

GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
5, PLACE D'ARSONVAL
69437 LYON CEDEX 03 – FRANCE

@source HCL-ea
IPP [REDACTED]

N° FINESS : [REDACTED] | N° FINESS HCL : [REDACTED]

Pavillon H
Chirurgie d'Urgence
Chirurgie Générale

Lyon, le 04/07/2023

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Je suis invité à montrer ce courrier à mon médecin traitant, mon pharmacien et mon infirmier à ma sortie de l'hôpital.

NOM DE NAISSANCE :	[REDACTED]
NOM D'USAGE :	[REDACTED]
PRENOM(S) DE NAISSANCE :	[REDACTED]
DATE DE NAISSANCE :	[REDACTED]
LIEU DE NAISSANCE (CODE INSEE)	[REDACTED]
SEXE :	masculin
MATRICULE INS ET SA NATURE	[REDACTED]
IPP	[REDACTED]
EMAIL SECURISÉ	[REDACTED]
HOSPITALISATION :	Du [REDACTED] au [REDACTED]

Séjour du :	[REDACTED]	Au :	[REDACTED]
Service :	Chirurgie d'urgence H3		
Médecin HCL responsable :	[REDACTED]		
IHL :	[REDACTED]		

Destinataires :	[REDACTED]
Médecin traitant :	[REDACTED]

Motif d'hospitalisation : Surveillance de multiples perforations gréliques et plaies du colon transverse pris en charge chirurgicalement

Adressé par : Réa et USC SAR**ANTÉCÉDENTS****Antécédents médico-chirurgicaux :**

- Hernie inguinale dans l'enfance
- Cheville à l'adolescence ?

Allergies : Non connue**Habitudes toxiques :**

Tabagisme actif à 1 paquet/j
OH fréquent
Cannabis

Mode de vie : autonome pour tous les actes de la vie quotidienne. Vit à domicile avec sa mère.**Traitement habituel** : Aucun**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Patient de 38 ans ayant subi le 26/06/2023 un AVP moto VL à haute cinétique avec choc frontal. Il présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale, retrait du casque par les sapeurs-pompiers.

Il avait donc été opéré initialement d'une endoprothèse aortique pour une rupture de l'isthme de l'aorte de grade III. Un clou gamma avait été également positionné pour une fracture du col du fémur. Il présente plusieurs lésions osseuses au niveau des cervicales sans déplacement. Pneumothorax minime du côté gauche. Il avait bénéficié d'un scanner initial et également d'un scanner de contrôle.

Sur le deuxième scanner, on avait pu mettre en évidence un aspect compatible avec une perforation de l'intestin grêle, air extradiigestif et infiltration significative du mésentère avec épanchement libre et intrapéritonéal. Indication d'exploration chirurgicale en urgence devant les images paracliniques.

Il avait été donc décidé de pratiquer le 27/06/2023 une résection anastomose de la perforation du grêle à 65cm de l'angle de Treitz et deux sutures de l'intestin grêle à 5 et 15cm de l'angle de Treitz. Il fut également pratiqué une colectomie segmentaire transverse avec anastomose manuelle termino-terminale. Toilette et drainage de la cavité péritonéale.

Le patient séjournait alors en Réa USC.

Le 04/07/2023, l'état clinique et hémodynamique du patient le permettant, il est transféré à H3 en service de chirurgie viscérale d'urgence pour surveillance post op.

A l'entrée dans le service :

Poids : 72 kg Taille : 178 cm IMC : 23.04 kg/m²

Examen clinique :**Examens complémentaires et résultats :**

Body scan (26/06/2023) : Lésion de l'isthme aortique de grade III avec formation d'un pseudoanévrisme de 18 x 14 x 25 mm, avec hémomédiastin supérieur.

Petite lame d'HSA frontale gauche.

Fracture en coin du bord antérieur du corps vertébral de C2, non déplacée.
Hernie post-traumatique paramédiane gauche C2-C3, avec contact avec la moelle, sans effet de masse sur celle-ci.
Pneumothorax antérieur gauche mesuré jusqu'à 20 mm.
Multiples petites plages d'infarctus rénaux des deux côtés sur dissection d'une artère polaire rénale inférieure des deux côtés.
Très probable contusion pancréatique avec infiltration et liquide libre au contact de la queue du pancréas.
Hémopéritoine dans le Douglas, en quantité faible.
Fracture non déplacée du col fémoral droit.

Body scan (27/06/2023) : Suspicion de désinsertion mésentérique devant l'apparition de signes de souffrance digestive notamment jéjunale et duodénale (D3) ainsi que d'une bulle de pneumopéritoine antérieure.

Attestation de l'information : OUI

INTERVENTION CHIRURGICALE

Intervention (27/06/2023) : RESECTION ANASTOMOSE DE LA PERFORATION DU GRÊLE (ANASTOMOSE MECANIQUE LATEROLATERALE) A 65CM DE L'ANGLE DE TREITZ DEUX SUTURES D'INTESTIN GRÊLE A 5, A 15 CM DE L'ANGLE DE TREITZ COLECTOMIE SEGMENTAIRE TRANSVERSE AVEC ANASTOMOSE MANUELLE TERMINO-TERMINALE TOILETTE PERITONEALE et DRAINAGE INTRAPERITONEAL.

Consignes post-opératoires :

Surveillance des constantes. Surveillance des drains et des lames. Lipasémie à réaliser sur la lame à J1, J3 post-opératoire. Sonde nasogastrique à garder en aspiration jusqu'à reprise du transit.

Anatomo-pathologie : en cours

ÉVOLUTION DANS LE SERVICE

Evolution dans le service :

04/07/2023

Constantes à l'arrivée : 129bpm, 167/77, EN2, 97% en air ambiant
Alimentation parentérale
SNG en siphonage, se plaint de la gêne causée par la SNG
Abdomen souple, dépressible avec légère sensibilité dans son ensemble

06/07/2023 :

Constantes : TA 139/63mmHg, FC 96bpm, SatO2 96% en air ambiant, apyrétique à 37.4°C.
Abdomen souple, douloureux en hypogastre (EVA 3-4).
G+/S+, diarrhées : faire coproculture.
Passage en alimentation BBY.

Biologie du jour :

- * NFS : Hb 83 g/L, Leucocytes 17.11 G/L (dont PNN 13.12G/L), Plaquettes 546 G/L
- * Iono sanguin : Na+ 135mmol/L, Protéine 59 g/L, Créatinine 56 µmol/L, urée 7.0mmol/L, glycémie 7.1 mmol/L
- * Bilan hépatique : ASAT 95U/L, ALAT 171U/L, GGT 247U/L, PAL 156U/L, bilirubine totale 13µmol/L
- * CRP : 105.9 mg/L

-> Arrêt de l'alimentation parentérale. Dosage du magnésium et du phosphore demain.

07/07/2023 :

Constantes : TA 138/64mmHg, FC 97 bpm, SatO2 99% en air ambiant, apyrétique 37.2°C.

Patient toujours douloureux en hypogastre. Pas de trouble du transit.

Coprocultures : négatives, recherche de Clostridium négative.

Biologie :

* Hb 82 g/L, Leucocytes 20.52 G/L (dont PNN 15.16 G/L), Plaquettes 666 G/L

* Iono sanguin : Na+ 130 mmol/L, Phosphore 1.31 mmol/L, Magnésium 0.73 mmol/L, Albumine 26 g/L, créatinine 53 µmol/L

* Bilan hépatique : ASAT 82U/L, ALAT 151U/L, GGT 218U/L, PAL 169U/L, bilirubine totale 15µmol/L

* CRP : 139.3 mg/L

-> Restriction hydrique à 500ml de Ringer devant l'hyponatrémie.

