

PROCESSUS TRAUMATIQUES POLYTRAUMATISÉS – POLYFRACTURÉS



Pr. C.H. Flouzat-Lachaniette

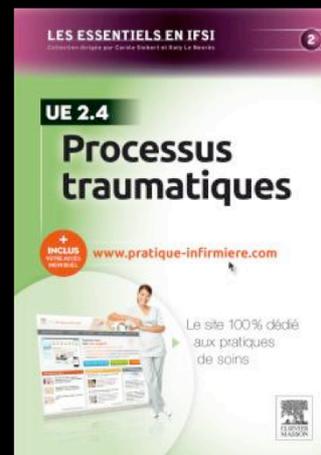
C.H.U. Henri Mondor, Créteil



Polytraumatisés.

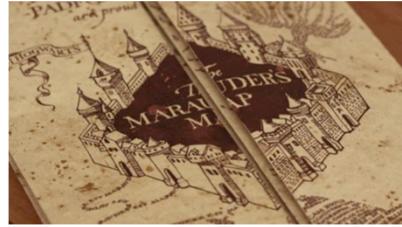
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- PPT des cours
- **Processus traumatiques :
Unité d'enseignement 2.4
Katy Le Neures**



Les documents de référence sont : les ppt du cours et le livre d'enseignement « les processus traumatiques unité d'enseignement 2.4 » de Katy Le Neures.

PLAN



- Définitions, généralités
- Organisation des secours en France
- Le circuit du polytraumatisé
- Notions de prise en charge
- Surveillance IDE



Dans un premier temps, nous rappellerons quelques définitions. Ensuite, nous parlerons de l'organisation des secours en France, du circuit du polytraumatisé, puis de sa prise en charge. Nous terminerons par le rôle de l'IDE dans la surveillance d'un patient polytraumatisé.

DÉFINITIONS, GÉNÉRALITÉS



Définitions et généralités.

DÉFINITIONS : **POLYTRAUMATISÉ**

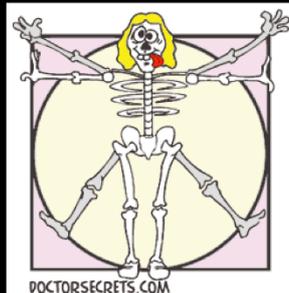
- Blessé grave atteint de plusieurs lésions dont une au moins met en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme
- Ex. : fracture de rate + fracture de jambe



L'ancienne définition d'un polytraumatisé est un patient atteint de plusieurs lésions dont une au moins met en jeu le pronostic vital. Il existe une définition plus récente : un polytraumatisé est un patient qui présente au moins deux lésions.

DÉFINITIONS : POLYFRACTURÉ

- Malade présentant «plusieurs fractures»
- Un polyfracturé peut devenir un polytraumatisé
- Tous les polytraumatisés ne sont pas obligatoirement polyfracturés



Un polyfracturé est un patient qui présente au moins deux fractures. Avec la nouvelle définition, un patient polyfracturé est un polytraumatisé.

Avec l'ancienne définition, un patient polyfracturé n'est pas forcément un polytraumatisé.

Un polytraumatisé n'est pas obligatoirement fracturé.

GÉNÉRALITÉS : DÉCÈS DU POLYTRAUMATISÉ



- **> 10000 morts / an (jeunes+++)**
- **50% sur les lieux de l'accident**
 - Par lésions cérébrales, médullaires hautes, du cœur, des gros vaisseaux.
- **30% dans les 1^{ères} heures**
 - par hémorragie massive intra ou rétro péritonéale, HED ou HSD, hémopneumothorax.
- **20% dans les 1^{ers} jours**
 - par syndrome infectieux, syndrome de défaillance multiviscérale

