

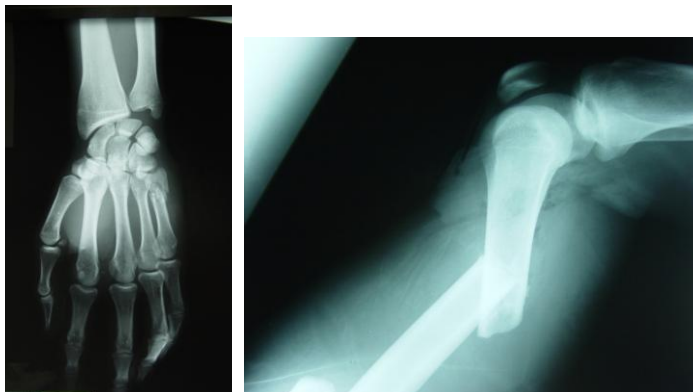
II Traumatisme Thoracique Fermer

a) Cas clinique 1:

jeune homme de 17 ans, AVP (accident de voie publique) avec une auto, Glasgow a 15 (test qui évalue l'état de conscience 15 étant une pleine conscience 3 étant la mort), TA 8/6 (pas top top), FC: 120 → élément anormaux on peut déjà penser qu'il saigne d'où une faible TA et qu'il a une tachycardie (x2 du rythme normal : 60 batt/min) pour compenser sa perte de sang.

Il est arrivé à St Roch aux urgences à 5h avec:

- Traumatisme crânien
- Plaie du scalp (plaie du cuir chevelu) a suturé rapidement car cela saigne énormément donc si la plaie est importante sa saigne peu mais en continu mais si on le laisse comme ça au bout 1h30 il meurt
- Glasgow a 15 mais agitation → agitation c'est très mauvais signe en traumatologie en générale ça va partir 'en live'.
- Fracture ouverte du fémur
- suspicion d'un traumatisme abdominal par les pompiers.
- fracture 5ème métacarpien (très grave)



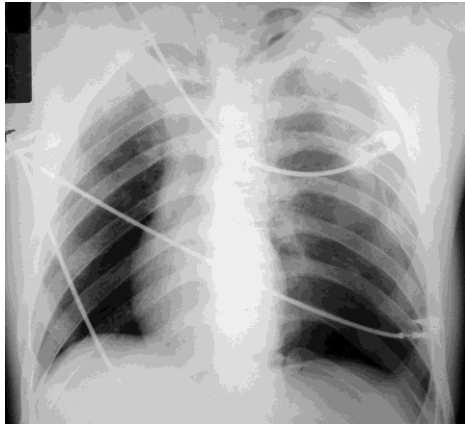
Normalement dans ce cas la conduite à tenir est :

1. Écho abdo
2. Scanner cérébrale
3. Compléter par un rachis cervical, bassin, fémur, jambe

SAUF que dans ce cas là à aucun moment donner le patient a été examiné palper au niveau du thorax, abdomen, vérifier la stabilité de son bassin donc il va mourir d'une prise en charge non clinique!!

7h30: il est envoyé au bloc d'orthopédie pour la réduction de son fémur.

7h50: il fait un arrêt cardiaque, on fait une radio sur table donc on se rend compte du pneumothorax donc on le draine.



12h: instabilité hémodynamique → on demande une artériographie on ne voit pas de lésions de l'aorte ni des tronc aortique tout est OK!



13h: réanimation il est enfin examiner est on se rend compte qu'il avait une embolie gazeuse sur pneumothorax compressif mal drainer → le pneumothorax a continuer a envoyer l'air dans son cœur → arrêt cardiaque par infarctus myocardique lié a l'embolie gazeuse.

Il arrive a repartir mais avec un stabilité hémodynamique catastrophique et fini par mourir de trouble de la coagulation (qui est fréquent chez les malades qui ont été en arret)



Conclusion : TOUJOURS examiner les malades avant de faire quoique se soit car la un simple coup de stéto l'envoyé en radio du thorax, on découvrait le pneumothorax qu'on drainé avant d'aller au bloc, il n'y aurait pas eu d'infiltration gazeuse et probablement pas d'embolie gazeuse et le tour était jouer enfin il aurait peut-être eu une chance de survivre, la il était foutu.

PS : question posé : pourquoi on a rien vu sur l'artériographie ? Comme l'embolie se trouvait au niveau des coronaires le seul moyen de la voir était de faire une coronarographie donc injecter l'iode dans les coronaires mais c'est très long et risqué de plus le radiologue n'était pas orienter vers ce type de pathologie puisqu'il n'y a pas eu d'examen préalable.

b) Cas clinique 2:

homme 35 ans avec un traumatisme thoraco-abdominal par AVP en auto, Haute énergie (choc frontal a partir de 60 km/h, chute dans un ravin de 4 ou 5 m , chute du 2eme étage → généralement après accident seule survivant du crash) Délai de prise en charge très long car il est resté dans un fossé toute la nuit. Glasgow 15 mais a une IOT (Intubation Oro Trachéale) pour épuisement.

