

# TRAUMATISME DE LA TÊTE, DU COU ET DU VISAGE

Formation paramédicale en soins  
primaires

Module:13  
Section:05



- Introduction
- Physiopathologie
- Évaluation
- Gestion

- Les lésions cérébrales sont fréquentes lors de traumatismes graves.
- Au Canada, 34 000 personnes sont hospitalisées chaque année pour soigner des lésions cérébrales.
- 11 000 personnes en meurent chaque année.
- Elles sont la principale cause de décès et d'invalidité chez les personnes de moins de 44 ans.

- Hommes de 15 à 24 ans
- Nourrissons
- Jeunes enfants
- Personnes âgées
- Les initiatives en matière d'éducation ont permis de réduire considérablement l'incidence



- Le temps devient la principale préoccupation lors d'une lésion cérébrale.
- Hémorragie intracrânienne et œdème progressif
  - Pression intracrânienne (PIC) croissante
  - Augmentation de l'hypoxie
  - Dommages irréversibles
- La gravité de la lésion est difficile à déterminer.
  - Signes subtils
  - Améliorer le diagnostic différentiel et anticiper les problèmes

- Facteurs de risque
  - Consommation d'alcool
  - Consommation de drogue
  - Anticoagulants
  - Ne pas utiliser ou utiliser incorrectement les ceintures de sécurité et les dispositifs de retenue
  - Ne pas porter de casque
  - Ne pas utiliser d'équipement de sécurité approprié

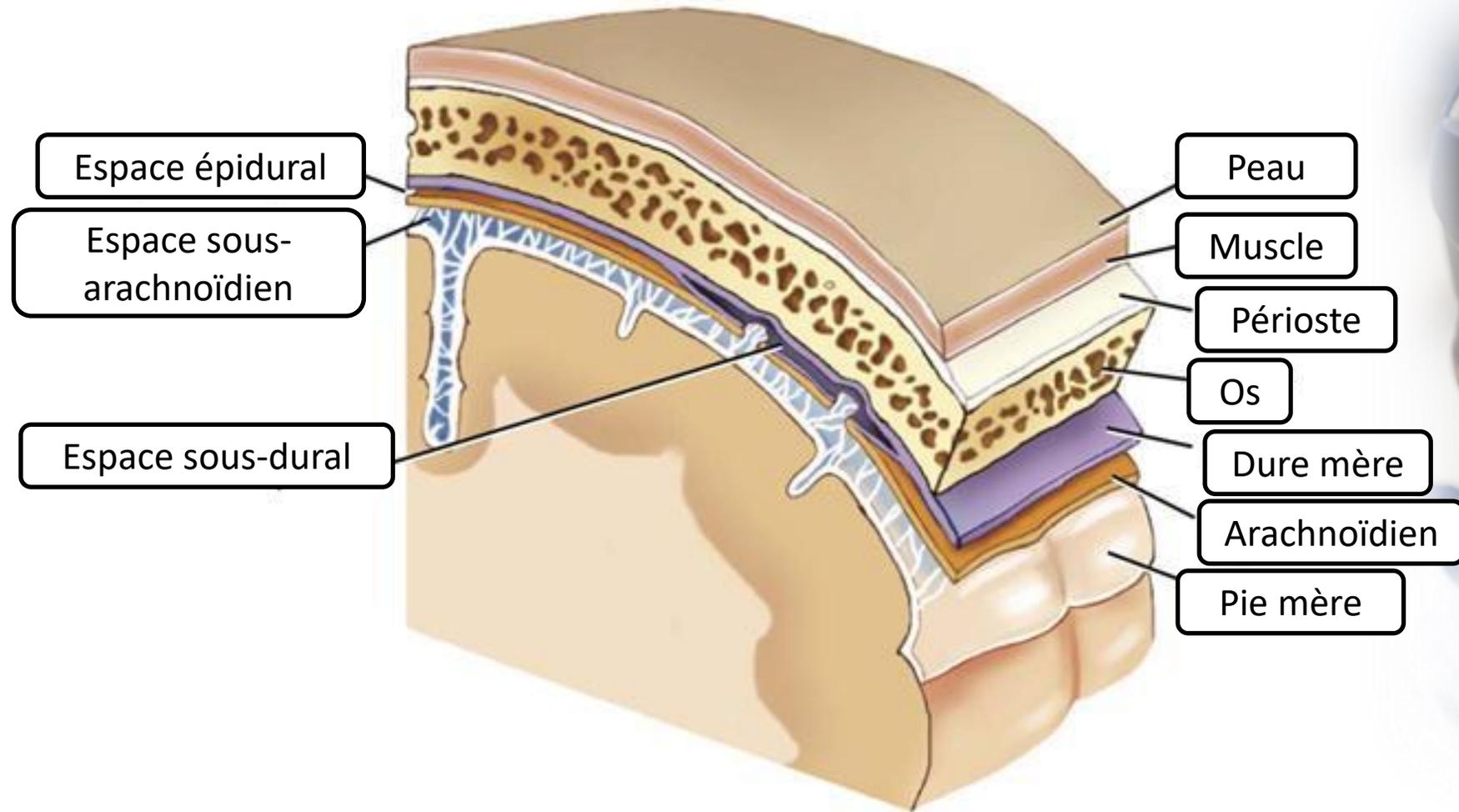
## **Blessures contondantes**

- Collisions de véhicules à moteur
- Voies de fait
- Chutes

## **Blessure pénétrante**

- Blessures par arme à feu
- Blessures par arme blanche
- Explosions (éclats d'obus)
- Objets pointés

# Protective LayCouches protectrices



# Blessures ouvertes à la tête



- En soi, les lésions du cuir chevelu sont généralement mineures.
  - Elles peuvent être la seule indication d'une blessure plus grave.
- Le cuir chevelu est très vascularisé et recouvre le crâne.
  - Il a tendance à saigner abondamment.
  - Il constitue une voie d'infection.
  - Peut provoquer un choc, particulièrement chez les enfants

- Les lésions du cuir chevelu sont souvent difficiles à évaluer.
  - La contusion prend généralement de l'expansion vers l'extérieur.
- S'il n'y a pas de fracture du crâne, il faut appliquer une pression directe et un pansement.
- S'il y a une fracture du crâne, appliquer un pansement, mais PAS de pression directe.
- Avulsion du cuir chevelu
  - Couvrir la blessure ouverte avec des pansements épais
  - Appliquer des compresses sous le repli du cuir chevelu
  - Irriguer avec de l'eau saline pour éviter la contamination



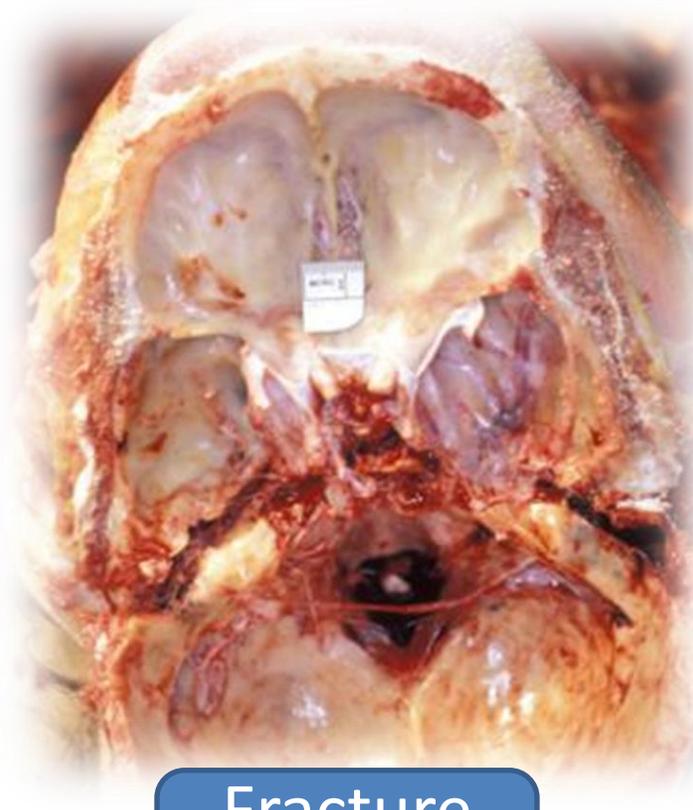
- Les blessures crâniennes sont des blessures squelettiques qui guériront.
- La force requise pour fracturer le crâne est extrême.
  - Susceptible de causer des lésions à l'intérieur
  - Souvent suffisant pour provoquer une lésion cérébrale

# Fractures crâniennes (crâne)

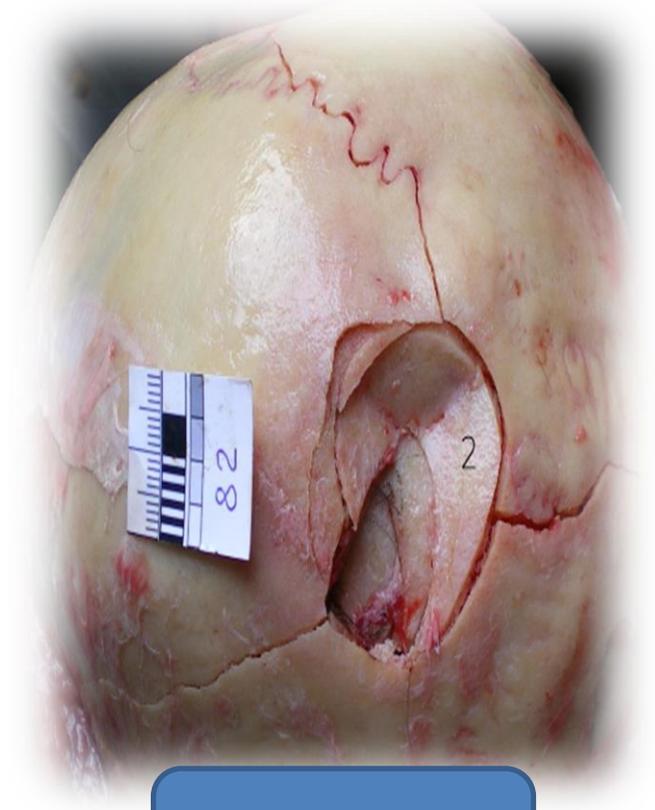
- La force doit être très grande pour fracturer le crâne



