

Un traumatisme pas banal...

l'hôpital
NORD
OUEST

Dr Frédéric VERBOIS



établissements parties au

GHT
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
**RHONE NORD
BEAUJOLAIS DOMBES**

28/02/2018



Mr PET. Gro. – 50 ans - Serbe

- AT 08/09/17 – Chute de 4 m sur le côté droit et coude gauche
- Poids 80 kg – 175 cm
 - Pas de TC – Pas de TTT – Pas d'AP
 - Les horaires :
 - Chute 14 h 25
 - Arrivée SMUR 14 h 45
 - amis traduisant « pas de douleur », angoissé car « ne devait pas être là »,
 - Constantes ; Glasgow 15, TA 170/100, FC 105/min ; FR 24/min, SaO2 95 % ss 9 l/min MHC, un peu suant
 - Douleur à la palpation costales droites multiples sans emphysème sous cutané, diminution murmure vésiculaire droit, abdo souple, sensible en Flanc droit, pas d'atteinte osseuses (os longs et bassin), mobilisation symétrique sans déficit neurologique, plaie coude gauche sans déformation non hémorragique
 - Hémocue à 12 gr/dl
 - FAST Echo : pas de PNO, petit épanchement pleural (< 1 cm), Morrison neg, reste mal visualisé
 - Mise collier rigide, planche, 2 VVP, 1 gr Perfalgan, 1 gr. Exacyl, 1 l SSI en débit lent
 - Départ SMUR 15 h 15 vers...



Diagnostic et Grade ?

Votre destination ?



- 1 - Grade C, trauma thoracique bénin, non médicalisé vers HNOV
- 2 - Grade C, trauma thoracique, médicalisé vers trauma center niveau 3 (HNOV)
- 3 - Grade B, trauma thoracique, trauma center niveau 3
- 4 - Grade A, trauma thoraco-abdo, trauma center niveau 1, appel hélico



- Décho HNOV 15 h 36
 - Constantes TA 117/98, SaO2 99 % ss 9 l/min, FC 117/min, FR 40/min, Glasgow E4,M6,V4 : 14/15
 - Clinique non modifiée pour le reste
 - FAST Echo sans nouvel élément (3 opérateurs)
 - Hémocue à 11gr/dl.
 - Appel Radiologue : Scanner 1 avec geste, libère le scanner 2
 - Au départ vers le Scanner 15 h 54
 - TA 97/58, FR 40/min, FC 117/min, Glasgow E 3, M5, V2 : 10/15, 99 % ss 9 l/min, agitation, sueurs ++



TDM ou Bloc ? - IOT ?



1 - TDM rapide avec gestion hypotension et préparation IOT et gestion transfusion le temps du TDM ?

2 - IOT et appel Chir pour laparo exploratrice ?

3 - Pas d'IOT, stabilisation clinique choc « débutant » avant décision si TDM ou chir ou mutation

