

Cours ifsi – La pendaison : généralités et physiopathologies

PUBLIÉ LE 16/07/2010

0 RÉACTIONS COMMENTER

Généralités

- majorité des cas, volontaire (700 morts /an en France)
- fréquence importante chez les hommes et zone rurale,
- milieu pénitentiaire ou psychiatrique.
- Accidentelle : enfant +++ (cordon de rideau, écharpe)
- Si le décès n'est pas immédiat, le pronostic est fonction de l'importance de l'anoxie et de l'œdème cérébral

Attention : toute mort par pendaison est une mort violente et pouvant être suspecte (criminelle) => conséquences médico-légales

Caractéristiques de la pendaison

1. Position du nœud

(cf. Fig. 1)

- Antérieure
- Latérale
- postérieure

Ne jamais dénouer le nœud ! (médicolégal)

Figure 1 Compression des axes carotidiens, veines jugulaires ou de la trachée (asphyxie) suivant la position du nœud

2. Position du pendu

(cf. Fig. 2)

- Pendaison complète
- Pendaison incomplète

Figure 2 Pendaison complète les pieds ne touchent pas le sol

Physiopathologie 1 : précipitation

Figure 3 Élongation de la moelle épinière par la traction brutale du cou

Le sujet est arrêté dans sa chute par la brièveté du lien.

Élongation brutale de la moelle épinière cervicale + lésions bulbaires + lésions osseuses rachidiennes d'autant plus graves que le nœud est antérieur et la hauteur de chute importante.

La mort est généralement immédiate (pendaisons de justice).

Figure 4 Pendaison complète

Physiopathologie 2 : suspension complète ou incomplète

Généralement, le pharynx est totalement obstrué par la base de la langue. Un œdème laryngé précoce peut aussi participer à cette suffocation mécanique. En cas de pression antéropostérieure, les deux ailes du cartilage thyroïde s'écartent, chacune venant comprimer la bifurcation carotidienne [Fig. 1]. Ce mécanisme est prédominant en cas de strangulation. L'ischémie cérébrale peut être complète d'emblée (tête blanche), progressive et accompagnée dans ce cas d'une hyperhémie transitoire (cyanose de la face).

Cette cyanose est également retrouvée en cas de disposition latérale du nœud épargnant une carotide. Lors d'une suspension simple (pendaison « haut et court » Fig. 4), le facteur mécanique fatal est, comme dans la strangulation, l'interruption de la circulation au niveau des grands axes vasculaires du cou.

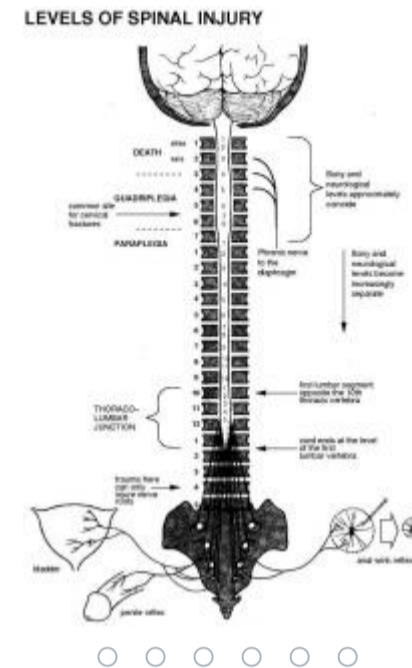


Figure 3 Élongation de la moelle épinière par la traction brutale du cou

Plusieurs mécanismes sont donc associés

- 1/ Obstruction des voies aériennes: complications respiratoires
- 2/ Ischémie cérébrale immédiate: complète d'emblée (tête blanche), progressive (cyanose de la face)
- 3/ Lésions nerveuses, périphériques ou cérébrales
- 4/ Lésions osseuses

Conséquences

- Lésions médullaires: mort immédiate (pendaison judiciaire)
- Inhibition réflexe: Arrêt cardiaque
- Asphyxie : hypoxie, hypercapnie => œdème cérébral + encéphalopathie post anoxie
- Arrêt circulatoire cérébral: anoxie cérébrale, congestion veineuse => œdème cérébral+ encéphalopathie post anoxie = problème de réanimation

Figure 5 Les 3 situations peuvent se présenter ACR (Arrêt Cardio Respiratoire) Coma d'emblée ou pendu conscient. Les signes pyramidaux (ROT = Réflexes Ostéotendineux; BBK Babinski)

Clinique : 3 phases

- 1/ Phase initiale (
- 2/ Phase convulsive (brève) : Grimaces puis mouvements tonico-cloniques face vers Membres inférieurs, tambourinage des pieds
- 3/ Phase de mort apparente : Immobilité totale + apnée puis ACR (Arrêt Cardio Respiratoire) (12 minutes)

L'immobilité totale avec apnée s'installe. D'après les légistes anglais, l'activité cardiaque cesse au plus tard une douzaine de minutes après la pendaison. D'une façon générale, l'aspect du visage (pâleur ou cyanose) dépend, outre de la position du nœud, de la durée de l'agonie et des possibilités respiratoires pendant ce temps. Il est fréquent d'observer des pétéchies du visage, et plus particulièrement des conjonctives oculaires, ainsi qu'une Protrusion et des morsures de la langue. Le sillon cervical typique, plus ou moins marqué selon les circonstances, reproduit sous le maxillaire inférieur toutes les irrégularités du lien.