A l'examen clinique:

Diminution du murmure vésiculaire G et une hypo mobilité thoracique G il a donc une radiographie du thorax:



on voit une masse G → scanner demander → on voit que c'est la rate
Donc traumatisme abdominale violent qui a fait exploser la coupole diaphragmatique G et le contenu abdominale G et rentrer dans le thorax en étant abimé.

Question : avec un diaphragme déchiré il arrive a respirer ? Oui il respire avec son poumon D sauf qu'il a du mal car quand la coupole D s'abaisse il y a une fuite des organes abdominaux vers la plaie de G donc moins de résistance → difficulté respiratoire.

c) Généralité:

8,8% des décès annuel en France sont des poly trauma → au 3eme rang des décès.
atteinte thoracique 33% des cas.
mortalité imputable dans les séries autopsique de 25%.

1) Incidence:

Ce sont des gens un peu plus âgé autour de la quarantaine car rentre tout les accidents du travail et les AVP surtout a Nice avec la population pas toute jeune plutôt 50 ans avec les petits vieux qui prennent l'autoroute a l'envers et qui font remonter les statistiques des poly trauma.

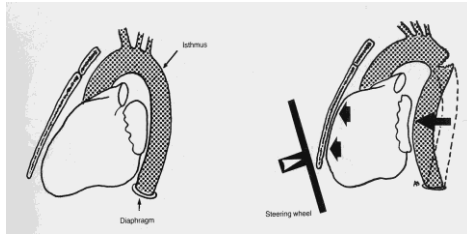
AVP 45 a 85%

poly trauma (crane et abdomen)

2) Mécanisme:

-Impact direct (coup de batte de baseball)

-Décélération (choc frontal en voiture → cœur tape le sternum car il n'a pas de ceinture de sécurité alors que l'aorte est accrocher en arrière donc rupture au niveau de l'isthme)

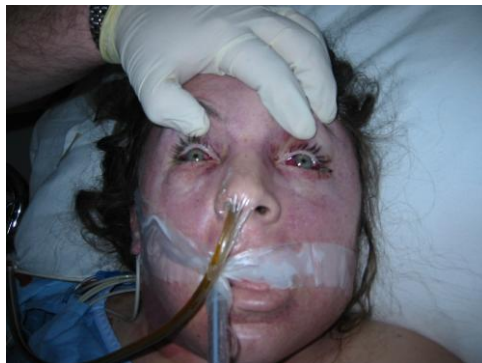


-Blast (touche oreille et poumon: explosion l'onde de choc fait pété tout se qui est barrière solide/liquide avec oedeme pulmonaire. 1^{er} signe une surdité apparait on va direct regarder leurs poumons pour vérifier s'il y a des lésions pulmonaire secondaire.

Ex: la centrale AZF de toulouse il y a quelques années qui a provoqu e de nombreux blast)

Crush syndrome (*typique d'un trauma abdominale*):

Une dame coinc e sous un tracteur entre thorax et abdomen du coup hyperpression veineuse supérieur avec la tête bouffie et les yeux inject e de sang...



3) Prise en charge:

Sur le terrain:

-facteur TEMPS!!! Je ramasse le malade et je cour vers une structure hospitalière (contrairement a lady D qui a été réanimé pendant des heures sur places pour rien...)

-drainage oro-trachéale

-Massage cardiaque externe " dans le camion" comme les voies veineuse.
réanimé sur le bord de la route ne sert a rien !! Tout sa grâce a lady D

4) Lésions pariétales:

- Les cotes:

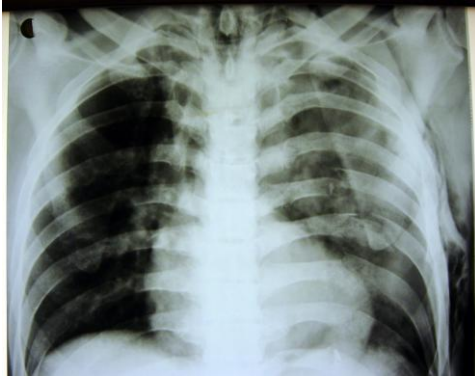
Fracture costales : la plupart du temps c'est un traumatisme direct, avec craquement du thorax au moment de la fracture et quand il respire et cliniquement la douleur est très précise si on appui c'est le jackpot!!

mais attention partie antérieur ne se verra pas car cartilagineuse donc c'est la

clinique qui prime.