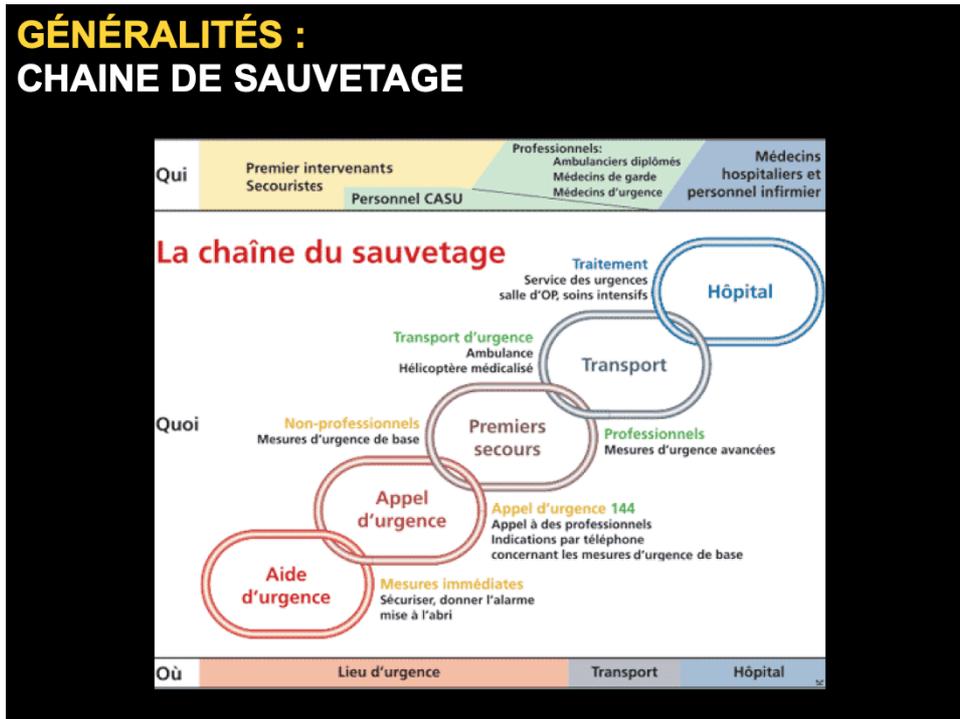
On estime à plus de 10 000 morts par an en France liés à un polytraumatisme. La population la plus touchée est la population des jeunes adultes.

50 % des décès ont lieu sur les lieux de l'accident et sont directement dus aux lésions engendrées par le traumatisme.

30 % dans l'heure qui suit l'accident, le plus souvent par état de choc hémorragique.

20 % dans les jours qui suivent, généralement à cause d'un syndrome de défaillance multiviscérale.

GÉNÉRALITÉS : CHAÎNE DE SAUVETAGE



La chaîne de sauvetage est l'organisation des secours en France qui s'étendent de la prise en charge d'un accidenté sur les lieux de l'accident avec les premiers secours jusqu'à la prise en charge hospitalière avec les équipes spécialisées.

ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE



En France, il existe quatre numéros d’urgences qui sont gratuits et qui permettent d’alerter les premiers secours :

- le 17 la police-secours
- le 15 le SAMU
- le 18 les sapeurs-pompiers
- le 112 l’appel d’urgence européen.

Ces équipes, une fois prévenues, vont se charger de l’organisation des secours.

ORGANISATION DES SECOURS DEUX STRATÉGIES

- **“Scoop and run”** → États-Unis
 - Mise en condition minimale
 - Réduction du temps préhospitalier
 - Personnel moins qualifié
- **“Stay and play”** → France
 - Stabilisation du patient avant transfert
 - Personnel + qualifié



Il existe deux stratégies de prise en charge en urgence.

La stratégie « Scoop and run », spécifique aux États-Unis, qui consiste en un transfert le plus rapide possible du patient vers une structure hospitalière.

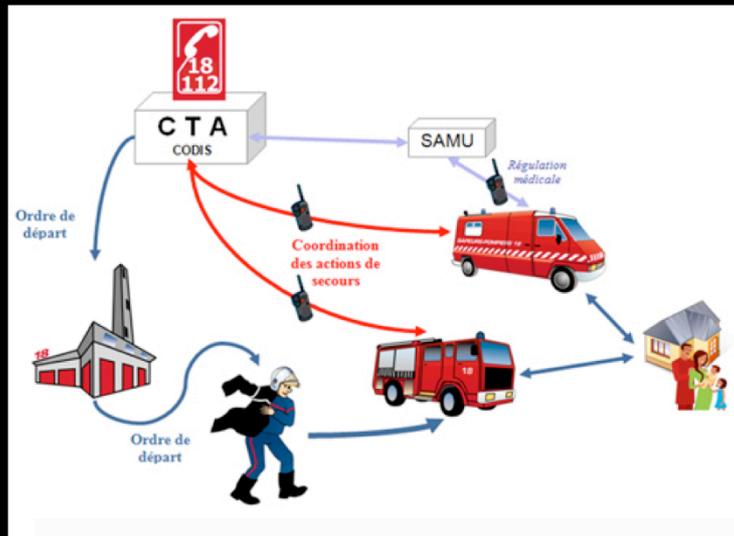
La stratégie « Stay and play », qui est mise en place en France, qui consiste à prodiguer les premiers soins sur les lieux de l'accident, dans le but de stabiliser le patient, avant son transfert dans une structure hospitalière.

ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE POMPIERS OU SAMU ? LA RÉGULATION



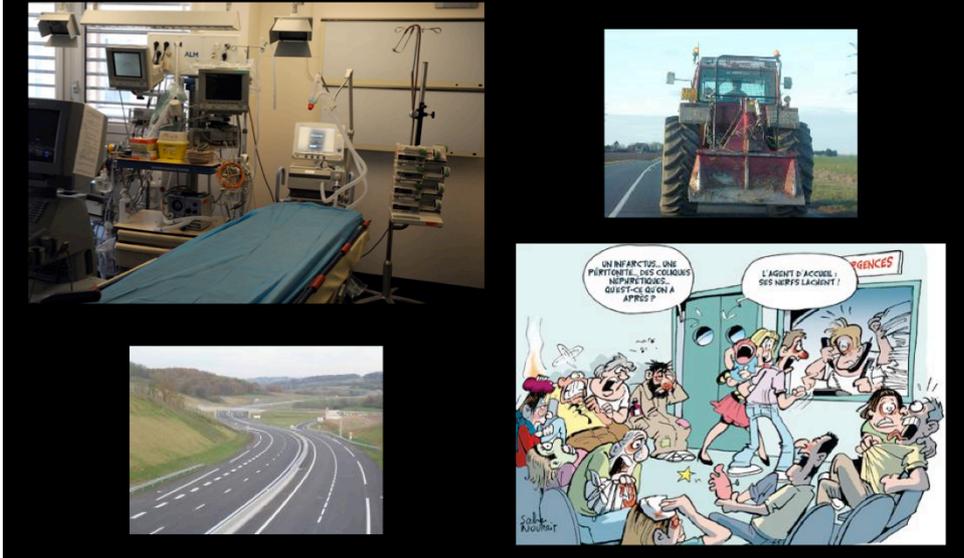
Après avoir reçu l'appel, la **régulation** POMPIERS et/ou SAMU définit la gravité d'une situation et envoie – en fonction des descriptions faites – l'équipe la plus adaptée à la situation.

ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE POMPIERS OU SAMU ? LA RÉGULATION



La régulation coordonne les différentes équipes de secours pour organiser la prise en charge la plus rapide possible et la plus adaptée.

ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE POMPIERS OU SAMU ? RÉA OU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ?



En fonction de sa gravité, les équipes de secours (pompiers ou SAMU) orientent le polytraumatisé vers un service d'accueil des urgences ou une réanimation. Il peut cependant y avoir des erreurs d'aiguillage.

ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE ERREURS D'AIGUILLAGE



La régulation et les équipes de secours d'urgence jouent un rôle primordial pour orienter le patient vers le service le plus adapté.

En cas de mauvais aiguillage, il existe une perte de chance, d'une part pour le polytraumatisé, avec un retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique, d'autre part pour les équipes de secours qui perdent un temps précieux.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ



Évaluation de la gravité.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ PREMIERS SECOURS – SMUR – HÔPITAL

- Débutée sur les lieux de l'accident
- Poursuivie par le SMUR
- Finalisée à l'hôpital



L'évaluation de la gravité est primordiale. Elle permet d'estimer si le patient est transportable ou non, et d'orienter le patient vers la structure d'accueil la plus adaptée.

La gravité du polytraumatisé pouvant évoluer au cours de la prise en charge, elle doit être constamment réévaluée par les différentes équipes.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

1. VARIABLES PHYSIOLOGIQUES

- **Neurologique** (score de Glasgow < 13),
- **Hémodynamique** (PAS < 90 mm Hg),
- **Respiratoire** (FR > 30, SpO₂ < 90%).



La gravité d'un polytraumatisé se définit par l'évaluation de trois urgences physiologiques avec des critères bien précis :

- neurologique (score de Glasgow < 13)
- hémodynamique (PAS < 90 mm Hg)
- respiratoire (FR > 30, SpO₂ < 90 %).

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

1. VARIABLES PHYSIOLOGIQUES

Score de Glasgow		
Score de Glasgow > 5 ans	Score de Glasgow 2 à 5 ans	Score de Glasgow < 2 ans
Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture	Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture	Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture
Réponse verbale : 5- Est orienté et parle 4- Est désorienté et parle 3- Paroles inappropriés 2- Sons incompréhensibles 1- Aucune réponse	Réponse verbale : 5- Mots appropriés, sourit, fixe, suit du regard 4- Mots appropriés, pleure, consolable 3- Hurlé inconsolable 2- Gémit aux stimuli douloureux 1- Aucune réponse	Réponse verbale : 5- Agit normalement 4- Pleure 3- Hurllements inappropriés 2- Gémissements 1- Aucune réponse
Réponse motrice : 6- Répond aux demandes 5- Localise la douleur 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse	Réponse motrice : 6- Répond aux demandes 5- Localise la douleur 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse	Réponse motrice : 6- Mouvements spontanés intentionnels 5- Se retire au toucher 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse

Voici le score de Glasgow.

Ce score permet d'évaluer l'état de vigilance d'un patient. Il est coté de 3 à 15.

