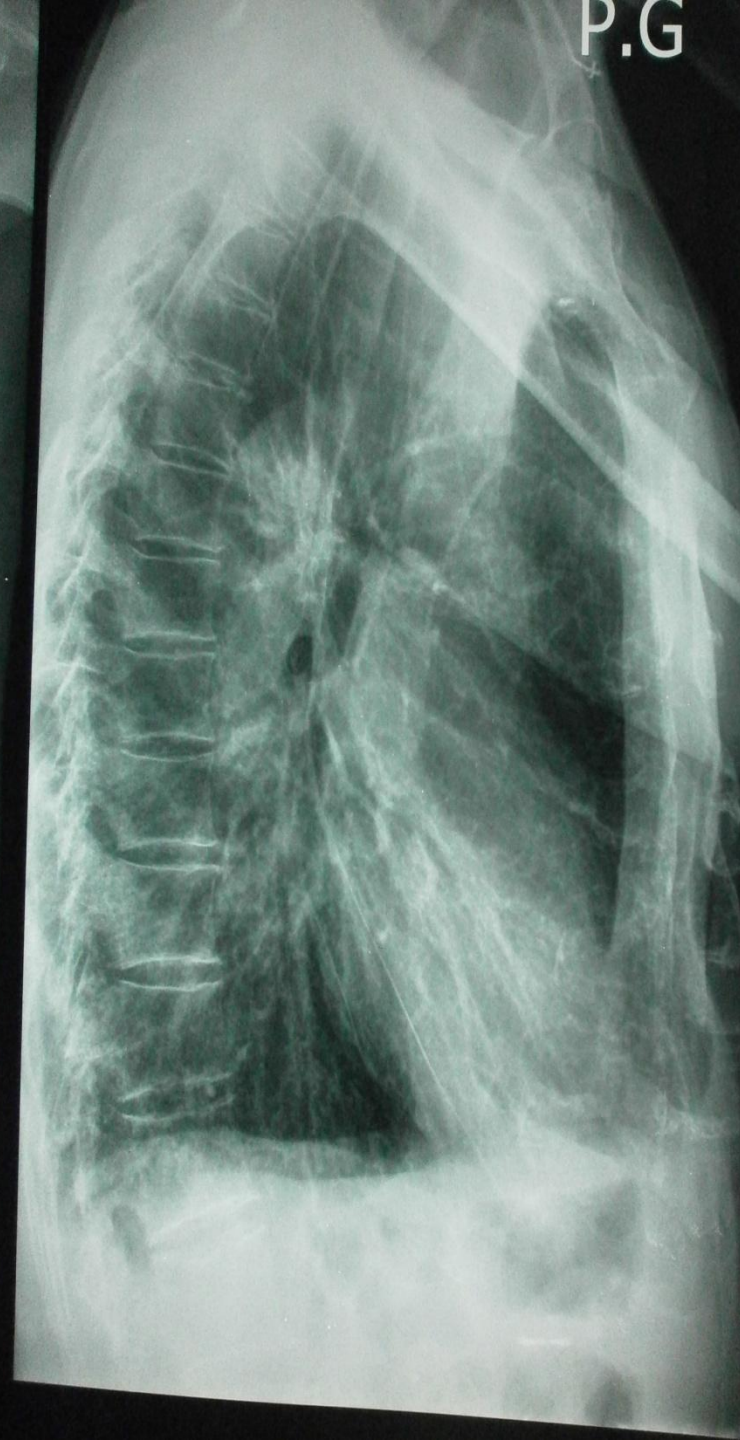
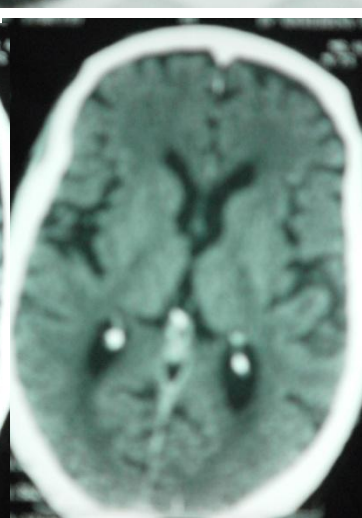
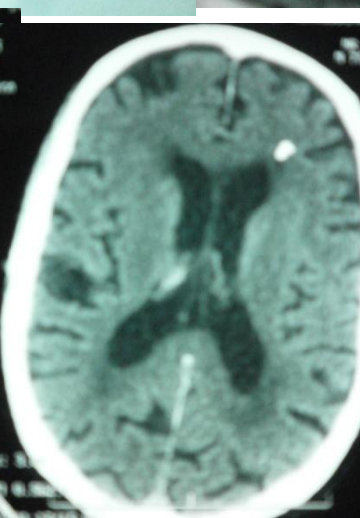
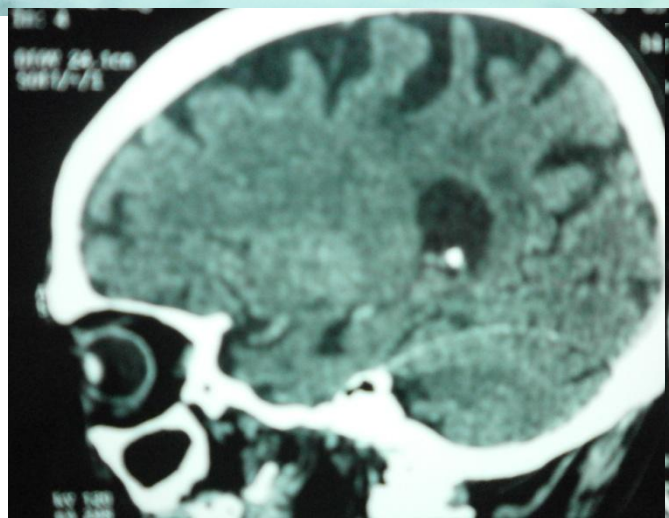
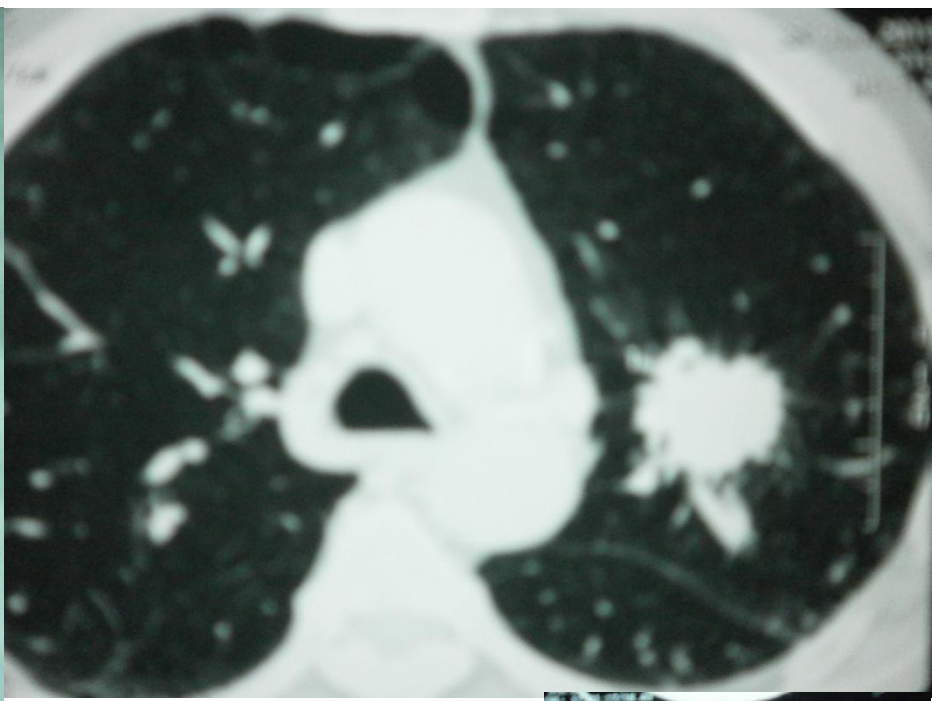