1ere et 2eme : très solide donc si elles sont cassées c'est un signe de haute énergie (entraîne des lésions myocardiques des bronches et de l'isthme aortique)

8eme a 12eme : communication avec abdomen donc voir si il y a les lésion de la rate.

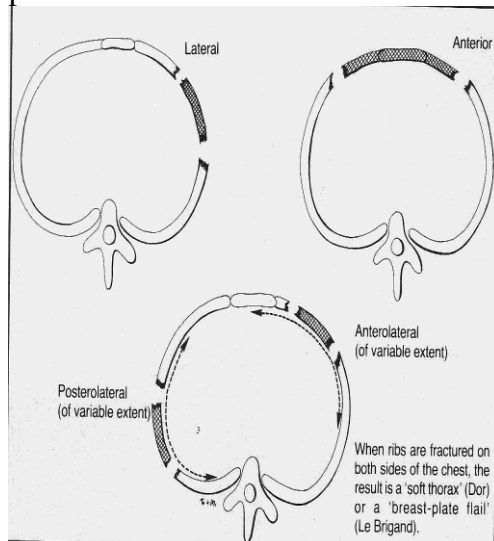


Quand une cote est cassé a deux niveau = **volet thoracique**.

On détache un morceau de paroi thoracique qui n'est plus entrainé par la respiration pulmonaire.

Si le volet est très important, on met ses mains sur le thorax et on sent qu'une partie du thorax ne bouge plus.

Volet d'autant plus impressionnant qu'ils sont devant car c'est la zone qui bouge le plus contrairement a derrière ou les cotes sont plaqué par des gros muscles.



- Sternum:

Ceinture de sécurité :

Quand on palpe on sent un défaut, c'est comme une marche d'escalier, une partie du sternum passe sous l'autre.



- Hémopéricarde:

Ce sont des traumatismes fermés (comme ouvert avec les coups de couteau vu précédemment), se manifeste par un tamponnade → cliniquement on va observer un syndrome cave supérieur. (problème de retour veineux sur la VCS → jugulaire distendu + œdème etc...)

Échographie cardiaque

Traitement: Drainage sous xiphoïdien

- Aorte:

Violente déclaration:

-Fracture 1 et 2 cotes

-80% meurt sur place

-syndrome de pseudo coarctation (si la rupture n'est pas complète hématome au niveau de l'isthme qui comprime la sous clavière G → observer par une perte de pouls a G par rapport au pouls D) → SCANNER en urgence!! + EchoTO

Le traitement se fait par la mise en place d'une endoprothèse par radiologie interventionnelle.

Sur la radio on voit une énorme aorte avec bronche souche G complètement effacé et trachée refoulé a D avec possibilité d'hémothorax (mais pas dans ce cas la).



Conclusion :

Peu de temps pour analyser donc toujours faire une bonne anamnèse pour éviter de rater des symptômes important, un examen clinique complet.

Mortalité encore trop lourde!!! (500 entrée par an pour des poly trauma thoracique avec une mortalité a 10% pour les TTO et 25% pour les TTF et cela n'a pas évolué

depuis que le prof a été interne...)

Le prof nous montre trois vidéo:

La première d'un patient qui s'est planter (un gaucher donc une belle plaie) a l'échographie on peut voir dans le péricarde un caillot de sang. Il avait des signes de tamponnade mais il restait stable. Quand on l'a endormit il a fait un arrêt total du coup il a du ouvrir totalement le thorax pour enlever le caillot et le cœur est automatiquement reparti sans massage cardiaque (avec un magnifique jet de sang esquivé par l'anesthésiste qui filmer l'opération sur l'iphone).

La deuxième concerne le pneumothorax. Le malade est endormit on cherche le système bulleux responsable du pneumothorax. On résèque les bulles avec des pinces qui agrafent et qui coupent. On traite la cause et mtn on prévient d'une récurrence par avivage cad qu'on va gratter la plèvre pariétal pour la faire saigner et ainsi elle va se coller a la plèvre viscérale donc mm s'ils refont des bulles il n'y aura plus de pneumothorax. On vérifie qu'il n'y ai pas d'orifice diaphragmatique qui laisseré passer de l'air.

Question: pourquoi on utilise pas la technique du talquage ?

Théoriquement on ne le fait pas pour les sujets jeunes parcequ'on ne sait c'est pas si au bout de 60 ans sa ne sera pas carcinogène.

Troisième vidéo c'est l'exploration médiastinale :

Malade endormit on rentre par le cou au dessus du sternum puis passe sous les muscles sous hyoïdiens pour aller sur la trachée, sectionne l'artère bronchique pour progresser, on arrive au ganglion avec le nerf récurrent.

Bref on a fini nos ronéos!