On évalue la réaction du patient à trois ordres : l'ouverture des yeux, la réponse verbal et la réponse motrice.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

2. MÉCANISME DU TRAUMATISME (HAUTE ÉNERGIE)

- chute d'une grande hauteur (> 6 m),
- victime incarcerated ou éjectée du véhicule,
- piéton,
- motocycliste non casqué,
- importance des dégâts matériels, ...
- > 60Km/h
- DCD à bord



Il est important de connaître les circonstances de l'accident, afin de rechercher des critères de gravité :

- traumatisme à haute cinétique
- motard non casqué
- chute d'un lieu élevé (> 6m, > 4ème étage)
- présence de victimes décédées sur les lieux de l'accident.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

3. SÉVÉRITÉ DES 1^{ÈRES} LÉSIONS DIAGNOSTIQUÉES

- plaie pénétrante,
- fracture de deux os long,
- brûlures associées,
- volet thoracique,
- suspicion d'atteinte médullaire,
- amputation,
- ischémie de membre, ...



Hormis les critères de gravité (neurologique, hémodynamique, respiratoire), il faut rechercher des lésions à risques de complications :

- une fracture ouverte
- une brûlure du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré étendue
- un traumatisme du rachis ou du bassin
- un traumatisme crânien
- une amputation traumatique
- un déficit sensitive-moteur ou une ischémie de membre
- un volet thoracique.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

4. CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT

- âge > 65 ans,
- insuffisance cardiaque ou respiratoire,
- grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, ...



Le terrain du patient fait partie des critères de gravité :

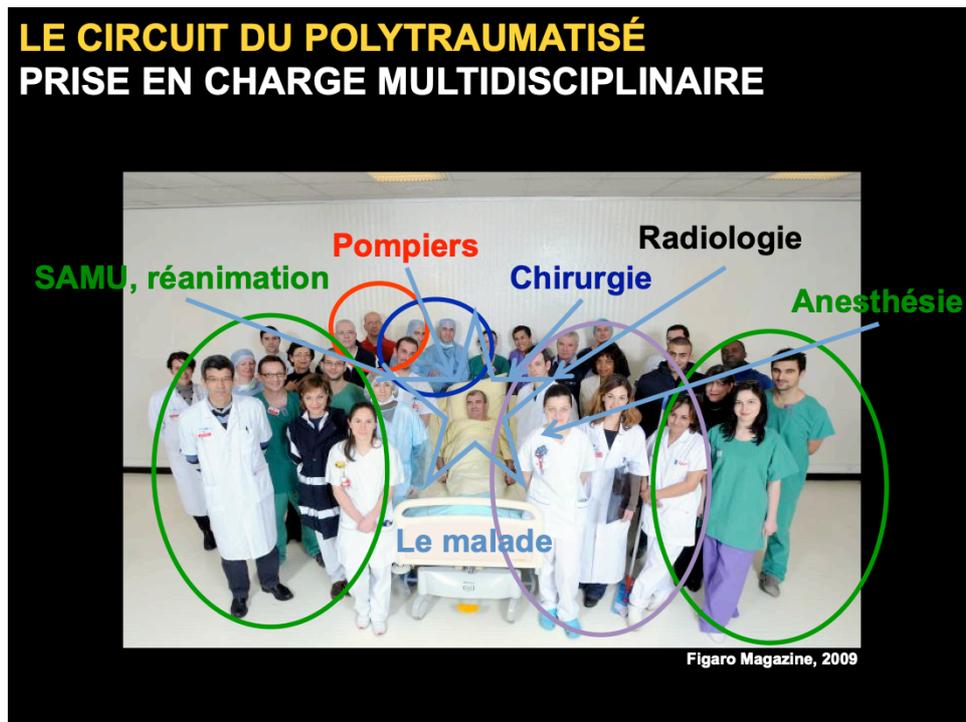
- âge > 65 ans
- grossesse
- comorbidités cardiaques ou respiratoires
- traitements anticoagulants.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE **LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ**



Le circuit du polytraumatisé.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE



La prise en charge est pluridisciplinaire. Elle fait intervenir les équipes de secours (pompiers, SAMU), les anesthésistes-réanimateurs, les radiologues, les chirurgiens et les équipes paramédicales.

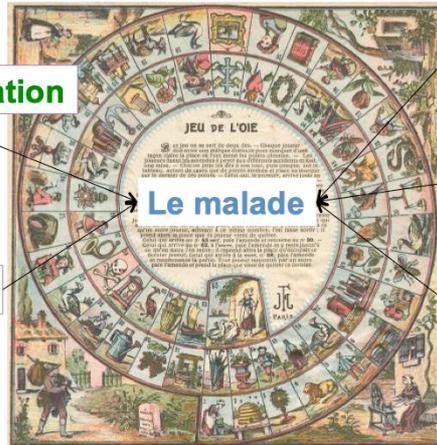
LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE



Réanimateur chirurgical = chef d'orchestre de la prise en charge

SAMU, réanimation

Pompiers



Anesthésie

Chirurgie

Radiologie

Toutes ces équipes se coordonnent pour aboutir à la prise en charge du malade la plus rapide et efficace possible. Le réanimateur est le chef d'orchestre de la prise en charge.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ
ARRIVÉE EN RÉANIMATION CHIRURGICALE
EXAMEN CLINIQUE : BILAN INITIAL



Un polytraumatisé grave est transféré par les équipes de secours en salle de réveil ou réanimation chirurgicale.

