

Dans tous les cas, le côté spectaculaire des lésions faciales ne doit pas faire négliger la recherche d'autres lésions potentiellement vitales elles- aussi !
Le concept de body check (examen tête-pied selon ATLS) ne doit en aucun cas être négligé.

La priorité consiste à évaluer la perméabilité des voies aériennes et à contrôler le saignement.

Voies aériennes

L'asphyxie se définit comme l'incapacité du patient à respirer correctement et peut, au niveau des voies aériennes, être d'origines diverses :

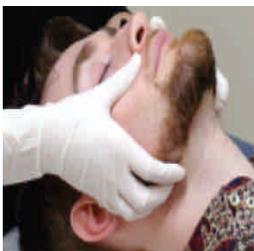
Encombrement des voies aériennes par de la salive, du sang, des prothèses dentaires ou encore divers corps étrangers.

Gonflement (œdème) du plancher buccal ou de la gorge
Bascule de la langue en arrière, Traumatisme direct du larynx

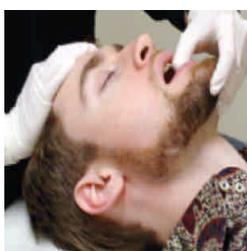
Dès le diagnostic d'asphyxie posé, voire encore mieux, dès qu'une menace d'asphyxie est identifiée, des gestes d'urgence s'imposent :

Désobstruction manuelle ou instrumentale de la cavité buccale avec aspirations répétées

Libération des voies aériennes grâce à une traction sur la mandibule avec éventuellement, en fonction de l'état de conscience, mise en place d'une canule de Guedel dans la bouche.

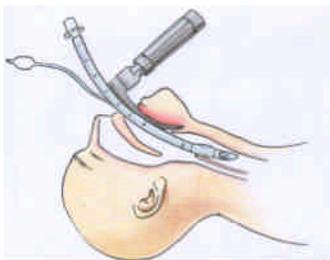


Jaw thrust



Chin lift

Idéalement, les voies aériennes sont protégées par la mise en place d'un tube endotrachéal, lequel permet la ventilation et l'oxygénation tout en mettant la filière aérienne à l'abri des saignements et des divers débris susceptibles de l'obstruer. Indiscutablement, c'est LE meilleur moyen.



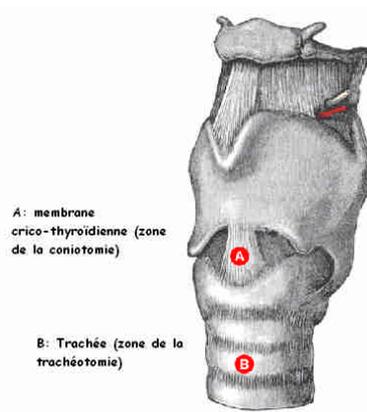
L'exercice sera sans aucun doute difficile (!), aussi la décision de transporter un patient encore ventilable, vers un intubateur confirmé, disposant de la panoplie de techniques d'intubation difficile doit, elle aussi, être envisagée.....

L'intubation nasale, de même que la pose d'une sonde nasogastrique sont évidemment contre-indiquées dans un tel trauma.

La mise en place d'un masque laryngé peut permettre de protéger les VAS d'un saignement bucco-nasal.



On doit garder à l'esprit, qu'outre une mise en place peut-être difficile, pouvant en elle-même, de par la forme du masque et sa technique de mise en place, participer à impacter des débris dans le carrefour oro-pharyngé, cette technique ne protège pas d'une éventuelle bronchoaspiration. Or, ces patients ont, par définition, l'estomac plein.....



A : membrane crico-thyroïdienne (zone de la coniotomie)

B : Trachée (zone de la trachéotomie)

Alternative en cas d'impossibilité pour des raisons de vision ou d'œdème/hématome d'accéder à la zone pharyngo-laryngée : l'accès direct à la zone située en dessous des cordes vocales par coniotomie (cricothyroïdotomie). Point de repère : la membrane crico-thyroïdienne située entre le cartilage cricoïde et le cartilage thyroïde (pomme d'Adam)



Cette technique, relativement simple peut être réalisée à l'aide de différents matériels, spécifiquement conçus pour permettre la mise en place rapide, exsangue, d'un tube de calibre suffisant pour, non seulement, oxygéner la victime, mais également la ventiler.

Plusieurs techniques utiles ; mais toujours un instrument indispensable : L'aspirateur de sécrétion !

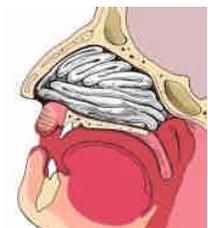
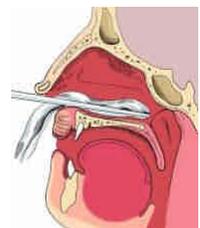
Contrôle du saignement.

En dehors d'un saignement du cuir chevelu (trop facilement sous-évalué ou négligé... dans un contexte de trauma facial), le saignement s'extériorise soit par la bouche, soit sous la forme d'un épistaxis. Il s'agit de lésions majoritairement artérielles . L'origine classique en est une fracture de la région postérieure de l'étage moyen entraînant des plaies de l'artère maxillaire interne ou de ses branches.

Une hémorragie grave va nécessiter une intubation (de protection) en urgence et un contrôle hémodynamique, lequel ne pourra être obtenu de façon satisfaisante **que** si l'on contrôle les saignements.

Dans le terrain, ce ne sont que les techniques de packing (après intubation) qui peuvent permettre ce contrôle. Le packing est une vieille méthode, qui trouve pourtant toute son utilité dans ce genre de situation où non seulement le contrôle de la perte sanguine doit être obtenu, mais où, non moins importante, la perte des facteurs de coagulation indispensables pour obtenir une hémostase, doit être maîtrisée.

En phase hospitalière, ce contrôle pourra être obtenu de façon indirecte, par embolisation du vaisseau en cause. En cas d'échec seulement un abord direct avec ligature de l'artère maxillaire ou des artères ethmoïdales sera proposé.



Le packing est idéalement réalisé par une bande de gaze (graissée ou non), progressivement introduite à l'aide d'une pince (magill p.ex) et mise sous compression dans la cavité concernée (nez ou bouche). Imprégnée de sang, la bande de gaze se laisse comprimer. Il en faut cependant une quantité non négligeable pour « packer » la cavité buccale jusqu'à l'arrière gorge.....