

TRAUMATISMES THORACIQUES

Djimli.o

Université Ferhat Abbas Sétif 1

Faculté de médecine

Cours de pneumophtisiologie , année universitaire 2019-20

CIRCONSTANCES DU TRAUMATISME

Accidents : voie publique (volant)
travail (chute d'échafaudage)
Défenestration
sport

MÉCANISMES LÉSIONNELS (1)

ECRASEMENT : déformation de la cage thoracique

- Fractures costales, volets, enfoncement de la paroi thoracique, embrochage pleuropulmonaire par fracture de côtes,
- Hyperpression intra-thoracique, (glotte fermée) sur l'arbre trachéo-bronchique et le parenchyme pulmonaire

DÉCÉLÉRATION : arrachement des pédicules viscéraux et vasculaires

MÉCANISMES LÉSIONNELS (2)

FRÉQUENCE DES LÉSIONS ASSOCIÉES

Poly-traumatisme - coma - fractures du rachis ou des membres

lésions abdominales (organes pleins, creux)

FACTEURS PÉJORATIFS

Age (souplesse du thorax chez l'enfant)

Insuffisance respiratoire (tabac).

obésité

PHYSIOPATHOLOGIE

LA DOULEUR

La douleur - dénominateur commun à toutes les fractures de côtes:

- limite l'ampliation thoracique et l'expectoration
- favorise hypoventilation et encombrement bronchique

LES LÉSIONS PLEUROPULMONAIRES

Les lésions pleuropulmonaires (épanchements et contusion de toute nature) favorise **l'hypoxie puis l'hypercapnie**.

S'installe rapidement un cercle vicieux qui conduit à la **défaillance respiratoire aigue**, voire défaillance cardio-respiratoire.

Le terrain respiratoire préalablement altéré (emphysémateux, tabagique) accélère cette évolution, et pour des lésions thoraciques minimales.

EXAMEN CLINIQUE ET BILAN RADIOLOGIQUE (1)

RECHERCHER RAPIDEMENT

- Une **détresse respiratoire** avec **polypnée** (plus de 35/mn) et **cyanose** (sudation de l'hypercapnie)
- **Un collapsus circulatoire**: hypotension, pouls petit filant

EXAMEN

Inspection et palpation de la cage thoracique :

- Traces de l'impact
- Recherche de l'asymétrie respiratoire (volet)
- Recherche d'emphysème cervical

Auscultation et percussion, à la recherche d'un épanchement pleural :

- Diminution ou abolition du murmure vésiculaire
- Tympanisme si pneumothorax, matité si hémithorax.

EXAMEN CLINIQUE ET BILAN RADIOLOGIQUE (2)

RADIOGRAPHIES :

- Pulmonaire de face (au moins 1/2 assis) et de profil (si possible)
Permet **un bilan complet des lésions**, à renouveler 1 h plus tard.
- Radios du gril costal à faire ou refaire quelques jours plus tard si les conditions de l'urgence ne les ont pas permises.
- **TOMODENSITOMÉTRIE**
La tomодensitométrie (TDM) volumique représente la modalité d'imagerie incontournable pour établir un bilan lésionnel précis et complet

EXAMEN CLINIQUE ET BILAN RADIOLOGIQUE (3)

Rechercher :

- Les fractures de côtes (volet thoracique)
- Les épanchements pleuraux
- Les opacités souvent multiples et de taille variable des foyers de contusion pulmonaire
- Un déplacement médiastinal (pneumothorax compressif) ou un élargissement du médiastin supérieur avec effacement de l'arc aortique et refoulement de la trachée vers la droite (hémomédiastin)
- L'emphysème médiastinal
- Une disparition d'une coupole diaphragmatique

EXAMEN CLINIQUE ET BILAN RADIOLOGIQUE (3)

RECHERCHER LES FRÉQUENTES LÉSIONS ASSOCIÉES OSSEUSES

(membres, rachis, clavicules...)

et abdominales

LÉSIONS THORACIQUES

Toutes les lésions isolées ou associées mettent en jeu le Pc vital

LÉSIONS DU CONTENANT:

Fr de cotes unique ou multiples ,volet thoracique
rupture de coupole diaphragmatique svt à gauche
responsable de hernie diaphragmatique

LÉSIONS DU CONTENU

plèvre : PNO, Hémopneumothorax ,hémopneumothorax

poumon: contusion +/- importante pouvant
être responsable de détresse respiratoire