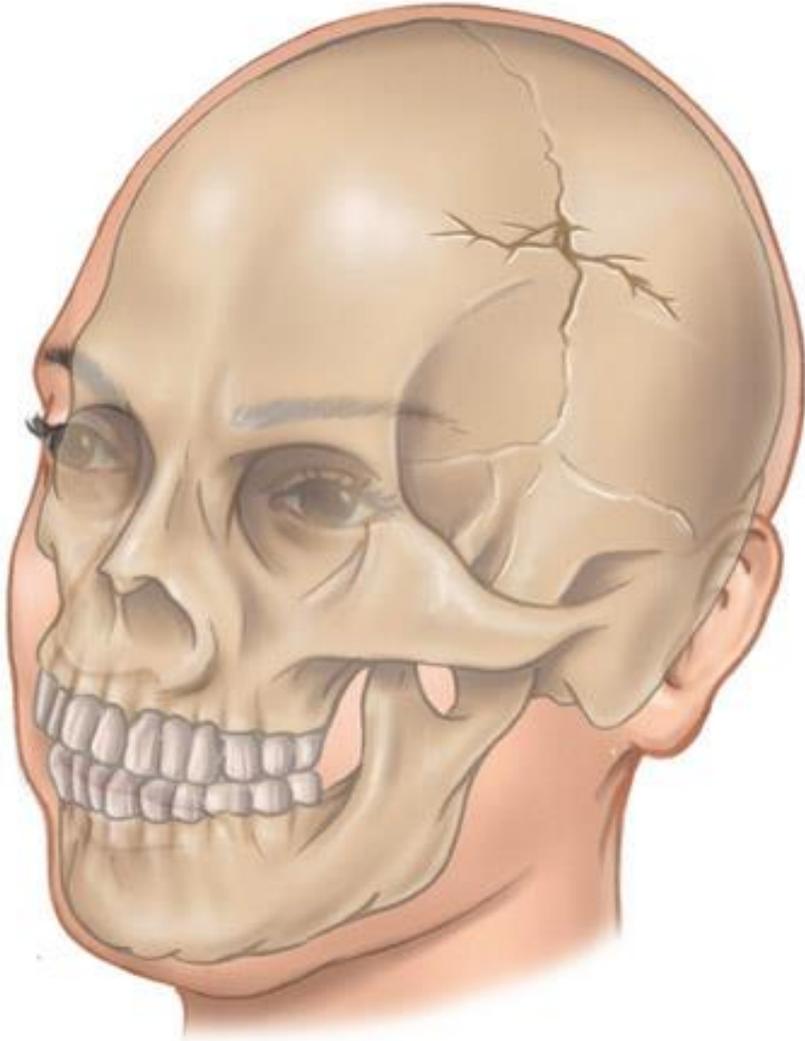
Fracture  
linéaire



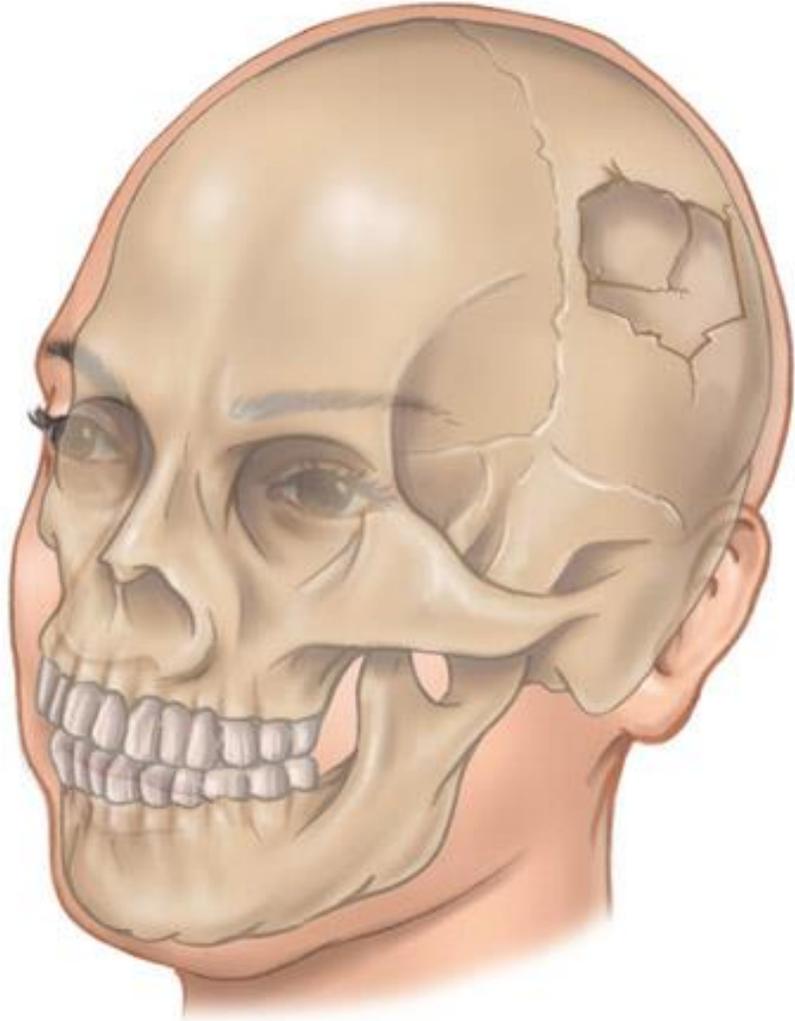
Fracture  
basilaire



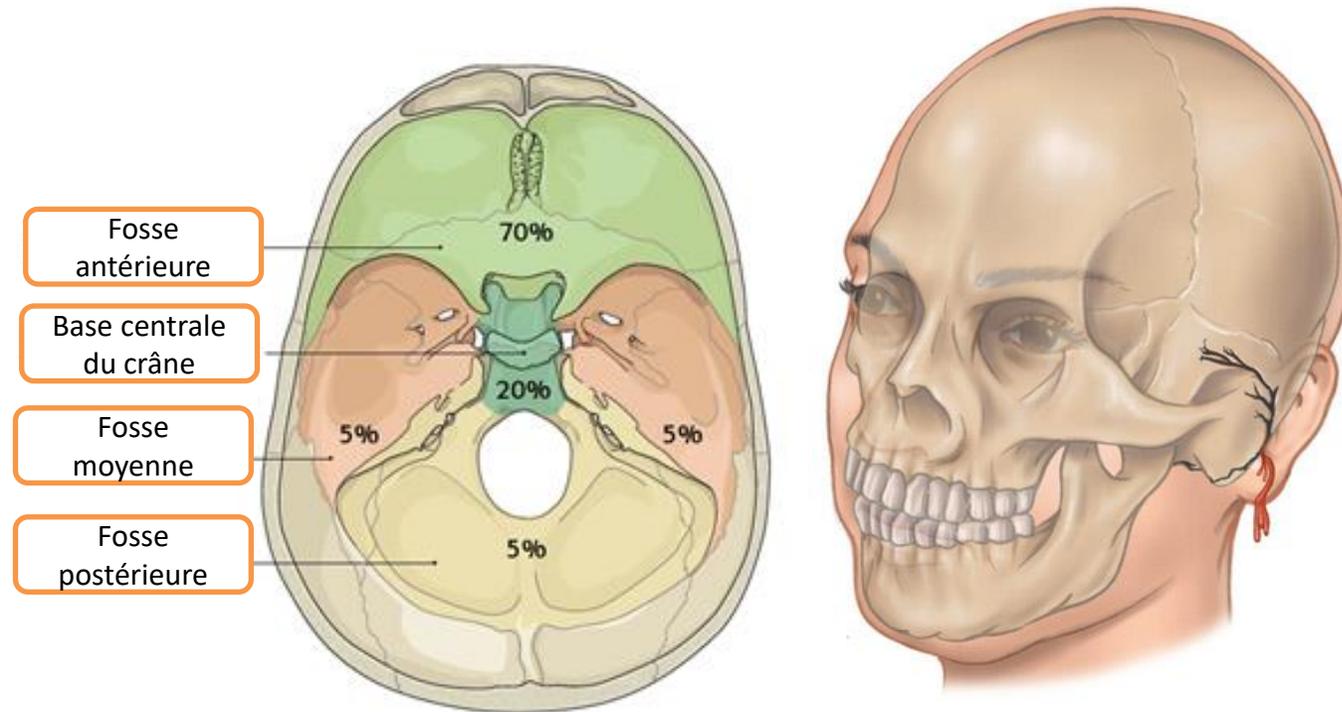
Embarrure



- Fractures linéaires :
  - Fractures les plus courantes (80 % des cas)
  - Prennent la forme de petites fissures dans le crâne
  - Touchent généralement l'os temporal (plus mince)
  - Présentent peu de danger si le patient ne souffre d'aucune lésion intracrânienne



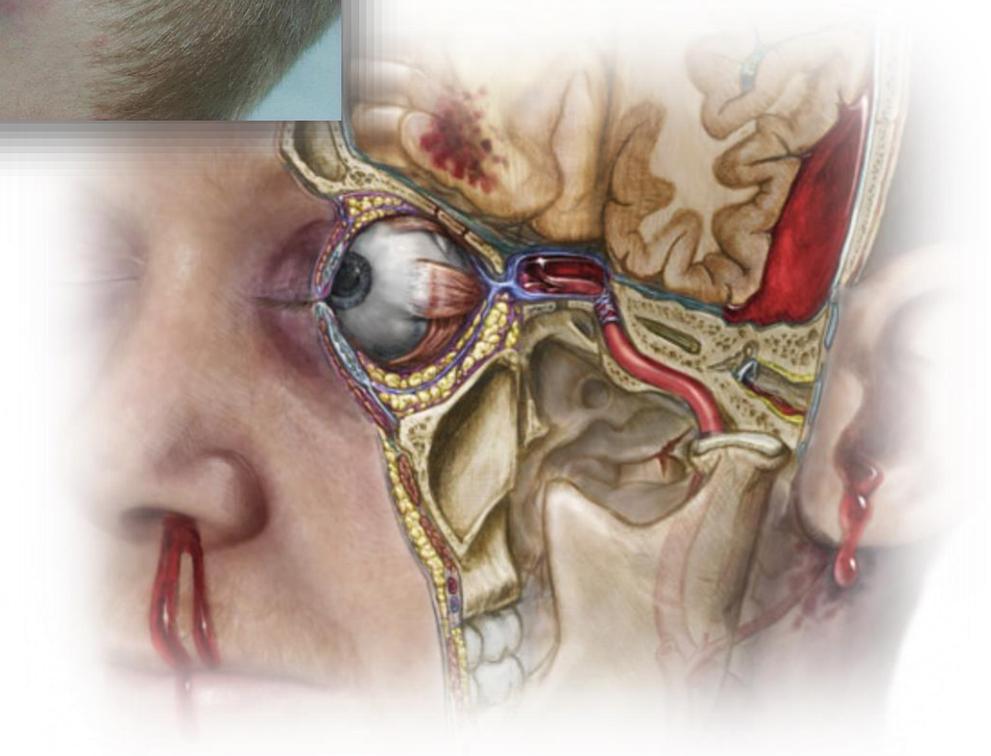
- Embarrure
  - Enfoncement du crâne
  - Risque de lésions intracrâniennes accru
- Fracture comminutive
  - Fracture qui brise le crâne en plusieurs fragments
  - Les fragments peuvent pénétrer les méninges et les structures sous-jacentes.



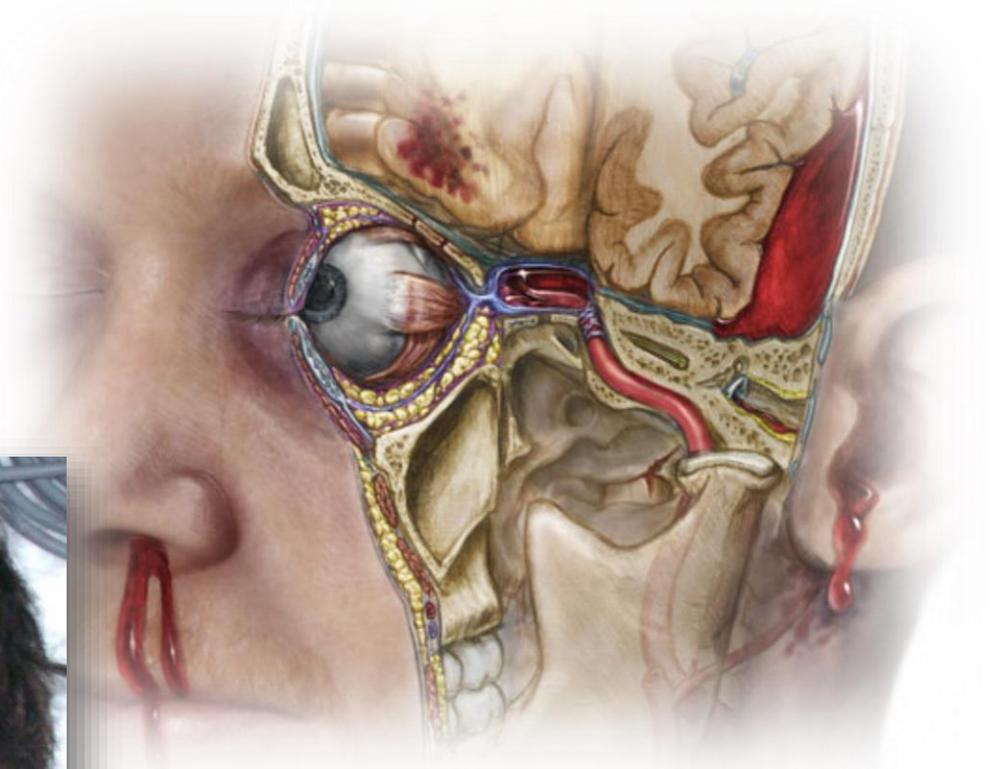
- Structure de la base du crâne
  - Multiples orifices (foramina)
  - Plusieurs structures creuses ou ouvertes
  - Faible et très vulnérable aux fractures
- Associées à :
  - Lésion cérébrale
  - Lacération de la dure mère
  - Lésion du nerf crânien

- La présentation varie selon l'emplacement de la blessure.
- Signes associés :
  - Signes de bagarre
  - Yeux au beurre noir
  - Signe du halo
- Pourrait prendre du temps à se développer et pourrait ne pas être vue au moment de la prestation de soins préhospitaliers.

- **Signe de bagarre**
  - Ecchymose derrière l'oreille
  - Signe d'une fracture du conduit auditif et des structures inférieures du crâne
  - Migration de l'hémorragie vers la région mastoïdienne

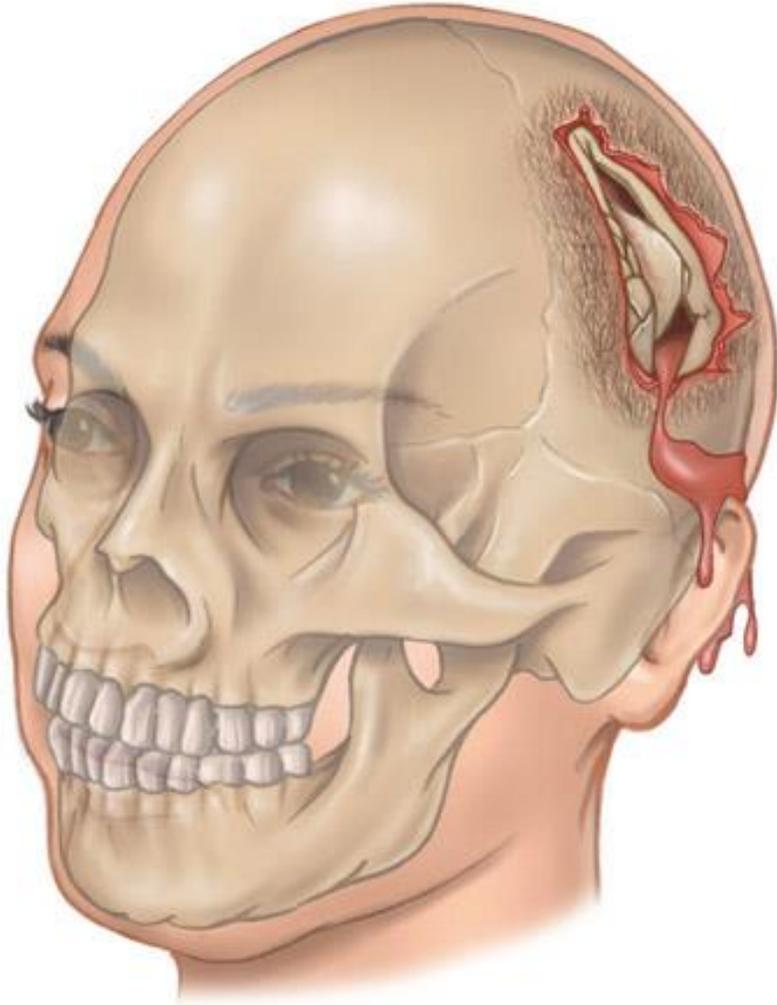


- Yeux au beurre noir
  - Ecchymoses autour des deux yeux
  - Signe d'une fracture orbitale



- Lésion de la dure mère
  - Blessure ouverte entre le cerveau et l'extérieur du corps
- Permet au LSR de s'écouler
  - Voie possible de transmission d'une infection
  - Peut entraîner une fuite de LSR, limitant la pression intracrânienne
- Signe du halo
  - Sang mélangé avec du LSR s'écoulant du nez, de la bouche ou des oreilles
  - Vérifier le halo sur un drap ou un gaz de 4x4





- Forces sévères appliquées à la tête
- Souvent associé à des multi-traumatismes
- Le tissu cérébral peut être exposé.
- Taux d'infection élevé
- Taux de mortalité élevé

- Impacts de balle
  - La blessure d'entrée crée une fracture comminutive.
  - La balle peut créer une autre fracture à la sortie.
  - La trajectoire de la balle crée une vaste onde de cavitation.
- Objets empalés
  - Tout déplacement d'un objet empalé peut causer des blessures graves.
  - Le tissu cérébral n'immobilise pas les objets aussi bien que d'autres tissus (les objets se déplacent davantage).





“Atteinte traumatique du cerveau pouvant entraîner des changements physiques, intellectuels, émotionnels, sociaux et professionnels.”

(Définition de la Fondation nationale pour les traumatismes crâniens)

- Causée par :
  - Une accélération ou décélération rapide, ou une collision
  - Forces contondantes ou pénétrantes
- Lésion directe ou indirecte des tissus du cerveau, du cervelet ou du tronc cérébral

## **PIC : Pression dans la voûte crânienne**

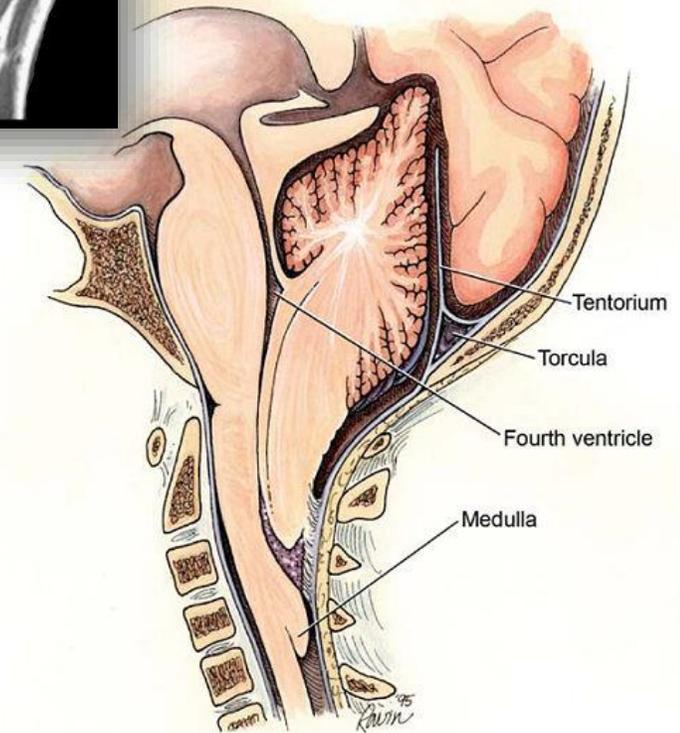
- Pas de place pour l'expansion dans le crâne
- Dessous de la surface du crâne irrégulier et dur
- PIC normal (adultes) 5 à 15 mm Hg
- L'augmentation de la PIC diminue la perfusion cérébrale.
- Le cerveau a besoin d'un apport constant d'oxygène.

## **Pression de perfusion cérébrale (PPC)**

- Augmentation du flux sanguin augmente PIC.
- PIC augmente les forces LCR hors du cerveau.
- Le LCR déplace se déplace à la moelle épinière.
- L'autorégulation conduit à l'augmentation mortelle de la PIC.
- La PPC diminue — résultats de l'ischémie cérébrale.