DROIT
DEBOUT



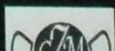
P.G

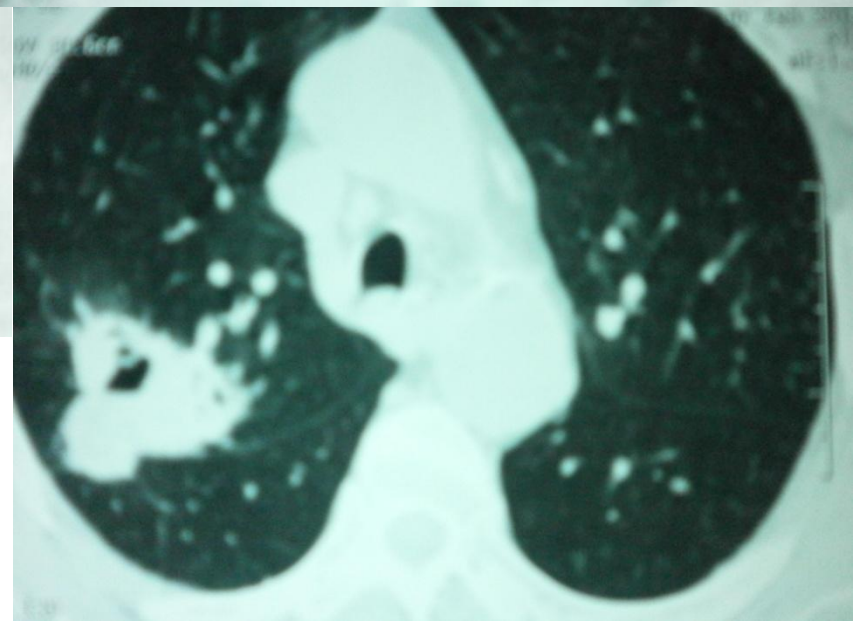
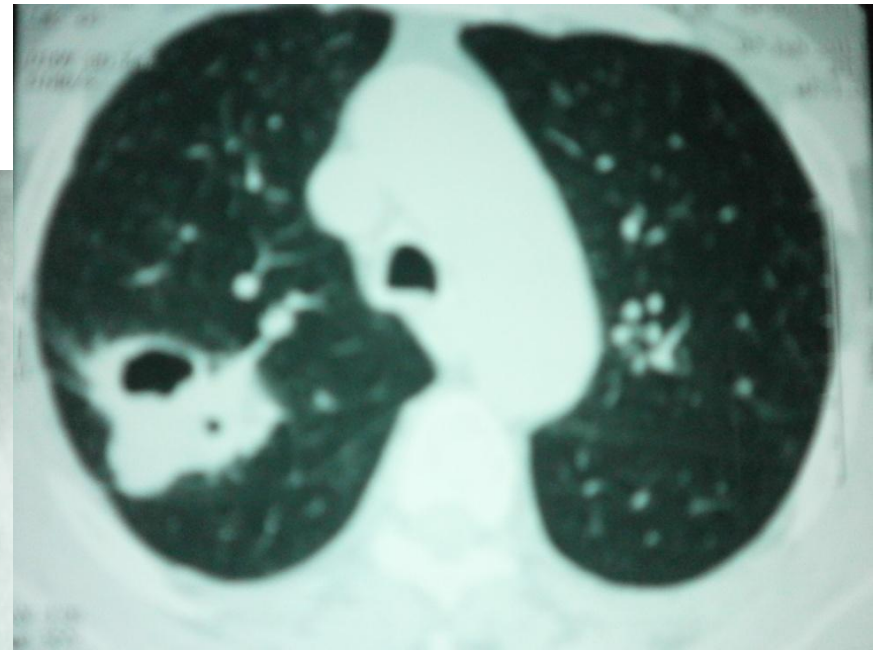