Contrairement à la strangulation où il est plutôt horizontal, il est, en cas de pendaison, habituellement ascendant, profond au niveau de l'anse et absent près du nœud, sauf si celui-ci est réellement coulant. Parfois, d'autres lésions très différentes sont constatées, qui ont pu accompagner ou précéder la pendaison. Il peut s'agir de plaies par arme blanche (section de vaisseaux à la lame de rasoir, coup de couteau dans le thorax ou l'abdomen) ou coup de feu devant entraîner la suspension par affaissement du corps.

(Hennequin C., O'Byrne P. Pendaison. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-030-D-60, 2007)

Conduite à tenir en SMUR

- 1/ Pendaison avérée = découverte cadavre = obstacle médico-légal !
- 2/ Pendaison aiguë ou récente (roulement tambour pieds)
 - Interrompre la suspension : couper/desserrer le lien; attention à la chute !
 - Position Latérale de Sécurité (PLS) axe tête cou tronc, examen clinique rapide
 - Liberté des Voies Aériennes supérieures (LVA), Massage cardiaque externe (MCE), Intubation vigile +/- Combitube® >> Intubation à Séquence Rapide (ISR) (Sellick dangereuse !) anesthésie locale pulvérisation Lidocaine 2 ou 5 %
 - Voie Veineuse Périphérique Sérum NaCl 0,9% pas de voie jugulaire ! => S/Clavière ou Fémorale
 - Remplissage Plasmion®, Gelofusine® si TA > 90 mm Hg
 - Lutte contre œdème cérébral : tête +30 (collier cervical ++)
 - Ventilation Assistée Objectif SpO₂ > 95 % hypocapnie légère EtcO₂ 35 mm Hg
 - Entretien Midazolam + Fentanyl 2-5 µg/kg/mn
 - Signes engagement => Mannitol 20 % (0,25 – 1g/kg en 20 mn)
 - Transport toujours médicalisé, matelas coquille

A l'hôpital

Admission en réanimation (même pour les formes mineures)

- Surveillance 24-48h: risques complications respiratoires (laryngite ou Œdème Aiguë du Poumon secondaire) et œdème cérébral réactionnel retardé
- Lutte contre les troubles respiratoires: maintien Ventilation Assistée Contrôlée (VAC) rechercher normoxie FiO₂ basse + sédation midazolam+Fentanyl 2-5 µg/kg/mn

Si OAP + PEEP (pression de fin d'expiration) modérée

+/- trachéotomie si emphysème sous cutané

- Normovolémie (FC, TA, PVC, Diurèse)
- VAC: normoxie (PaO₂ > 60 mmHg), tête proclive, discrète hypothermie, Pression Intra Cérébrale, rechercher hypocapnie 30-35 mmHg (hyperventilation) +/- Oxygénothérapie Hyperbare (OHB)
- Sédatation + curarisation (afin d'éviter les à coups hypertensifs)

Conclusion

- Pendarion peut être complète ou non
- Risque état asphyxique fatal en quelques minutes
- Majorité des cas volontaire 700 décès/an
- Pronostic fonction de l'anoxie et œdème cérébral
- Prise en charge précoce SAMU
- Transport toujours médicalisé
- Hospitalisation en réanimation
- Aspects médico-légaux +++

Bibliographie

- Hennequin C., O'Byrne P. Pendarion. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-030-D-60, 2007

Lexique

- PLS : Position Latérale de Sécurité
- LVAS= Liberté des Voies Aériennes supérieures
- MCE= Massage cardiaque externe
- ISR= Intubation à Séquence Rapide
- OAP= Œdème Aigu du Poumon
- FC= Fréquence cardiaque
- PVC= Pression Veineuse Centrale
- VAC= Ventilation Assistée Contrôlée
- OHB= Oxygénothérapie Hyperbare

Eric REVUE

Rédacteur infirmiers.com

ericrevue@yahoo.fr

[#Actus étudiants](#) [#Cours étudiants](#)

0 RÉACTIONS COMMENTER

Source : infirmiers.com

Contenus partenaires

0 commentaire(s)

Trier ▼ Commenter

Soyez le premier à réagir !

Contenus partenaires



RCFr 2023

**Ne ratez rien des RCFr 2023,
inscrivez-vous en ligne.**