

Patients polytraumatisés
pédiatriques
CH Saint-Brieuc

03/12/2019

Réseau TRYBU

Dr Guillon Alain PH SAU-SAMU CH Saint-Brieuc

Filière polytraumatisée pédiatrique CHSB: Pas de filière spécifique.

- PEC SAMU:
 - Protocole écrit en collaboration avec anesthésistes pédiatriques (Dr Lecoeur et Barbarot CH St Briec) en cours de rédaction pour prochain Livret SMUR prévu en début d'année 2020.
 - Formation institutionnelle CESU sur spécificités réanimatoires pédiatriques avec cas particulier du patient polytraumatisé.

Filière polytraumatisée pédiatrique CHSB: Pas de filière spécifique.

- PEC SAU:
 - En SAUV adulte avec salle identifiée déchochage pédiatrique avec création d'un livret pédiatrique et d'un charriot pédiatrique suivant l'échelle de Broselow (Principales drogues et devices).
 - Création d'un binôme au cas par cas:
 - Urgentiste adulte + Anesthésiste si spécialisation pédiatrique/Réanimateur si compétence en anesthésie pédiatrique/Pédiatre si compétences réanimatoires.

Filière polytraumatisée pédiatrique CHSB: Pas de filière spécifique.

- PEC hémostatique:
 - Pas de radioembolisation.
 - Hémostase chirurgicale des patients instables pédiatriques non gérée sur CH St-Brieuc (CREX 2018).
 - Orientation secondaire obligatoire.

Cas cliniques:
Grade A (Fin 2017):

- Fille 13 ans, secteur Carrhaix, coup de sabot dans HCD avec hématome pariétal et hyperalgie sans troubles de conscience initiaux.
- PEC initiale:
 - Envoi VSAV et SMUR Carrhaix
 - ACR à l'arrivée des équipes avec RACS rapide (No Flow 0 min/Low Flow 5 min/Adré 1 mg/Sérum phy 1000cc/IOT VVP KTIO).
 - Envoi Hélicoptère pour transfert secondaire avec 3CGR (Pas de kit prétransfusionnel à l'époque)/Complément PEC par VVP jugulaire externe et introduction Noradrénaline.

Cas cliniques:
Grade A (Fin 2017):

- Orientation?
 - Pr infos:
 - Par vecteur terrestre: Brest/St Briec environ 1h Vecteur hélicoptéré Brest/StBriec 25 min.
 - Par vecteur terrestre: Rennes environ 2h Vecteur hélicoptéré environ 40 min.
 - CHU Brest le plus proche ok mais conditions météorologiques ne permettent pas le transfert.
 - CH Saint-Briec : refus du chirurgien de réaliser un geste d'hémostase par défaut de plateau technique.
 - CHU Rennes ok mais délai important.
 - Choix: Posé CHSB pour récupération CGR et orientation CHU Rennes.

Cas cliniques:
Grade A (Fin 2017):

- Au total, arrivée en SAUV pédiatrique Hôpital Sud à 2h50 du traumatisme:
 - Instabilité hémodynamique majeure/ laparo : hémorragie incontrôlable du fait d'une plaie de la veine cave inférieure , packing inefficace. DC.

Cas cliniques: Grade A (Fin 2017):

- Problématiques rencontrées:
 - Absence de protocole préhospitalier de PEC spécifique du patient polytraumatisé pédiatrique (En cours rédaction). Cf doc.
 - Absence de protocole de mise a disposition CG en préhospitalier (Protocole désormais actif).
 - Absence de protocole de régulation des patients polytraumatisés pédiatriques à l'instar du protocole adulte (Discussion ce jour).

Cas cliniques:

Grade C (Juin 2019):

- Garçon 14 ans, secteur SB, chute de 4 m avec réception sur la tête TC+PCI+vomissement, ralentissement idéomoteur.
 - Envoi VSAV/SMUR.
 - Stabilité HDN et respi. Atteinte neuro avec impact crânien GCS Y4M6V4 14 RPM + sym.
 - Transport vers CHSB. En cours de transport, aggravation sur le plan neurologique avec Glasgow à 12, épistaxis et hématomèse. Décision intubation, après induction par séquence rapide avec Etomidate et Célocurine. La sédation est entretenue par Propofol et Sufentanil.

Cas cliniques:

Grade C (Juin 2019):

- Poursuite du transfert vers CHSB avec réalisation d'emblée d'un bodyscanner:
 - A l'étage cérébral, oedème cérébral diffus, des hématomes intraparenchymateux et de minimes hématomes sous-duraux.
 - A l'étage thoracique, absence d'anomalie des gros vaisseaux, contusion pulmonaire postéro-basale gauche.
 - A l'étage abdomino-pelvien, pas de lésion.

Cas cliniques:

Grade C (Juin 2019):

- Transfert secondaire vers le CHU de Rennes, arrivée à environ H3,5 du traumatisme:
 - Aggravation avec accès d'hypertension et dilatation pupillaire nécessitant l'administration de Mannitol, 2 fois 1g/kg.
- A l'entrée dans le service :
 - Techniquage du patient avec mise en place de voie veineuse centrale sus-clavière droite, compliquée d'un pneumothorax nécessitant un drainage.
 - Sur le plan hémodynamique: Transfusion de culot globulaire et PFC devant l'épistaxis active, la prise en charge de l'épistaxis par lavage à l'eau glacée permettant l'arrêt du saignement.

Cas cliniques:

Grade C (Juin 2019):

- Sur le plan neurologique: Glasgow initial 3. Mydriase bilatérale aréactive. Osmothérapie par Mannitol et sérum salé hypertonique. Sédation initiale par Penthotal. Ventilation à objectif de perfusion cérébrale. Pose de PIC à 00h00, pression à 88 mmHg à la pose. Absence d'indication neurochirurgicale ciblée. On note une très relative diminution des PIC (40 mmHg) après osmothérapie, sédation profonde et optimisation des ACSOS, puis assez rapidement nouvelle dégradation.
- Angioscanner confirmant la mort encéphalique le 15/06/2019 à 13h28. Une proposition de prélèvement multi-organes a été faite et refusée par la famille.

Cas cliniques:

Grade C (Juin 2019):

- Problématique:
 - Quid des Grades C??