08/07/2023 :

Constantes : TA 130/80mmHg, FC 96 bpm, SatO2 97% en air ambiant, apyrétique 37.3°C.

G+/S+ (diarrhée).

Quantifier les entrées et sorties et le nombre de diarrhée par jour.

Biologie : Hb 81, Hématocrite 24.2%, Gb 13.19, PNN 9.46.

Na 132, K+ 3.8, Ca corrigé 2.29

ASAT 58, ALAT 124, Gamma GT 171, Lipase 119, PAL 164

09/07/2023 :

Constantes : TA 140/63mmHg, FC 85 bpm, SatO2 97% en air ambiant, apyrétique 36.9°C.

Pic fébrile à 38.5°C vers 20h la nuit dernière. Le patient rapporte qu'il a fréquemment des sueurs nocturnes.

Pas de douleur abdo.

Alimentation normale et restriction hydrique augmentée à 750mL

10/07/2023

Signes vitaux : 36.7°, 85bpm, 104/67, diurèse 1250

Pas de plainte particulière, pas de douleur

Pas de fièvre cette nuit. Hémodcultures toujours en cours.

Dernière selle hier, pas d'inconfort digestif.

Cicatrice propre non douloureuse.

Retrait de la VVC.

A la biologie :

- Ionogramme normal
- CRP à 50.1 g/L contre 139.3 le 07/07
- Leucocytes 10.55 G/L contre 13.19 le 07/07
- Hb 83 g/L
- Plaquettes 684

11/07/2023

Signes vitaux normaux, apyrétique, diurèse 1350ml

Hémoculture sur VVC en cours

Hémoculture du 08/07 négatifs à 48h

Patient non douloureux, alimentation normale maintenue se passe bien

Reprogrammation de EMG

Présence de gaz sans selles depuis 2 jours

Discussion d'une sortie en centre de rééducation le 19/07

12/07/2023 :

Constantes : TA 138/63mmHg, FC 96bpm, SatO2 98% en air ambiant, Apyrétique 37.2°C

Biologie du jour :

* NFS : Hb 88g/L, Leucocytes 7.52G/L, Plaquettes 680G/L

* Iono sanguin : Na+ 1356mmol/L, K+ 5.8 mmol/L (surestimé car hémolyse), créatinine 53µmol/L

13/07/2023

Signes vitaux : apyrétique, 90 bpm, TA 123/70, SpO2 100% en air ambiant

Patient cliniquement et hémodynamiquement stable. Ne se plaint pas de douleur abdominale, ni de nausée/vomissement. Il présente un transit intestinal correcte avec des gaz et des selles. Son ventre est souple et dépressible à la palpation abdominale.

Au niveau biologique, on note la persistance d'une anémie normocytaire avec une hémoglobine à 93 g/L, ainsi que des plaquettes à 660 G/L (contre 680 hier). Le syndrome inflammatoire est en baisse avec une CRP à 23.5 mg/L (contre 50.1 le 10/07) et des globules blancs normaux. Pas de trouble ionique.

Discussion avec l'équipe de chirurgie orthopédique pour possible mutation en centre de rééducation.

14/07/2023 :

Patient cliniquement et hémodynamiquement stable. Ne se plaint pas de douleur abdominale, ni de nausée/vomissement

Le patient a des gaz et des selles.

15/07/2023 :

Constantes : TA : 141/65, FC : 77, Sat 100% en AA, Apyrétique à 36.8°C.

Patient stable sur le plan clinique.

Aucune plainte rapportée sur le plan digestif.

Conclusion : Patient de 38 ans pris en charge pour suite de surveillance post résection anastomose d'une perforation grêlique à 65cm de l'angle de Treitz et deux sutures de l'intestin grêle à 5 et 15cm de l'angle de Treitz. Il fut également pratiqué une colectomie segmentaire transverse avec anastomose manuelle termino-terminale.

Après un séjour en USC, le patient est transféré dans notre service devant une évolution favorable. On réalise une ablation de la SNG avec réalimentation par voie orale devant la bonne reprise du transit. Les cicatrices restent propres et non inflammatoires.

On autorise la sortie en service de rééducation du patient le 18/07/2023.

Traitement de sortie :

- des antalgiques type DOLIPRANE 1 g 3 comprimés par jour
- la reprise de son traitement habituel (cf supra)
- des soins locaux avec désinfection Biseptine 2 à 3 fois par semaine avec ablation des agrafes à partir de J15
- de la rééducation selon le protocole joint
- un bon de consultation avec des radiographies à réaliser à J45 et J90 du traumatisme.

ALD : Oui Non

Devenir :

Consultation de contrôle le 25/08/2023 avec le ██████████



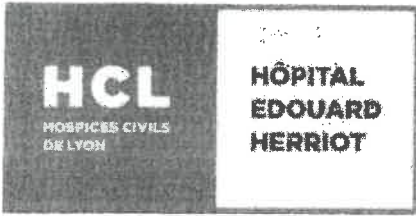
Nom : ██████████
Prénom : ██████████
Date de naissance : ██████████

@source HCL-easily
IPP ██████████
Page 6 / 6 – Le : 04/07/2023

Vaccination durant l'hospitalisation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Transfusion durant l'hospitalisation en chirurgie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Survenue d'une allergie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Survenu d'un évènement indésirable :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Inclusion dans un protocole dans le service :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Si oui, lequel :</i>		
BMR :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Escarres :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Pose de DMI :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Si oui, lequel :</i>		

Document remis au patient le jour de sa sortie : **Oui** **Non**

Document validé par ██████████



GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
 5, PLACE D'ARSONVAL
 69437 LYON CEDEX 03 – FRANCE

@source HCL-easily
 IPP [REDACTED]

N° FINESS : [REDACTED] | N° FINESS HCL : [REDACTED]

SERVICE ANESTHESIE-REANIMATION CIVILO-
 MILITAIRE

Cheffe de service :

Professeur [REDACTED]

Lyon, le 04/07/2023

PAVILLON H

REANIMATION CHIRURGICALE

[REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

MEDECIN TRAITANT

DESTINATAIRES :

LISTES DES MEDECINS



Nom : HOSNI
Prénom : Karim
Date de naissance : 06/11/1984

@source HCL-easily
IPP 11389283
Page 2 / 8 – Le : 27/06/2023

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

Nom : ██████████ Prénom(s) : ██████████
Date de naissance : ██████████ Age : 38 ans et 7 mois Sexe : masculin
Lieu de naissance : ██████████ Matricule INS et nature :
IPP : ██████████

SÉJOUR EN RÉANIMATION : du 27/06/2023 au 04/07/2023

Motif d'admission : polytraumatisme avec dissection de l'isthme aortique de grade 3 dans les suites d'un AVP moto

ANTECEDENTS PERSONNELS

México-chirurgicaux :

- Hernie inguinale dans l'enfance
- Cheville à l'adolescence

Traitement habituel : aucun

Allergies : pas d'allergie connue

Habitudes toxiques : tabagisme actif à 1 paquet/j

Mode de vie : autonome pour tous les actes de la vie quotidienne. Vit à domicile avec sa mère.

HISTOIRE ACTUELLE

Le patient présente un AVP moto VL à haute cinétique avec choc frontal. Il présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale, retrait du casque par les sapeurs-pompiers.