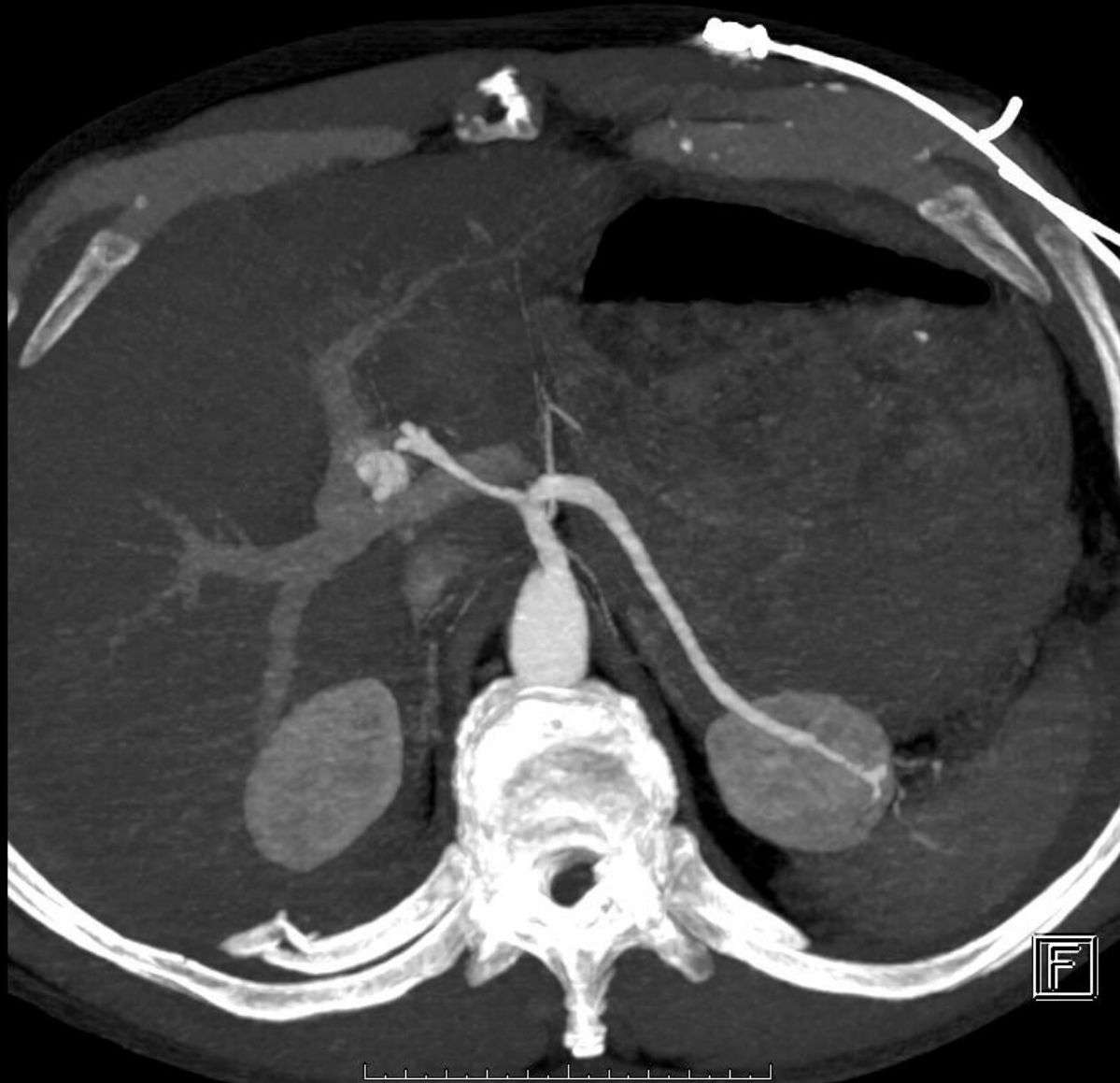
4 - Abstention thérapeutique





- Décision de TDM : 16 h. avec :
 - 2 mg Hypnovel + 2 pdt le TDM
 - Remplissage SSI, fin 1^{er} litre et deuxième en 15'
 - (R)Appel IDE relais pour préparation et finition :
 - IOT avec Celocurine / Ketamine et PSE Hypnovel / Sufentanyl
 - Préparation PSE Noradrénaline
 - (R)Appel Réanimateurs
 - (R)Appel Dr EJ (MCO) : Commande 6 CGR et 3 PFC et PS
- Résultats TDM :