D

1
20/1/14



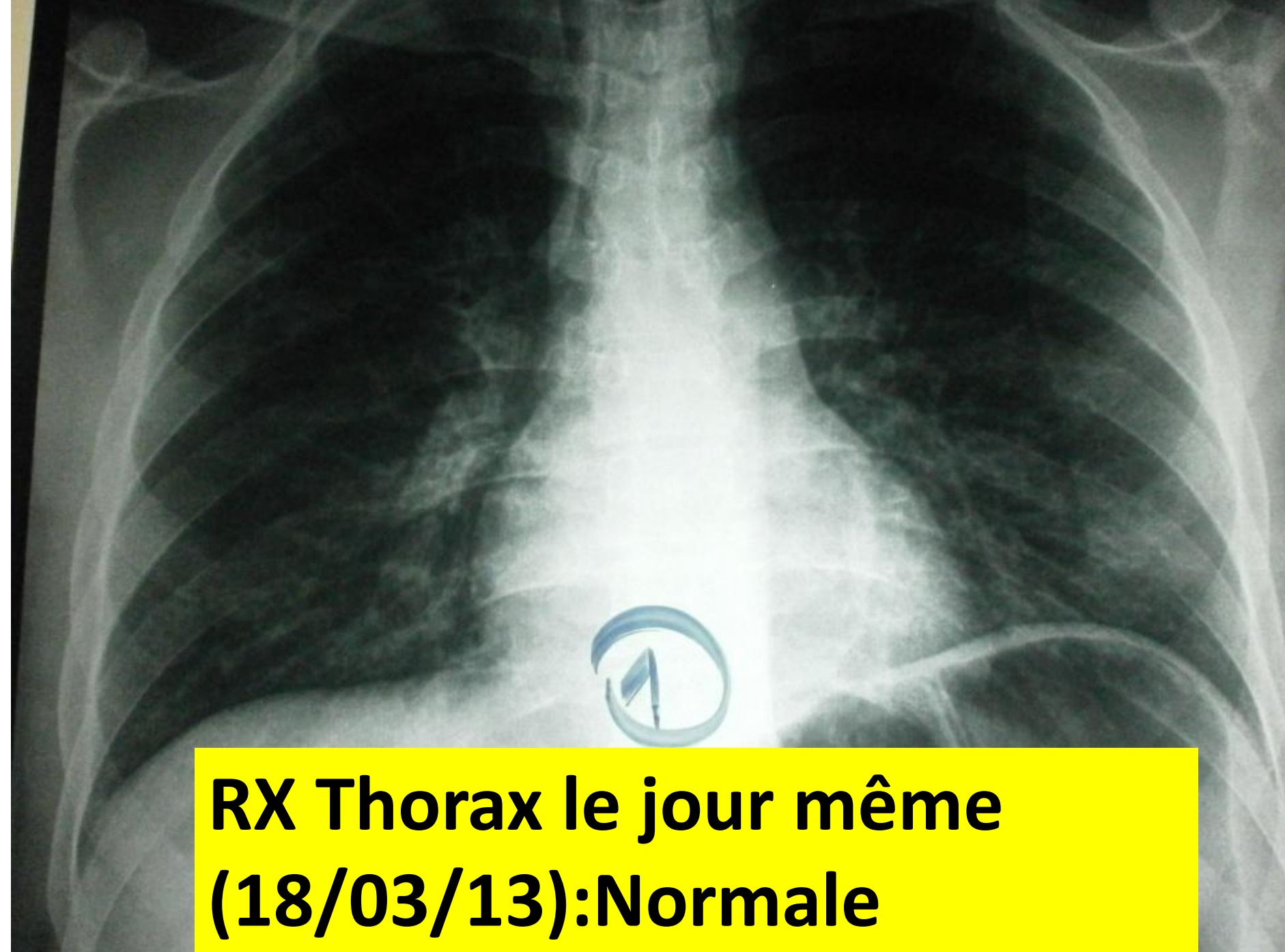


AYOUB H ..8ANS asthmatique ,suivie a ma consultation depuis le 18/4/11 .

Le 18/03/12: plaie a arme a feu .