Prise en charge par le SMUR : PA à 130/80 mmHg, shock index à 0.84

Sur le plan paraclinique : HemoCue à 17,5 puis 14,5 et 13 g/dL

Sur le plan neurologique : score de Glasgow coté à 14 avec obnubilation, pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres. Pupilles réactives et bilatérales. Pas d'embarrure. Pas de cervicalgie. Paresthésies dans le territoire du nerf médian au niveau de la main droite.

Sur le plan abdominal : abdomen dépressible, indolore, pas d'organomégalie. Abdomen sensible avec minime défense en hypogastrique. Suspicion d'épanchement hépato rénal et Douglas

Sur le plan maxillo-facial : traumatisme facial avec fracture des 2 premières incisives, pas d'avulsion dentaire. Pas de plaie du scalp. Epistaxis non hémorragique.

Sur le plan orthopédique : fracture fémorale diaphysaire droite déplacée avec pieds cyanosés sans autre signe. Plaie de la jambe droite avec pieds cyanosés. Dermabrasion de la jambe droite. Plaie délabrante du dessus du pied gauche.

Prise en charge :

- EXACYL 1 g
- Remplissage 1250 mL NaCl 0.9%

- AUGMENTIN 2 g
- Pas de noradrénaline
- Morphine 12 mg + Kétamine 40 mg

Prise en charge au déchocage du Pavillon H : le body-scanner initial retrouve les lésions suivantes :

- 1) *Au niveau du crâne et du rachis :*
 - Petite lame d'HSA frontale gauche.
 - Fracture en coin du bord antérieur du corps vertébral de C2, non déplacée.
 - Hernie post-traumatique paramédiane gauche C2-C3
- 2) *Au niveau du thorax :*
 - Lésion de l'isthme aortique de grade III avec formation d'un pseudo anévrisme de 18 x 14 x 25 mm, avec hémomédiastin supérieur
 - Pneumothorax antérieur gauche mesuré jusqu'à 20 mm
 - Volumineuses lésions kystiques des deux apex pulmonaires
- 3) *Au niveau abdominal :*
 - Multiples petites plages d'infarctus rénaux bilatéraux sur dissection d'une artère polaire rénale inférieure bilatérale
 - Contusion pancréatique avec infiltration
- 4) *Au niveau orthopédique :*
 - Fracture pluri fragmentaire déplacée tiers distale diaphyse fémorale droite
 - Fracture non déplacée du col fémoral droit.

Radiographies :

- Fracture-luxation lunatum droit
- Fracture diaphysaire fémorale droite

Biologie :

- Gaz : pH à 7.35, lactates à 4 mmol/L
- Hémoglobine stable à 13 g/dL
- Ionogramme : hypokaliémie à 3 mmol/L, AKI KDIGO 1 avec créatinine à 114 µmol/L, cytolyse hépatique à 10N, lipase majorée à 190 UI/L

Le patient est transféré au bloc opératoire pour prise en charge endovasculaire de la dissection de l'isthme aortique grade 3.

INTERVENTION CHIRURGICALE DU 27/06/2023

Chirurgiens : [REDACTED]

Anesthésiste : [REDACTED]

Sur le plan chirurgical : pose d'une endoprothèse avec SIRS per opératoire, avec support vasopresseur jusqu'à 1 µg/kg/min de noradrénaline.

Sur le plan orthopédique : traction collée du fémur droit, réduction de la fracture péri lunaire du carpe et parage lavage des plaies du membre inférieur.

A noter indication d'ostéosynthèse du membre inférieur par clou gamma et scanner du membre supérieur sous plâtre.

Sur le plan anesthésique : AG

A son retour de réanimation,

Le patient est stable sur le plan hémodynamique avec sevrage progressif de la noradrénaline à 0.08 µg/kg/min, sédaté sous sufentanil et propofol sous ventilation mécanique

Vous souhaitez aider et soutenir les projets des Hospices Civils de Lyon et agir pour plus d'innovation, plus de confort et de bien-être pour les patients et les professionnels.

Faites un don à la Fondation HCL et bénéficiez d'une déduction fiscale. Plus d'infos sur <https://fondationhcl.fr/>

A noter suture d'une plaie labiale gauche par l'interne de ORL.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE

Poids : 72 kg – Taille : 178 cm – IMC : 23 kg/m²

Perte de poids avant l'hospitalisation : Oui Non Non recherché

Sur le plan neurologique : patient sédaté. Pupilles symétriques et réactives en myosis.

Sur le plan hémodynamique : sous support en noradrénaline.

Sur le plan cardiovasculaire : bruits du coeur réguliers, absence de souffle. Pouls pédieux perçus et des membres supérieurs.

Sur le plan respiratoire : sous ventilation mécanique à 40% de FiO₂. Murmures vésiculaires bilatéraux.

Sur le plan abdominal : abdomen souple et indolore.

Sur le plan uro-rénal : sonde à demeure.

Sur le plan cutané-muqueux : dermabrasions cutanées péri ombilicales, des membres inférieurs. Plaie labiale gauche suturée.

En somme : AVP à moto haute cinétique avec sur le bilan lésionnel :

- Crâne: HSA minime
- Rachis: fracture plateau C2 + suspicion disjonction C2-C3, indication IRM sans urgence sauf si déficit neurologique
- Thorax: dissection isthme grade 3 traitée avec endoprothèse, pneumothorax gauche non drainable
- Digestif: Infarctus rénal X2 (dissection polaire inférieure bilatérale)
- Ortho : fracture diaphysaire fémorale /col droit à opérer, fracture luxation carpe droit à opérer

Prise en charge dans le service :

- Lever des sédations en fonction programmation bloc orthopédie
- TDM de contrôle endoprothèse vasculaire à H24 et fracture luxation carpe droit
- Minerve rigide H24
- Indication anti-agrégation par KARDEGIC dès que possible

EVOLUTION DANS LE SERVICE

Au 30/06/2023 – [REDACTED] :

Sur le plan neurologique : arrêt des sédations le 28.06.23, avec un patient qui se réveille, coté Glasgow 15.

Le score ASIA du 29.06.23 ne retrouve aucun déficit sensitivo-moteur en lien avec son traumatisme cervical.

L'IRM du rachis cervical du 29.06.23 retrouve :

- une hernie post-traumatique sévère C2-C3 paramédiane gauche et C6-C7 paramédiane droite,
- une fracture des plateaux vertébraux de C7 et du coin antéro-inférieur du C6 et de C2.

L'avis neurochirurgical rendu par le Docteur BROUSSOLLE retient une indication de minerve cervicale rigide. Le patient est convoqué en consultation de Neurochirurgie le 25/07/2023 afin d'évaluer la nécessité d'une chirurgie.

Il n'y a aucune atteinte périnéale.

Sur le plan hémodynamique et cardiovasculaire : état de choc hypovolémique post-traumatique avec arrêt des amines le 28.06.23. Aucune transfusion n'a été nécessaire mais il existe une anémie post-hémorragique à 77 g/L le 30.06.23, justifiant un protocole d'épargne transfusionnelle par VENOFER et EPO, avec un nouveau bilan de carence martiale programmé pour le 05.07.23.

Sur le plan respiratoire : on rappelle que le patient présentait un pneumothorax gauche qui n'a pas nécessité de drainage du fait de sa très faible abondance. Le patient a été extubé le 26.06.23 et il est désormais eupnéique en air ambiant.