# Pression et déplacement structurel

- Hernie
  - Déplacement d'une partie du cerveau dans le foramen magnum
  - Pression sur le tronc cérébral supérieur
    - Vomissements, diminution du niveau de conscience et dilatation de la pupille
  - Pression sur le bulbe rachidien
    - Perturbations de la respiration, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque



## Signes et symptômes

- Dépendant de la pression à l'intérieur du crâne
- Ampleur de la partie affectée du tronc cérébral
- Premiers signes et symptômes :
  - Vomissements
  - Maux de tête
  - Altération du niveau de conscience
  - Convulsions
- Signes tardifs
  - Triade de Cushing
  - Changements dans les pupilles
  - Coma
  - Posture modifiée
  - Décortication (flexion)
  - Décérébration (extension)

# Rigidité de décortication et de décérébration

## Décortication

- Problème au niveau de la moelle épinière cervicale ou de l'hémisphère cérébral

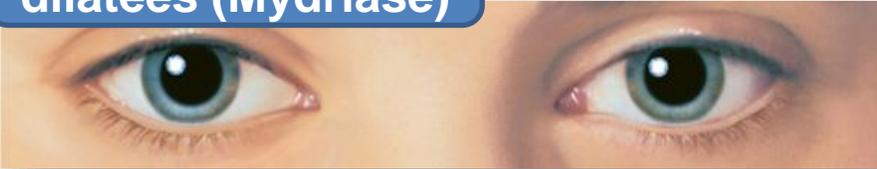


## Décérébration

- Problème au niveau du mésencéphale ou de la protubérance annulaire



## Deux pupilles dilatées (Mydriase)



- Non réactive : tronc cérébral
- Réactive : souvent réversible

## Fermeture de la paupière



- Lente : nerf crânien III
- Battement : souvent hystérie

## Pupilles inégales (Anisocorie)



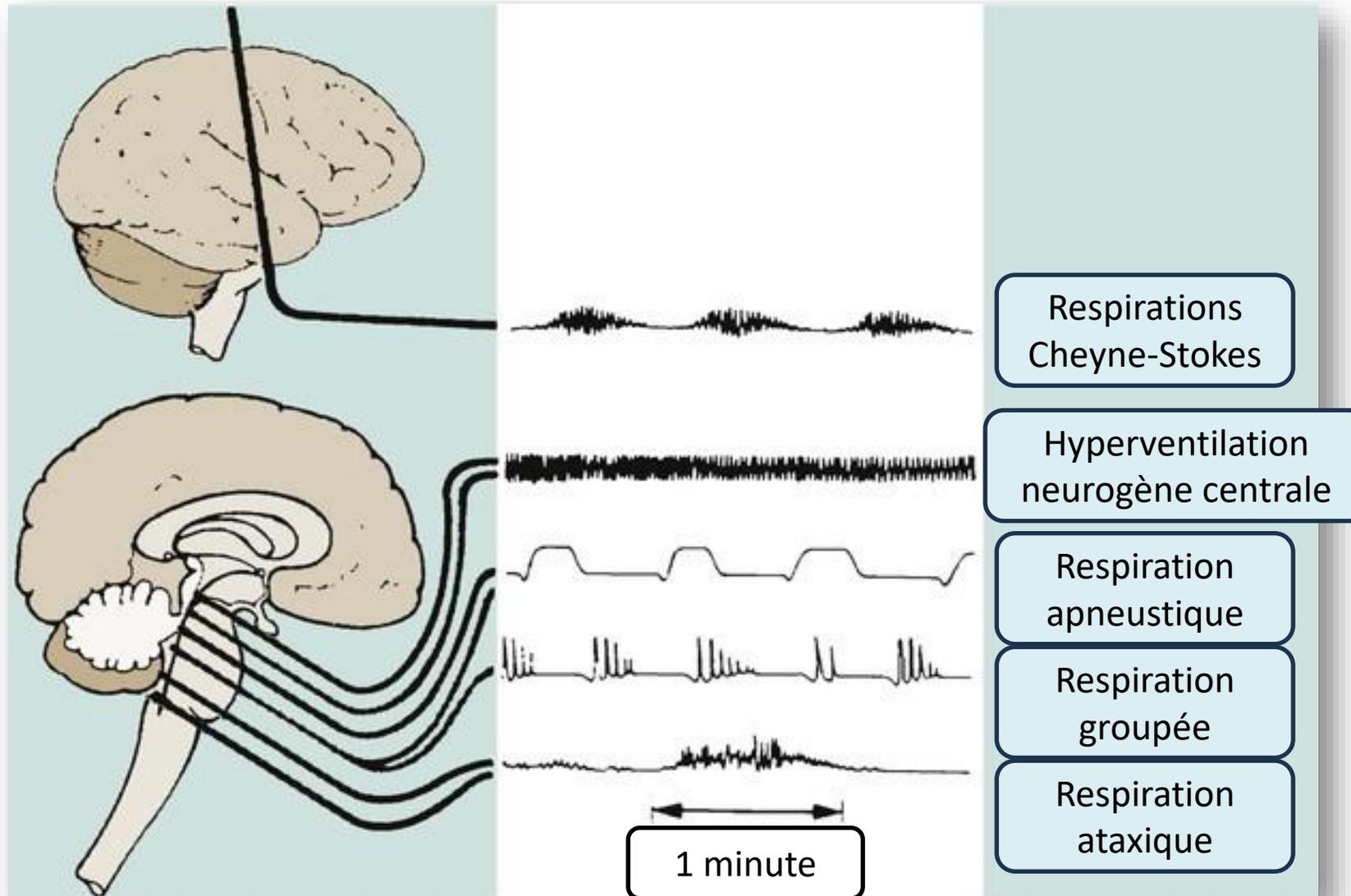
- Présent naturellement chez 20 % de la population
- Lésion au nerf crânien III
- Différence d'au moins 1 mm

## Dilatation unilatérale

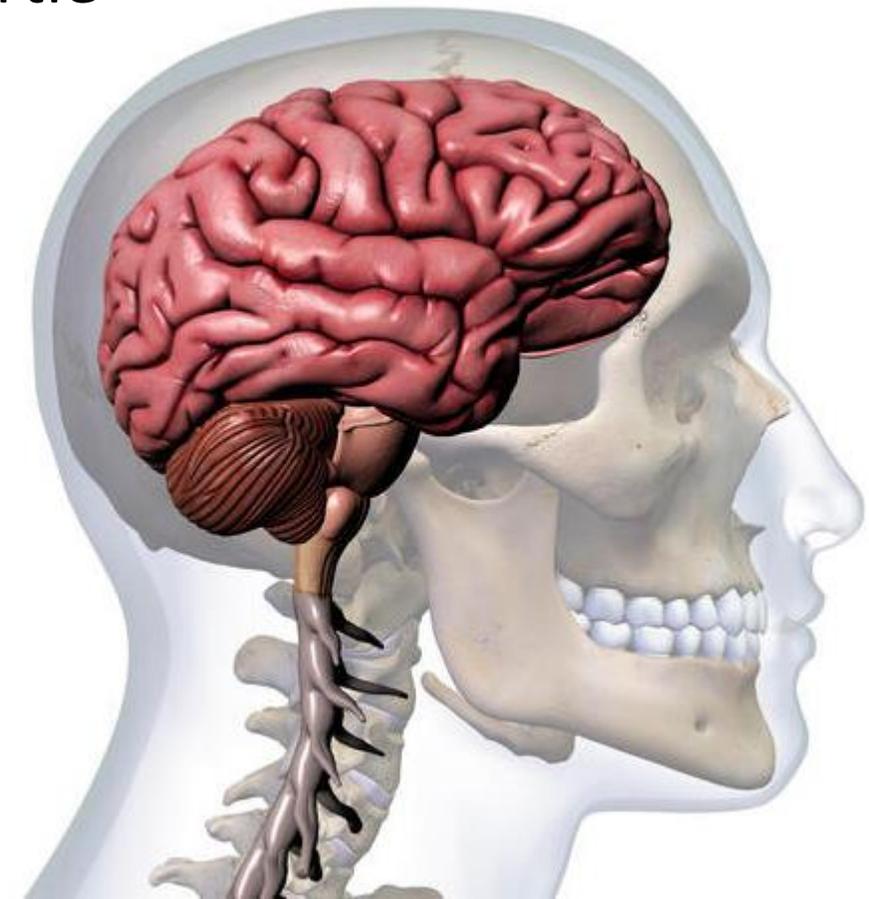


- Réactive : PIC augmente
- Non réactive (altération du niveau de conscience : PIC élevée)
- Non réactive (niveau de conscience normal) : pas attribuable à une blessure à la tête

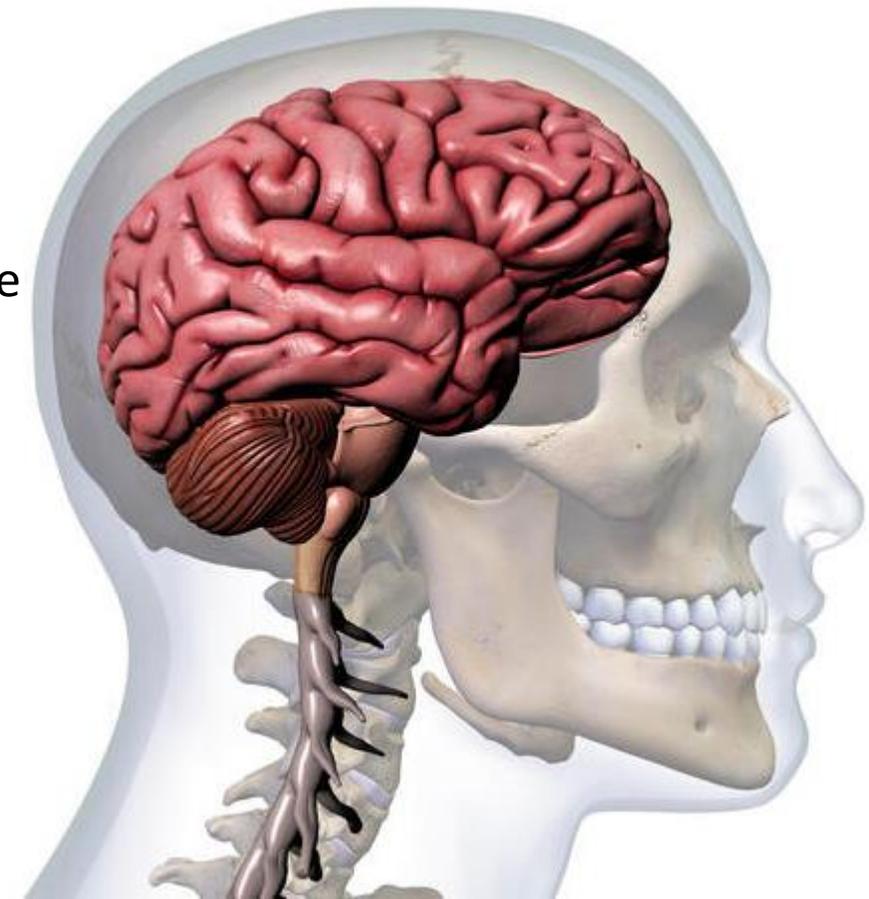
# Schémas respiratoires



- Lorsqu'une partie du cortex cérébral est atteinte :
  - Altération de l'activité que contrôle cette partie
- Lésion du lobe frontal :
  - Altération de la personnalité
- Lésion du lobe occipital :
  - Troubles visuels



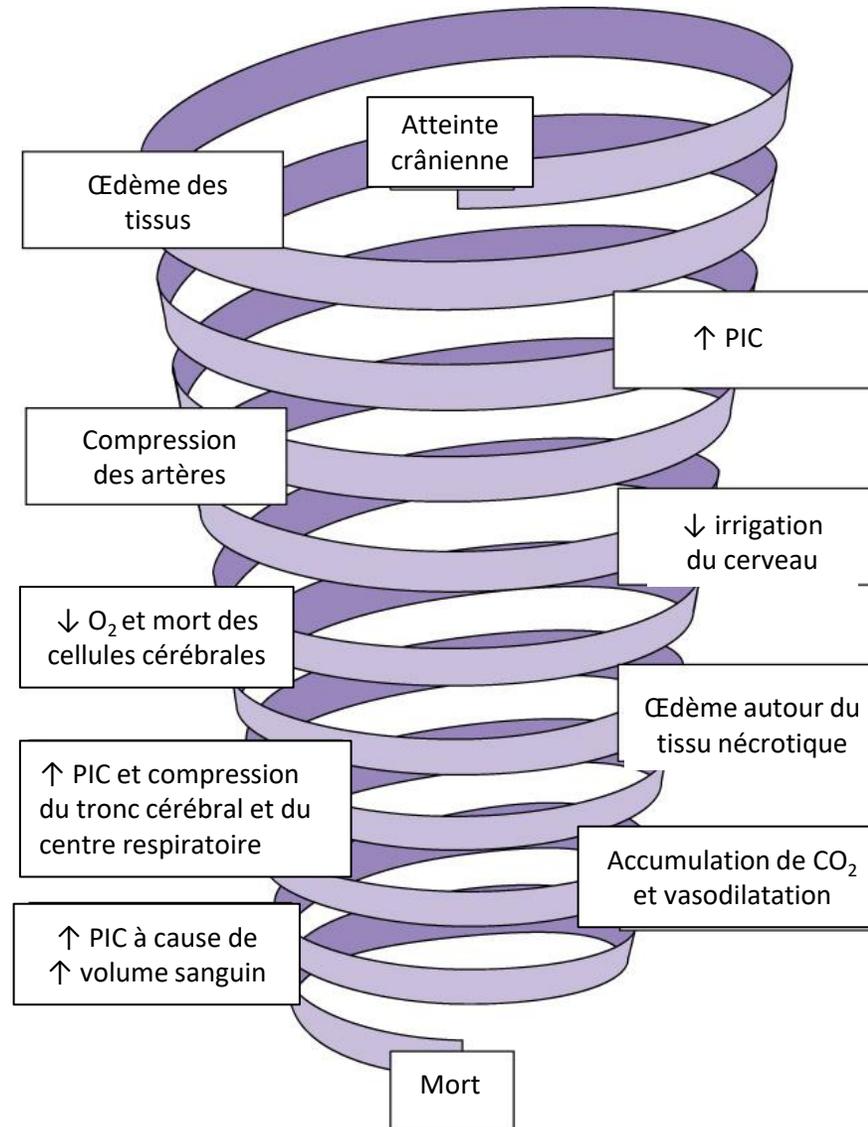
- Perturbation corticale à grande échelle
  - Altération de l'état mental ou amnésie
    - Rétrograde
      - Aucun souvenir des événements avant la lésion
    - Antérograde
      - Aucun souvenir des événements après le traumatisme
      - Questions répétitives
- Déficits localisés
  - Hémiplégie, faiblesse ou convulsions

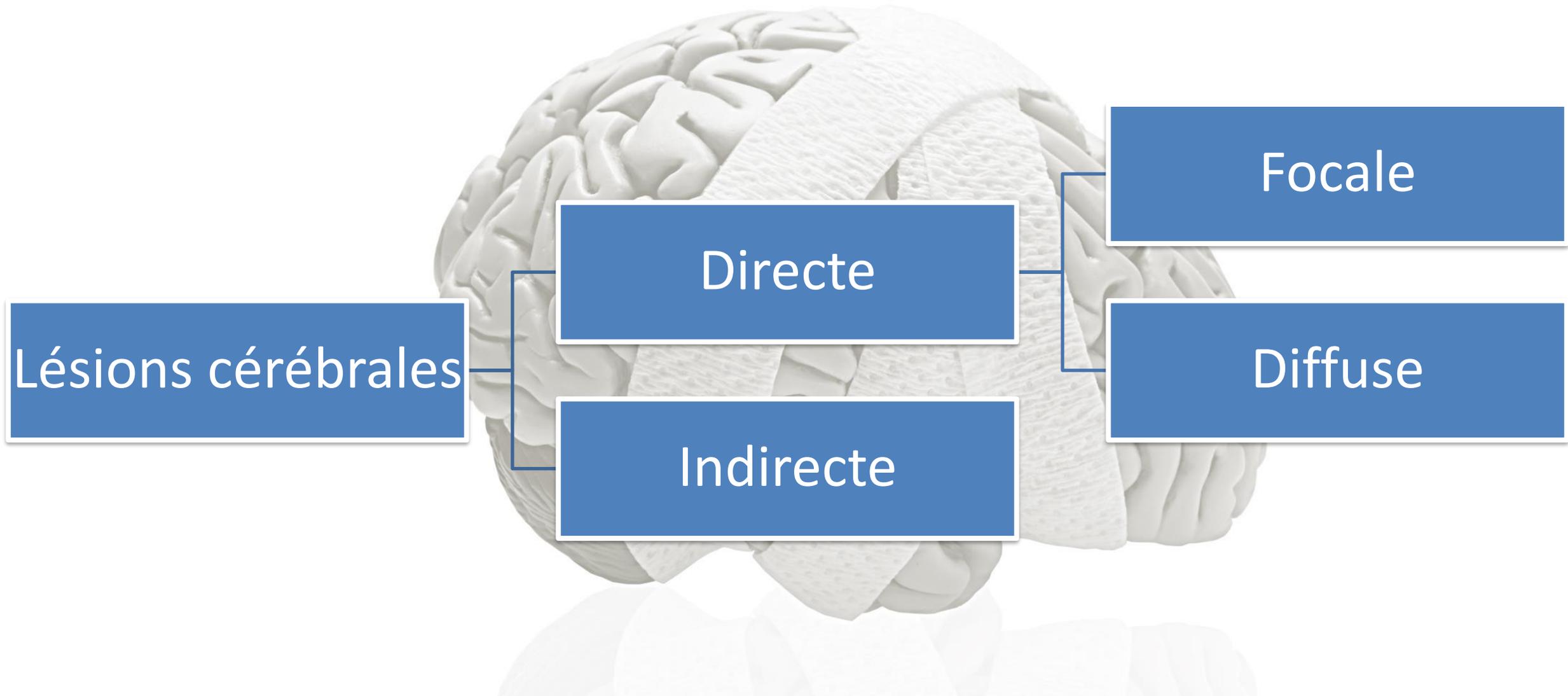


- Augmentation de la pression artérielle
- Bradycardie réflexe
  - Stimulation du nerf vague
- Respiration de Cheyne-Stokes
- Rétrécissement et réactivité des pupilles
- Rigidité de décortication
  - Perturbation des voies neuronales