rupture trachéobronchique

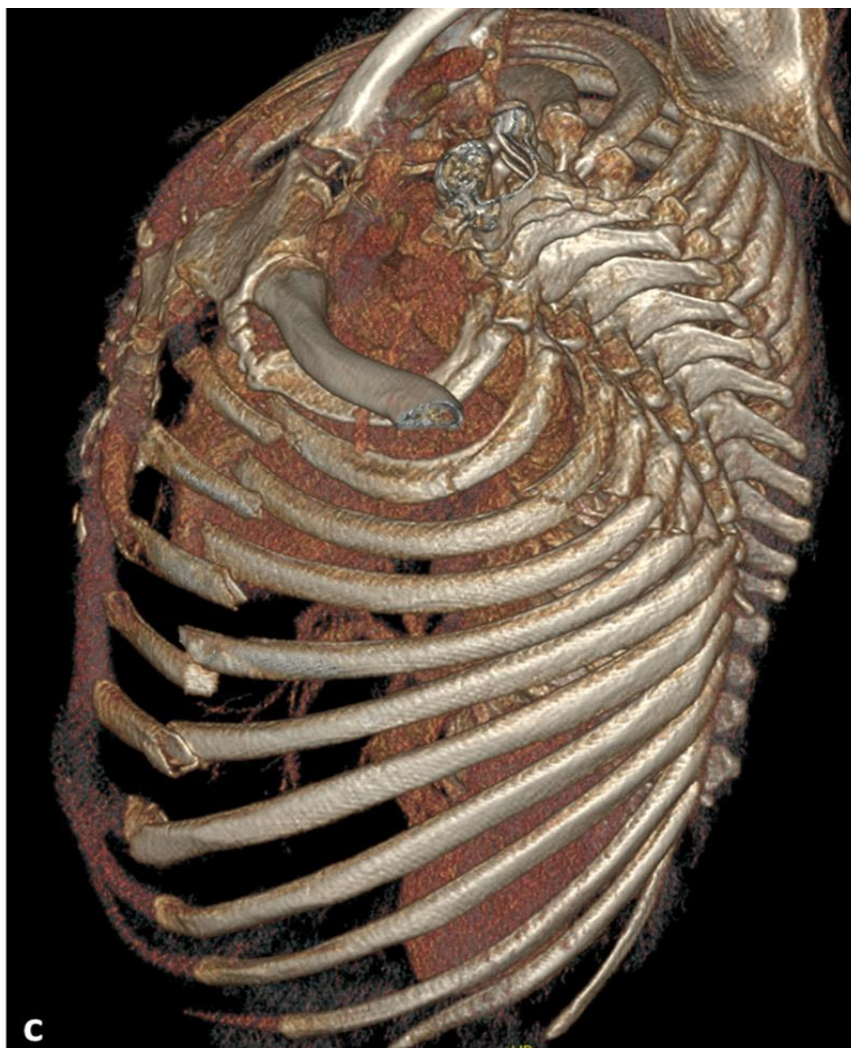
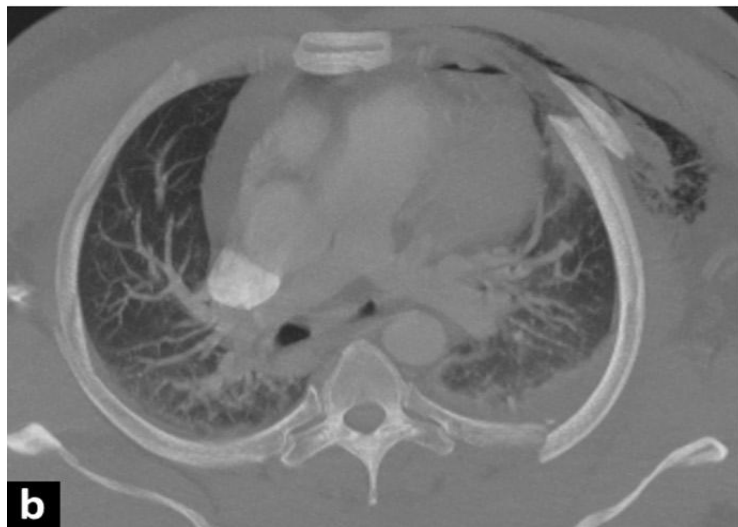
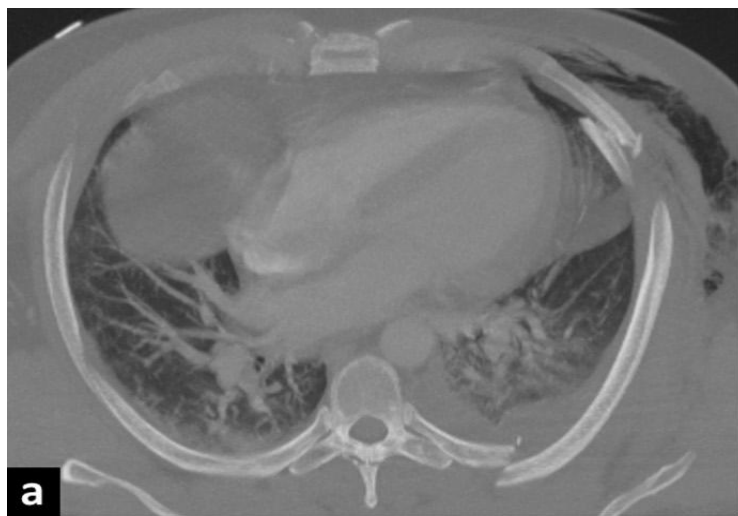
LÉSIONS CARDIO VASCULAIRES

Rupture de l'**isthme aortique**, du **TABC** et Dc
dans 9/10

rupture partielle responsable d'un **hémomédiastin**

lésion cardiaque: contusion myocardique,
dissection coronaire,
hémopéricarde

Fractures bifocales des arcs antérieurs et postérieurs de la 2e à la 7e côte gauche réalisant un volet thoracique. Infiltration emphysémateuse sous-cutanée latéro-thoracique gauche, pneumothorax et hémithorax gauche



TRAITEMENT (1)

Notions chronologiques fondamentales

- syndrome asphyxique et collapsus des les 1h
- défaillance respiratoire 3à4 j
- lésions spécifiques d'organe 7j

TRAITEMENT (2)

Traitement immédiat

assurer l'hémostase

déchoquer

évacuation des épanchements (pneumothorax, hémopneumothorax, hémopéricarde)

- La réexpansion du poumon favorise l'hémostase et l'aérostase pulmonaire
- ATBie à large spectre et transfert rapide du patient dans un centre de traumatologie
- lutter contre la douleur et l'encombrement (malades conscients ou ventilés et drains)
- antalgiques
- kinésithérapie
- Surveillance Rx

GARDER EN MÉMOIRE

la **réexpansion** pulmonaire favorise l'hémostase
et l'aérostase pulmonaire

la vacuité pleurale est un élément fondamentale de la
bonne évolution du traumatisme fermé du thorax.