

## Prise en charge des traumatisés du bassin

Référentiel en lien avec le protocole p42 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 protocole p42) par remplissage +/- amine :  
Objectif PAS 80-90mm Hg (PAM 65mm Hg)  
Objectif PAS 110mm Hg si lésions cérébrales (PAM 80 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, monitoring...) Cf protocole SAUV p51-52
- 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

NON

**BODY-TDM**

Stabilisé

Discuter stabilisation mécanique (Clamp Ganz, C-Clamp...)

Discuter ballon endo-aortique

Instable

Pensez aux lésions associées (rectales/urinaires...)

Selon lésions

Artéri-embolisation et/ou Bloc opératoire (packing pelvien)