- Augmentation de la pression différentielle
- Augmentation de la bradycardie
- Hyperventilation du SNC
  - Profonde et soudaine
- Lenteur ou inactivité des pupilles
- Rigidité de décérébration

- Dilatation et inactivité des pupilles
- Respirations ataxiques
  - Irrégulières et sans coordination
- Pouls irrégulier
- Modifications du tracé de l'ECG
- Hypotension
- Perte de réponse aux stimuli douloureux





## **Focale:**

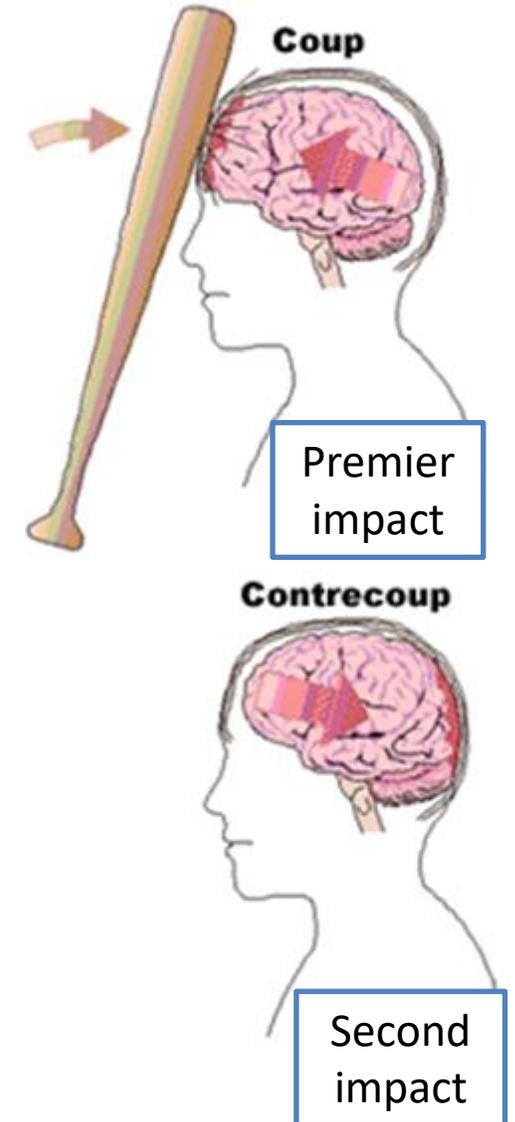
- Contusion cérébrale
- Hémorragie intracrânienne
  - Hématome épidural
  - Hématome sous-dural
  - Hémorragie intracérébrale

## **Diffuse:**

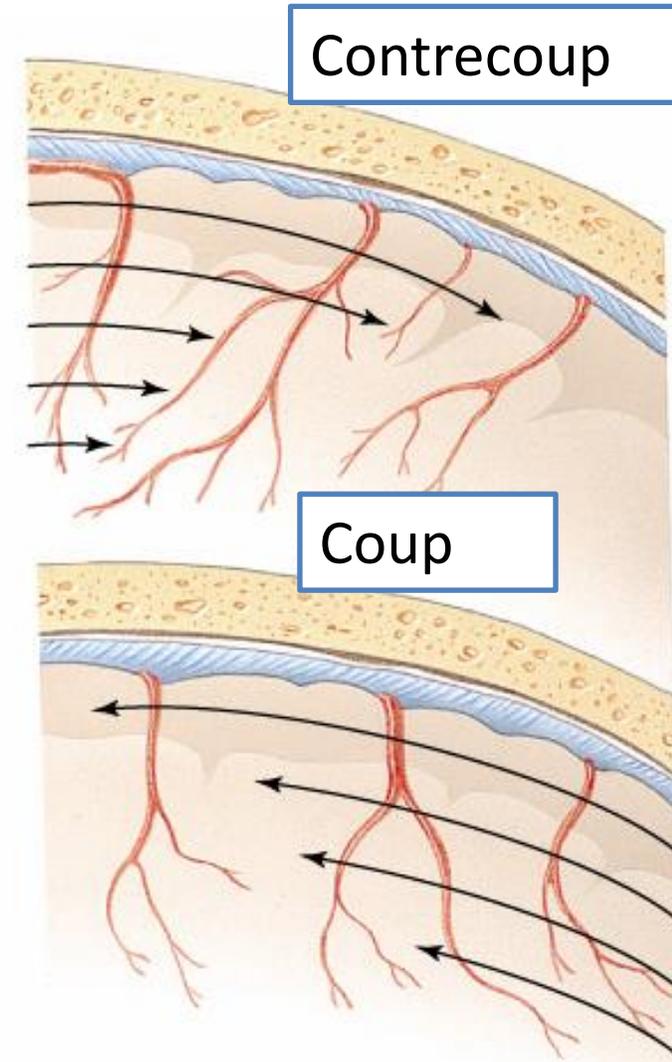
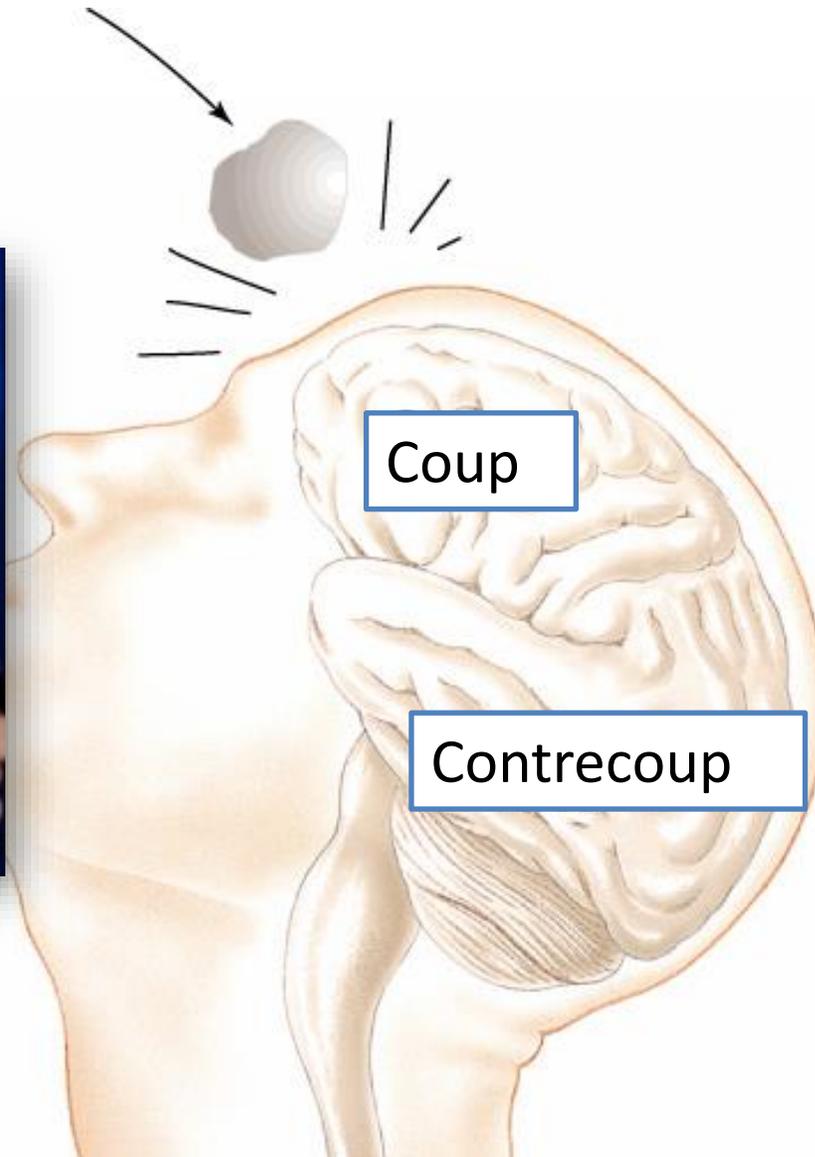
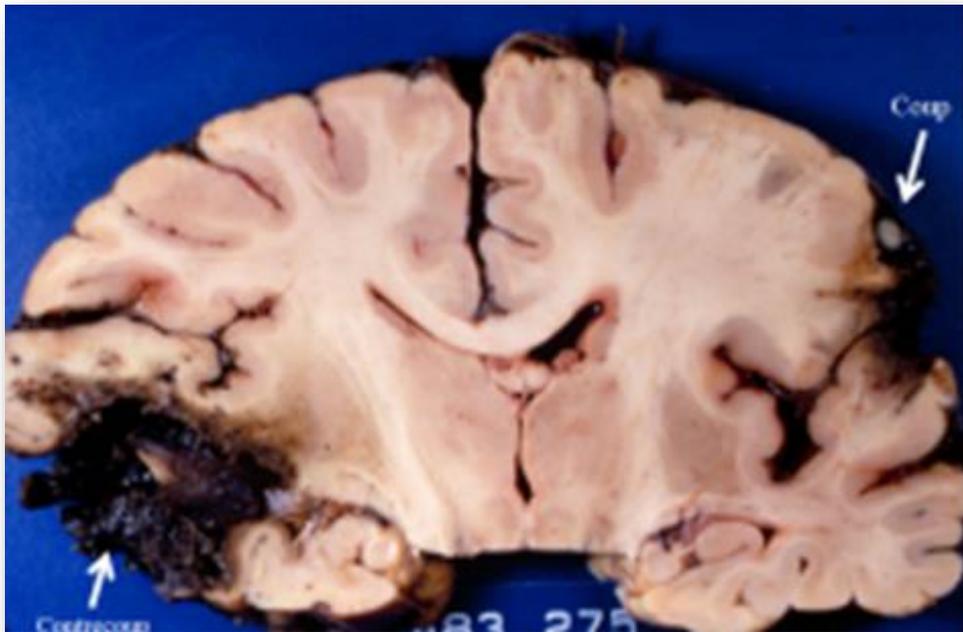
- Blessure axonale diffuse légère à modérée (commotion cérébrale)
- Lésion axonale diffuse modérée
- Lésion axonale diffuse grave

Causé par les forces du traumatisme

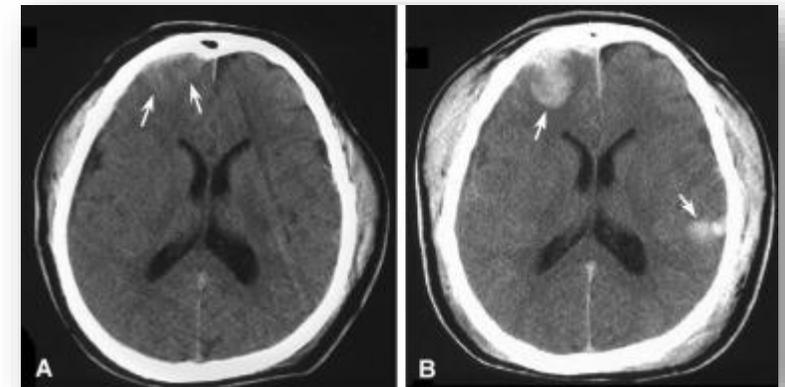
- Lésion par coup
  - Lésion au point d'impact
  - La lésion se produit lors du déplacement du cerveau vers le point d'impact.
- Lésion par contrecoup
  - Lésion tissulaire du côté opposé du point d'impact
  - Le cerveau est projeté vers le point d'impact, puis vers le côté opposé.



# Coup et contrecoup mouvement du cerveau

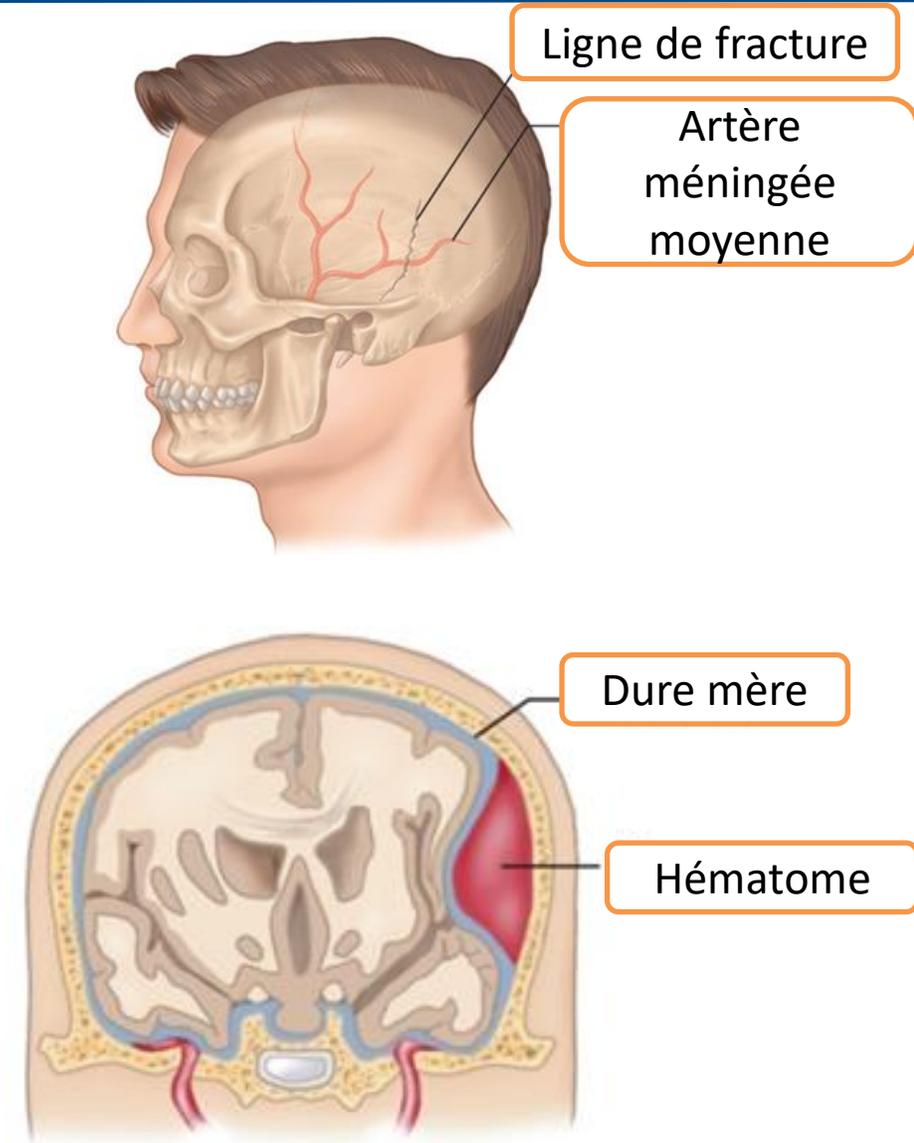


- Les traumatismes contondants provoquent des saignements des capillaires.
  - Fréquents lors de traumatismes crâniens contondants
- Conséquences fréquentes :
  - Confusion et déficit neurologique
  - Changements de personnalité (le lobe frontal est la région la plus souvent atteinte)
- La contusion cérébrale est généralement une lésion par coup ou contrecoup.