Sur le plan digestif : il existait sur le scanner initial une possible contusion pancréatique avec une infiltration de la graisse péri-pancréatique, associée à une augmentation de la lipase à 3 fois la normale. La lipase s'est rapidement normalisée.

Néanmoins le scanner de contrôle de l'endoprothèse réalisé à J1 met en évidence la suspicion de désinsertion mésentérique devant l'apparition de signes de souffrance digestive notamment aux niveaux jéjunal et duodéal (D3), ainsi qu'une bulle de pneumopéritoine antérieure.

Le patient bénéficie par le Docteur ██████████ d'une laparotomie exploratrice mettant en évidence une perforation du grêle nécessitant :

- une résection-anastomose à 65 cm de l'angle de Treitz,
- une suture de l'intestin grêle à 5 et 15 cm de l'angle de Treitz,
- une colectomie segmentaire transverse avec anastomose termino-terminale,
- un drainage intra-péritonéal.

Le dosage de lipase dans les drains abdominaux à J1 et J3 sont rassurants.

Le transit n'est à ce jour pas repris. La sonde naso-gastrique reste en aspiration et le patient à jeun avec une alimentation parentérale.

Sur le plan uro-rénal : existence d'une insuffisance rénale aiguë KDIGO 1 à l'admission, avec une créatinine à 112 µmol/L, normalisée à 63 µmol/L le 30.06.23. La diurèse est conservée.

Dans ce contexte de dissection des 2 artères polaires rénales inférieures on note sur le scanner de contrôle du 29.06.23 une régression quasi-complète des hypodensités triangulaires du rein gauche, évoquant initialement de petits foyers d'infarcissement.

Sur le plan orthopédique : retour au bloc opératoire le 27.06.23 (Dr ██████████) pour :

1°) au niveau de la fracture non déplacée du col fémoral droit garden 2 et de la fracture comminutive fermée diaphysaire fémorale droite : mise en place d'un matériel centro-médullaire avec verrouillage distal à foyer fermé

2°) au niveau des plaies antéro-latérales du genou droit, de la plaie de la face antérieure du tibia droit, de la plaie de la face antérieure du tibia gauche et de la dermabrasion de la face dorsale du pied gauche : parage-lavage.

Consignes post-opératoires : absence d'appui pendant 3 mois sur le membre inférieur droit.

Le 29.06.23 par le Docteur ██████████ le patient bénéficie d'une ostéosynthèse du poignet droit par broches et de la réparation du ligament scapho-ulnaire.

Consignes post-opératoires :

- vitamine C pendant 45 jours,
- réalisation d'une manchette thermoformée au Pavillon T,
- ablation de la broche radio-humérale à 6 semaines et des autres broches à 3 mois,
- consultation avec le Docteur ██████████ à J21 et à J30.

Sur le plan vasculaire : reprise du KARDEGIC le 30.06.23 devant l'absence d'indication neurochirurgicale imminente.

Le patient sera revu en consultation de Chirurgie Vasculaire le 02.10.2023 à l'Hôpital Cardiologique Louis Pradel après la réalisation d'un angioscanner de contrôle.

Sur le plan infectieux : le patient bénéficie d'une antibiothérapie d'une durée de 5 jours, sans aucune documentation.

Au 04/07/2023 – Dr [REDACTED] :

Sur le plan hémodynamique : le patient reste parfaitement stable.

Il existe une anémie post traumatique stable autour de 80 g/L pour laquelle une recharge en fer est débutée dans le service et qui nécessitera une nouvelle perfusion de VENOFER 300 mg le 06/07/2023.

L'anti-agrégation plaquettaire est poursuivie sur consignes des chirurgiens vasculaires et l'anticoagulation préventive par LOVENOX a été débutée.

Sur le plan respiratoire : le patient est eupnéique en air ambiant.

On rappelle que le scanner de contrôle du 29/06/2023 montrait une prothèse aortique isthmique et thoracique supérieure en place avec exclusion complète du faux chenal, diminution de l'hémo-médiastin, hémothorax bilatéral mesuré à 15 mm à gauche et à 10 mm à droite, diminution du pneumothorax antérieur gauche avec persistance d'un décollement juxtra centimétrique prédominant aux membres inférieurs et une atélectasie postéro basale bilatérale prédominant à gauche.

Le patient a été levé au fauteuil avec une minerve cervicale rigide.

Sur le plan neurologique : l'analgésie est contrôlée.

Les douleurs en lien avec l'excès de nociception sont contrôlées par les antalgiques de palier 1.

Les douleurs neuropathiques sont contrôlées par la gabapentine dont on diminue la posologie ce jour à 200 mg/8h.

Sur le plan rénal : la diurèse est conservée, la fonction rénale biologique reste normale, la sonde à demeure a été retirée le 03/07/2023 sans apparition de rétention aiguë d'urine.

Sur le plan infectieux : l'antibiothérapie en lien avec la péritonite traumatique par TAZOCILLINE a été arrêtée le 03/07/2023. Ce jour, le patient n'est pas fébrile.

Sur le plan neuro-chirurgical : des mesures ont été faites pour une minerve cervicale rigide par la société LECANTE. Les neurochirurgiens proposent une minerve souple lorsque le patient est au lit, et un lever au fauteuil ou une marche sont autorisés avec minerve cervicale rigide. **Il faudra les recontacter pour préciser la stratégie de surveillance sachant qu'une consultation est déjà prévue le 25/07/2023 à 9 H 30 à l'hôpital Pierre Wertheimer. Un ENMG est également organisé pour le 10/07/2023 à 11 H à l'hôpital Pierre Wertheimer.**

Sur le plan vasculaire : les chirurgiens vasculaires ont prévu une consultation avec le patient le 02/10/2023 à 14 H 15 à l'hôpital Louis Pradel. Le patient devra réaliser un angioscanner de toute l'aorte auparavant.

Dans le service de réanimation, les pouls aux membres inférieurs ont toujours été perçus.

Sur le plan digestif : la sonde naso-gastrique reste productive et le patient n'a pas repris de transit. La nutrition artificielle parentérale est poursuivie et **les consignes de chirurgie digestive devront être précisées.**

Sur le plan orthopédique : les différentes plaies suturées ne sont pas inflammatoires et des pansements locaux sont poursuivis. Les agrafes sont toujours en place pour la chirurgie fémorale droite. **Les consignes des orthopédistes sont disponibles dans le logiciel médical EASILY des HCL.**

SYNTHÈSE

Patient hospitalisé pour polytraumatisme.



Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
Date de naissance : [REDACTED]

@source HCL-easily
IPP : [REDACTED]
Page 7 / 8 – Le : 27/06/2023

L'évolution est favorable, Monsieur [REDACTED] peut être transféré le 04/07/2023 dans le service de Chirurgie d'Urgence du Pavillon H (H3) de l'Hôpital Ed. Herriot.

