

La pendaison : sa prise en charge en pré-hospitalier

L. SALGUES¹, T. MARTINEZ², DR PRADEAU³, DR THICOÏPÉ⁴

1. Introduction

La pendaison existe depuis toujours, on retrouve d'ailleurs des documents décrivant des scènes de pendaison bien avant les premiers pharaons d'Égypte.

Dés le V^e siècle, en Europe, elle devient le moyen le plus fréquent d'exécution des criminels. En France elle est abolie après la révolution de 1789 ; mais reste encore un mode légal d'application de la peine de mort dans différents pays.

De nos jours, en France, c'est un mode de suicide fréquent de par sa facilité d'exécution ; elle concerne plus les hommes que les femmes (38 % / 26 %) et touche plus les 15-24 ans (35 %) (selon InVS de février 2000).

Elle prédomine en milieu carcéral et en milieu psychiatrique. Enfin elle peut être accidentelle notamment chez les enfants.

Toute pendaison aura des implications médico-légales et de par la violence du geste et de la situation traumatisante, l'impact psychologique sur l'entourage nécessite une prise en charge importante.

1. IADE SAMU/SMUR33.

2. Cadre de santé SAMU/SMUR33.

3. Médecin Urgentiste SAMU/SMUR33.

4. Médecin Responsable SAMU/SMUR33.

Correspondance : L. Salgues – 1, rue Brantome, 33700 Merignac. Tél. : 06 87 28 91 79E-mail : l.salgues@wanadoo.fr

2. Definition

Acte au cours duquel le cou est enserré dans un lien, attaché à un point fixe et le poids du corps exerce une traction plus ou moins violente sur le lien de haut en bas.

On distingue deux types de pendaison :

- pendaison incomplète où les pieds touchent le sol ou un appui ;
- pendaison complète où la suspension du corps est totale.

Un élément va être déterminant dans le mécanisme, c'est la position du nœud ; il peut être antérieur, latéral ou postérieur et va ainsi déterminer l'intensité de la compression des axes carotidiens, jugulaires et de la trachée.

Enfin on retrouve une grande diversité dans la nature du lien qui peut influencer sur la gravité des lésions : corde, lacet, fil de fer, cordon électrique, cravate, foulard, etc.

3. Physiopathologie

Plusieurs mécanismes sont associés :

- Écrasement des cartilages au niveau du larynx et de la trachée entraînant une suffocation mécanique précoce majorée par un œdème laryngé possible.
- Compression d'un ou des deux axes carotidiens (selon la position du nœud) d'emblée complète ou progressive.
- Stase sanguine par compression des veines jugulaires.
- Lésions nerveuses, périphériques ou cérébrales avec inhibition des réflexes.
- Lésions osseuses des vertèbres cervicales.

Tous ces mécanismes peuvent avoir pour conséquences :

- Asphyxie.
- Ischémie cérébrale.
- Congestion veineuse.
- Lésions médullaires.

Ce qui aboutit à plusieurs situations possibles :

- Mort immédiate par lésions osseuses et médullaires lorsque la chute est violente, c'est le cas dans les pendaisons judiciaires.
- Arrêt cardiorespiratoire par stimulation des récepteurs de l'axe carotidien.
- Asphyxie entraînant une hypoxie et hypercapnie donc un œdème cérébral.
- Arrêt circulatoire cérébral entraînant une anoxie cérébrale et une stase veineuse donc œdème cérébral.

4. Prise en charge en pré-hospitalier

4.1. Le rôle de la régulation

La prise en charge d'un pendu débute dès l'appel au centre 15. Dès l'annonce d'une pendaison les Assistants de Régulation Médical (ARM) déclenchent automatiquement le SMUR (départ « réflexe »). Le médecin régulateur fait débiter par les témoins les premiers gestes (dépendaison et réanimation cardiopulmonaire si besoin). Les renseignements complémentaires sont donnés ultérieurement au médecin du SMUR dans le véhicule. Ceci dans le seul but de réduire le délai d'intervention puisqu'on sait que la rapidité de prise en charge est primordiale.

4.2. Le rôle des premiers secours

Une fois sur place, après un rapide coup d'œil de « l'ambiance », le premier geste est de dépendre la personne ; si ce geste n'a pas pu être fait avant sur le conseil du médecin régulateur. Attention à la chute du corps qui peut être violente. On prend soin de défaire le nœud ou le lien mais il faut le conserver pour les constatations médico-légales.

La victime est considérée d'emblée comme un traumatisé du rachis cervical, et donc sa prise en charge va se faire en respectant l'axe tête-cou-tronc avec mise en place immédiate d'un collier cervical et transport en décubitus dorsal dans un matelas coquille dépressurisé.

4.3. Prise en charge spécialisée par le SMUR

4.3.1. La victime peut être retrouvée en ACR

Dans ce cas le SMUR pratique la réanimation de l'ACR qui peut être soit d'origine asphyxique soit d'origine neurologique et l'équipe sera particulièrement vigilante sur le maintien de la rectitude tête-cou-tronc.