A son arrivée, il convient de réévaluer les trois urgences : neurologique, hémodynamique et respiratoire, pour apprécier sa gravité.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ EXAMEN CLINIQUE : BILAN INITIAL



- **Bilan lésionnel** : rapidité / exhaustivité
- **Priorités** :
 - Atteinte des grandes fonctions vitales
 - Éléments anamnestiques de gravité (cinétique, ...)
 - Hémorragie
 - Lutte contre l'hypothermie et la douleur

Le patient est examiné dévêtu. Il faut faire un bilan rapide et exhaustif des lésions.

Les équipes de secours transmettent aux équipes de réanimation les éléments concernant la gravité du polytraumatisé.

Les premiers soins ont déjà été mis en place : par exemple, lutte contre la douleur et l'hypothermie.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

BILAN INITIAL

- **Monitoring :**
 - FC, SatO₂, PA
 - 2 VVP bon calibre
 - Ventilation : si besoin
 - SNG ± SU (sauf CI)
 - T°
- **ECG :** signes indirects de contusion myocardique
- **Biologie :**
 - Hémocue, groupage, RAI, NFSp, coag, GDSA, lactate, iono, BH, amylase, LDH, CPK+MB, troponine, alcoolémie/toxiques, β-HCG



Le patient doit être scopé. Les constantes vitales sont prises rapidement.

Il faut mettre en place deux voies veineuses périphériques, une oxygénothérapie et, si besoin, une intubation-ventilation.

Attention, Il faut s'assurer de l'absence de traumatisme du bassin ou de l'appareil urinaire avant la mise en place d'une sonde urinaire.

Un électrocardiogramme est réalisé en urgence.

Un bilan biologique, comprenant un bilan

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

EXAMEN CLINIQUE MÉTHODIQUE ET SYSTÉMATIQUE

- **Traiter les pathologies vitales au bilan laire**
 - Obstruction des voies respiratoires
 - Hémothorax massif
 - Choc hémorragique
 - Tamponnade cardiaque
 - Pneumothorax soufflant
 - Pneumothorax sous-tension
- **Traiter les pathologies graves au bilan llaire**

En priorité, il faut traiter les pathologies vitales. Exemple : un pneumothorax compressif à exsuffler ou une tamponnade cardiaque à ponctionner.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ RÉANIMATION

- Détresses respiratoires
- Détresses cardio-respiratoires
 - Choc = cause fréquente de décès
- Détresses neurologiques



Les pathologies vitales doivent être prises en charge en priorité ; il s'agit des trois urgences neurologiques, hémodynamiques et respiratoires.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ BILAN OSTÉO-ARTICULAIRE EXAMEN COMPLET



- Tout blessé doit être considéré comme étant un traumatisé du rachis
 - Maintien de l'axe «tête-cou-tronc»
 - Enlèvement correct du casque
 - Minerve rigide systématique
- Contention des fractures :
 - Attelles à dépression
 - Matelas coquille (transport)



Une fois l'évaluation de la gravité faite et une fois le patient stabilisé, il faut faire un examen clinique complet des quatre membres et du tronc à la recherche d'une atteinte ostéo-articulaire.

Tout polytraumatisé est considéré comme un traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire.

Ceci implique une immobilisation tête-cou-tronc en rectitude dans un matelas coquille et une minerve rigide, et la mobilisation du patient en monobloc.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

BILAN OSTÉO-ARTICULAIRE

EXAMEN COMPLET



- Palper tous les segments osseux
- Mobiliser toutes les articulations
- Apprécier l'état cutané
- Palper les pouls
- Examen neurologique complet

L'examen ostéo-articulaire comprend une palpation de tous les segments osseux et de toutes les articulations à la recherche de fractures et à la recherche de complications :

- effraction cutanée
- prise des pouls périphériques (ischémie)
- examen neurologique complet (paralysie, troubles sensitifs).

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

LÉSIONS ASSOCIÉES

- **Dernières côtes :**
 - foie, rate, rein, diaphragme
- **Sternum :**
 - Cœur, trachée, vertèbre, diaphragme
- **Rachis thoraco-lombaire :**
 - Désinsertion mésentérique, grêle
- **Bassin :**
 - Hématome, rupture vésicale, urétrale, ...

Certaines lésions de l'appareil ostéo-articulaire doivent faire suspecter des lésions d'organe associées.