TRAITEMENT DE SORTIE

Traitement habituel : Poursuite Modification Suppression Aucun
Ordonnances de sortie pour retour à domicile jointes à ce courrier : Oui Non

Par voie intraveineuse :

- Nutrition parentérale avec SMOFKABIVEN E 1970 mL + CERNEVIT 1 ampoule + NUTRYELT 1 ampoule + MgSO4 3 g + PHOCYTAN 20 mL + vitamine B1 200 mg/24h
- VENOFER 300 mg le 06/07/2023
- Vitamine K 10 mg/semaine (prochaine injection le 10/07/2023) tant que le patient a une nutrition parentérale

Par voie sous-cutanée :

- LOVENOX 4000 UI/24h le soir
- ARANESP 200 µg/semaine (prochaine injection le 10/07/2023 sauf si hémoglobine >100 g/L)

Par voie orale/SNG :

- Paracétamol 1 g/6h si besoin
- Lansoprazole 30 mg/24h le soir
- SPASFON 80 mg/8h
- Macrogol 2 sachets/24h le matin si absence de selles la veille
- Gabapentine 200 mg/8h
- Vitamine C 500 mg/24h le matin

Par voie transdermique :

- NICOPATCH 21 mg/24h

Autres :

- Lever au fauteuil sans appui au membre inférieur droit et avec minerve cervicale rigide type Philadelphia ou LECANTE
- Sonde naso-gastrique en siphonnage
- Lame abdominale en siphonnage
- Prévention d'escarre
- Soins de bouche
- **Isolement contact avec patient contact BHRé**

Consignes : durée et posologie du traitement de sortie à réévaluer par le service d'aval.

Actions à programmer :

- Demain 05/0/2023 : bilan de carence martiale avec ferritinémie, réticulocytes, concentration en hémoglobine des réticulocytes, saturation de la transferrine
- Kinésithérapie de rééducation de l'appareil locomoteur selon consignes des chirurgiens orthopédistes
- Collier mousse autorisé dans le lit
- Pansements locaux des différentes plaies post traumatiques et chirurgicales

Dr [REDACTED]
Dr [REDACTED]

Dr [REDACTED]
Document validé par Dr [REDACTED]

Vous souhaitez aider et soutenir les projets des Hospices Civils de Lyon et agir pour plus d'innovation, plus de confort et de bien-être pour les patients et les professionnels.
Faites un don à la Fondation HCL et bénéficiez d'une déduction fiscale. Plus d'infos sur <https://fondationhcl.fr/>



Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
Date de naissance : [REDACTED]

@source HCL-easily
IPP [REDACTED]
Page 8 / 8 – Le : 27/06/2023

Fourniture de produits sanguins durant l'hospitalisation. Conformément au décret n°C 94-68 du 24 janvier 1994 relatif à l'hémovigilance			
Globules rouges <input type="checkbox"/>	Plaquettes <input type="checkbox"/>	Plasma <input type="checkbox"/>	Aucun <input checked="" type="checkbox"/>
Personne de confiance désignée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Survenue d'une allergie pendant le séjour :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :
Survenue d'un événement indésirable :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :
Pose d'un dispositif médical implantable :	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type : VVC dans le territoire cave sup gauche, lame abdominale
Patient contact-BHRe :	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :
Vaccination dans le service :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Nom du vaccin :
Inclusion dans un protocole :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Nom du protocole :
C.R.H. remis le jour de la sortie :	Au patient: <input checked="" type="checkbox"/>	Au service d'aval: <input checked="" type="checkbox"/>	

Consultation post-Réanimation dans 6 mois : Oui Non

REGISTRE TRAUMA SYSTEM – Étape 3

Réanimation, Soins intensifs, Soins continus

A compléter pour tout patient admis
en Réa, soins intensifs, soins continus
pour traumatisme

Identité

Nom : _____ Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
Sexe : M F
Adresse : _____ Téléphone : _____
Code Postal |_|_|_|_|_| Ville : _____ Pays : _____
Personne à prévenir : _____

Produits sanguins

Remplissage sanguin total des 24 premières heures (préhospitalières et déchocage compris)

- CGR -> Nb poches :
- PFC -> Nb poches :
- Concentré plaquettaire -> Nb poches :
- Concentré prothrombinique -> : UI
- Fibrinogène -> :g
- rFVIIa -> :mg

Autre

- Exacyl -> :g

Sortie de réanimation

Date de sortie de réa : le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- Glasgow Outcome Score (GOS) à la sortie de réa :
- 1 - Décès
 - 2 - Etat végétatif persistant
 - 3 - Handicap sévère
 - 4 - Handicap modéré
 - 5 - Bonne récupération

SAPS II :

Survie

Date de sortie de l'hôpital : le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- Vivant à la sortie de l'hôpital
- Décès

Feuillet à retrouver à votre réseau des urgences,
après avoir complété les variables liées au déchocage et à la réanimation.
Joindre le formulaire d'observation préhospitalière du traumatisé
(étape 1)

RESUVal

CH Lucien HUSSEL
Montée du Dr Chapuis
BP 127
38209 VIENNE Cedex

Fiche d'intervention SMUR : ██████████



Standard

26/06/2023

Intervention

Motif	AVP VL/MOTO
Circonstances	
Adresse	pre du mouton
Complément	
Ville	69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE 69400
Lieu	-
Appelant	██████████

Patient

Nom	██████████	/ HOMME / FEMME
Date de naissance	██████████	Age 38 ans
Taille	-	Poids -
Tél.	██████████	
Personne à prévenir	MERE ██████████	

Mission

Type de mission	Primaire
Equipe	SAMU69 - SMUR Villefranche : VRM RH 93 ██████████ (Interne), ██████████ (IDE), ██████████ (Ambulancier), ██████████ (Médecin)
Devenir	SMUR+SP vers HOPITAL EDOUARD HERRIOT - HCL / DECHOCAGE
Commentaire	
Code CCMS	Classe 5 - Pronostic vital engagé avec nécessité de gestes de réanimation
Codage Diagnostic	
GIR	-
Information régulation	

Etapas

Accepté	Départ Base	Arrivée sur les lieux	Envoi bilan	Départ des lieux	Arrivée à destination	Fin de médic.
21h46	21h17	21h20	21h38	21h58	22h25	22h30

Observation médicale

Situation patient

Antécédents	0	Allergie(s)	Non
Traitements	0		

Observations



<p>Histoire de la maladie</p>	<p>avp moto vl, était en moto à priori cinétique haute avec choc frontal vl d'en face, avant détruit équipement complet hors short, decasque par sp plainte immédiate abdomen + déformation mid</p>	<p>à l'arrivée ta 13/8 pouls 110 shock index 0.84 eupneique en air gcs 14 avec obnubilation sans déficit focalisé, pupilles isr pas de trouble oculomoteur abdomen sensible avec minime défense en hypogastrique</p> <p>trauma facial avec fracture 2 premières incisives + probable opn pas de plaie, du scalp, pas d'embarrure, pas d'hematome pas de cervicagies, pas de douleur du rachis bassin non douloureux à la mobilisation</p> <p>fracture fémorale diaphysaire droite déplacée + probable jambe droite ouverte plaie delabrante du dessus de pied gauche retard de coloration pied gauche, pieds cyanose sans autre signe d'hyperfusion</p> <p>doute sur épanchement intra péritonéale Douglas + hépatorenal</p> <p>équipement 2 vvp, antalgie morphine ketamine pour réduction pouls pedieux perçu post réduction attelle de membre</p> <p>cinétique hemocue en baisse franche 17,5 > 14,5 > 13.1</p> <p>exacyl et antibioprofylaxie augmentin 2g</p> <p>appel de la mère pour information, au courant de l'orientation</p> <p>donc traumatisé sévère, fracture fémorale droite+ jambe droite probable traumatisme abdominal grave</p>
<p>Synthèse et évolution</p>	<p>avp traumatisé grave grade b orientation dechocage heh, pas de vecteur hélicoptère retenue transport smur + sp</p>	
<p>Décès *</p>	<p>Non</p>	

Trauma

<p>Intention</p>	<p>Accident</p>	<p>Type de trauma</p>	<p>Trauma Abdominal, Fracture membre</p>
<p>Type d'accident</p>	<p>AVP</p>		