4.3.2. Le patient avec une activité cardiaque conservée

La prise en charge thérapeutique dépend de l'état neurologique et respiratoire. L'examen commence par l'évaluation du score de Glasgow.

4.3.2.1. Glasgow ≥ 8

La prise en charge débute par une évaluation clinique :

- de l'état neurologique avec cotation du Glasgow et l'examen des pupilles ;
- de la fonction respiratoire : auscultation pulmonaire, Fréquence Respiratoire (FR) et SpO₂ (saturation périphérique en O₂) ;
- de l'état hémodynamique : pouls, TA.

La prise en charge thérapeutique consiste à mettre en place une oxygénothérapie au masque haute concentration, à prendre une voie veineuse, à débiter un

remplissage avec du sérum salé et à traiter la douleur si besoin. En cas de défaillance respiratoire, l'intubation est indiquée.

Le médecin demande ensuite au régulateur une place en réanimation pour son patient.

Le transfert en réanimation est médicalisé par le SMUR, avec un patient coquillé et portant un collier cervicale. En cours de transfert une surveillance répétée s'effectue :

- de la fonction neurologique : Glasgow, pupilles ;
- de la fonction respiratoire : SpO_2 ; FR ; rechercher l'apparition d'une gêne respiratoire, d'un œdème laryngé ;
- de l'état hémodynamique : fréquence cardiaque, PNI (pression non invasive).

Si besoin, la douleur est évaluée avec l'EVA.

4.3.2.2. Glasgow < 8

La prise en charge débute par une évaluation clinique. L'état neurologique est apprécié par le Glasgow et l'examen des pupilles, la fonction respiratoire par l'auscultation pulmonaire, la fréquence respiratoire et la saturation périphérique en oxygène (SpO_2), l'état hémodynamique par le pouls et la tension.

La prise en charge thérapeutique débute par la mise en place d'un collier cervical (si non fait par les premiers secours). Puis il faut :

- assurer la liberté et la protection des voies aériennes supérieures ;
- assurer une bonne oxygénation afin de limiter l'anoxie cérébrale et l'œdème cérébral ;
- prendre une voie veineuse périphérique (18-16G) avec mise en place de NaCl 9 %. Si la pose de cette voie s'avère difficile, le choix d'un cathéter intra-osseux est posé.

Un Glasgow < 8 est une indication à l'intubation. Elle est considérée comme une intubation difficile du fait du trauma du rachis (utiliser la technique à 4 mains), mais aussi du fait du possible œdème laryngé ou de lésion du larynx.

L'induction à séquence rapide ISR est préconisée avec étomidate (Hypnomidate®) 0,3-0,4mg/kg et suxaméthonium (Célocurine®) 1mg/kg. Le choix de la sonde d'intubation se porte sur une taille ou une demi-taille inférieure à la normale en raison de l'œdème laryngé. En cas d'intubation difficile nous appliquons notre algorithme (cf. doc n° 1) avec utilisation du mandrin d'Eschmann, du fastrach...

Après vérification de la bonne position de la sonde, la ventilation mécanique est mise en place avec comme paramètres : FIO_2 : 100 % ; V_t et F_r adaptés au patient afin d'avoir une $PetCO_2 = 35$ mm hg ; $SpO_2 > 95$ %. La mise en place de la sédation s'effectue aux pousses seringues électriques : avec un morphinique et une benzodiazépine : sufentanil (Sufentanil®) + midazolam (Hypnovel®). Du Mannitol peut être prescrit (0,25-1mg/kg) afin de prévenir tout signe d'engagement en

agissant sur l'œdème cérébral. La mise en condition se termine par la pose d'une sonde gastrique car il ne faut pas oublier que la pendaison peut être précédée d'une prise médicamenteuse ou autre ; elle permet en plus de protéger les voies aériennes de faciliter la ventilation du patient intubé.

Une recherche de place est demandée via le régulateur.

Le transfert est médicalisé. Le transport se fait dans le matelas coquille avec collier cervical vers un centre hospitalier au SAUV ou en réanimation en fonction du protocole locorégional.

La surveillance est la suivante :

- surveillance neurologique : état pupillaire ;
- surveillance respiratoire : paramètres ventilatoires, SpO₂ ;
- surveillance hémodynamique : par le monitoring de la fréquence cardiaque (FC) : scope ainsi que le maintien d'une bonne pression artérielle : mesure de la PNI (pression non invasive). On essaie de maintenir une PA systolique > 90 mmHg afin de maintenir une pression de perfusion cérébrale (PPC). Un remplissage peut parfois être nécessaire ;
- surveillance de la température ;
- surveillance de la sédation.