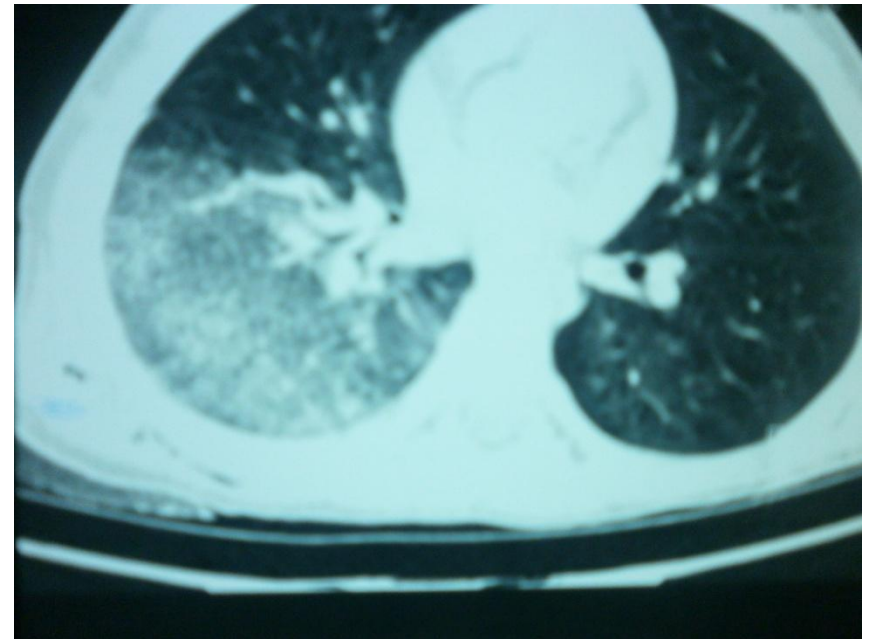
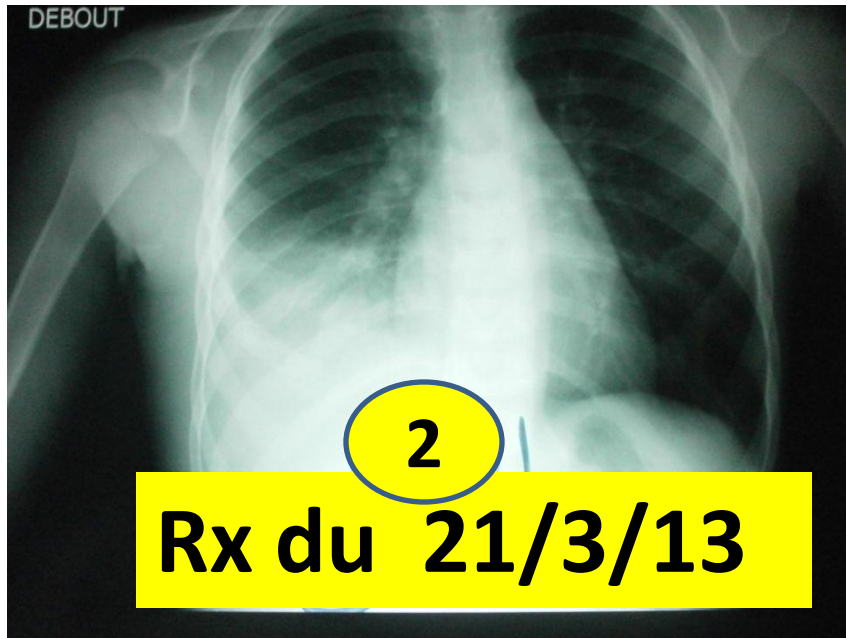
La balle a effleure la face interne de l'avant bras droit et la paroi thoracique aux niveaux du creux axillaire



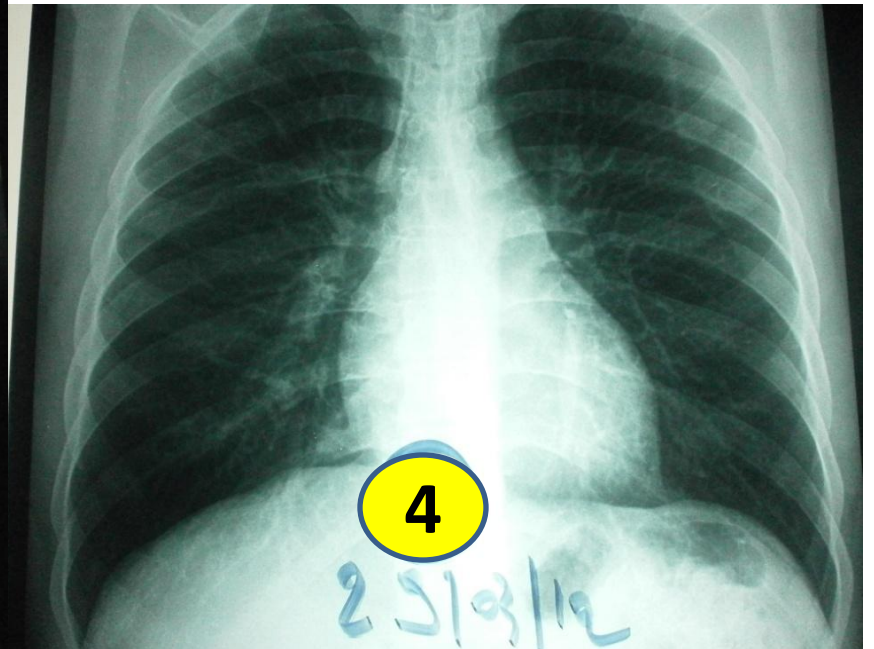
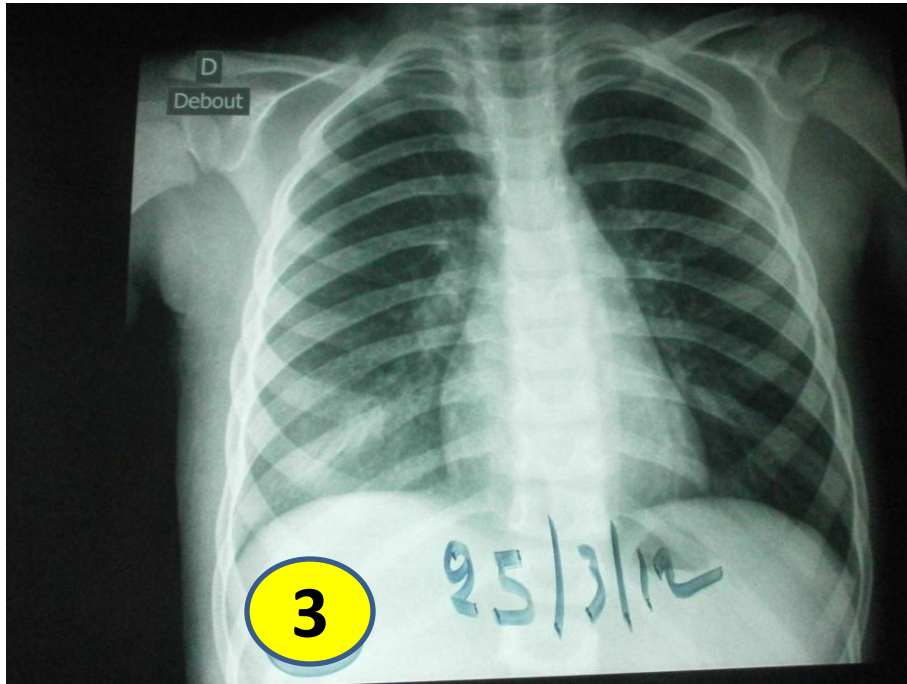


