

# Traumatismes sévères de la personne âgée

François-Xavier Duchâteau (APHP)

Jacques Bessereau (APHM)

# Objectifs pédagogiques

- Présenter les modifications physiologiques liées au vieillissement
- Préciser les particularités liées au terrain
- Exposer les conséquences chez le sujet âgé de traumatismes majeurs
- Préciser les spécificités thérapeutiques et les principaux déterminants du pronostic
- Rappeler les stratégies de régulation médicale
- Évoquer les aspects éthiques de la PEC des sujets âgés traumatisés

## Trauma in the Elderly: Intensive Care Unit Resource Use and Outcome

Michelle D. Taylor, MD, J. Kathleen Tracy, MA, Walter Meyer, MA, Michael Pasquale, MD, and Lena M. Napolitano, MD

**Table 4** Logistic Regression Analysis Factors Contributing to Mortality in the Entire Study Cohort, with Elderly Blunt Trauma Patients (age  $\geq 65$ ) as the Reference Group\*

Mortality	OR	CI	p Value
Diabetes	1.25	0.99–1.59	0.065
Cardiac	1.77	1.44–2.16	0.000
Pulmonary	1.39	1.07–1.78	0.011
Malignancy	2.34	1.55–3.53	0.000
Immunosuppression	2.16	1.31–3.56	0.003
Admission GCS score	0.82	0.78–0.88	0.000
RTS	1.04	0.90–1.21	0.551
ISS	1.07	1.06–1.08	0.000
Female gender	0.76	0.63–0.90	0.002
Age 18–45 yr	0.10	0.07–0.13	0.000
Age 46–64 yr	0.28	0.21–0.36	0.000

\* Patients were stratified for age, ISS, admission RTS, admission GCS score, and preexisting conditions.

# Âge et traumatisme sévère

- 65 ans (étude rétrospective de cohortes),
- Surmortalité « apparente », mais quel est l'impact réel des prises en charge ?
- 75 ans : a du sens, mais les études restent à faire

# Le sujet âgé traumatisé grave

- Critères de Vittel : Pour tous

Mais

- Prendre en compte des « témoins d'alerte »
  - Circonstances et conséquences
  - Absence de fiabilité des paramètres vitaux
    - Absence de valeurs de référence
    - modification selon le terrain et/ou les traitements en cours

# Vulnérabilité du sujet âgé

- diminution des réserves fonctionnelles
  - Cœur et vaisseaux,
  - Poumon,
  - Rein
- capacité moindre à faire face à l'agression,
- pathologies co-existantes
- traitements médicamenteux multiples

# Régulation médicale, envoi de moyens

Quel que soit l'âge du patient :

- Seule une PEC adaptée évite une perte de chance
- Les règles d'engagement de moyens sont les mêmes,
- En cas suspicion de traumatisme sévère, l'envoi d'un SMUR doit être la règle

# Prise en charge préhospitalière

- Mêmes critères d'évaluation, basés sur:
  1. Cinétique, circonstances de l'accident
  2. Examen clinique complet
- Cependant, quelques particularités :
  1. Signes d'hypoperfusion tissulaire peuvent être trompeurs
  2. IEC, diurétiques et hypovolémie / β-bloquant et absence de tachycardie
- L'optimisation hémodynamique doit être une priorité :
  1. Elle tient compte de la nature du traumatisme (TC, fermé/non fermé)
  2. Avec quels moyens :
    1. expansion volémique raisonnée et adaptée
    2. recours précoce à un vasopresseur
    3. transfusion sanguine (objectif > 10 g/dl ?)
    4. PPSB/ vitamine K, PFC, ...



**Société Française d'Anesthésie et de Réanimation  
Société Française de Médecine d'Urgence**

*Recommandations Formalisées d'Experts 2010 :*

*Sédation et Analgésie en Structure d'Urgence*

*(Réactualisation de la Conférence d'Experts de la SFAR de 1999)*

Benoit VIVIEN <sup>1\*</sup>, Frédéric ADNET <sup>2</sup>, Vincent BOUNES <sup>3</sup>, Gérard CHERON <sup>4</sup>, Xavier COMBES <sup>1</sup>, Jean-Stéphane DAVID <sup>5</sup>, Jean-François DIEPENDAELE <sup>6</sup>, Jean-Jacques ELEDJAM <sup>7</sup>, Béatrice EON <sup>8†</sup>, Marc FREYSZ <sup>9</sup>, Jean-Paul FONTAINE <sup>10‡</sup>, Pierre MICHELET <sup>8</sup>, Gilles ORLIAGUET <sup>11</sup>, Alain PUIDUPIN <sup>12</sup>, Agnes RICARD-HIBON <sup>13</sup>, Bruno RIOU <sup>14</sup>, Eric WIEL <sup>15</sup>, Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE <sup>16 \*</sup>

La morphine est l'opiacé de référence pour assurer l'analgésie des douleurs aiguës sévères du patient en ventilation spontanée. Les experts recommandent d'administrer la morphine en bolus titrés par voie intraveineuse.

# Prise en charge de la douleur

- Quantification de la douleur, mais outils non adaptés ou non validés ...
- En Ventilation Spontanée, mêmes doses que chez l'adulte plus jeune
  - 2 mg (< 60 kg) ou 3 mg (> 60 kg), un bolus toutes les 5 minutes
  - Avec la possibilité d'un 1<sup>er</sup> bolus de 0,05 ou de 0,1 mg/kg,
- Ne doit pas faire retarder l'indication d'une analgésie sédation après ISR

# Place de l'ALR (blocs périphériques)

- Dans le cadre d'une analgésie multimodale
- Possible sous anticoagulant
- Pas de problème de faisabilité si patient calme, coopérant, averti

# Luttes contre l'hypothermie et l'inconfort

- Le plus tôt possible (déshabiller, sécher, couverture métallisée, air pulsé)
- Installation / immobilisation correcte du malade tout au long du parcours de soin pour limiter risque d'escarres

# Grands principes de la PEC

- Mêmes principes que pour un sujet plus jeune
  - Filière de soins
  - Stabilisation rapide des fonctions vitales
  - Monitorage, parfois invasif

# Aspects éthiques

- il faut privilégier :
  - le même type d'envoi de moyens que pour un patient plus jeune ,
  - le même type de prise en charge préhospitalière,
- il faut exiger :
  - la même filière de soins intrahospitalière
- Il faut se donner la possibilité, dès l'admission, d'une décision multidisciplinaire de LTA :
  - Urgentiste, Réanimateur et Soignants,
  - Gériatre et/ou Médecin Traitant,
  - Famille

# Conclusion

- Pour toutes les personnes âgées, même très âgées,
  - effectuer le même type de prise en charge que celle d'une personne plus jeune,
  - EXIGER la même filière de soins intrahospitalière
- Tenir compte des particularités du sujet âgé
  - Modifications physiologiques,
  - Comorbidités
  - Traitements