4.4. Aspect médico-légal

Toute mort par pendaison doit être considérée comme suspecte avec la présence requise d'un officier de police judiciaire (OPJ) qui aura pour mission de déterminer les circonstances de la pendaison. Lui seul peut lever l'obstacle mis sur le certificat de décès établi par le médecin du SMUR. Il peut être amené à poser des questions aux équipes sur leurs observations immédiates.

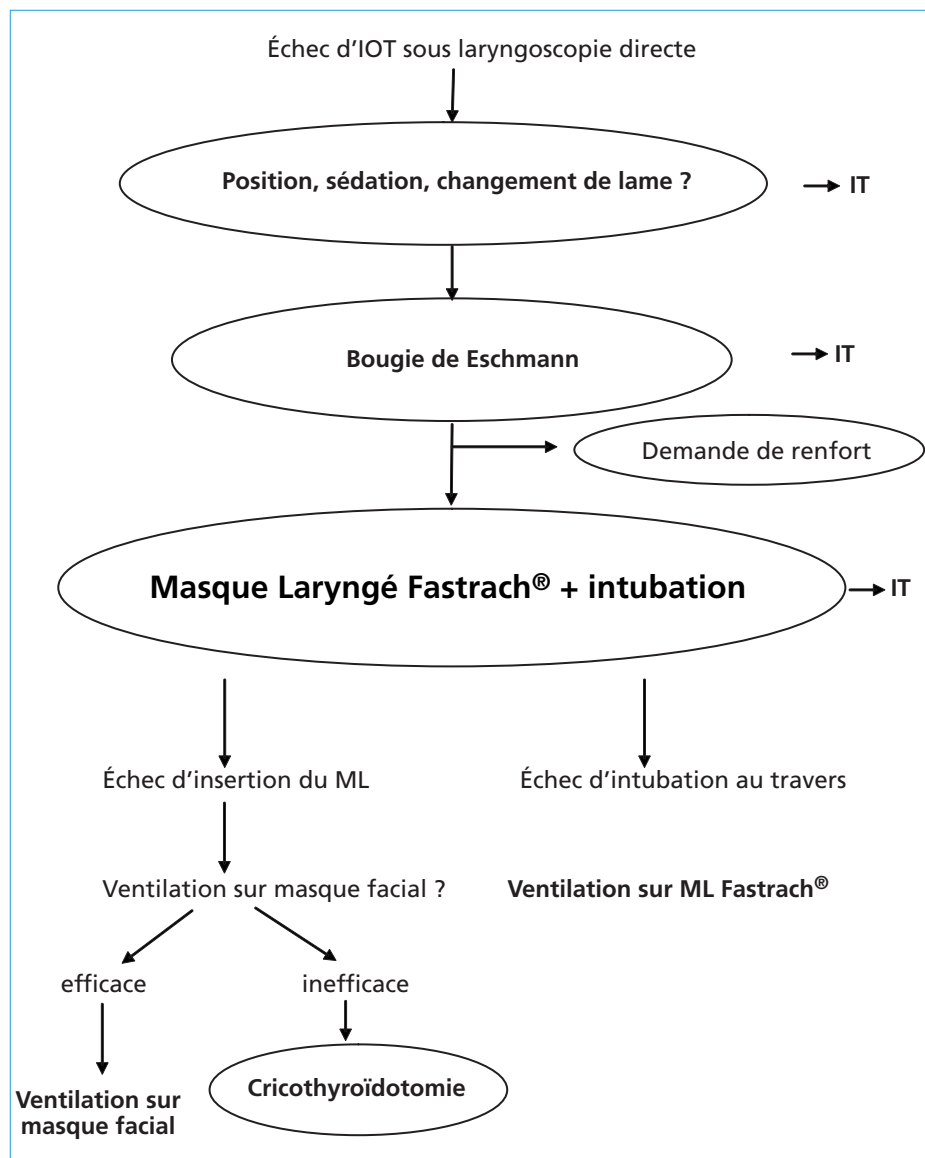
Enfin l'écoute de la famille ou des proches peut nous amener à faire appel à une cellule psychologique ; ou du moins à leur proposer une aide psychologique.

5. Conclusion

En conclusion on peut dire que toute pendaison est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge rapide et experte afin de réduire les lésions causées par l'asphyxie et l'arrêt de la circulation cérébrale ; en dehors d'un arrêt cardiaque initial.

Cette prise en charge précoce conditionnera le pronostic de la victime en service de réanimation et sa guérison avec ou sans séquelle.

Figure 1 – Algorithme Intubation Difficile en SMUR



Bibliographie

1. Hennequin C., O'Byrne P. Pendaïson. EMC, Médecine d'urgence, 25-030-D-60 2007.
2. Infirmier.com- la pendaïson- Eric Revue.
3. Encyclopédie médicale- MEDIX- pendaïson. cours de médecine légale.
4. Ph. Rault- Pendaïson- Strangulation- Adrénaline 112.org. Mars 1999 complété en avril 2002.