**RX Thorax le jour même
(18/03/13): Normale**

Apparition aux 3^{ème} jour d' un foyer basale droit
Syndrome alvéolo-interstielle



A été mis sous Antibiotiques et nébulisations associée aux repos .Amélioration rapide



Le *blast* (effet de souffle)

- Processus pathologique qui induit des lésions dans un organisme exposé à une onde de choc au cours d'une explosion (1)
- Les organes comportant des volumes gazeux enclos sont des cibles privilégiées
Oreille. Poumon. Larynx. Intestins (1), (2)

- **Les lésions pulmonaires comportent : (3), (4).**

- Un œdème pulmonaire lésionnel (peut être retardée)

- Ruptures aériennes

Emphysème interstitiel .Pneumatocèles.Pneumomédiastin .Pneumothorax .

- Des ruptures vasculaires

Hémoptysies .Hématocèles.Hémothorax

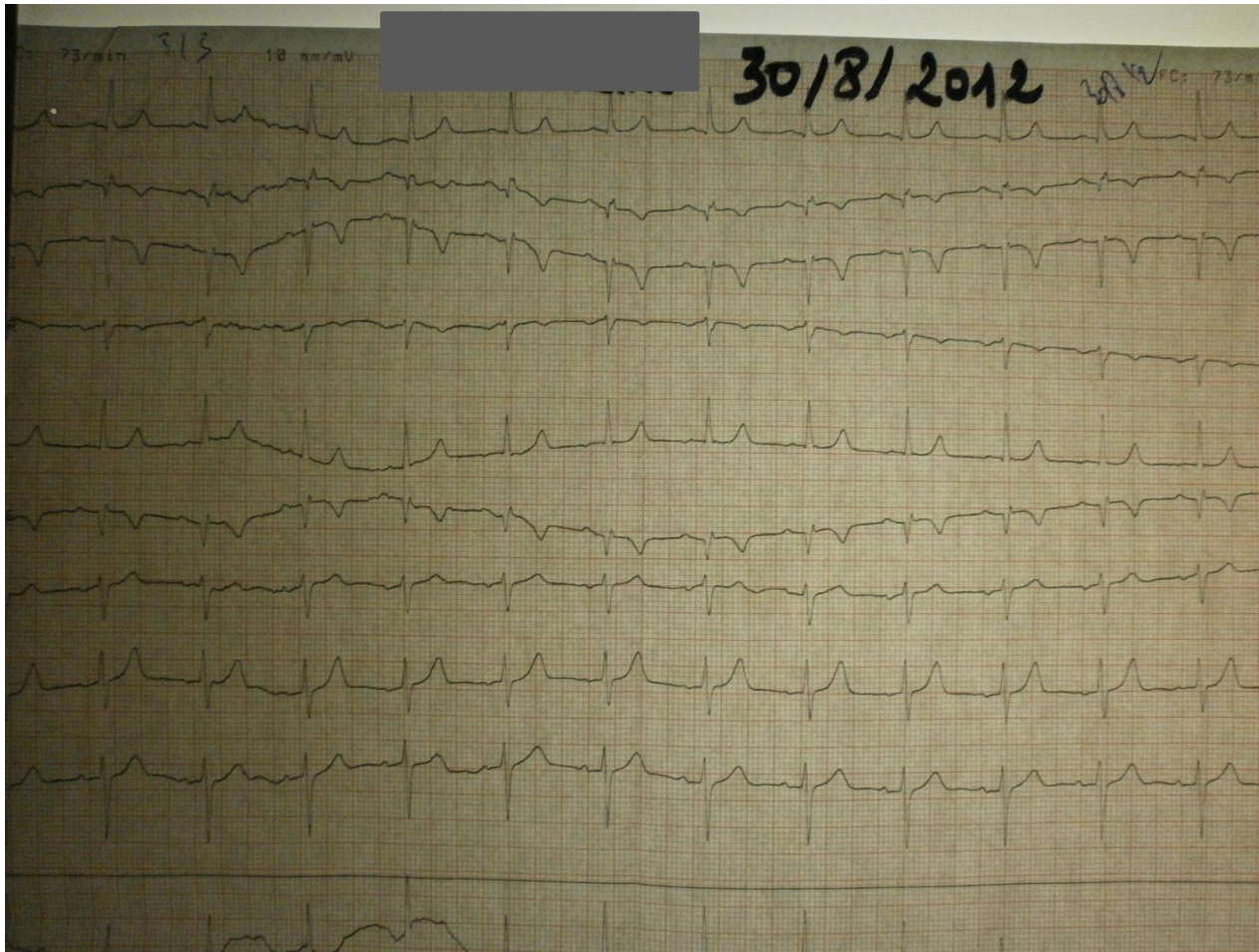
(1). Cudennec Y.F. 1991. Blast. In : Carli P., Riou B. éd. *Urgences médicochirurgicales de l'adulte*. Paris : Arnette, 688-698.