Paramètres vitaux / traitements

Paramètres vitaux	Unité	21h30	21h38	21h45	21h56	22h08	22h15	22h27
PA Systolique	mmHg	127	130	109	130	140		130
PA Diastolique	mmHg	66	70	56	100	110		70
PA Moyenne	mmHg	86	90	74	110	120		90
Fréq. cardiaque	bpm	105	106	110	115		120	116
SPO2	%	99	99	100	100			97
Fréq. respi	cpm							
Temp	C°				37			
Glasgow		Y4V4M6 14		Y4V4M6 14				
EVA								
Et CO2	mmHg							
Hémocue	g/dL	17.4	14.5	13.1			12.5	
Glucose	mmol/L				0.99			
Traitements	Dosage	21h30	21h38	21h45	21h56	22h08	22h15	22h27
Voe Veineuse Périphérique (Gestes)		1	1					
Intra osseuse (Gestes)								
Garrot (Gestes)								
Drain thoracique (Gestes)								
Suture hémostatique (Gestes)								
CHLORURE DE SODIUM 0,9% (IV)	ml	250		500		500		
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE (IV)	g		2					
MANNITOL (IV)	ml							
NOREPINEPHRINE (IVSE)	mg/h							



Mission :

Par : sataa le 26/06/2023 à 22h33

Fiche : Trauma sévère / App :

Patient :

Date de naissance :

IEP :

CHLORHYDRATE DE KETAMINE (IV)	mg		40						
CHLORURE DE SODIUM 0.9% (IV)	ml								
CHLORURE DE SODIUM 0.9% (IV)	ml								
ACIDE TRANEXAMIQUE (IV)	g		1						
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE (IV)	g								
CHLORHYDRATE DE MORPHINE (IV)	mg		8				2		2
PARACETAMOL (IV)	mg					1000			



Mission :

Par : [redacted] le 26/06/2023 à 122h39

Fiche : Trauma sévère / App : [redacted]

Patient :

Date de naissance : [redacted]

IEP : [redacted]

Mise en condition

Mise en condition

Matelas à depression, Attelle de membre, Collier cervical,



Observation déchocage V1

HEH-H-DECHOC

HOSPICES CIVILS DE LYON

26/06/2023 18:09 - 27/06/2023 00:10

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

IP PERMANENT

IP PERMANENT

N° SÉJOUR

DATE/HEURE ADMISSION

DATE DE NAISSANCE

TAILLE

POIDS À L'ADMISSION

Observation déchocage V1 (26/06/2023 22:09)**Observation médicale**

Grade à l'arrivée	Grade B	ATCD médicaux (note)	0
Type de traumatisme	Moto/scooter	ATCD chirurgicaux (note)	Appendicite dans l'enfance Fracture fibulaire Hernie inguinale
Mécanisme	Traumatisme fermé	Traitement en cours	0
Service de provenance	SAMU		

Prise en charge SMUR

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

IP PERMANENT

IP PERMANENT

N° SÉJOUR

DATE/HEURE ADMISSION

DATE DE NAISSANCE

TAILLE

POIDS À L'ADMISSION

Prise en charge SMUR

Durée prise en charge SMUR	^ 70 min
Tension artérielle systolique initiale	127 mmHg
Score de Glasgow	14
Hémocue N°1	^ 17,4 g/dl
Hémocue N°2	14,5 g/dl
Traitements SMUR	Analgésie (autre que paracétamol); Sédation (ex : midazolam sufentanil); Acide tranexamique (Exacyl 1g); Antibiotique; Remplissage vasculaire
Quantité cristalloïdes	1250 ml
Histoire de la maladie	<p>* AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, TC avec PC initial, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE (0661517999)</p> <p>HD : TA 130/80 Index choc 0.84 Glasgow 14 avec obnubilation Hémocue 17,5 > 14,5 > 13.1</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres pupilles réactives bilatérales pas d'embarrure pas de cervicalgies</p> <p>ABDO = Abdomen dépressible, indolore, pas d'organomégalie abdomen sensible avec minime défense en hypogastrique Suspicion épanchement hépato rénal et douglas</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives, pas d'avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Epistaxis non hémorragique</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p> <p>PEC Exacyl 1g Remplissage 1250ml NaCl 0.9% Augmentin 2g Pas de noradrénaline Morphine 12 mg + Kétamine 40mg</p>
Histoire de la maladie 2	<p>* 26/06/2023 A. FAURE ATCD : hernie inguinale dans l'enfance cheville à l'adolescence tabac 1 paquet/j</p> <p>Infos données à la mère et deux frères. Pronostic vital engagé expliqué.</p>

Prise en charge au déchocage

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

IP PERMANENT

IP PERMANENT

N° SÉJOUR

DATE/HEURE ADMISSION

DATE DE NAISSANCE

TAILLE

POIDS À L'ADMISSION

Prise en charge au déchocage

Durée prise en charge déchocage	17 min
Réanimateur sénior	DOCTEUR- [REDACTED]
Interne réanimation	[REDACTED]
Pupille gauche	Réaction: Réactive
Pupille droite	Réaction: Réactive

Prise en charge au déhocage

Examen clinique au déhocage

*** CONSTANTES :**

Hb : 13.5 g/dL, T°C : 35.8°C

FC = 123 PA = 89/66 SI > 1 Sat = 95% en AA

CARDIO =

Auscultation libre

Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche

Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu

BDC réguliers, rythme sinusal

PULMO =

Auscultation libre, eupnéique en AA

Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax à l'ého

ABDO =

Abdomen souple dépressible

Fast echo négative

Pas d'organomégalie

Demarbrasion abdo

NEURO =

Glasgow 14 avec obnubilation

Déficit sensitif du membre supérieur droit à type de paresthésies dans le territoire médian, pas d'autre déficit sensitivo-moteur

pupilles réactives bilatérales en myosis

Examen des paires craniennes sans anomalie

Pas de cervicalgies, pas de douleurs à la palpation des épineuses.

CMF =

Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire

Pas de plaie du scalp

Plaie de la lèvre gauche inférieur

Epistaxis séché.

ORTHO =

Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée

Plaie jambe droite ouverte

Demarbraisons bilatérales aux jambes. Pertes de substance jambière gauche mise

Plaie delabrante du dessus de pied gauche

Body-TDM :

* Crâne + Rachis : Petite lame d'HSA frontale gauch / Fracture en coin du bord antérieur du corps vertébral de C2, non déplacée / Hernie post-traumatique paramédiane gauche C2-C3

* Thorax : Lésion de l'isthme aortique de grade III avec formation d'un pseudoanévrisme de 18 x 14 x 25 mm, avec hémomédiastin supérieur / Pneumothorax antérieur gauche mesuré jusqu'à 20 mm / Volumineuses lésions kystiques des deux apex pulmonaires

* Abdo : Multiples petites plages d'infarctus rénaux bilat sur dissection d'une artère polaire rénale inférieure bilat / contusion pancréatique avec infiltration

* Ortho : Fracture plurifragmentaire déplacée tirs distale diaphyse fémorale droite / Fracure non déplacée du col fémoral droit.

