



Sémiologie et soins IDE aux traumatisés thoraco-abdos et crâniens

DEFINITION

Sémiologie	Étude des signes : science d'interprétation des symptômes
Symptôme	Phénomène (manifestation) anormal provoqué par la maladie. C'est un signe observable
Syndrome	Groupe de plusieurs symptômes caractéristiques d'une maladie déterminée et constituant une entité clinique reconnaissable
Évaluation clinique	Évaluation effectuée et constatée par le soignant au lit du malade sans recours aux appareils et méthodes de laboratoire permettant d'identifier les signes présentés par le patient.
Évaluation paraclinique	Effectuée par le soignant grâce à des appareils ou des examens de laboratoire.

SEMILOGIE ET SOINS AU PATIENT TRAUMATISE SELON LA METHODE ABCD

LVA et protection du rachis

A = AIRWAY

Sujet conscient	Réponse aux questions : RAS Traiter comme inconscient si <ul style="list-style-type: none"> - Brûlure de la face - Plaie de la face - Plaie au niveau du COU (lésion directe larynx ou trachée ou lésion vasculaire entraînant une compression)
Sujet inconscient	Aspiration pharyngée LVA (tube nasopharyngée de Wendel ou canule oropharyngée de Guedel) Libération et sécurisation des voies aériennes : intubation oro-trachéale et cricothyroïdectomie si intubation impossible

Matériel pour intubation :

- Sonde
- Seringue 10ml
- Laryngoscope + lame
- Lubrifiant
- Pince de Magyll
- BAVU + masque
- Canule de Guedel
- Stéthoscope
- Gants non stériles
- Système de maintien de sonde

PROTEGER LA COLONNE CERVICALE

Collier cervical rigide ou semi-rigide

B = BREATHING

Définition

- Signes de **détresses respiratoire** en cas de traumatisme thoracique
- Dyspnée (FR normale : 15 à 20 mvmt/min)
 - Tachypnée
 - Tirage (utilisation des muscles accessoires de la respiration) = signe d'augmentation du travail respiratoire.
 - Respiration paradoxale : respiration inversée, balancement thoraco-abdominal → détresse du diaphragme.
 - Cyanose
 - Sueurs dues à la tachypnée

Oxygénation systématique

- SI le patient **respire spontanément** :
- Masque haute concentration à 9L/min
- Le patient nécessite une **assistance ventilatoire**
- BAVU 15L/Min
- Saturomètre**
- Traduit le taux d'oxygène dans le sang
 - Doit être supérieur à 95%
 - On tolère jusqu'à 90%