(2). Cudennec Y.F.,. *JEUR* 9 : 77-87.

(3). Brown R.F. *Int J Exp Pathol* 74 : 151-162.

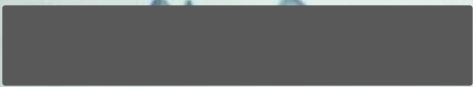
(4) Coppel D.L. 1976.. *Br J Surg* 63 : 735-737

CORONARIEN .PONTAGE EFFECTUEE LE 27/12/12 -
--> COMPLICATION

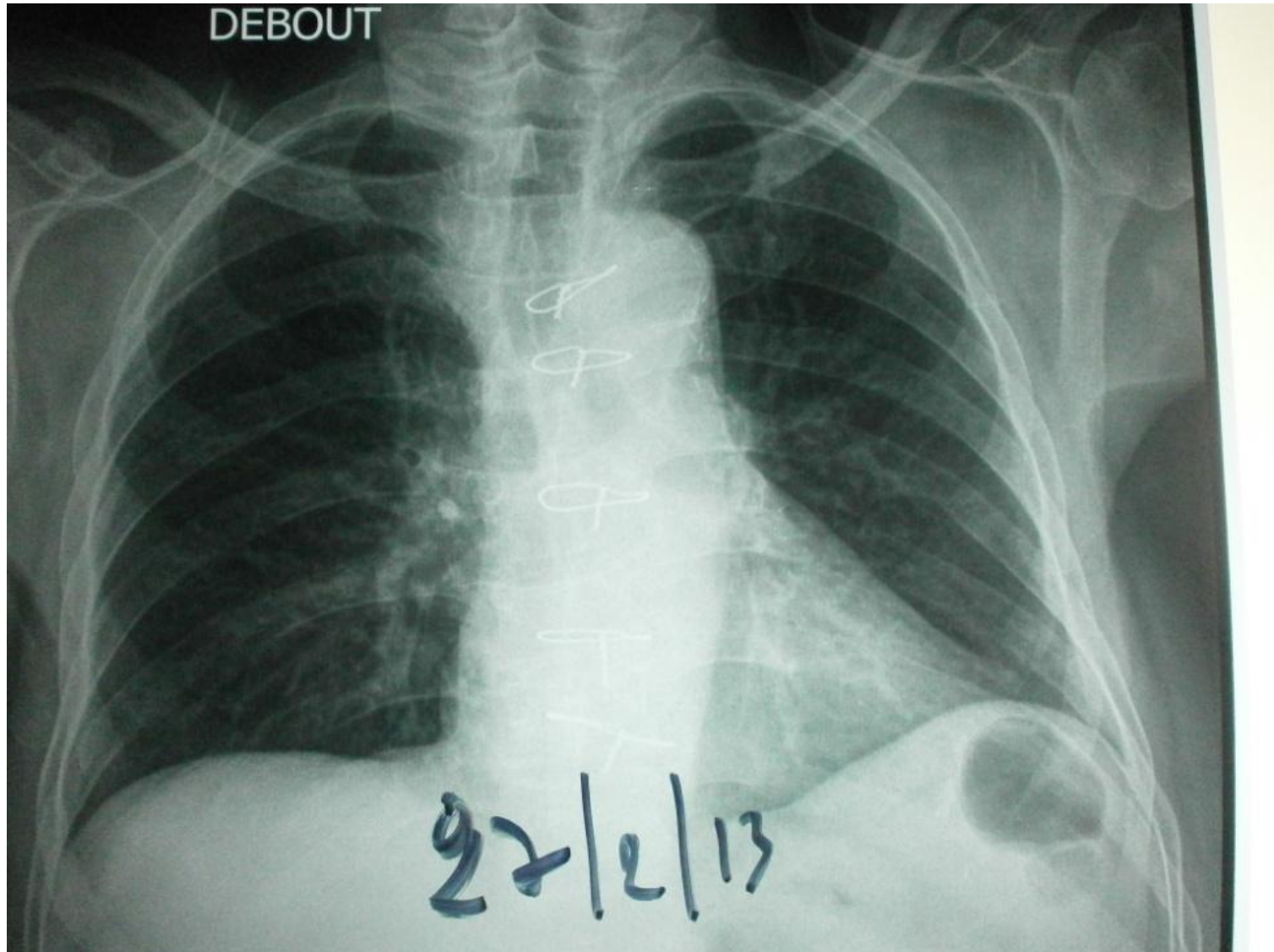


Droite
Couché

28/12/2012



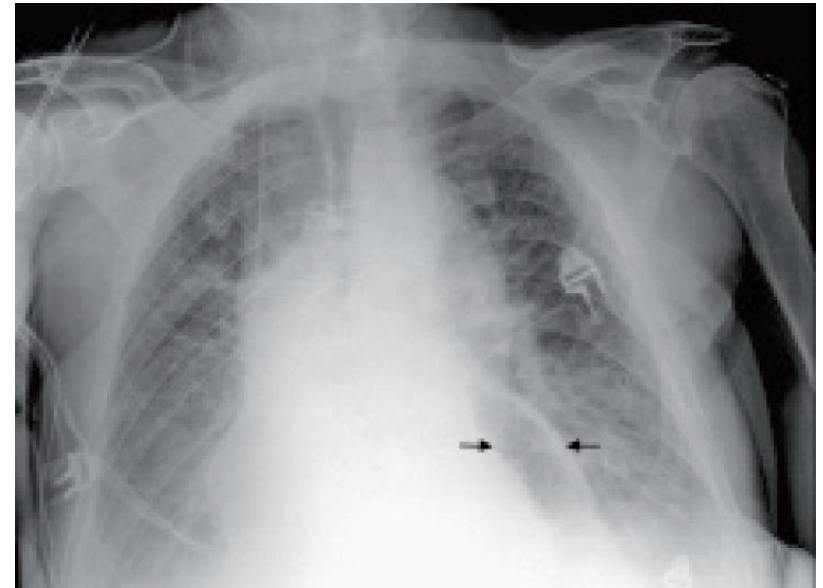
Evolution favorable



Pneumopéricarde :

