



Prise en charge médicale du pendu en pré-hospitalier

Congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation
27 Septembre 2018 – Paris

Médecin des Armées Oscar THABOUILLOT
Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris
Service de Santé des Armées

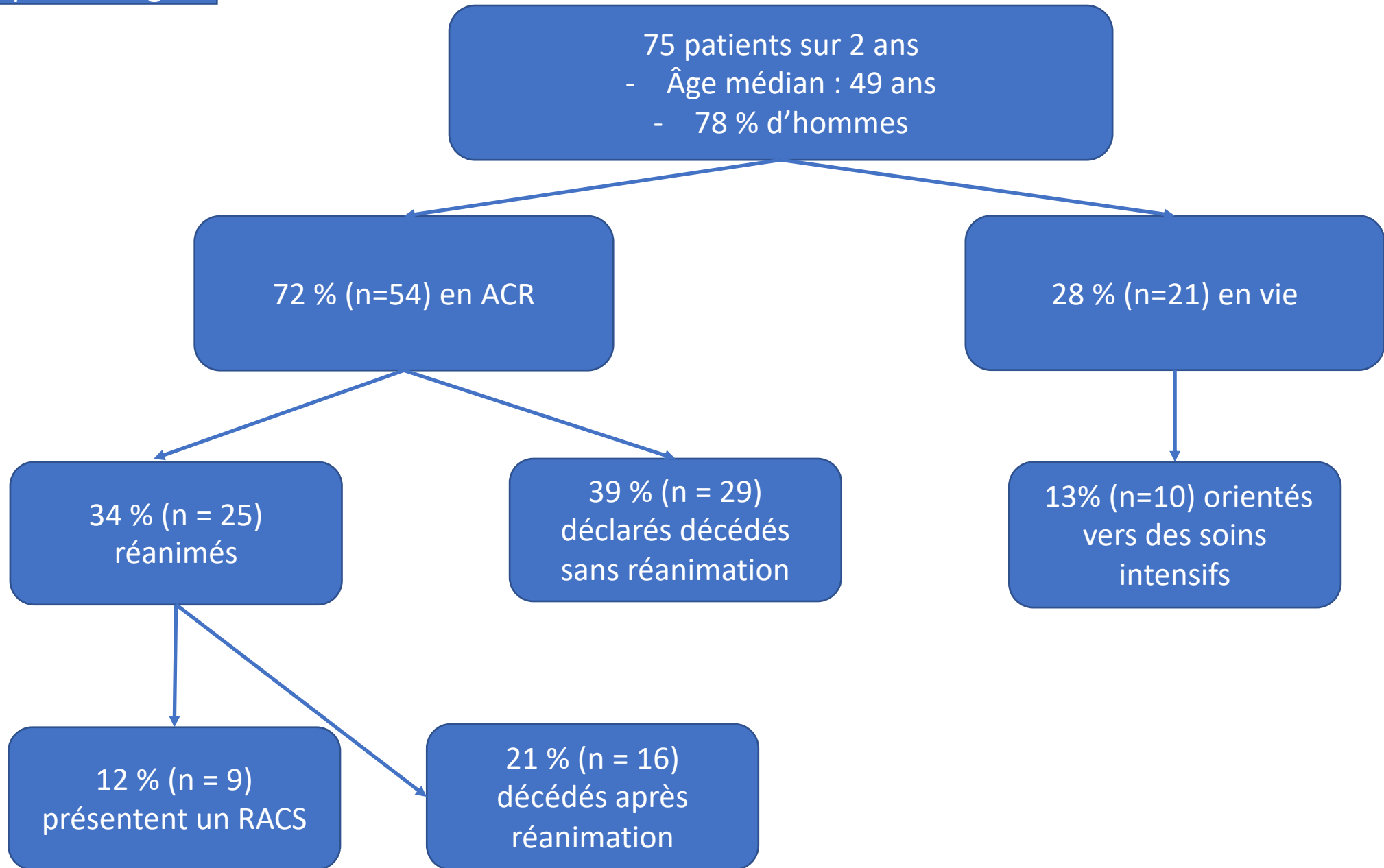




EPIDEMIOLOGIE



- 53 % des suicides sont par pendaison
- Hommes > femme
- Patient jeune
- Pendaison sans chute quasi-exclusive





- Quand départ pour « pendu » : mortalité 60 %
- Quand patient en ACR, survie au départ vers l'hôpital : 12 %
- Parmi les malades vivants à l'arrivée des secours, 48 % sont orientés vers les soins intensifs



PHYSIOPATHOLOGIE

Pendaison avec chute ou
« judiciaire »



Pendaison sans chute



2 types de pendaison

« pendaison sans chute » :
Mécanisme de strangulation
(complète ou incomplète)

- Lésions rachidiennes et médullaires
- Lésions cartilagineuses du larynx et suffocation
- Lésions artérielles par compression des carotides
- Lésions veineuses par compression des jugulaires

« pendaison avec chute » :
mécanisme de fracture cervicale

- Lésions rachidiennes et médullaires
- Arrachement des structures molles du cou
- Décapitation



Fractures laryngées

- cartilage thyroïde, cartilage thyroïdien, os ioïde
- 72,5 % des cas
- dans la majorité des cas suite à une pendaison avec nœud latéral (76,5%)
- du côté controlatéral du noeud



Œdème cérébral :

- 62% des patients avec une pendaison incomplète et vivants à l'arrivée des secours
- Mécanisme mixte : hypo/anoxie et œdème sur compression veineuse



Fractures cervicales :

- pendants incomplètes : entre 4 et 5 % chez les malades vivants
- chez les patients décédés : 0,8 à 3,6 %

Des lésions plus rares :

- œdème pulmonaire
- pneumopéritoine
- Pneumothorax
- Dissection carotidienne





PRONOSTIQUE



- avec chute : pas de donnée épidémiologique
- sans chute :
 - sans ACR : survie globale 90 % avec 3,5 % de séquelles permanentes
 - > Facteurs de mauvais pronostique : Tas < 90, GCS <8, ISS > 15, lésions
cérébrales anoxiques au scanner
- avec ACR : 2,1 %

Salim A, Martin M, Sangthong B, Brown C, Rhee P, Demetriades D. Near-hanging injuries: a 10-year experience. Injury. 2006.

Escutnaire J, Ducrocq F, Singier A, Baert V, Babykina E, Dumont C, Vilhelm C, Marc JB, Segal N, Wiel E, Mols P, Hubert H; GR-RéAC. Can We Define Termination Of Resuscitation Criteria In Out-Of-Hospital Hanging? Prehosp Emerg Care. 2018.



THERAPEUTIQUE



Dernières recommandations française : SFMU 2011



Chapitre 101

La pendaraison : sa prise en charge en pré-hospitalier

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



En régulation :

- Départ reflexe / procédure rouge
- 1^{er} secours :
 - > RCP classique / réoxygénation / protection du rachis

RCP « classique » si ACR

IOT précoce

Attention à l'IOT difficile
sur œdème laryngé

Ventilation protectrice

Neuroréanimation
agressive : pendu =
traumatisé crânien grave
?



– surveillance hémodynamique par le monitoring fréquence cardiaque (FC) : scope ainsi que la tension artérielle : mesure de la PNI (pression non invasive). On doit maintenir une PA systolique > 90 mmHg afin de maintenir une perfusion adéquate. Un remplissage peut parfois être nécessaire.

Tas > 110
mmHg

Considérer une IMV
associée

Rechercher
pneumothorax