Par exemple, une fracture des côtes flottantes peut entraîner une plaie hépatique ou splénique ; une fracture du bassin peut se compliquer d'une plaie vésicale ou urétrale.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

ATTENTIONS AUX LÉSIONS SILENCIEUSES



Source: Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB, Thurman RJ: *The Atlas of Emergency Medicine, 3rd Edition*: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

- Fracture ouverte de mandibule
- Impressionnant
- Pas urgent



- Fracture de rate
- Silencieux
- Peut être mortel en cas de retard diagnostic

Attention : il faut se méfier des polytraumatisés faussement rassurant. Une fracture de rate peut être silencieuse dans un premier temps, mais la rupture de la capsule splénique dans un deuxième temps peut entraîner un état de choc hémorragique qui peut mettre en jeu le pronostic vital (cf. cours sur les traumatismes abdominaux).

A contrario, certains traumatismes impressionnants ne sont ni graves, ni urgents, comme par exemple une fracture ouverte de la mandibule.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ PRISE EN CHARGE INITIALE



- Désinfection, pansement antiseptique
- Réduction et immobilisation des fractures et des luxations
- Fractures ouvertes : ATB & VAT
- TTT rapide des fractures compliquées
 - F. ouverte, plaie articulaire, menace cutanée
 - Lésion vasculaire,
 - Syndrome des loges, ...

Une fois que l'on s'est assuré de l'absence de signes de gravité et que l'on a monitorié le polytraumatisé, une prise en charge thérapeutique initiale doit être mise en œuvre avant la réalisation des examens d'imagerie.

Une fracture déplacée, une articulation luxée doivent être réduites et immobilisées avant la réalisation du bilan d'imagerie.

Une fracture ouverte doit être désinfectée et emballée dans un champ stérile avant la réalisation du bilan d'imagerie.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ IMAGERIE



Le bilan d'imagerie.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

IMAGERIE AU DÉCHOCAGE

- Rx thorax
- Rx de bassin
- Echo abdo

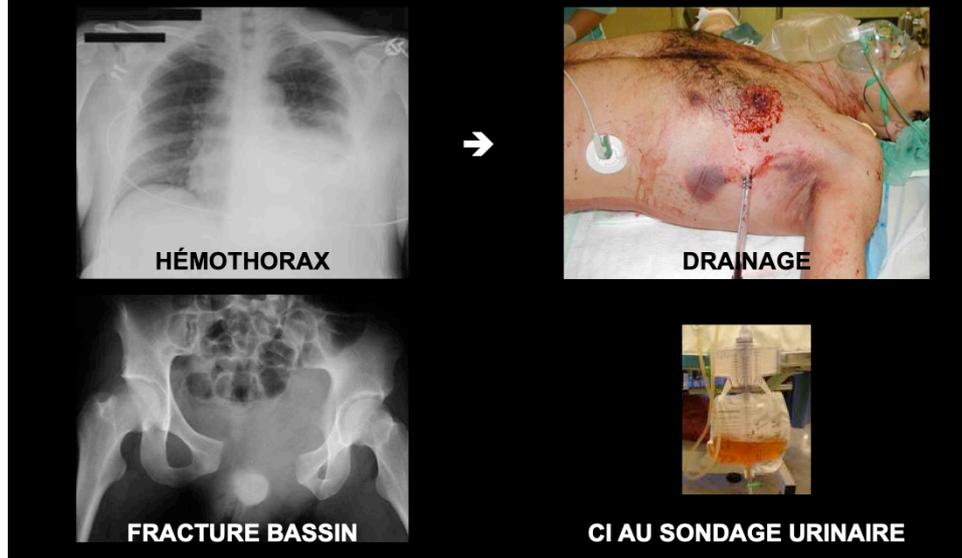
- Position des sondes
- Hémopneumothorax ou médiastin ++, péricarde
- Épanchement intra ou rétro-péritonéal ++
- Fracture bassin : SU / hémorragie ++



En réanimation ou en salle de réveil, le bilan d' imagerie initial du polytraumatisé en urgence comprend :

- une radiographie du thorax de face à la recherche d' un épanchement pleural, péricardique ou médiastinal.
- une radiographie du bassin de face à la recherche d' une fracture du bassin témoignant d' un traumatisme à haute cinétique et pouvant contre-indiquer le sondage urinaire.
- l' échographie abdominale est de moins en moins pratiquée en urgence. Elle est indiquée si le patient est instable hémodynamiquement, pour rechercher une hémorragie intra ou rétro-péritonéale. Si le patient est stable hémodynamiquement, on réalisera un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé.