Fracture des côtes	<p>K1 → K3 traumatisme très violent, rechercher des lésions de l'aorte et des gros vaisseaux K4 → K9 : contusion pulmonaire et pneumothorax K10 → K12 : lésions abdominales (<i>reins foie rate</i>)</p>
Volet costal	<p>Le volet costal : 3 côtes fracturées ou plus et toutes en 2 endroits minimum → segment qui se désolidarise des autres côtes.</p>
Plaie soufflante	<p>Elle entraîne un balancement médiastinal (le poumon sain et le poumon lésé ventilent en circuit fermé) Obturé la plaie avec un pansement étanche sur 3 côtés qui va agir comme une valve unidirectionnelle</p>
Pneumothorax compressif	<p><u>Signes :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Détresse respiratoire- Turgescence des veines jugulaire (retour veineux impossible)- Déviaton de la trachée- Silence auscultatoire : pas de mouvement respiratoire au stétho du côté du pneumo- Tympanisme : tape sur stétho résonne dans le pneumothorax- Cyanose <p>→ Urgence absolue : nécessite une décompression immédiate : risque d'AC.</p> <p>→ Il faut réaliser Exsufflation pleurale (ligne médioclaviculaire 2 EIC) Pneumothorax compressif → Pneumothorax simple (pose de drain thoracique)</p>
Hémothorax	<p>Simple si <1.5L de perte de sang Massif si >1.5L de perte de sang</p>
Autres lésions	<p>Rupture diaphragmatique (personnes ensevelies) Dissection de l'aorte thoracique (choc violent)</p>
Le drainage thoracique	<p>Drain inséré dans la cavité pleurale afin d'évacuer un épanchement d'air (pneumothorax), de sang (hémothorax) ou de liquide séreux <i>Urgence → acte médical</i></p> <p>Le but est de restaurer la pression négative qui règne dans l'espace pleural et de ramener la plèvre viscérale au contact et la plèvre pariétale.</p> <p style="text-align: center;">AVANT LA POSE DE DRAIN</p> <p>Informé le patient de l'aide apportée pour garder la position Lui dire qu'une anesthésie locale va être pratiquée afin de limiter la douleur → Sur prescription médicale : O2, sédatif si anxiété → <u>Préparation cutanée</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tondre si nécessaire, proscrire le rasoir- Laver la peau à l'eau et un savon antiseptique <p>Désinfecter largement en 4 temps la région à ponctionner.</p> <p style="text-align: center;">PREPARATION MATERIEL</p> <p>Appareil de monitoring : scope, électrodes Chariot d'urgence à proximité Champs plastique autocollant troué, compresses, Bétadine Pour le médecin : blouse, gants stériles, charlotte, masque Anesthésie locale seringue 10ml Lidocaïne Drain et trocards déterminés par le médecin Bistouri à lame droite, fils Pince à clamer, raccord biconique stérile Pince à traire, pinces à disséquer Pansements Système de drainage à préparer de manière aseptique et avant le début du soin Manomètre Sac poubelle et boîte à aiguille.</p> <p style="text-align: center;">POSE DU DRAIN</p> <p>Patient en décubitus dorsal Installation du matériel sur champ stérile Antiseptise 5 temps, anesthésie locale Aide du médecin à la réalisation de la pose (voie axillaire, 4^e EIC → Drain fixé à la peau à l'aide d'un fil et raccordé au système de drainage → Second fil disposé en forme de bourse autour du drain</p>





Système de drainage PLEUREVAC ou valise

RISQUES ET COMPLICATIONS AU MOMENT DE LA POSE

Malaise vagal
Douleur
Hémorragie (lésion de l'artère intercostale)
Perforation d'un organe
Embolie gazeuse

A LA FIN DE LA POSE

Mise en route de l'aspiration
Réglage de la dépression à une valeur comprise entre -15cm et -20cm d'eau suivant la PM
Réaliser le pansement occlusif avec cravate autour du drain
Ne jamais protéger le raccord pour visualiser toute désadaptation

SURVEILLANCE DU PATIENT

Selon PM (par Heure en Réa, 2-3H en service) en fonction du patient, du drain

Respiration :

- Disparition de la **gêne respiratoire**
- FR, amplitude respiratoire, SaO2
- Coloration des téguments

Hémodynamique :

- Pouls, TA, pour rechercher des complications hémorragiques

Douleurs

Pansement occlusif

Risque infectieux : T, frissons, sueurs...

Installation **demi assis** ou décubitus dorsal si le patient est inconscient

Sur PM : gaz des sangs en fonction de l'état clinique du patient, 1 fois/jour + radio pulmonaire 1 fois/jour

SURVEILLANCE DU SYSTEME DE DRAINAGE

But :

- Efficacité du drainage
- Eviter incident / accidents

Que surveiller ?

- Niveau de dépression
- Bullage
- Perméabilité du système : oscillation de la colonne d'eau (en ventilation spontanée, le niveau monte à l'aspiration et redescend à l'expiration)
- Tuyaux : en déclive par rapport au patient et non coudé
- Liquide drainé
- Positionnement du drain.

