vasculaire. Le diagnostic d'une telle atteinte est difficile.

Les traumatismes de la veine cave inférieure sont grevés d'une lourde mortalité, qui est fonction de la localisation (80 à 100 % dans les lésions supra-hépatiques et rétro-hépatiques).

VI Traumatismes du rachis, du bassin et des membres

A Traumatisme du rachis

Ils posent de nombreux problèmes de prise en charge du fait des associations lésionnelles fréquentes. **Le dépistage des lésions rachidiennes doit être parfait.** Leur prise en charge commence dès la phase préhospitalière par une mise en condition rigoureuse (minerve, matelas coquille, mobilisation en maintenant l'axe tête-cou-tronc). Elle se poursuit en milieu hospitalier par l'incorporation systématique d'une scanographie rachidienne lors de l'évaluation scannographique. L'IRM est indiquée devant une atteinte médullaire sans lésion osseuse décelable (hernie discale traumatique, hématome extradural médullaire, contusion médullaire).

B Traumatisme du bassin

Les lésions traumatiques du bassin résultent de traumatismes violents. La principale complication immédiate est le choc hémorragique, dont la fréquence est de 10 % de la totalité des traumatismes du bassin. La gravité de ces lésions est fonction de l'existence d'une atteinte postérieure (sacrum, articulations sacro-iliaques), qui va déstabiliser le bassin en permettant sa rotation ou son ascension et qui s'associe souvent à des lésions vasculaires (hématome rétropéritonéal) et nerveuses. Il faut rechercher des complications cutanéomuqueuses (plaie, décollement périnéal, plaie vaginale et/ou rectale), neurologiques (évaluation du plexus lombosacré, difficile dans ce contexte), urologiques (lésions urétrales, qui doivent faire contre-indiquer le sondage vésical et mettre en place un cathéter suprapubien) et un choc hémorragique (fréquent lors d'une atteinte postérieure, surtout après compression antéropostérieure). Pour l'évaluation initiale du bassin, une radiographie du bassin de face suffit ; l'existence d'un choc hémorragique sans hémopéritoine ou hémothorax doit faire envisager un hématome rétropéritonéal. Le bilan précis des lésions osseuses sera obtenu par un scanner du bassin, rarement indispensable à la phase initiale.

C Traumatisme des membres

La prise en charge des fractures des membres est le plus souvent secondaire dans la prise en charge d'un polytraumatisé. Seules les fractures avec atteintes vasculonerveuses, syndrome de loges ou grand délabrement constituent des priorités thérapeutiques dans les 6 h qui suivent l'accident. Pour les autres, l'immobilisation est la règle afin de réduire le risque d'embolie graisseuse.

Points clés

- Un polytraumatisé est un blessé porteur d'une ou plusieurs lésions traumatiques, dont au moins une met en jeu le pronostic vital.
- Les lésions traumatiques sont la première cause de mortalité chez les sujets jeunes et la troisième cause de décès en France. La mortalité du traumatisme sévère augmente avec l'âge et varie selon le délai après le traumatisme.
- La gravité préhospitalière se fait en fonction des critères de Vittel et permet de classer les malades en trois catégories :
 - instable ;
 - critique ;
 - potentiellement grave.
- Les traumatisés sévères doivent être admis dans le *trauma center* le plus proche.
- Chez le polytraumatisé, la gravité des lésions se multiplie par potentialisation de leurs conséquences propres. Le risque est la sous-estimation de la gravité des lésions.
- La stratégie de prise en charge initiale du traumatisé sévère dépend de la stabilité hémodynamique du patient.
- Le bilan lésionnel minimal comprend une radiographie du bassin et du thorax, et une FAST-échographie complétées en cas de stabilité par un scanner corps entier.
- La prise en charge chirurgicale d'un traumatisé sévère doit répondre au principe du *damage control*.
- Tout traumatisé sévère est un traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire et le maintien de l'axe tête-cou-tronc est une priorité dans la prise en charge d'un traumatisé sévère.
- Tout traumatisme de la face est un traumatisme crânien jusqu'à preuve du contraire.
- Tout traumatisme du thorax instable doit faire évoquer un pneumothorax suffocant ou un hémithorax massif et doit être drainé en urgence.
- L'atteinte abdominale la plus fréquente au cours d'un traumatisme sévère est la lésion de la rate, elle est responsable dans ce cas d'un hémopéritoine.

Pour en savoir plus



Indications et « non-indications » des radiographies du bassin et du thorax en cas de traumatisme. HAS, 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_868781/fr/indications-et-non-indications-des-radiographies-du-bassin-et-du-thorax-en-cas-de-traumatisme

	<p>Prise en charge des traumatisés crâniens graves à la phase précoce, 2001. https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2001_02_21_recommandations_pratiques_cliniques_prise_en_charge_des_traumatismes_cranie ns_graves_a_la_phase_initiale.pdf</p>
	<p>Monitoring du patient traumatisé grave en préhospitalier. Conférence d'experts. Conférence d'experts. SFAR, SAMU, SFMU, SRLF, 2006. https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2005_conference_d_experts_commune_monitorage_du_patient_traumatise_grave_en_prehospitalier_texte-court.pdf</p>
	<p>Imagerie à l'admission du polytraumatisé : recommandations. Laplace Ch. MAPAR 2010. http://www.mapar.org/article/pdf/886/Imagerie%20%C3%A0%20l'admission%20du%20polytraumatis%C3%A9%20recommandations.pdf</p>
	<p>Traumatismes crâniens. Conférence de consensus. SRLF, 1990. http://www.urgences-serveur.fr/traumatismes-craniens,545.html</p>
	<p>Prise en charge d'un blessé adulte présentant un traumatisme vertébro-médullaire. SFAR, 2003. http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/rachis_cexp.pdf</p>