Présence d'un épanchement gazeux dans la cavité péricardique

- L'origine est le plus souvent traumatique, iatrogène ou infectieuse.
- Les causes traumatiques sont principalement dues à des traumatismes thoraco-abdominaux ouverts ou fermés particulièrement en cas de fracture sternale.
- Les causes iatrogènes regroupent les corps étrangers, les manoeuvres thérapeutiques (principalement la ventilation assistée) et diagnostiques
- L'incidence post-opératoire, toutes causes confondues, peut atteindre 2,5 % **(1)**.

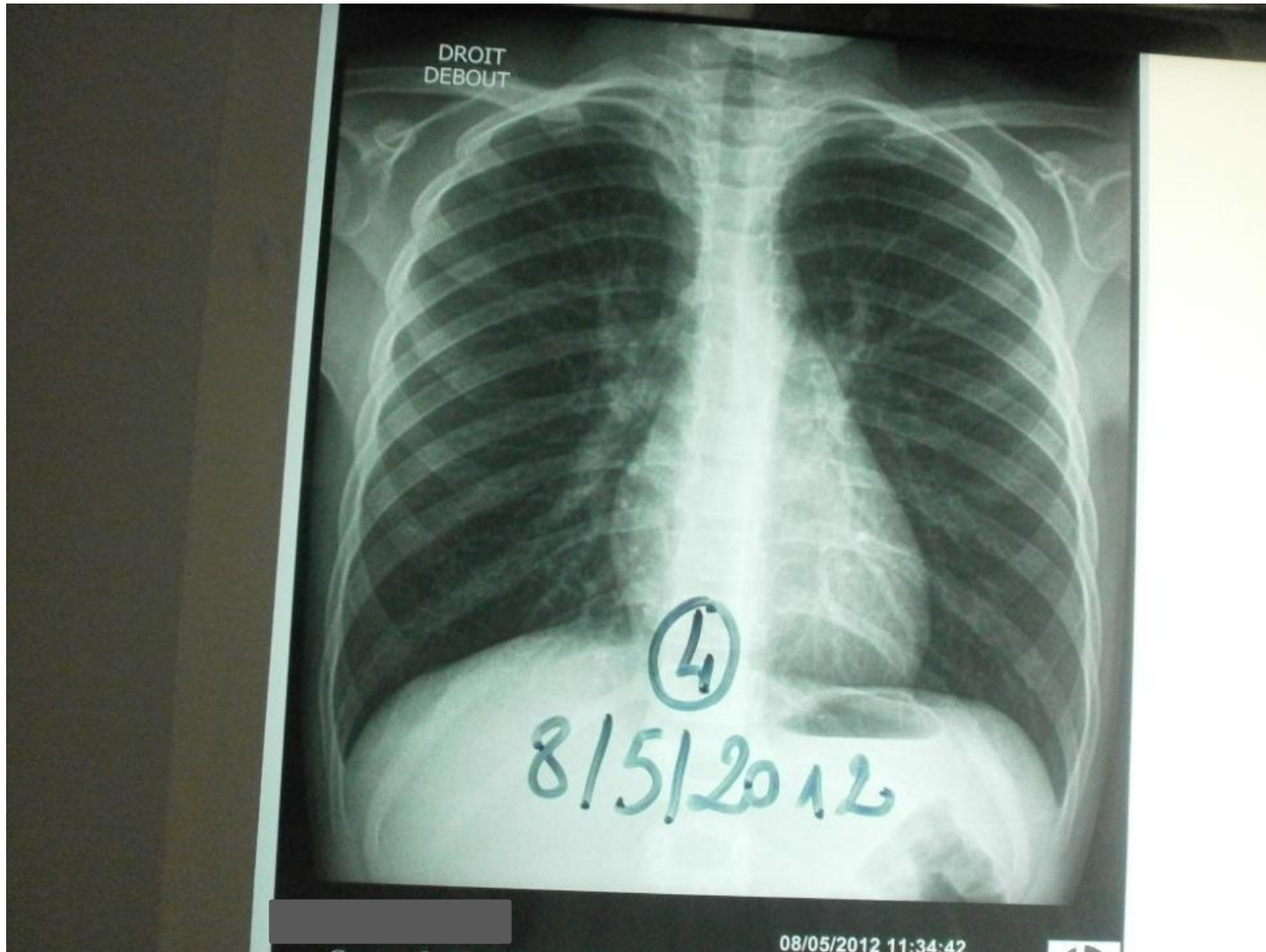