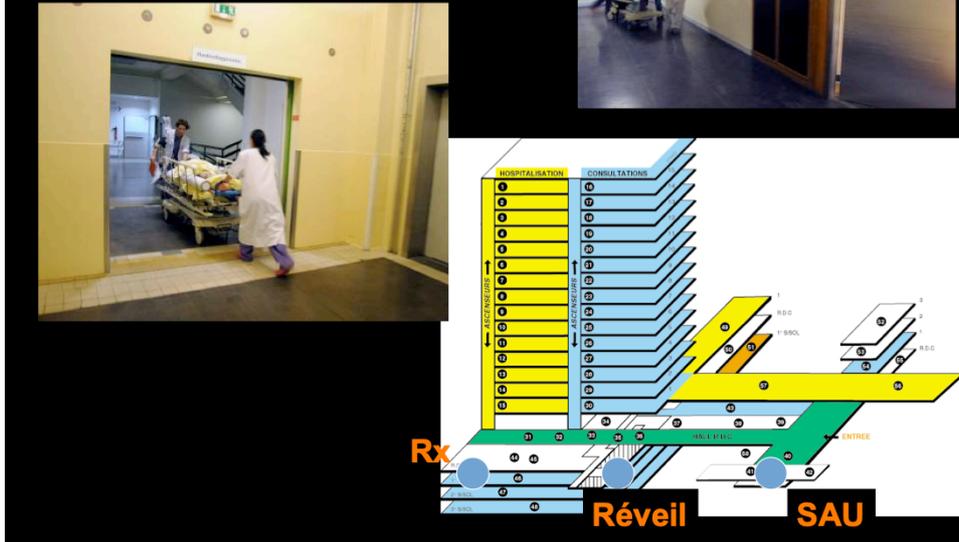
LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ IMAGERIE AU DÉCHOCAGE



Ici, nous avons l'exemple d'une radiographie du thorax de face qui montre un hémithorax gauche avec la présence d'une opacité qui masque le parenchyme pulmonaire et la coupole diaphragmatique. La radiographie du thorax a permis au réanimateur de poser l'indication à réaliser un drainage thoracique en urgence.

Autre exemple, avec une radiographie du bassin de face qui montre une disjonction de la symphyse pubienne. La radiographie du bassin de face a permis d'éviter un sondage urinaire dangereux.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ IMAGERIE UNE FOIS LE PATIENT STABILISÉ



Une fois le patient stabilisé, il peut être transféré en radiologie pour réaliser les examens d'imagerie de base du polytraumatisé (scanner thoraco-abdomino-pelvien), mais aussi les examens spécifiques à chaque patient (exemple : une radiographie de l'avant-bras). Ces transferts sont potentiellement dangereux car les différents postes (SAU, réanimation, radiologie) sont éloignés.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ **IMAGERIE** **TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIER INJECTÉ**



Les appareils tomodensitométriques (scanners) étant devenus faciles d'accès, le scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé est devenu l'examen d'imagerie de référence du polytraumatisé.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ

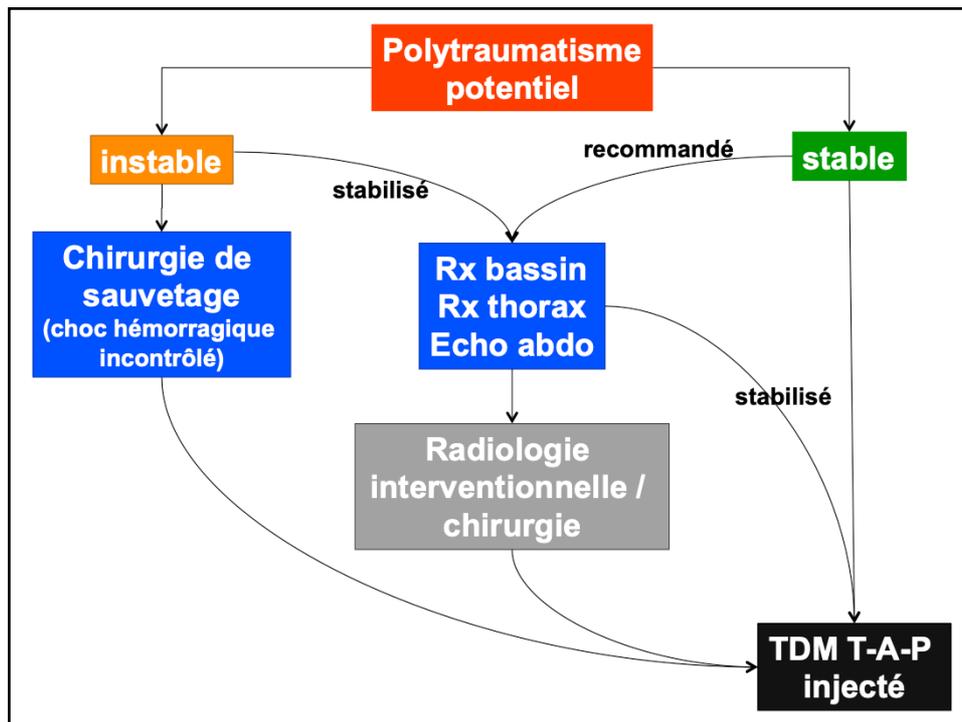
IMAGERIE

± RX STANDARDS



Hormis les examens d'imagerie de base du polytraumatisé, il ne faut pas oublier les examens d'imagerie complémentaire spécifique à chaque patient.