Radiographies :

- Fracture-luxation lunatum droit

- Fracture dipahysaire fémorale droite

Biologie :

Gaz : pH à 7.35, lactates à 4 mmo/L

Hb stable à 13 g/dL

Iono : HypoK+ à 3 mmo/L, AKI KDIGO 1 avec créat à 114 µmo/L, cytolysse hépatique à 10N, lipase majoré à 190 UI/L

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

IP PERMANENT

IP PERMANENT

N° SEJOUR

DATE/HEURE ADMISSION

DATE DE NAISSANCE

TAILLE

POIDS À L'ADMISSION

Prise en charge au déhouchage

	PEC : Poursuite Exacyl 1g sur 8h Morphine 3 mg 2g de fibri sur données du ROTEM
eFAST	eFAST normale
Autres produits sanguins (PPSB et Fibrinogène)	2g de fibrinogènes

Bilan paraclinique

Bilan scannographique	<p>* * Crâne + Rachis : Petite lame d'HSA frontale gauch / Fracture en coin du bord antérieur du corps vertébral de C2, non déplacée / Hernie post-traumatique paramédiane gauche C2-C3</p> <p>* Thorax : Lésion de l'isthme aortique de grade III avec formation d'un pseudoanévrisme de 18 x 14 x 25 mm, avec hémomédiastin supérieur / Pneumothorax antérieur gauche mesuré jusqu'à 20 mm / Volumineuses lésions kystiques des deux apex pulmonaires</p> <p>* Abdo : Multiples petites plages d'infarctus rénaux bilat sur dissection d'une artère polaire rénale inférieure bilat / contusion pancréatique avec infiltration</p> <p>* Ortho : Fracture plurifragmentaire déplacée tirs distale diaphyse fémorale droite / Fracure non déplacée du col fémoral droit.</p>
Imagerie autre	Radio poignet F+P, radio MI bilat F+P
ROTEM	Oui
Bilans biologiques anormaux	Gaz : pH à 7.35, lactates à 4 mmol/L Iono : HypoK+ à 3 mmol/L, AKI KDIGO 1 avec créat à 114 µmol/L, cytolysse hépatique à 10N, lipase majoré à 190 U/L

Pour accéder à RoteLive taper : <https://rotem-live.chu-lyon.fr/rotem>

Le login est Rotem et le mot de passe est [REDACTED]

Le protocole est disponible dans V:\H- REANIMATION CHIRURGICALE\0- Médecins\1 - Protocoles médicaux\2- DECHOCAGE - Traumatologie\15- Coagulopathie

Bilan lésionnel complet

Traumatisme crânien	HSA
Traumatisme thoracique	Lésion de l'isthme aortique
Traumatisme membre sup Droit	Fracture poignet fermée
Traumatisme abdominal	Traumatisme pancréatique
Traumatisme du rachis	Fracture cervicæ C2 + Hernie C2-C3
Traumatisme membre inf Droit	Fracture fémur fermée

Avis extérieurs

Avis orthopédique	PEC chir pour réduction luxation poignet dt, parage lavage des plaies +/- ostéosynthèse fémorale droite
Avis neurochirurgical	Fracture tear drop de C2 : Scanner cérébral de contrôle dans 48 heures pour HSA Réalisation d'une IRM cervicale à la recherche d'une lésion discale ou ligamentaire. Garder un collier rigide en attendant l'IRM
Avis vasculaire	PEC chir pour pose endoprothèse aortique

Conclusion et orientation

Conclusion	Rupture traumatique isthme aortique + Fracture poignet droit et fémoral droit avec PEC chir en urgence
Orientation post déhouchage	Bloc opératoire

PP	Pierre-Louis PELLET	26/06/2023 22:09 - 27/06/2023 01:32
TD	Thomas DELAIRE	26/06/2023 22:56 - 26/06/2023 23:26
AF	Alexandre FAURE	26/06/2023 23:59 - 27/06/2023 00:11

TD 22:56 Grade à l'arrivée

TD 22:56 Type de traumatisme
TD 22:56 MécanismeTD 22:56 Durée prise en charge SMUR
TD 22:56 Tension artérielle systolique initiale

	26/06/2023 22:09	PP	27/06/2023 00:07 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, TC avec PC initial, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE	TD	23:13 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE
TD	22:56 Score Glasgow: Glasgow, yeux 4-Spontanéité; Glasgow, verbal 4-Confus; Glasgow, moteur: 6-Obéit à la commande; Glasgow, total: 14;		27/06/2023 00:07 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, TC avec PC initial, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE	TD	23:13 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE
TD	22:56 Hémocue N°1		HD :	TD	HD :
TD	22:56 Hémocue N°2		TA 130/80	TD	TA 130/80
TD	22:56 Traitements SMUR		Index choc 0.84	TD	Index choc 0.84
TD	22:56 Quantité cristalloïdes		Glasgow 14 avec obnubilation	TD	Glasgow 14
PP	27/06/2023 01:32 Histoire de la maladie		Hémocue 17,5 > 14,5 > 13,1	TD	Hémocue 17,5 > 14,5 > 13,1
PP	27/06/2023 00:26 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal en face, TC avec PC initial, décasqué par le sapeur pompier Contact : MERE		NEURO =	TD	NEURO =
	HD :		Glasgow 14 avec obnubilation	TD	Glasgow 14 avec obnubilation
	TA 130/80		pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres	TD	pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres
	Index choc 0.84		pupilles réactives bilatérales,	TD	pupilles réactives bilatérales.
	Glasgow 14 avec obnubilation		pas d'embarrure	TD	pas d'embarrure
	Hémocue 17,5 > 14,5 > 13,1		pas de cervicagies	TD	pas de cervicagies
	NEURO =		ABDO =	TD	ABDO =
	Glasgow 14 avec obnubilation		Abdomen dépressible, indolore, pas	TD	Abdomen dépressible, indolore, pas
	pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres		d'organomégalie	TD	d'organomégalie
	pupilles réactives bilatérales		abdomen sensible avec minime défense en	TD	abdomen sensible avec minime défense en
	pas d'embarrure		hypogastrique	TD	hypogastrique
	pas de cervicagies		Suspicion épanchement hépato rénal et douglas	TD	Suspicion épanchement hépato rénal et douglas
	ABDO =		CMF =	TD	CMF =
	Abdomen dépressible, indolore, pas		Trauma facial avec fracture 2 premières incisives	TD	Trauma facial avec fracture 2 premières incisives
	d'organomégalie		Pas de plaie du scalp	TD	Pas de plaie du scalp
	abdomen sensible avec minime défense en		Epistaxis non hémorragique	TD	Epistaxis non hémorragique
	hypogastrique		ORTHO =	TD	ORTHO =
	Suspicion épanchement hépato rénal et douglas		Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée	TD	Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée
	CMF =		Plaie jambe droite ouverte	TD	Plaie jambe droite ouverte
	Trauma facial avec fracture 2 premières incisives,		Demarbraison jambe droite	TD	Demarbraison jambe droite
	pas d'aulsion dentaire		Plaie delabrante du dessus de pied gauche	TD	Plaie delabrante du dessus de pied gauche
	Pas de plaie du scalp		PEC	TD	PEC
	Epistaxis non hémorragique		Exacyl 1g	TD	Exacyl 1g
	ORTHO =		Remplissage 1250ml Nacl 0.9%	TD	Remplissage 1250ml Nacl 0.9%
	Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée		Augmentin 2g	TD	Augmentin 2g
	Plaie jambe droite ouverte		Pas de noradrénaline	TD	Pas de noradrénaline
	Demarbraison jambe droite		23:13 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute	TD	23:04 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute
	Plaie delabrante du dessus de pied gauche		cinétique en choc frontal	TD	cinétique en choc frontal
	PEC		HD :	TD	HD :
	Exacyl 1g		TA 130/80	TD	TA 130/80
	Remplissage 1250ml Nacl 0.9%		Index choc 0.84	TD	Index choc 0.84
	Augmentin 2g		Glasgow 14	TD	Glasgow 14
	Pas de noradrénaline		Hémocue 17,5 > 14,5 > 13,1	TD	Hémocue 17,5 > 14,5 > 13,1
			NEURO =	TD	NEURO =
			Glasgow 14 avec obnubilation	TD	Glasgow 14 avec obnubilation
			pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres	TD	pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres
			pupilles réactives bilatérales,	TD	pupilles réactives bilatérales.
			pas d'embarrure	TD	pas d'embarrure
			pas de cervicagies	TD	pas de cervicagies
			ABDO =	TD	ABDO =
			Abdomen dépressible, indolore, pas	TD	Abdomen dépressible, indolore, pas
			d'organomégalie	TD	d'organomégalie
			abdomen sensible avec minime défense en	TD	abdomen sensible avec minime défense en
			hypogastrique	TD	hypogastrique
			Suspicion épanchement hépato rénal et douglas	TD	Suspicion épanchement hépato rénal et douglas
			CMF =	TD	CMF =
			Trauma facial avec fracture 2 premières incisives	TD	Trauma facial avec fracture 2 premières incisives
			Pas de plaie du scalp	TD	Pas de plaie du scalp
			ORTHO =	TD	ORTHO =
			Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée	TD	Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée
			Plaie jambe droite ouverte	TD	Plaie jambe droite ouverte
			Demarbraison jambe droite	TD	Demarbraison jambe droite
			Plaie delabrante du dessus de pied gauche	TD	Plaie delabrante du dessus de pied gauche
			PEC	TD	PEC
			Exacyl 1g	TD	Exacyl 1g
			Remplissage 1250ml Nacl 0.9%	TD	Remplissage 1250ml Nacl 0.9%
			Augmentin 2g	TD	Augmentin 2g
			Pas de noradrénaline	TD	Pas de noradrénaline

