Prise en charge des traumatisés du bassin
Référentiel en lien avec le référentiel n°29 sur la prise en charge des traumatisés sévères
Tout traumatisé du bassin est un traumatisé sévère
Tout traumatisé sévère inconscient est suspect de lésions du bassin

Phase préhospitalière Tmax = 30 min

- □ Conditionnement « type » traumatisé sévère : abords veineux (x2) de 16 G, scope, Hemocue
- □ Contention externe : ceinture pelvienne (à défaut drap/matelas coquille...)
  + membres inférieurs en position neutre (axe pieds perpendiculaires au brancard)
- □ Correction hémodynamique (Cf Référentiel n°29) par remplissage +/- amine :
  Objectif PAS 70-80mm Hg (PAM 60mm Hg)
  Objectif PAS 120mm Hg si lésions cérébrales (PAM 80-90 mmHg)

Orientation
Admission souhaitable dans une SAUV avec radiologie interventionnelle H24
Selon stabilité patient/Limiter les retransferts

Admission SAUV Tmax = 30 min

- □ Équipement complet du patient (abords veineux, artériel gauche, monitorage...) Cf référentiel SAUV n°39-40
- □ Ne pas lever la contention du bassin
- □ Examen clinique complet du pelvis : douleur/mobilité, TR, recherche globe urinaire
- □ SAD : pose prudente et recherche hématurie
- □ Imagerie : RP et Bassin face. Fast Echo

Patient stable/stabilisé

OUI → **BODY-TDM**

NON → **Discuter stabilisation mécanique (Clamp Ganz, C-Clamp...)**
Discuter ballon endo-aortique

Stabilisé → BODY-TDM

Instable → Artério-embolisation *et/ou* Bloc opératoire (packing pelvien)

BODY-TDM → Selon lésions → Artério-embolisation *et/ou* Bloc opératoire (packing pelvien)

Pensez aux lésions associées (rectales/urinaires….)