# Hématome épidural

- 0,5 à 1,0 % de toutes les blessures à la tête
- Habituellement, coup à la tête avec fracture linéaire
- Saignement entre la dure-mère et le crâne
- Commun aux os temporaux (plus mince)
- Implique un saignement artériel
  - Artère méningée moyenne dans le lobe temporal

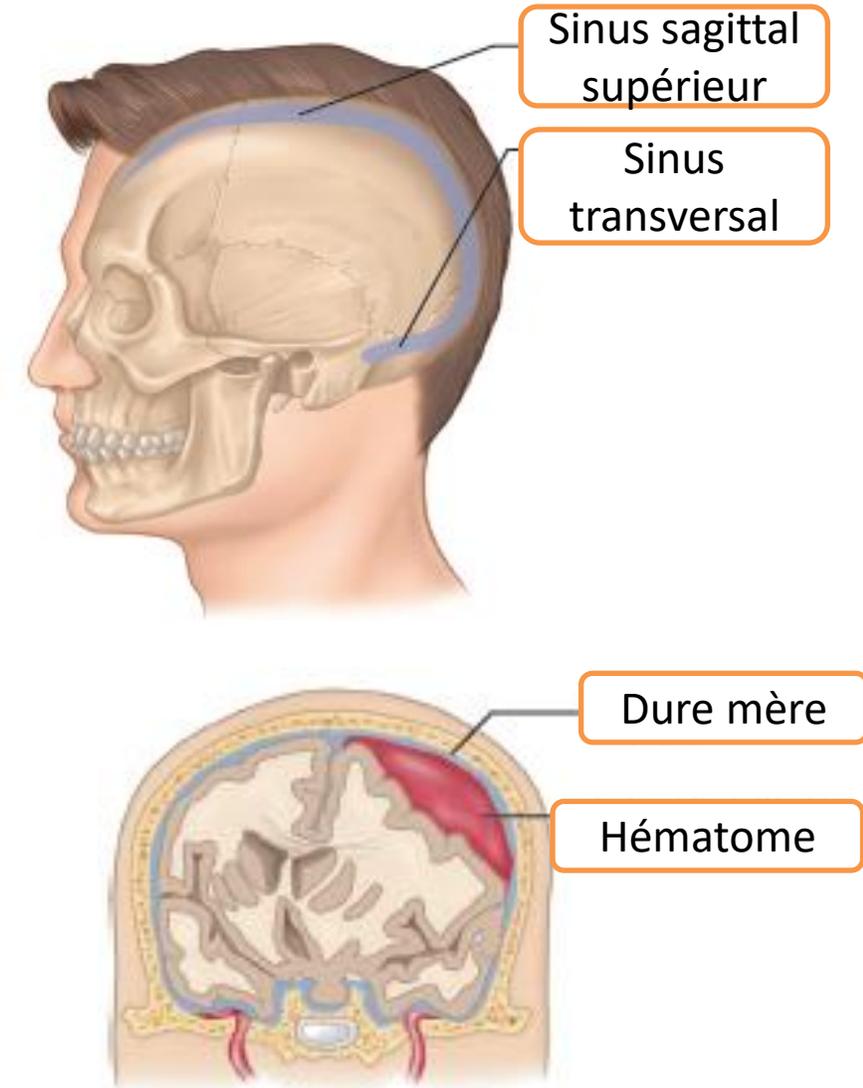


## Signes et symptômes

- Niveau de conscience
- Perte de conscience, intervalle lucide, inconscience
- PIC augmente rapidement
- Changement dans les pupilles
  - Pupille du côté de l'hématome fixe/dilatée
  - Oculomotor jamais comprimé
  - Mort si la pression n'est pas soulagée chirurgicalement

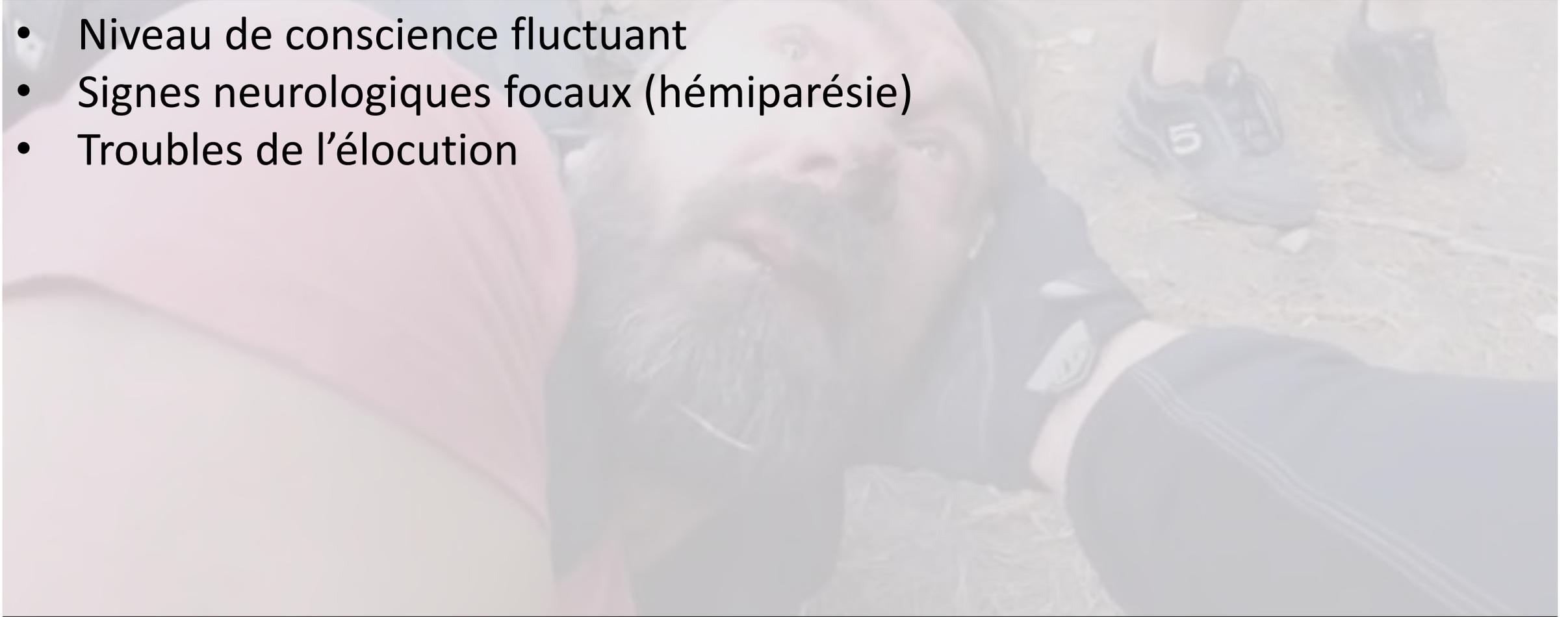
# Hématome sous-dural

- 5 % de toutes les blessures à la tête
- Saignements dans les méninges
  - Sous la dure-mère et dans l'espace sous-arachnoïdien
- Habituellement, un saignement veineux
  - Veines de pontage
  - Les signes progressent au fil des heures et des jours
  - Lente détérioration de la mentation



## Signes et symptômes

- Niveau de conscience fluctuant
- Signes neurologiques focaux (hémiparésie)
- Troubles de l'élocution



# Péridurale vs sous-durale

## Hématome péridural

Dure mère (décollée du crâne)

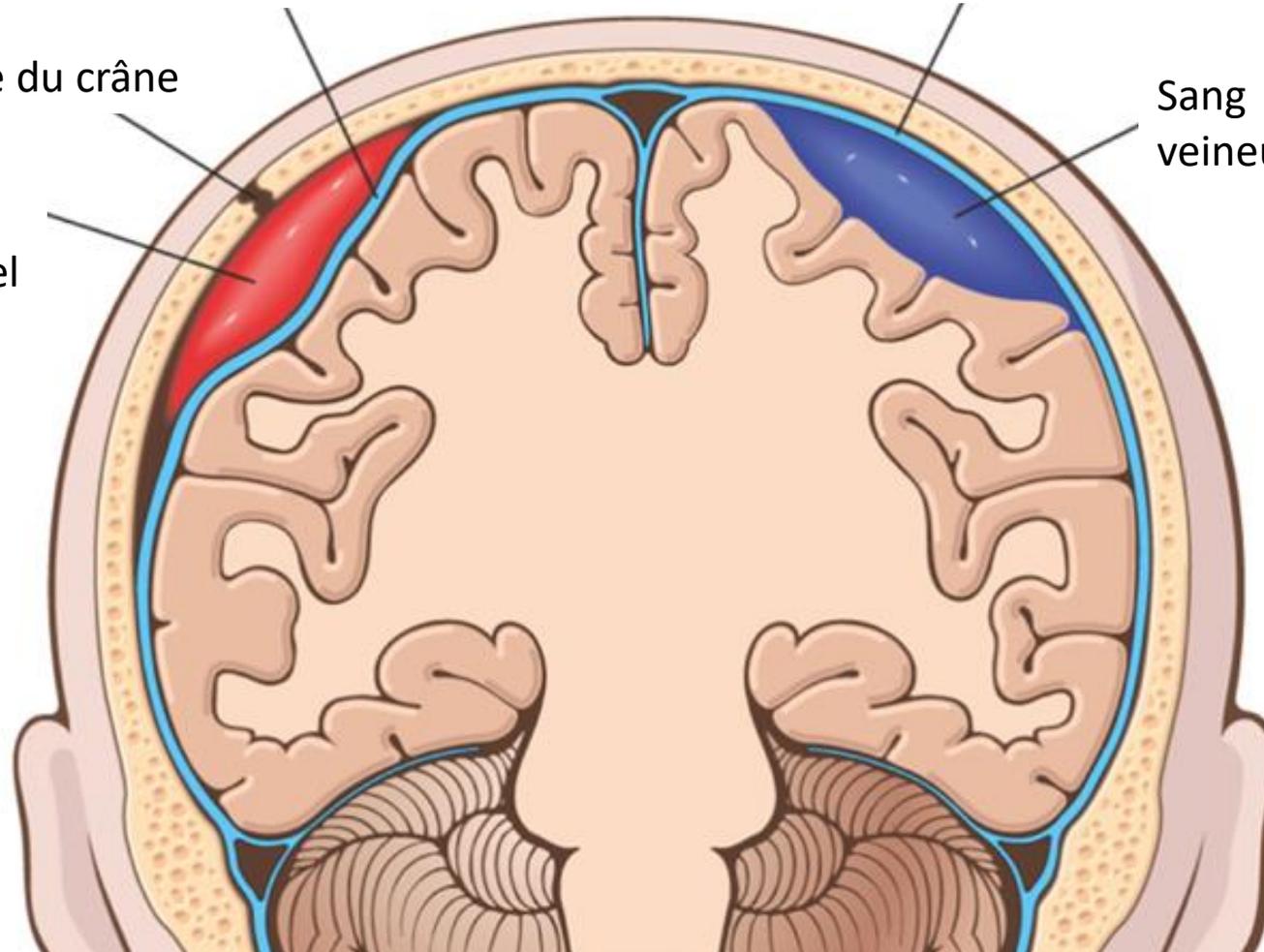
Fracture du crâne

Sang  
artériel

## Hématome sous-dural

Dure mère (attaché au crâne)

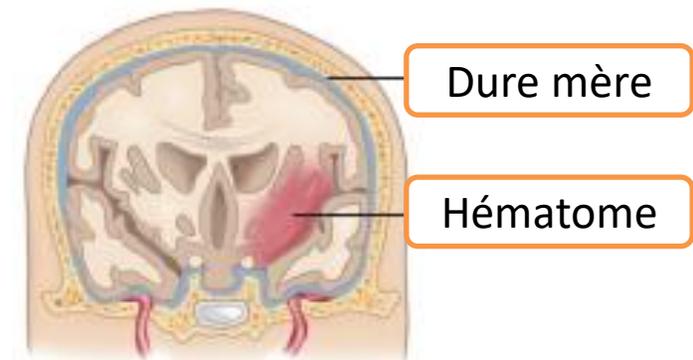
Sang  
veineux



- Saignement dans l'endroit où le LCR circule
  - LCR sanglant
- Maux de tête soudains et sévères
- Maux de tête diffusés ultérieurs
- Augmentation de la PCI
  - Diminution du niveau de conscience
  - Changements des pupilles
  - Changement dans la posture, vomissements, convulsions
- L'hémorragie sous-arachnoïdienne soudaine et grave a habituellement comme conséquence la mort.

# Hémorragie intracérébrale

- Blessure par pénétration, décélération rapide
- Lobes frontaux et temporaux les plus touchés
- Une fois que les symptômes se produisent, le patient se détériore rapidement.
- Taux de mortalité élevé



- Section, étirement ou déchirure des fibres nerveuses entraînant une détérioration axonale
  - Voies de communication des cellules nerveuses
  - Propagation de la pathologie dans le cerveau
- Fréquente lors d'accidents de la route
- Varie de légère à grave

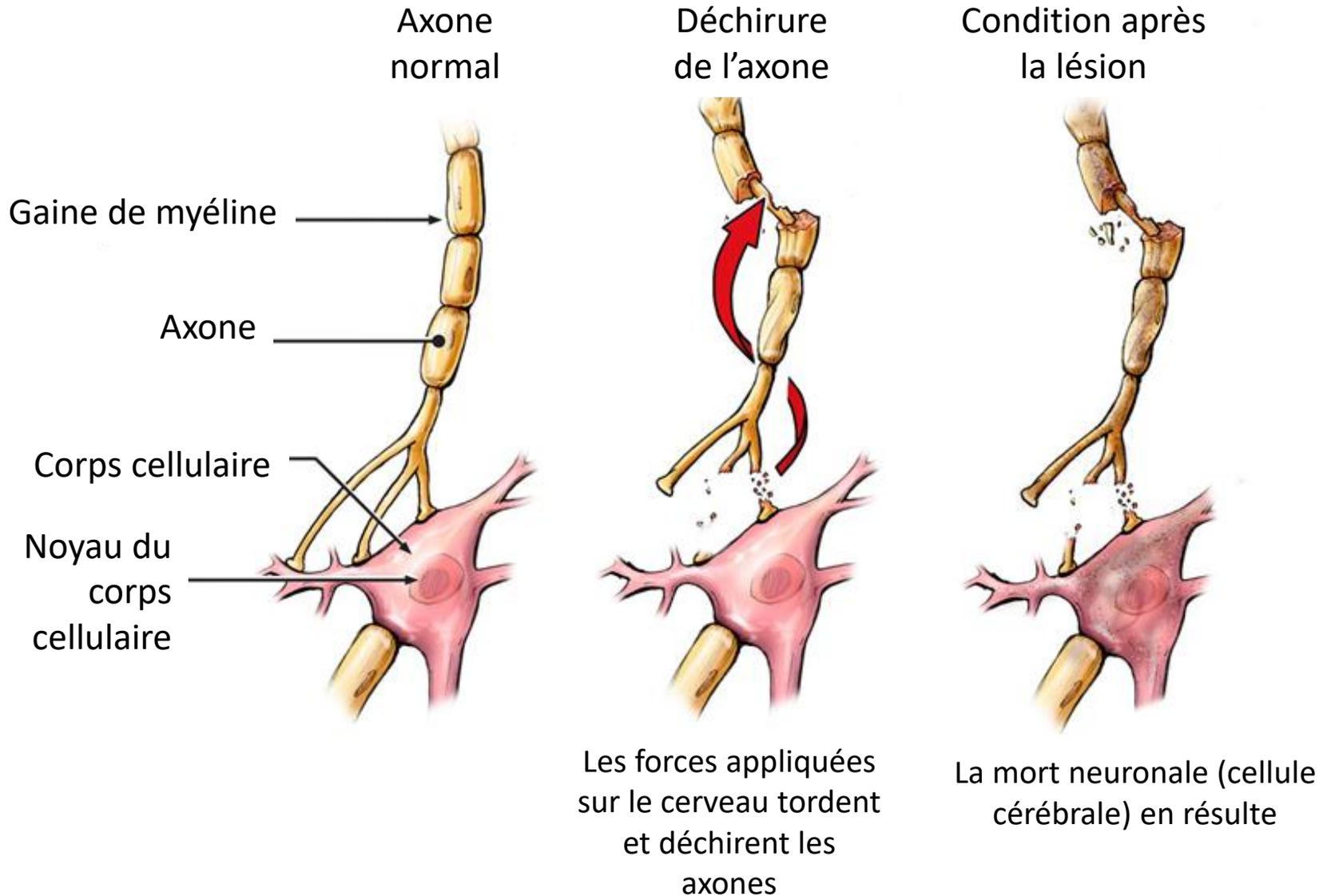


Table 24-4		Diffuse Axonal Injury		
Type of DAI	Pathophysiology	Incidence	Signs and Symptoms	Prognosis
Mild DAI	Temporary neuronal dysfunction; minimal axonal damage	Most common result of blunt head trauma; for example, concussion	Loss of consciousness (brief, if present); confusion, disorientation, amnesia (retrograde and/or anterograde)	Minimal or no permanent neurologic impairment
Moderate DAI	Axonal damage and minute petechial bruising of brain tissue; often associated with a basilar skull fracture	20% of all severe head injuries; 45% of all DAIs	Immediate loss of consciousness; secondary to involvement of the cerebral cortex or the RAS of the brainstem; residual effects: persistent confusion and disorientation; cognitive impairment (eg, inability to concentrate); frequent periods of anxiety; uncharacteristic mood swings; sensory/motor deficits (such as altered sense of taste or smell)	Survival likely, but permanent neurologic impairment common
Severe DAI	Severe mechanical disruption of many axons in both cerebral hemispheres with extension into the brainstem; formerly called brainstem injury	16% of all severe head injuries; 36% of all DAIs	Immediate and prolonged loss of consciousness; posturing and other signs of increased ICP	Survival unlikely; most patients who survive never regain consciousness, but remain in a persistent vegetative state

Abbreviations: DAI, diffuse axonal injury; ICP, intracranial pressure; RAS, reticular activating system  
 © Jones & Bartlett Learning.