<p>26/06/2023 22:09</p> <p>TD 22:56 Histoire de la maladie: AVP moto VL à haute cinétique en choc frontal HD : TA 130/80 Index choc 0.84 Glasgow 14 Hémocue 17,5 > 14,5 > 13.1</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres pupilles réactives bilatérales. pas d'embarure⁺ pas de cervicagies</p> <p>ABDO = Abdomen dépressible, indolore, pas d'organomégalie abdomen sensible avec minime défense en hypogastrique</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives Pas de plaie, du scalp</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p> <p>AF AF 27/06/2023 00:11 Histoire de la maladie 2 23:59 Histoire de la maladie 2: ATCD : hernie inguinale dans l'enfance cheville à l'adolescence tabac 1 paquet/j</p> <p>Infos données à la mère et deux frères</p> <p>TD 23:04 Durée prise en charge déchocage</p> <p>TD 23:04 Réanimateur sénior</p> <p>TD 23:04 Pupille gauche</p> <p>TD 23:04 Pupille droite</p> <p>PP 27/06/2023 01:32 Examen clinique au déchocage</p>	<p>PP 27/06/2023 00:26 Examen clinique au déchocage: CONSTANTES : Hb : 13.5 g/dL, T°C : 35.8°C FC = 123 PA= 89/66 SI > 1 Sat = 95% en AA</p> <p>CARDIO = Auscultation libre Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu BDC réguliers, rythme sinusal</p> <p>PULMO = Auscultation libre, eupnéique en AA Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax à l'ého</p> <p>ABDO = Abdomen souple dépressible Fast echo négative Pas d'organomégalie Demarbraison abdo</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation Déficit sensitif du membre supérieur droit à type de paresthésies dans le territoire médian, pas d'autre déficit sensitivo-moteur pupilles réactives bilatérales en myosis Examen des paires craniennes sans anomalie Pas de cervicalgies, pas de douleurs à la palpation des épineuses.</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Plaie de la lèvre gauche inférieur Epistaxis séché.</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraisons bilatérales aux jambes. Pertes de substance jambière gauche mise Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p> <p>Body-TDM : Crâne : Radiographies :</p> <p>Biologie :</p> <p>TD 23:26 Examen clinique au déchocage: CARDIO = Auscultation libre Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu BDC réguliers, rythme sinusal</p> <p>PULMO = Auscultation libre Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax Pas de dyspnée Pas de trauma thoracique</p> <p>ABDO = Abdomen souple dépressible Fast echo négative Pas d'organomégalie</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation Déficit sensitive du membre supérieur pupilles réactives bilatérale Examen des paires craniennes sans anomalie</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Plaie de la lèvre gauche Epistaxis séché.</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p>	<p>TD 23:14 Examen clinique au déchocage: CARDIO = Auscultation libre Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu BDC réguliers, rythme sinusal</p> <p>PULMO = Auscultation libre Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax Pas de dyspnée Pas de trauma thoracique</p> <p>ABDO = Abdomen souple dépressible Fast echo négative Pas d'organomégalie</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres pupilles réactives bilatérale Examen des paires craniennes sans anomalie</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Plaie de la lèvre gauche Epistaxis séché.</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p> <p>TD 23:07 Examen clinique au déchocage: CARDIO = Auscultation libre Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu BDC réguliers, rythme sinusal</p> <p>PULMO = Auscultation libre Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax Pas de dyspnée Pas de trauma thoracique</p> <p>ABDO = Abdomen souple dépressible Fast echo négative Pas d'organomégalie</p> <p>NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres pupilles réactives bilatérale Examen des paires craniennes sans anomalie</p> <p>CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Plaie de la lèvre gauche</p> <p>ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche</p>
---	--	--

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

IP PERMANENT

IP PERMANENT

N° SÉJOUR

DATE/HEURE ADMISSION

DATE DE NAISSANCE

TAILLE

POIDS À L'ADMISSION

	26/06/2023 22:09
TD	23:04 Examen clinique au déchocage: CARDIO = Auscultation libre Pas de souffle, pas de signe droit, pas de signe gauche Pouls tibiale G percu et pédieux droite percu BDC régulier, rythme sinusal PULMO = Auscultation libre Pas d'hémithorax, pas de pneumothorax Pas de dyspnée Pas de trauma thoracique ABDO = Abdomen souple dépressible Fast echo négative Pas d'organomégalie NEURO = Glasgow 14 avec obnubilation pas de déficit sensitivomoteur des 4 membres pupilles réactives bilatérales Examen des paires crâniennes sans anomalie CMF = Trauma facial avec fracture 2 premières incisives sans avulsion dentaire Pas de plaie du scalp Plaie de la lèvre gauche ORTHO = Fracture fémorale diaphysaire droite déplacée Plaie jambe droite ouverte Demarbraison jambe droite Plaie delabrante du dessus de pied gauche
TD	23:07 eFAST
PP	27/06/2023 00:26 autres produits sanguins: quantité et type: 2g de fibrinogènes ;
PP	27/06/2023 01:32 Bilan scannographique
TD	23:07 Bilan scannographique: BODYSCAN
PP	27/06/2023 01:32 imagerie autre: resultat: Radio poignet F+P, radio MI bilat F+P;
PP	27/06/2023 01:32 Avis neurochir: ref et avis: Fracture tear drop de C2 : Scanner cérébral de contrôle dans 48 heures pour HSA Réalisation d'une IRM cervicale à la recherche d'une lésion discale ou ligamentaire. Garder un collier rigide en attendant l'IRM ;