SEXE: M
Zoom :1.6
Se: 1213
Im: 2/9
BP



CA:
DIBV:
W :618
C :250

Tech : ,PB
resume
Revolution CT

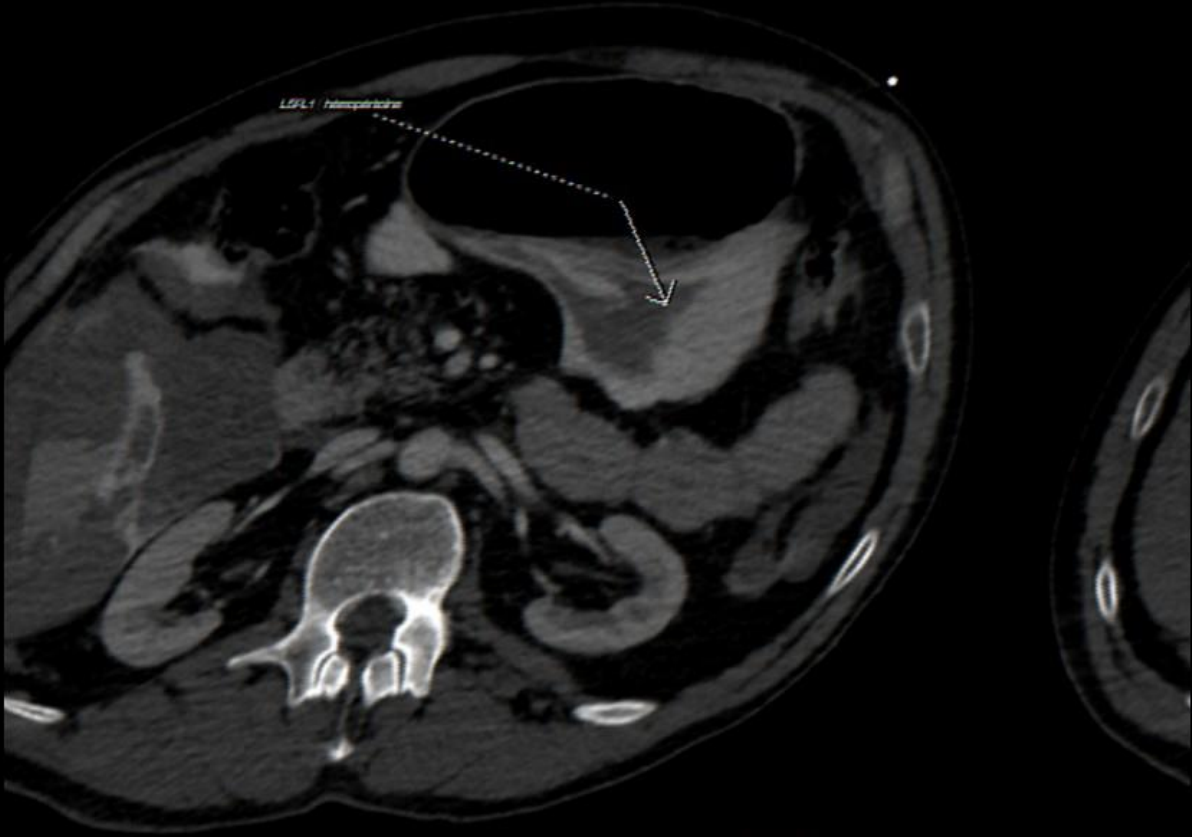
SEXE: M
Zoom :1.6
Se: 1213
Im: 4/9
BP



CA:
DIBV:
W :414
C :34

Tech : ,PB
resume
Revolution CT

SEX: M
Zoom :1.6
Se: 1213
Im: 8/9
BP



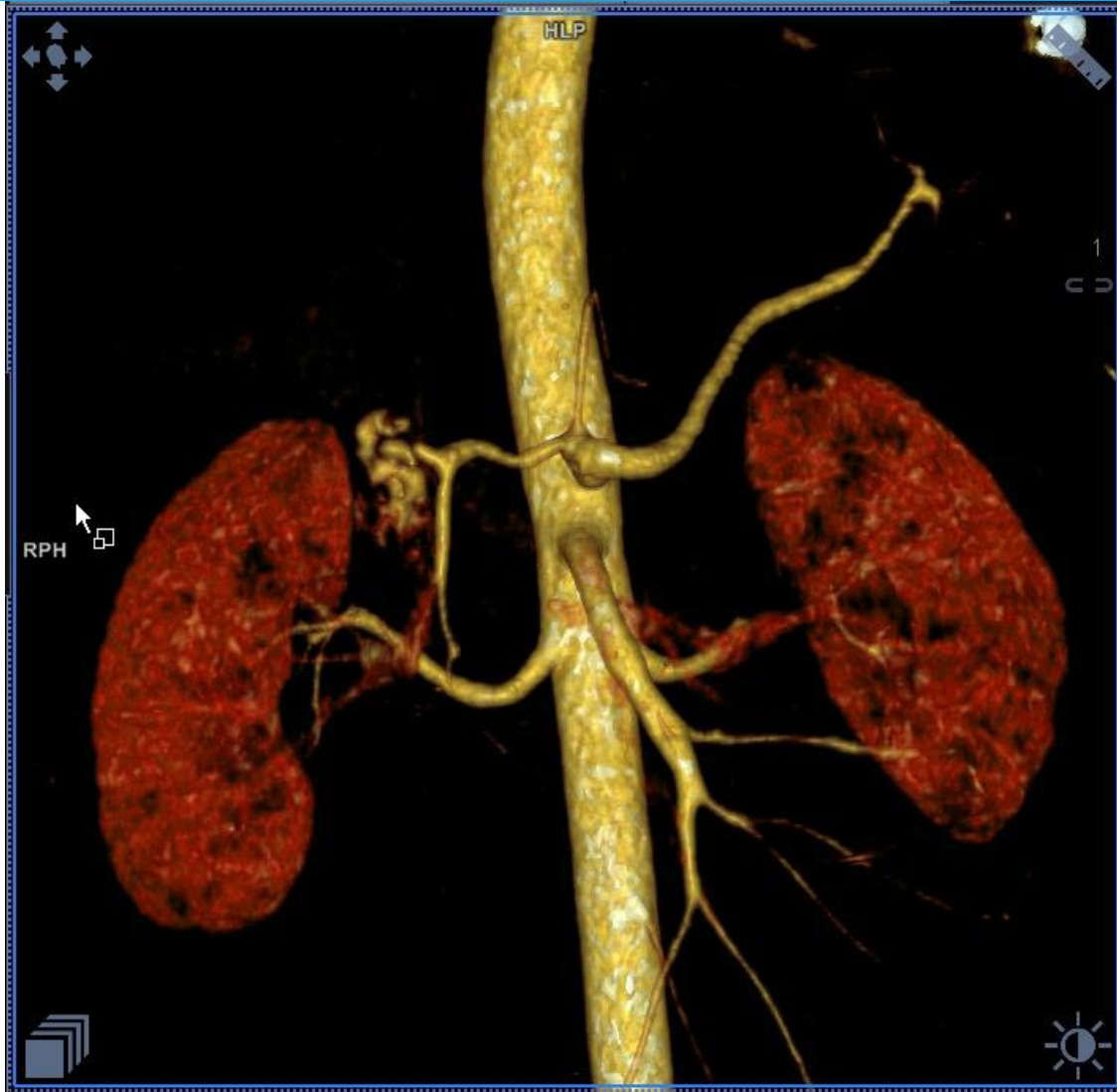
F

CA:
DIBV:
W :255
C :128

Tech : ,PB
resume
Revolution CT

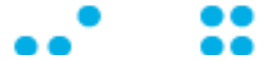


TDM





Votre Diagnostic ?



1 - TDM normal

2 - Hémopéritoine sans étiologie retrouvée

3 - Hémopéritoine sur rupture artère hépatique et hémothorax avec fractures costales

4 - Hémopéritoine minime, hémothorax abondant sur fractures costales

5 - Hémopéritoine sur rupture artère splénique et hémothorax avec fractures costales





- Retour TDM : 16 h 25
 - TA 54/31, FC 135/min, Glasgow E2, V1, M4 : 7/15, SaO2 95 % ss 15 l/min
 - Hémocue à 7,4 gr/dl
 - Gestion décho et IOT : Dr FV
 - Mise en place VVC 3 voies, Artère et Sheldon : Dr KC
 - Gestion transfusion et Chir : Dr EJ
 - Gestion G Décho/mutation : Dr JI



- Reçoit au total au décho :
 - 4 CGR, 2 PFC,
 - 5 litres de SSI au total
 - NA jusque 6,5 mg/h
- Pour PAM entre 55 et 70



Montée au Bloc...





- Montée Bloc : 17 h 20
- CHIR
 - Cell saver
 - Ligature Artère hépatique
 - Pas de lésion hépatique ni autre lésion
 - Packing (4 compresses)
 - Fermeture partielle aponévrose et peau
- Anesthésie