- Blessures concomitantes courantes:
  - Cervicale
  - Faciale
- Selon le type de traumatisme et le mécanisme de blessure, les blessures simultanées pourraient impliquer n'importe quel autre système corporel.

**Méfiez- vous de :**

**Blessures concomitantes  
avec lésion cérébrale  
traumatique**

- Histoire ciblée
  - Perte de conscience/combinaison de temps?
  - Des plaintes?
  - Un impact sur la tête?
  - Amnésie?
    - Antérograde – Aucun souvenir après une blessure
    - Rétrograde – Aucun souvenir avant la blessure
  - Maux de tête?
  - Nausées/vomissements ?
  - Consommation de drogue ou d'alcool ?
  - Lésion cérébrale antérieure ou trouble épileptique ?

## À faire

- Soutien des voies respiratoires
- Soutien à la respiration/ventilation
- Amorcer une perfusion IV
- Couvrir toutes les blessures ouvertes avec des pansements

## À ne pas faire

- Insérer une sonde naso-pharyngée si une fracture de la base du crâne est suspectée
- Hyperventilation
- Amorcer une perfusion intraveineuse au débit maximum si une PIC élevée est suspectée
- Appliquer une pression directe sur des fractures crâniennes non stables
- Insérer un pansement dans le nez ou les oreilles s'il y a un saignement

- Conséquence indirecte de la blessure initiale
- Progressive
- Processus pathologiques
  - Diminution de l'irrigation des tissus cérébraux due à l'augmentation de la PIC
  - Pression contre les tissus cérébraux consécutive à une masse en expansion

- Le crâne n'est pas complètement formé à la naissance.
  - Il se déforme sous la force d'un impact et transmet la force plus directement qu'un crâne adulte.
  - Il permet une certaine expansion intracrânienne.
- Il présente un risque accru de lésion directe associée à un traumatisme crânien.
  - Il ralentit la progression de la PIC.
- La tête de l'enfant est proportionnellement plus large.
  - Une hémorragie intracrânienne est susceptible d'entraîner une hypovolémie.

- Les enfants respirent par le nez.
  - Il faut ouvrir les voies nasales et le nasopharynx pour dégager les voies respiratoires.
- Éviter l'hyperextension de la tête.
  - La langue exerce une pression et ferme le palais mou.
  - Ventiler par la bouche et par le nez.

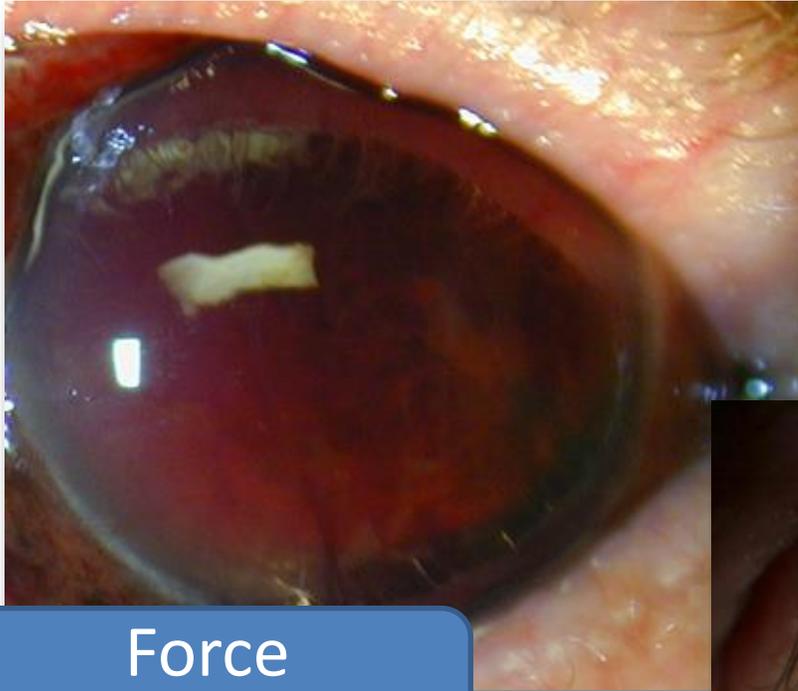
- Complication d'un traumatisme grave
- Importance esthétique
- Vaisseaux sanguins
- Emplacement initial des voies respiratoires et des structures du système digestif
- Organes sensoriels
- Lésions de la tête et de la colonne vertébrale connexes



- Tissus très vascularisés
- Hypovolémie
- Voies respiratoires
  - Les patients qui souffrent de blessures profondes risquent d’avaler du sang, ce qui compromet les voies respiratoires.
  - L’enflure des tissus mous réduit le débit d’air.
  - Les blessures superficielles atteignent rarement les voies respiratoires.
- Envisager la possibilité d’une fracture de la base du crâne ou d’une lésion médullaire

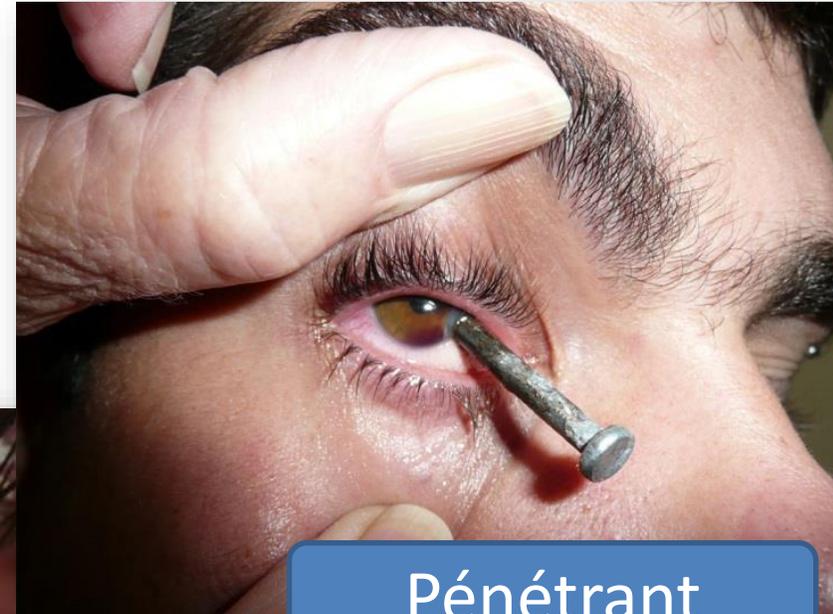


- Tissus de l'organisme très spécialisé
- Peut indiquer des problèmes avec :
  - Le NC-II, NC-III, NC-IV et NC-VI
  - L'irrigation associée au débit sanguin cérébral
- La surface d'œil est étroitement dépendante d'une bonne irrigation et d'un bon écoulement du fluide lacrymal
  - Si l'irrigation diminue, les yeux perdent de leur lustre rapidement
- Signes rapides, et très visibles quant à l'attitude du patient
  - Anxiété, peur, colère, etc.



Force  
contondante

Corps étranger



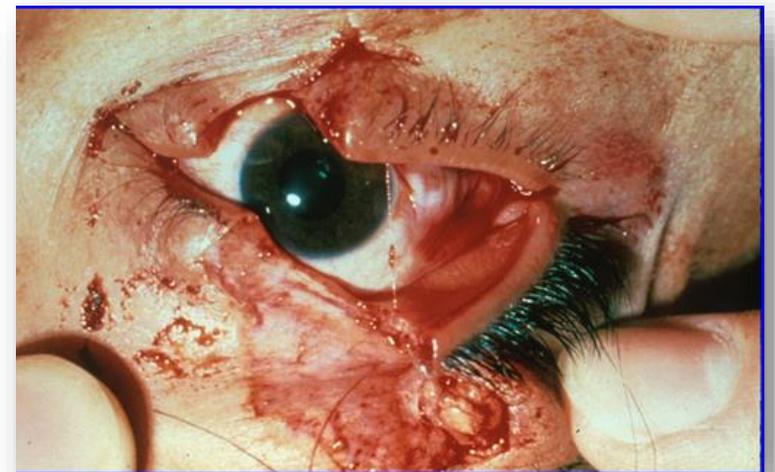
Pénétrant

- **Traumatisme pénétrant**
  - Peut causer des dommages à long terme
  - Soupçonner un petit corps étranger si le patient se plaint de douleur oculaire soudaine et sent qu'il a quelque chose dans l'œil
  - Ne pas retirer le corps étranger
- **Abrasions et lacérations de la cornée**
  - Fréquentes et généralement superficielles

- Hyphéma
  - Traumatisme contondant à la chambre antérieure de l'œil
  - Épanchement de sang devant l'iris ou la pupille
- Hémorragie subconjonctivale
  - Affection bénigne
  - Peut se produire après un éternuement fort, des vomissements importants ou un traumatisme direct



- **Décollement de la rétine**
  - Origine traumatique
  - Le patient se plaint d'un voile sombre ou d'une obstruction du champ de vision.
  - Affection potentiellement douloureuse selon le type de traumatisme
- **Lacération des tissus mous**
  - Peut perturber le fonctionnement des glandes lacrymales



- La taille des pupilles et la réactivité peuvent indiquer des problèmes sous-jacents
- Réactivité réduite des pupilles
  - Médicaments dépresseurs ou hypoxie cérébrale
- Fixes et dilatées
  - Hypoxie extrême
- Lésion crânienne croissante
  - La pupille ipsilatérale devient lente, dilatée et ensuite fixe

## Antécédents

- Verres correcteurs/lentilles cornéennes
- Lentilles cornéennes actuellement en place
- Prothèse oculaire
- Troubles de la vue
- Changement dans la vision
- Vision brouillée
- Perte complète de la vision
- Trouble du champ de vision
- Début des changements

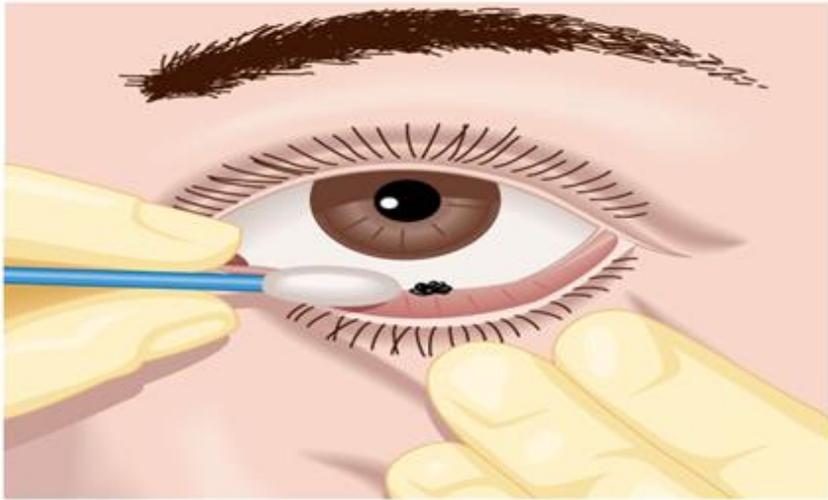
## Observation/Examination

- Traumatisme périorbitaire
- Rupture globale
- Rougeur
- Enflure
- Écoulement de sang ou purulent
- Corps étranger
- Taille des pupilles
- Anomalies des pupilles

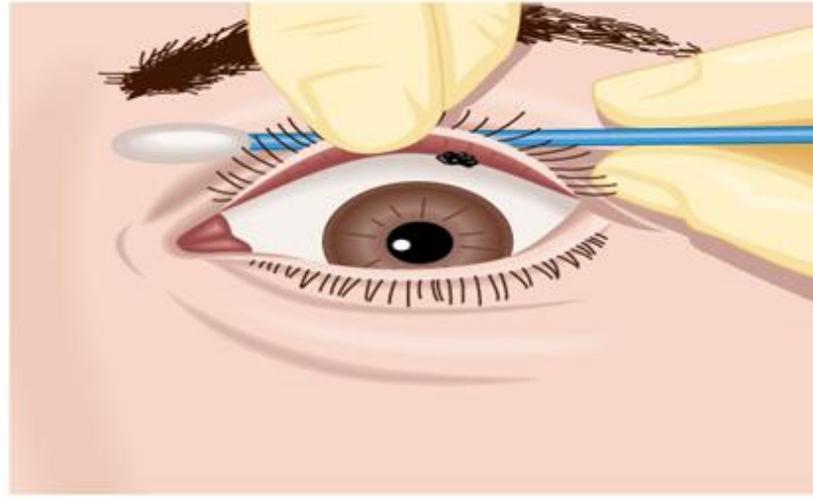
## Gestion

- Approche générale
  - Limiter les dommages, couvrir les deux yeux
  - Éviter l'augmentation de la pression intraoculaire (vomissements), dimenhydrinate 25 mg IV , pas de pression directe
  - Considérez les analgésiques
- Pénétrant
  - Immobiliser l'objet en place
- Contendant
  - Sécuriser et immobiliser pour empêcher les mouvements
  - Œil avulsé
  - NE PAS essayer de remettre dans l'orbite
  - Sécuriser et immobiliser pour empêcher les mouvements

# Retirer des particules de la partie blanche de l'œil



a.



b.



c.

**FIGURE 23-20** Pour retirer une particule du blanc de l'œil, (a) tirer sur la paupière inférieure pendant que le patient regarde en l'air ou (b) tirer sur la paupière supérieure pendant que le patient regarde en bas. On peut enlever les lentilles rigides à l'aide d'une ventouse (c).