Par exemple, ici, avec un patient qui présentait une déformation au niveau de la cuisse droite et du poignet droit pour lesquels ont été réalisées une radiographie du fémur droit de face et de profil, ainsi qu'une radiographie du poignet droit de profil.



Dans certaines situations d'urgence, où le patient n'est pas stable sur le plan hémodynamique et où le pronostic vital est engagé, on peut être amené à se passer des examens d'imagerie de base du polytraumatisé pour réaliser soit une chirurgie de sauvetage, soit un geste d'artério-embolisation en radiologie interventionnelle pour contrôler un saignement actif.

LE CIRCUIT DU POLYTRAUMATISÉ CHIRURGIE OU RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



Le choix entre chirurgie de sauvetage et radiologie interventionnelle dépendra du type de lésions, de l'organe atteint et du geste d'hémostase à effectuer.

Par exemple, une disjonction de l'articulation sacro-iliaque est plus accessible un geste d'artério-embolisation car une chirurgie ouverte risquerait d'entraîner le décès par hémorragie.

A contrario, une plaie d'un gros vaisseaux est plus accessible à une chirurgie de sauvetage car un geste d'artério-embolisation ne suffira pas à contrôler le saignement.

NOTION DE PRISE EN CHARGE QUEL ORDRE DE PRIORITÉ ?



Une fois le patient stabilisé et les lésions mettant en jeu le pronostic vital prises en charge, dans quel ordre faut-il effectuer les différentes prises en charge chirurgicales ?

NOTION DE PRISE EN CHARGE QUEL ORDRE DE PRIORITÉ ?



- Décision multi-disciplinaire
- Chirurgies urgentes
 - Evacuation d'un HIC
 - Hémostase vasculaire périphérique
 - Thoracotomie, laparotomie exploratrice
 - Angiographie thérapeutique lombo-pelvienne
 - Délabrement majeur de membre

Il n'y a pas de consensus. La décision est prise de façon pluridisciplinaire. On respecte la logique de l'urgence.

Les chirurgies urgentes sont, en général, la neurochirurgie pour les traumatismes crâniens, la chirurgie vasculaire en cas d'ischémie aiguë, la chirurgie abdominale en cas de tableau d'abdomen chirurgical aigu, et la chirurgie orthopédique, en cas de traumatisme médullaire ou de délabrement majeur d'un membre.

SURVEILLANCE INFIRMÈRE



Rôle de l' IDE dans la surveillance d' un polytraumatisé.

SURVEILLANCE INFIRMÈRE

**L'examen clinique d'un patient polytraumatisé se modifier RAPIDEMENT
→ SURVEILLANCE RAPPROCHÉE**

- **Grandes fonctions :**
 - Neurologique (score de Glasgow),
 - Hémodynamique (PAS),
 - Respiratoire (FR, SpO2).
- **Signes de choc :**
 - Cardiogénique
 - Hypovolémique
- **Sondes, pansement :**
 - Hémorragie
 - Diurèse, bullage du drain pleural, etc.

L'état de santé d'un patient polytraumatisé peut se dégrader rapidement. Il nécessite donc une surveillance rapprochée

Il faut en permanence rechercher les signes de gravité neurologique (Score de Glasgow), hémodynamique (pression artérielle, fréquence cardiaque, électrocardiogramme), et respiratoire (fréquence respiratoire, saturation en oxygène).

Le patient doit être scopé en permanence pour permettre la détection rapide d'un état de choc hypovolémique ou cardiogénique.

Il ne faut pas oublier de surveiller les différentes sondes ou drains à la recherche d'une mauvaise évolution. Par exemple, l'apparition dans un second temps d'une hématurie sur un sondage urinaire.

CONCLUSION

- Prise en charge **multi-disciplinaire** coordonnée par le réanimateur
- Prise en charge méthodique et **systematique**
- L'attitude chirurgicale doit être adaptée au polytraumatisme (**pas "comme d'habitude"**)

En conclusion, la prise en charge d'un polytraumatisé est une prise en charge multidisciplinaire qui est coordonnée initialement par la regulation des premiers secours puis une fois arrivé à l'hôpital par le medecin réanimateur.

Pour être efficace, la prise en charge doit être méthodique et systematique.

L' attitude chirurgicale sera différente pour chaque polytraumatisé, Il faut donc savoir s'adapter.



Merci.