 - Transfusion ; 5 CGR, 3 PFC, 1 CPA, , 5 gr Fibrinogène, Cell saver
- Transfert G – Décho via Mike Uniforme : 19 h 00



Pour information...

- Patient G-Décho
 - Hb 14 gr/dl, PSE NA 3 mg/h
 - Angioscanner : majoration PNO droit, pas de fuite de produit de contraste (occlusion efficace), amélioration zones ischémie hépatique
 - Mise en place Drain thoracique à droite (PNO s'étant majoré)
- puis G - Réa
 - Reprise chirurgicale le 10/09 : SCA, splenectomie (décapsulation splénique), Cholécystectomie (VB nécrotique)
 - 12/09 ablation V.A.C
 - Hémodialyse jusqu'au 17/09
 - Extubation 26/09
 - Mutation Chirurgie Digestive 29/09



Quelques rappels

- Foie : 1500 ml/min (VP = 1100 ml/min et AH = 400 ml/min)
 - Artère hépatique
 - Anatomie des plus variables
 - » 3 artères hépatiques primordiales
 - Moyenne, latérale gauche et droite
 - Vascularisation intra-hépatique
 - » Double apport vasculaire :
 - Artère hépatique (25 %)
 - Veine porte (75 %)
 - » Mélange ds sinusoides → veines sus-H → Veine Cave
 - Artère hépatique vascularise essentiellement cellules biliaires intra-H
 - » Si ligature lors traumatisme (Jurkovich... J Trauma 1995) :
 - Survie possible (50 % mortalité) (réparation primaire : 90 % mortalité)
 - Dépend des collatérales
 - » Traumatisme isolé (sans le parenchyme) rare
 - » Si lésion : ischémie voies biliaires



Merci de votre attention

Retrouvez nos actualités sur

www.lhopitalnordouest.fr