## Classification

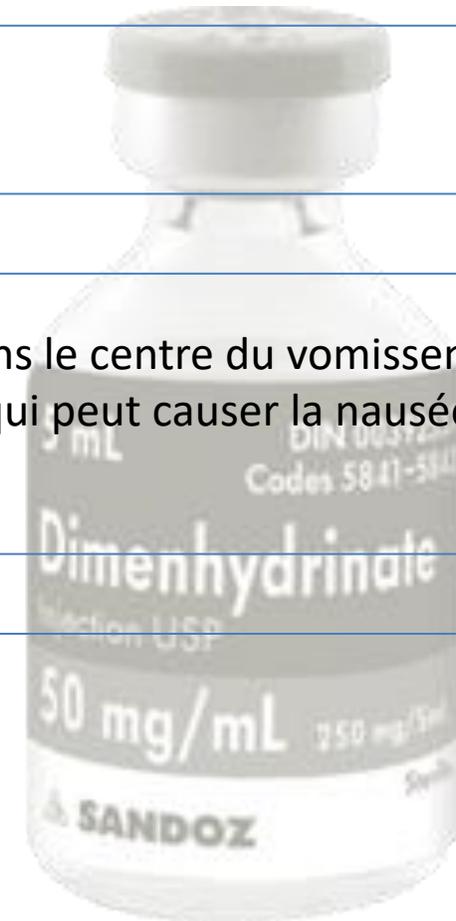
- Antiémétique, Antihistaminique, Anticholinergique

## Mécanisme d'action

- Bloque l'histamine et les récepteurs cholinergiques muscariniques dans le centre du vomissement
- Bloque le chemin entre l'oreille interne et le centre du vomissement qui peut causer la nausée et les vomissements
- Similaire à la composition chimique de la diphenhydramine

## Indications

- Nausées et vomissements associés à la maladie de Ménière
- Nausées/vomissements
- Soulagement ou prévention du mal des transports et vertiges

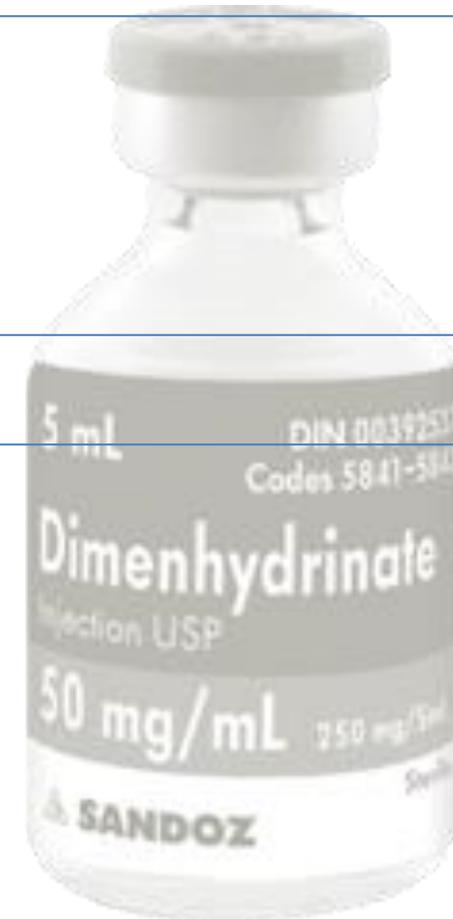


## Contre-indications

- Hypersensibilité

## Posologie

- Adultes
  - 25 – 100 mg IM q 4 h PRN (25 – 50 mg plus communs)
  - 12,5 – 50 mg IV toutes les 4 h au besoin
- Enfants
  - 1 mg/kg IV/IM, max de 25 mg



## Classification

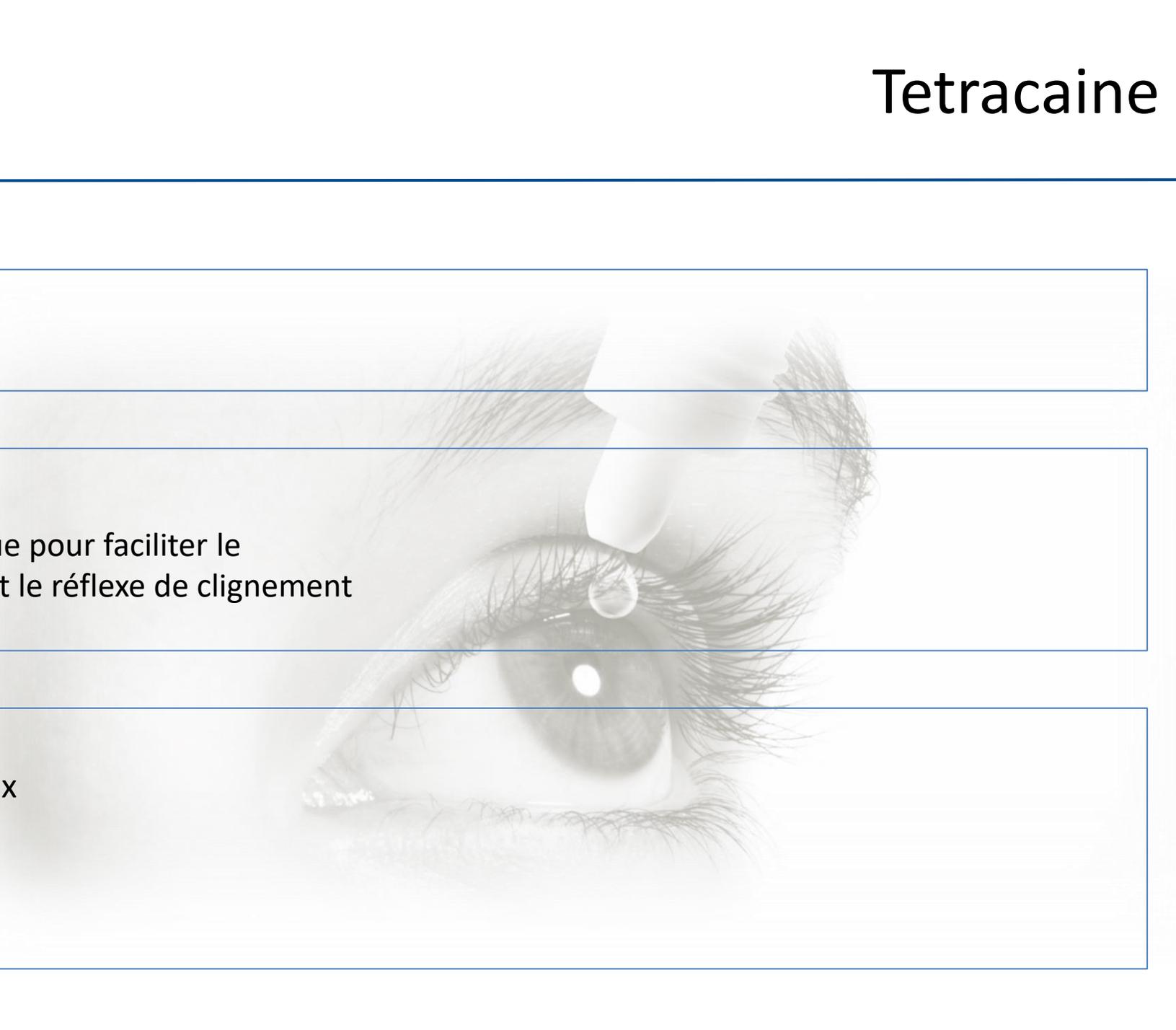
- Anesthésique topique

## Mécanisme d'action

- Anesthésique ophtalmique topique pour faciliter le nettoyage des yeux en supprimant le réflexe de clignement

## Indications

- Pour faciliter le rinçage des yeux

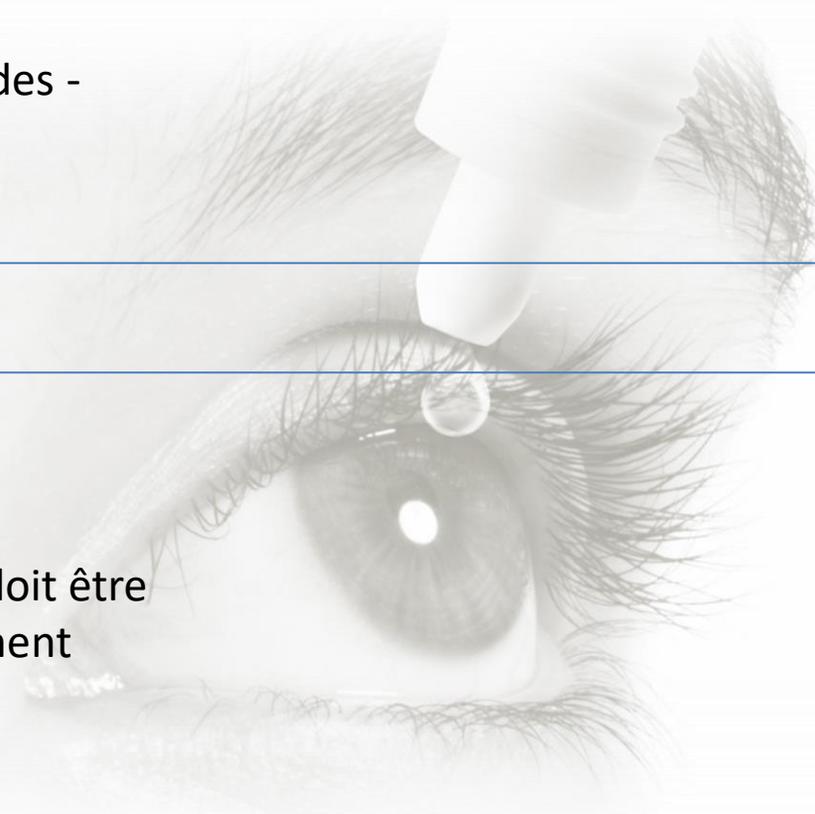


## Contre-indications

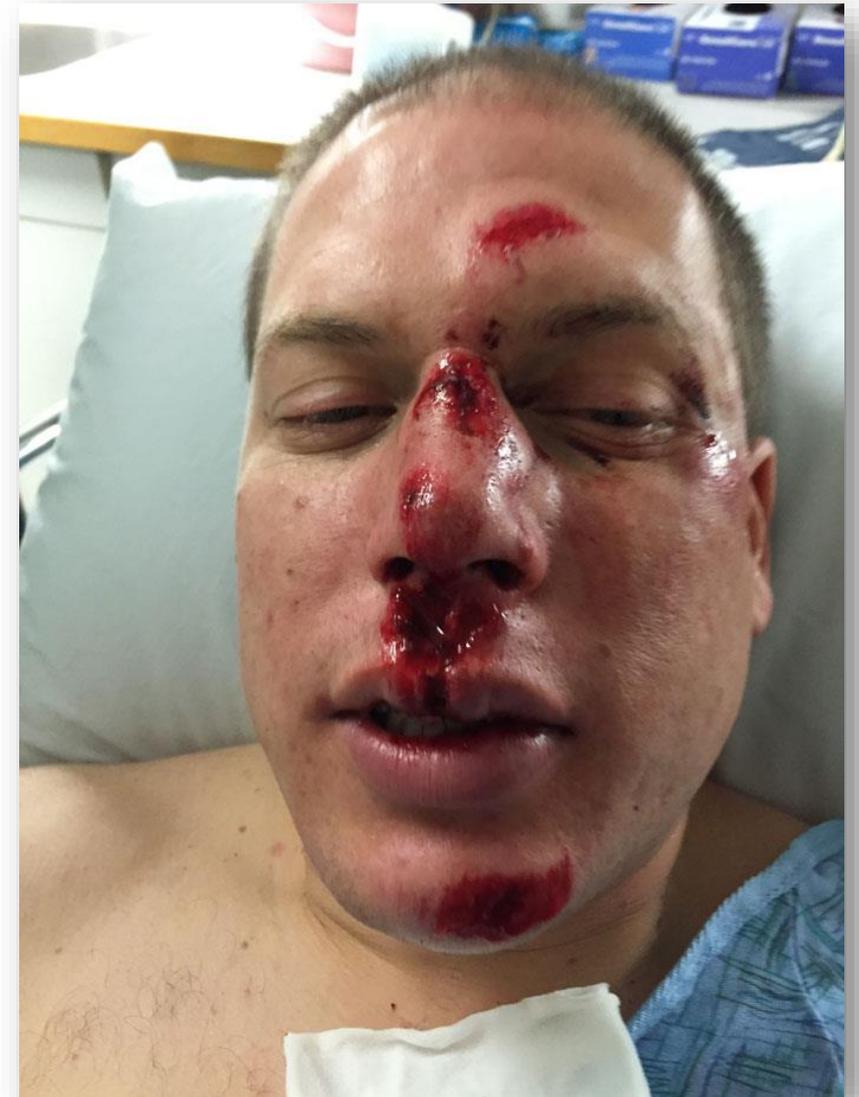
- Hypersensibilité aux anesthésiques locaux (famille des -caïnes)
- Pénétration possible de l'œil blessé

## Posologie

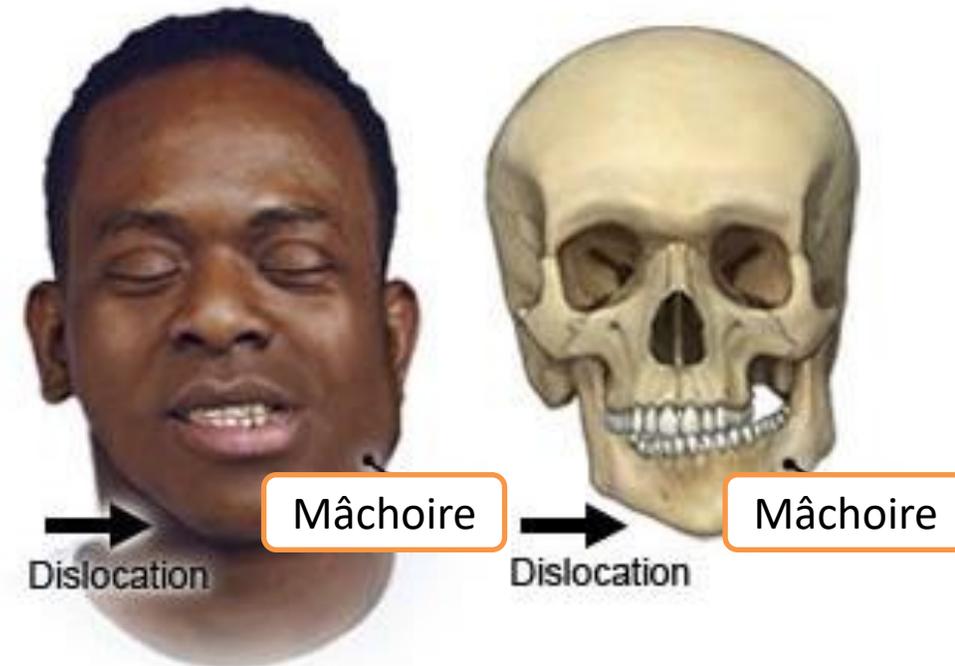
- 2-3 gouttes dans l'œil touché
- Une fois le traitement terminé, une gaze mouillée doit être placée sur l'œil jusqu'au retour du réflexe de clignement



- Causes les plus communes :
  - Agression
  - Collision automobile
  - Chutes
  - Sports de contact
- Signes et symptômes
  - Douleur
  - Ecchymoses
  - Déformation
  - Traits du visage asymétriques

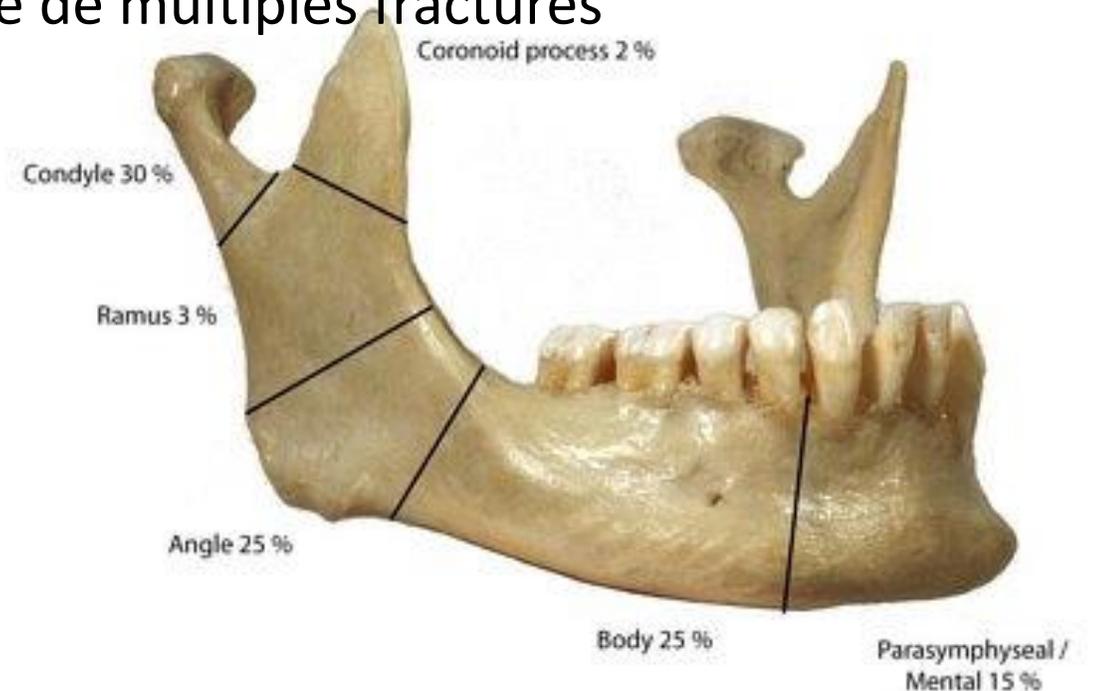


- Luxation de la mandibule
  - Déplacement hors de l'articulation temporo-mandibulaire
  - Entraîne une malocclusion de la bouche, un mauvais alignement des dents et l'immobilité de la mâchoire
  - Constitue rarement une menace pour les voies respiratoires et la respiration



