

COURS DE SEMIOLOGIE TRAUMATISMES DU THORAX

I. CAS CLINIQUE TTO= traumatisme thoracique ouvert

- homme 72 ans
- DNID= diabétique, coronarien, pontage aorto-coronarien dans la semaine programmé.
- Autolyse (grand coup de couteau tout seul), plaie thoracique en para sternal gauche .

1. Questions fondamentales a poser :

- longueur de la lame
- façon dont il a été donné
- le point de pénétration
- si il est **droitier ou gaucher** (le gaucher passe en rétro sternal et loupe pas le cœur contrairement au droitier)
- si agression: demander la façon dont il a été porté :
 - si de bas en haut : en pleins dans coeur
 - si de haut en bas : foie, estomac qui sont touchées

2. l'état général :

- conscience
- hémodynamique
- ventilation, si il y a une atteinte pleurale ou pulmonaire
- prise de toxique en + (car dans les autolyses ce sont souvent des dépressifs ou des gens sous LSD qui ce sont pris pour des animaux étranges à éliminer)

3. quelle plaie ? :

- arme
- point d'entrée
- point de sortie
- Soufflante, hémorragique
- Que voit on par la plaie : le diaphragme, le TD, l'oesophage ?

On n'enlève pas le couteau tant qu'on a pas le contrôle
ARME EN PLACE = BLOC OPERATOIRE

Donc enfaite : il n'avait rien le type, il s'est bien raté

II. 2eme cas de traumatisme ouvert :

- Plaie postérieure basi thoracique gauche
- Arme à feu
- Stabilité hémodynamique
- Pas de détresse respiratoire
- Diminution Murmure Vésiculaire à gauche
- Point d'entrée: partie inférieure du thorax et supérieure de l 'abdomen
- lésion peut être supérieure à l 'orifice d 'entrée

il a :

- matité pleurale du à un hémotorax
- petits grains de plombs un peu partout

niveau aérique dans son thorax sur la radio => estomac ou colon dans son thorax du a une **rupture diaphragme**

→ **BLOC car plaie du diaphragme et c'est toujours a réparer.**

EN clinique c'est difficile a voire une rupture diaphragmatique, on entend des bruits du TD dans le thorax mais pas facile a entendre .

- **peu de complications initiales**
risque +++ à distance, même pour une plaie minime

III. mécanisme des plaies du diaphragme

Il a passé les diapos 12,13,14 « un peu compliqué »

A) Généralité sur les plaies du thorax :

Il y a les TTO : traumatisme thoracique ouvert par armes

et TTF : par les accidents de la voie public, avec des choc a énergie haute.

- La 1ere notion a avoir est l'anamnèse : avoir un coup de couteau il y a 10 min n'est pas la même que il y a 20 sec donc comment blâisser et avec quoi ? Quelles seront les lésions ?
- La 2eme notion est l'aspect clinique, souvent stable alors que dans les traumatismes ça cache quelque chose .
- Il y a un drainage dans 80% des cas
- et 10% -40%
 - chirurgie extreme urgence
 - chirurgie en urgence
 - chirurgie différée

Ex : homme chauffeur de bus, qui c'est pris un cout de coté, il avait une plaie cardiaque. Il était debout sur ses jambes aux urgences, le mec bien, tranquille.

En 10min il a décompensé. Le temps de le monter au bloc c'était foutu .

→ **Le traumatisé du thorax a une pseudo stabilité qu'il faut se méfier.**

Et même si les constances sont bonnes, tous les traumatismes ouverts ou fermés sont graves.

Retour sur le TTO :

- 5 à 13% des traumatismes thoraciques
- sujet jeune (30 ans)
- rixes, tentatives de suicides
- mortalité : 2% à 10% si couteau et 30% pour les armes a feu.

B) comment blesser ?

Intentionnelles :

- armes blanches
- coup de hache entre amis
- armes à feu

accidentelles :

- iatrogène : en mettant les drains, les voies veineuses centrales .
- Professionnelle comme l'empalement : la difficulté c'est qu'il ne faut pas l'enlever et donc les pompiers ramènent ce qui a empalé .
 - Ex du mec à Nice qui tombe sur le palmier et qui s'empale avec la palme bien on ramène le palmier à l'hôpital !

Armes blanches : utilisés dans :

- agressions
- rixes
- suicides etc

armes à feu :

arme à feu = énorme cinétique + un trajet autour qui va entraîner des lésions à distance.

Donc si on donne un coup de feu à côté du cœur on peut quand même le toucher à cause de l'onde de choc qui entraînent des lésions.

Et lorsque la balle touche les côtes, celles-ci peuvent devenir des projectiles secondaires.

- effet sur l'os :
 - éclats
 - champignonage des côtes : elles n'ont plus de trajets directs, elles vont labourer tout le thorax .

Et donc souvent on ne sait pas les dégâts que ça a fait donc on le monte au bloc sans savoir ce que l'on cherche.

C) quelles lésions possibles ?

De tout :

Paroi, empalement, délabrement, diaphragme..

- des poumons :
 - périphériques
 - parenchyme
 - dilacération
 - hilaires
- cœur et vaisseaux
 - plaies sèches
- trachée et oesophage

ATTENTION À l'Aire cardiaque : (la cardiac box d'anat)

Il faut toujours savoir si la plaie thoracique a pu passer par cette zone !

Elle est définie par une ligne qui passe par les clavicules et la ligne passant par la xiphœide.

- 85% des plaies cardiaques ont un point d'entrée dans cette zone.
- 60% des plaies de cette aire entraînent une plaie cardiaque.

Il passe les diapos

Alors les façons de mourir sont :

- Soit on se vide de notre sang.
- Autre façon : quand on a une plaie pulmonaire et un pneumothorax compressif :

si on enlève pas l'air par drainage il va s'accumuler dans le poumon, et passer dans le système artériel pulmonaire et va être ramener par le système veineux pulmonaire puis expulsé par le ventricule G et provoquer une embolie gazeuse = bulles de gaz envoyées vers la tête, les coronaires de partout .

→ Il meurt non pas de leur perte de sang mais d'un infarctus gazeux ou d'une embolie cérébrale.

La seule chose à faire :

- enlever l'air du ventricule, de clamer son poumon et enlever l'air de ses coronaires pour faire repartir le cœur.

→ Conditions d'asepsie souvent très faibles car on le fait dans le camion des pompiers sans se laver les mains.

- Les autres patients un peu moins urgents ont : Drainage thoraciques
insertion d'un drain dans la cavité pleurale qui a pour effet de vidanger cet air et ce sang puis réactiver une mécanique normale : 1/4 est mal mis .

- Attention donc aux drainages iatrogènes :
Toutes les conneries ont déjà été faites
 - parenchyme pulmonaire 0,2 %
 - paroi (mammaire interne) diaphragme + ou -

conclusion : sur les TTO

- c'est compliqué
- prise en charge multidisciplinaire
- circonstances précises à savoir de l'agression
- attention à la stabilité apparente
- voir si c'est dans l'air cardiaque
- Le bilan comme la prise en charge initiale ne devra en aucun cas retarder un geste d'hémostase ou d'aérostase.