CONSIGNES POUR L'IDE

Si déconnexion du drain :

- Clamper
- Changer le système d'aspiration, raccords, tuyaux

Si ablation accidentelle

- Tirer sur le fil de rappel pour raccrocher les berges cutanées

C = CIRCULATION

Signes cliniques de l'hémorragies

Tachycardie
Tachypnée
PA pincée
PA chute
Le patient à froid
Frissons
Pâleur, marbrures, peau froide
Oligurie
Angoisse de mort, agitation, agressivité, somnolence.





5 sites d'hémorragies	<p>Par terre ou dans le brancard</p> <p>Thorax Abdomen Pelvis Membre (fémur +++ 1.5)</p> <p>Détection par le regard, la palpation (fémur), la radiographie (thorax ou pelvis), l'échographie FAST Arrêter l'hémorragie par garrot, pansement compressif... (dans un second temps par des méthodes chirurgicales ou des embolisations artérielles).</p>
Action IDE	<p>Monitoring du patient</p> <p>→ Pouls 60 à 80 bpm → PA <140mmHg et <90mmhg : pincée si différentiel inférieur à 30 → SaO2 → T°</p> <p>Oxygénation : adapter la FiO2 à la SaO2 Hémocue : mesure de l'hémoglobininémie.</p> <p>Sur PM : pose de 2VVP de gros calibre (catéter intra osseux si impossible) + prélèvement biologique (NFP, groupage, aci, bilan d'hémostases, ionogramme) + hydratation (NaCl 0.9%) limiter le remplissage pour obtenir l'objectif tensionnel tant que l'hémorragie n'est pas contrôlée</p>
Examens complémentaires	<p>Radiographie du thorax et abdominale Échographie FAST → Si liquide → laparotomie exploratoire Le scanner sera réalisé dans un deuxième temps (après la prise en charge ABCDE)</p>
Exposure	<p>Souvent la phase E est faite en même temps que la B ou la C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cherche des plaies (limiter hémorragie : pansement compressif) - Chercher l'orifice de sortie d'une plaie par balle (on ne retourne le patient qu'une seule fois) <p>Comme le patient sera déshabillé, il faudra alors penser au risque d'hypothermie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Couverture de survie - Réchauffer les solutés

D = DISABILITY

Définition	Trauma crânien : atteinte de la boîte crânienne et/ou de son contenu par agression physique mécanique
Signes cliniques	<p>Anamnèse du TC</p> <p>Signes fonctionnels : dysesthésie, faiblesse, troubles sensoriels, douleur</p> <p>Examen clinique : recherche de zone mobilité anormale, déficit moteur / sensitif</p> <p>Recherche de lésion crânio-faciales associées</p> <p>Recherche de traumatismes associés</p>
Les signes de gravité	<p>Syndrome d'hypertension intracrânienne HTIC</p> <p>Trouble de la conscience, agitation</p> <p>Anomalie pupillaire, anisocorie</p> <p>Crise d'épilepsie</p> <p>Trouble du rythme cardiaque ou respiratoire</p> <p>Trouble hémodynamique / signes de choc</p> <p>Reflexe ostéotendineux (babinski)</p> <p>Décortication / Décébration = souffrance cérébrale diffuse</p> <p>Glasgow :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9-10 : trouble de la conscience - <8 coma - <5 coma grave <p>→ Asymétrie = anisocorie.</p>
Examen visuel	<p>Taille : intermédiaire, myosis, mydriase</p> <p>Symétrie : de même taille</p> <p>Réactive : à la taille (diminution du diamètre) → réactive / aréactive</p>
Examens complémentaires	<p>Scan cérébral</p> <p>Dans un deuxième temps : IRM / éco doppler trans crânien</p>
Vigilance	<p>Lutter contre les ACSOS : facteur d'aggravation cérébrale secondaires d'ordre systémique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypertension, hyperthermie et anémie
Évaluation de la douleur	<p>Être capable de le reconnaître et croire les dires du patient</p> <p>Réaliser des évaluations pertinentes et régulières de l'intensité, topographie, type, facteurs déclenchant.</p> <p>Administer les antalgiques sur PM et évaluer leur efficacité.</p>