- Fracture de la mandibule

- Déformation de la mâchoire et perte de dents
- Obstruction des voies respiratoires possible si le patient est couché sur le dos
- Évaluer le patient pour détecter la présence de multiples fractures



- Fractures maxillaires

## Le Fort I

- Légère instabilité, impliquant seul le maxillaire
- Aucun déplacement associé



## Le Fort II

- Fracture des os maxillaires et nasaux

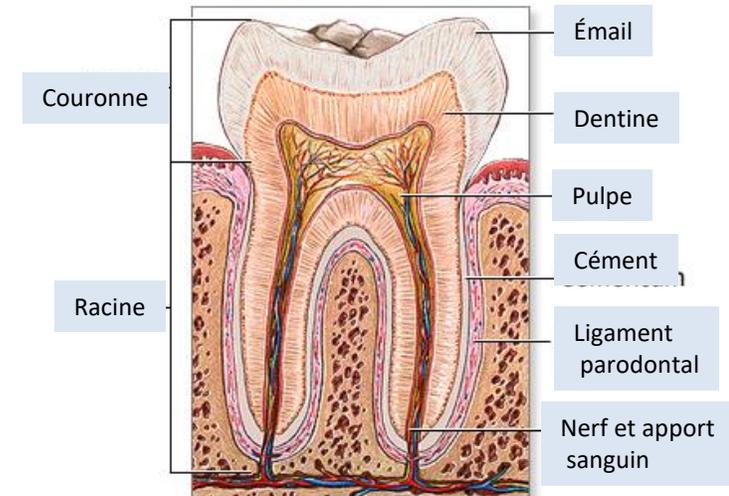


## Le Fort III

- Région faciale entière sous la crête du front
- Le Fort II et III ont habituellement comme conséquence la fuite de LCR et mettent en danger la perméabilité des voies aériennes



- Blessure dentaire (avulsion dentaire)
  - Associée habituellement à un traumatisme facial contondant
  - Peut devenir un corps étranger qui tombe dans les voies respiratoires
  - La dent cassée peut être réimplantée si elle est entièrement intacte
  - Manipuler par la couronne et non par la racine
  - Ne pas rincer/gratter la dent
  - Couvrir d'une gaze
  - Garder la dent humide
  - Transporter dans du lait, de la salive ou de l'eau saline si possible. Pas dans l'eau du robinet.



- Fractures de l'orbite
  - Touchent le zygoma, le maxillaire et le rebord orbitaire
  - Limitation des mouvements des yeux
  - Diplopie possible
  - Limitation des mouvements de la mâchoire



- Douleur souvent accompagnée d'une déformation
  - Met rarement la vie du patient en danger
- L'inflammation et l'hémorragie peuvent compromettre la respiration.
- Épistaxis
  - Problème le plus courant
  - Antérieure
    - Saignement du septum le plus souvent résolutif
  - Postérieure
    - Saignement potentiellement grave qui peut entraîner un écoulement de sang dans la gorge du patient



## Gestion

### **Conscient/pas d'atteinte à la colonne cervicale**

Demander au patient de moucher son nez doucement pour faire sortir les caillots

Positionner le patient de façon à ce qu'il soit penché vers l'avant

Maintenir une pression ferme sur les deux narines

Ne pas appliquer de pression sur l'arrête ou sur la partie osseuse du nez

### **Inconscient/atteinte à la colonne cervicale**

Placer le patient en position latérale de sécurité

Aspirer le sang au besoin

### **Autres considérations**

Si patient nauséeux, administrer de la dimenhydrinate

Patient avec trouble hémostatique ou qui prend des anticoagulants peut avoir besoin de fluide (épreuve de remplissage)

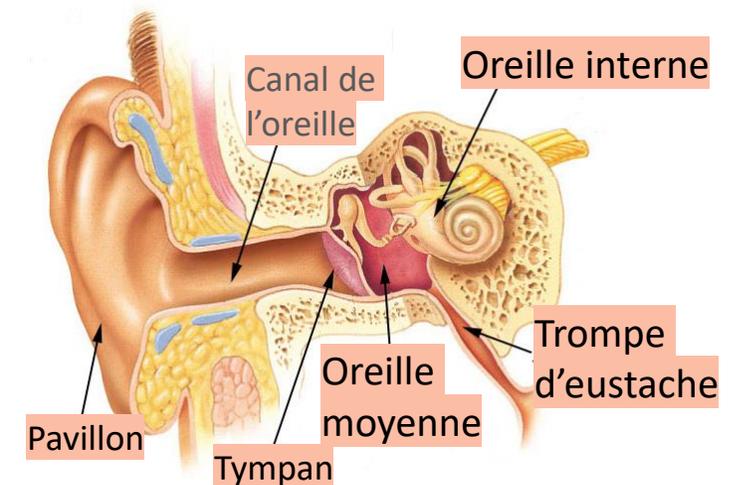
S'asseoir et se pencher vers l'avant



Se pincer les  
narines

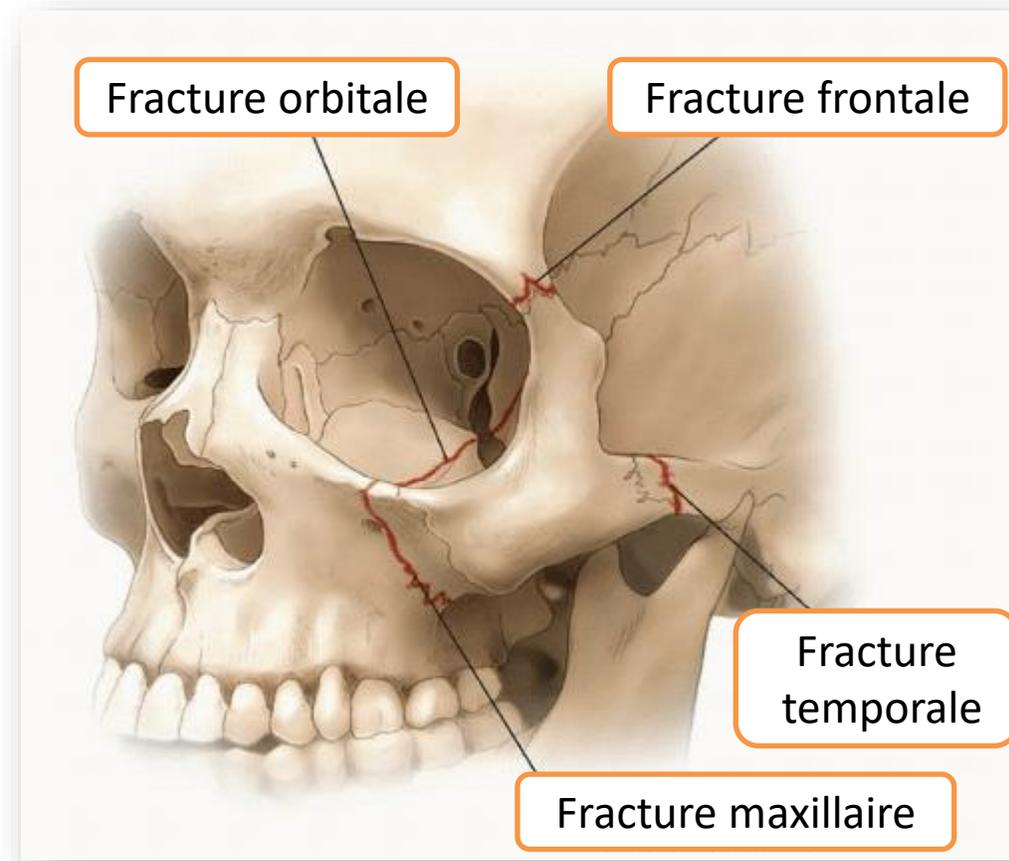
Respirer par la  
bouche

- Oreille externe
  - Le pavillon de l'oreille est souvent atteint lors d'un traumatisme
  - Mauvaise irrigation sanguine
  - Mauvaise cicatrisation
- Blessure au pavillon de l'oreille
  - Placer autant que possible dans la position anatomique
  - Panser et couvrir avec un pansement stérile
- Oreille interne
  - Bien protégée des traumatismes
  - Lésion possible lors d'un changement de pression brusque
    - Plongée ou explosion
  - Perte auditive temporaire ou permanente
  - Acouphène possible

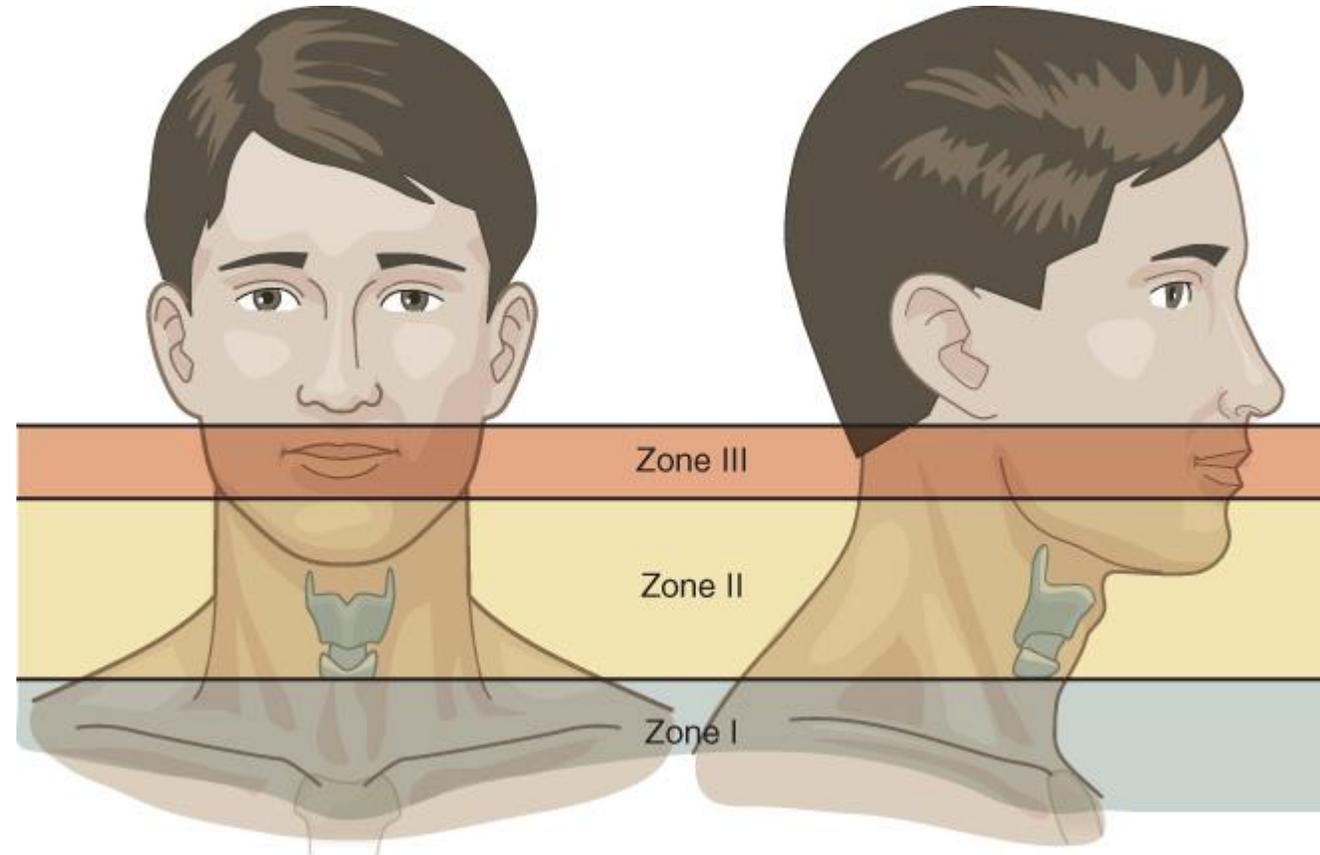


# Fractures zygomatiques

- Fractures de l'os de la joue
- Généralement le résultat de
  - Traumatisme contondant secondaire aux agressions et aux collisions de véhicules à moteur
- Signes et symptômes
  - Le côté du visage du patient semble aplati
  - Paresthésie ou perte de sensation sur la joue, le nez et la lèvre supérieure
  - Paralysie du regard ascendant



- Parties critiques des voies respiratoires (larynx, trachée)
- Principaux vaisseaux sanguins vers/depuis la tête
- Moelle épinière
- Muscles, nerfs, glandes et œsophage
- Considérez la blessure.
- Divisez le cou en zones pour aider à la classification des blessures au cou.



- Traumatisme des vaisseaux sanguins
  - Traumatisme contondant
    - Risque d'hématome progressif grave
    - Section possible des veines jugulaires
  - Lacération
    - La rupture de gros vaisseaux sanguins peut causer une grave hémorragie.
    - L'entrée d'air peut entraîner une embolie.
      - Couvrir la plaie avec un pansement occlusif
  - Strangulation/quasi-pendaison
    - Suicide/homicide
    - Blessure « corde à linge »



- Dyspnée/tachypnée
- Obstruction des voies respiratoires
- Emphysème sous-cutané
- Voix rauque
- Déglutition difficile
- Objet empalé
- Blessure ouverte avec formation de bulles
- Ecchymoses
- Enflure

Méfiez-vous de :

**Blessures  
concomitantes dans  
Traumatisme du  
cou**

- Emphysème sous-cutané
  - Signe d'un pneumothorax sous tension en développement
- Traumatisme pénétrant
  - Peut toucher l'œsophage
  - Peut entraîner l'écoulement du contenu gastrique dans le médiastin
- Les traumatismes pénétrants profonds peuvent causer une perturbation du nerf vague.
  - Tachycardie et troubles gastro-intestinaux
- Les lésions de la région antérieure du cou peuvent toucher les glandes thyroïde et parathyroïdes.

- Traumatisme des voies respiratoires
  - Rupture de la trachée ou dissection du larynx
  - Enflure des voies respiratoires qui nuit à la respiration
- Traumatisme de la colonne cervicale
  - Fracture vertébrale
    - paresthésie, anesthésie, parésie ou paralysie sous le niveau de la blessure
    - Possibilité de choc neurogénique

- Traumatisme des vaisseaux sanguins
  - Traumatisme pénétrant
    - Risque d'hématome grandissant grave
    - Pourrait restreindre les veines jugulaires
  - Lacération
    - Les gros vaisseaux sanguins peuvent entraîner une hémorragie grave
    - L'entrée d'air peut causer une embolie
    - Couvrir avec un pansement occlusif
    - Pas de pression bilatérale sur le cou

- Limiter la stimulation externe
  - Peut accroître la PIC
  - Peut provoquer des crises
- User de prudence avec le transport aérien
  - Permet d'économiser du temps
  - Augmente le risque de crises

- Avoir un ami ou un parent proche du patient pour le rassurer en permanence
- Sécuriser le patient en l'informant constamment de l'endroit où il se trouve, au besoin
  - Effet calmant
  - Réduction de l'anxiété

- Physiopathologie
- Évaluation
- Gestion