

DAMAGE CONTROL MEDICAL

Orateur : Fanny Bounes-Vardon
(CHU Toulouse)

Cas Clinique introductif :
Alexandre Druot (CH Cahors)

SESSION 2

Modérateurs :

Anne Laure Chevrin (CH Albi)

Stein Silva (CHU Toulouse)



Journées scientifiques de médecine d'urgence Nord-Occitanie – Cahors les 24 et 25/11/2017

Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence

Quelque part dans le Lot

- Patient de 80 ans renversé alors qu'il allait faire son marché à Concots (30min). ♦
- AVP VL contre piéton.
- Pas de précision sur la cinétique (supposée à 50 km/h). Ejecté.
- Inconscient à l'appel, déclenchement équipe SMUR et VSAV.



Bilan SMUR

- A l'arrivée du SMUR: le patient est conscient mais agité car hyperalgique. FC= 102bpm, TA=105/67 mmHg et spO2 = 93%AA. HB = 13 g/dL.
- Antécédents : HTA (IEC), Diabète II (Metformine) et FA (Dabigatran).
- A l'examen clinique :
 - douleur bassin et au niveau du sacrum
 - TC/PC, plaie du scalp, pas de déficit
 - Reste examen clinique sans anomalie, auscultation pulmonaire normale
- PEC : analgésie multimodale, 2 VVP, oxygénothérapie à 9L par minute, matelas coquille, agrafes cuir chevelu et AUGMENTIN 2G. Mise en place de ceinture pelvienne.

Conditionnement

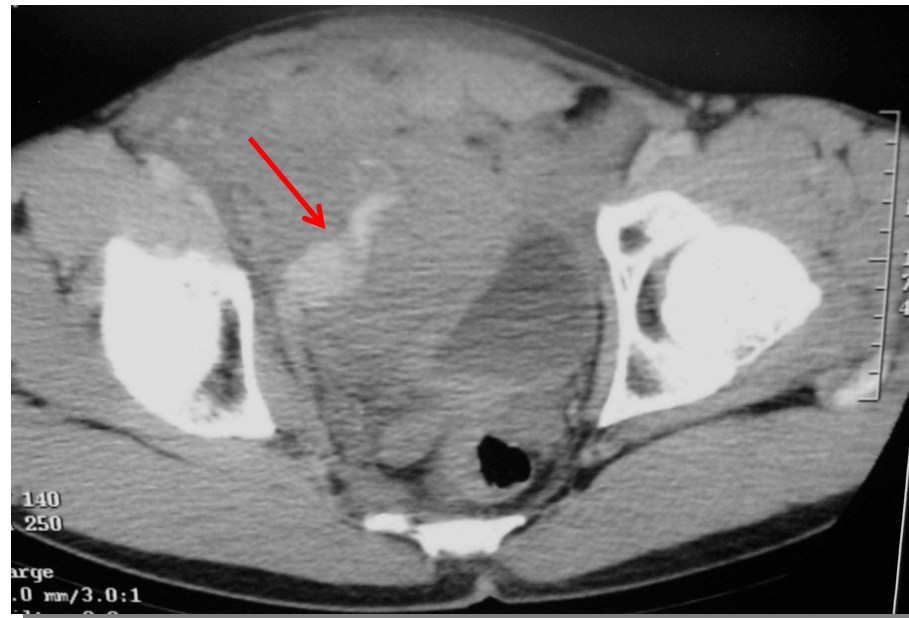
- Au moment du conditionnement dans le VSAV le patient se dégrade.
- Marbrures au niveau des genoux.
- TA = 96/47mmHg, FC=124bpm, spO2= 95% 9L.
- Pas de troubles de la vigilance.
- Nous sommes à 25 minutes du CH de Cahors.
- Nous décidons de transporter le patient vers le CH de proximité.

Quid de la prise en charge hémodynamique ? (sur suspicion de choc hémorragique sur fracture bassin)

- 1) Remplissage de 1 500 cc de cristalloïdes devant suspicion de choc.
- 2) Hypotension permissive, on ne fait rien de plus
- 3) Concentrés de complexes prothrombiniques
- 4) Acide Tranexamique
- 5) Commande de produits sanguins labiles auprès de la structure recevant le patient
- 6) Induction séquence rapide et sédation - analgésie
- 7) Début de la NORADRENALINE à 0,5mg/h pour éviter dilution des facteurs de coagulation

SAUV

- A l'arrivée au CH Cahors, le patient a un hémoglobine microméthode = 6,9g/dL après remplissage.
- Ventilation mécanique FiO2 = 35%
- NAD à 2mg/h au PSE
- Son Body Scanner APC montre :



Quid de la prise de la stratégie transfusionnelle?

- 1) 3 CGR + 3 PFC
- 2) 6 CGR + 6 PFC
- 3) 6 CGR + 6 PFC + 8 UTP
- 4) 6 CGR + 4 PFC
- 5) 6 CGR + 1 PFC
- 6) 1 G d'Acide Tranexamique
- 7) Concentrés de Fibrinogène

Devenir

- Après 1h30 de prise en charge, un transfert sur le CHU de Toulouse est décidé.
- Radiologue interventionnel prévenu
- 4 CGR + 4 PFC + 4,5 g de Fibrinogène en cours de transfusion
- NORADRENALINE 2mg/h au PSE
- Antagonisation DABIGATRAN
- Secondaire médicalisé vers CHU Toulouse

Objectifs pédagogiques

- Quelle est l'indication du déclenchement et le schéma optimal du Protocole de Transfusion Massive ?
- Quels sont les objectifs biologiques et cliniques dans la réanimation du choc hémorragique ?