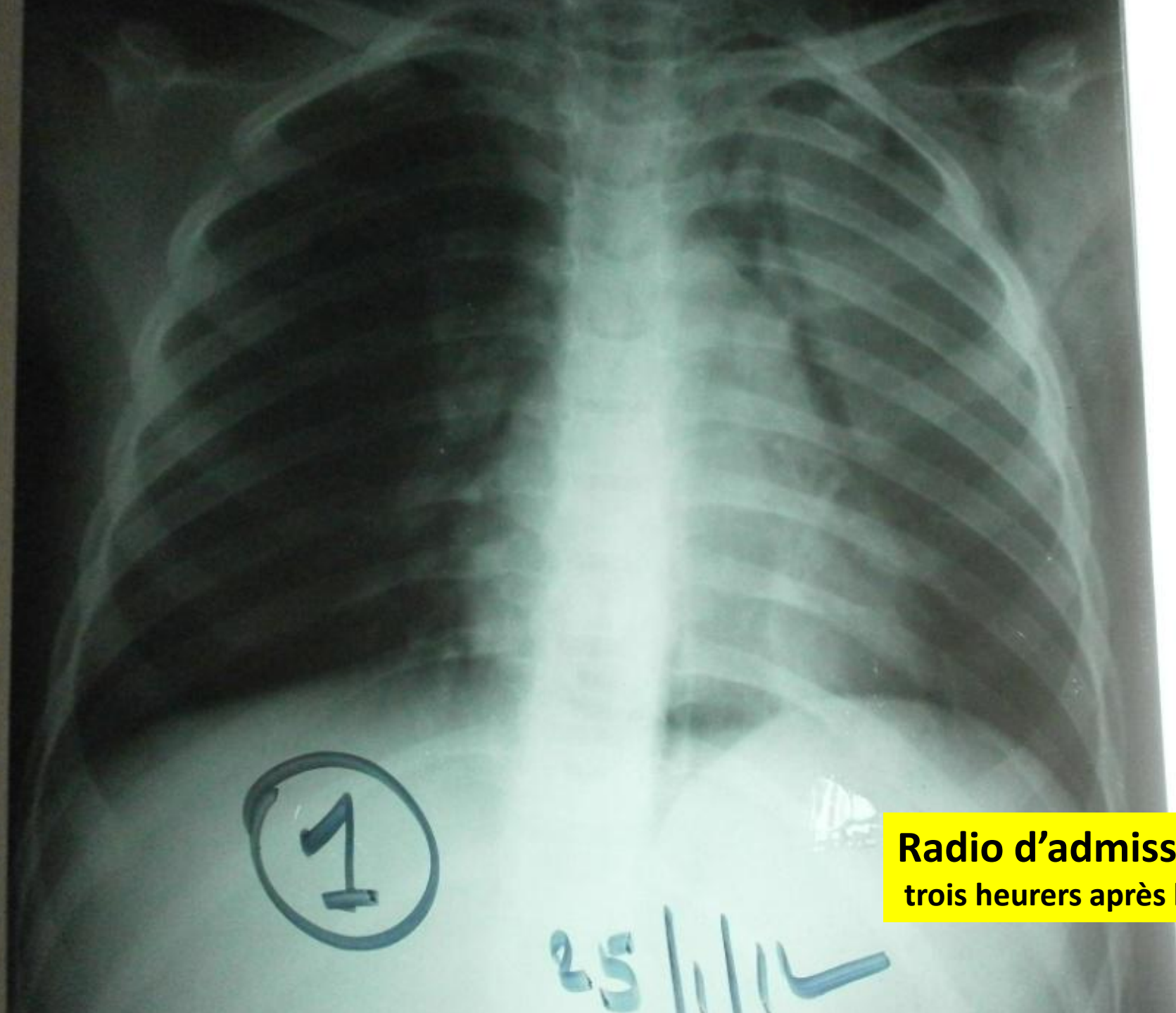
Triple pontage aorto-coronaire, avec utilisation des deux artères mammaires internes, compliqué d'une déhiscence de la partie inférieure du sternum.(2)

(1) Totaro P. *J Cardiovasc Surg*, 2001, 42, 601-603

(2) Defresne A. *Rev Med Liège* 2009; 64 : 2 : 66-67

AICHA M ..7ans m'a consultée le 8/05/12 pour infections bronchiques a répétition
Chez une patientes ayant été victime d'un traumatisme thoracique grave 4mois aux paravent



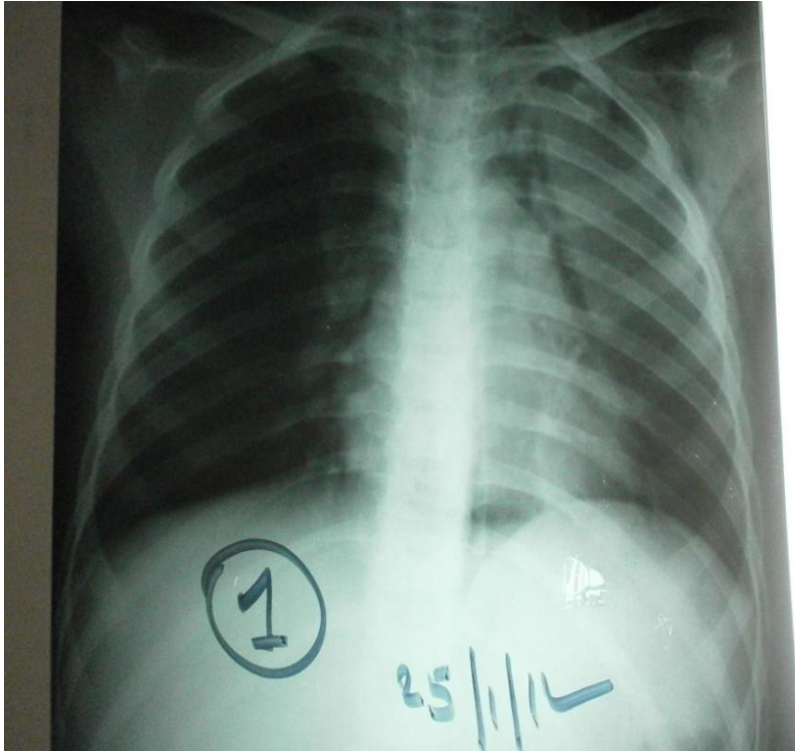


Radio d'admission
trois heures après l'accident

①

25/11/17

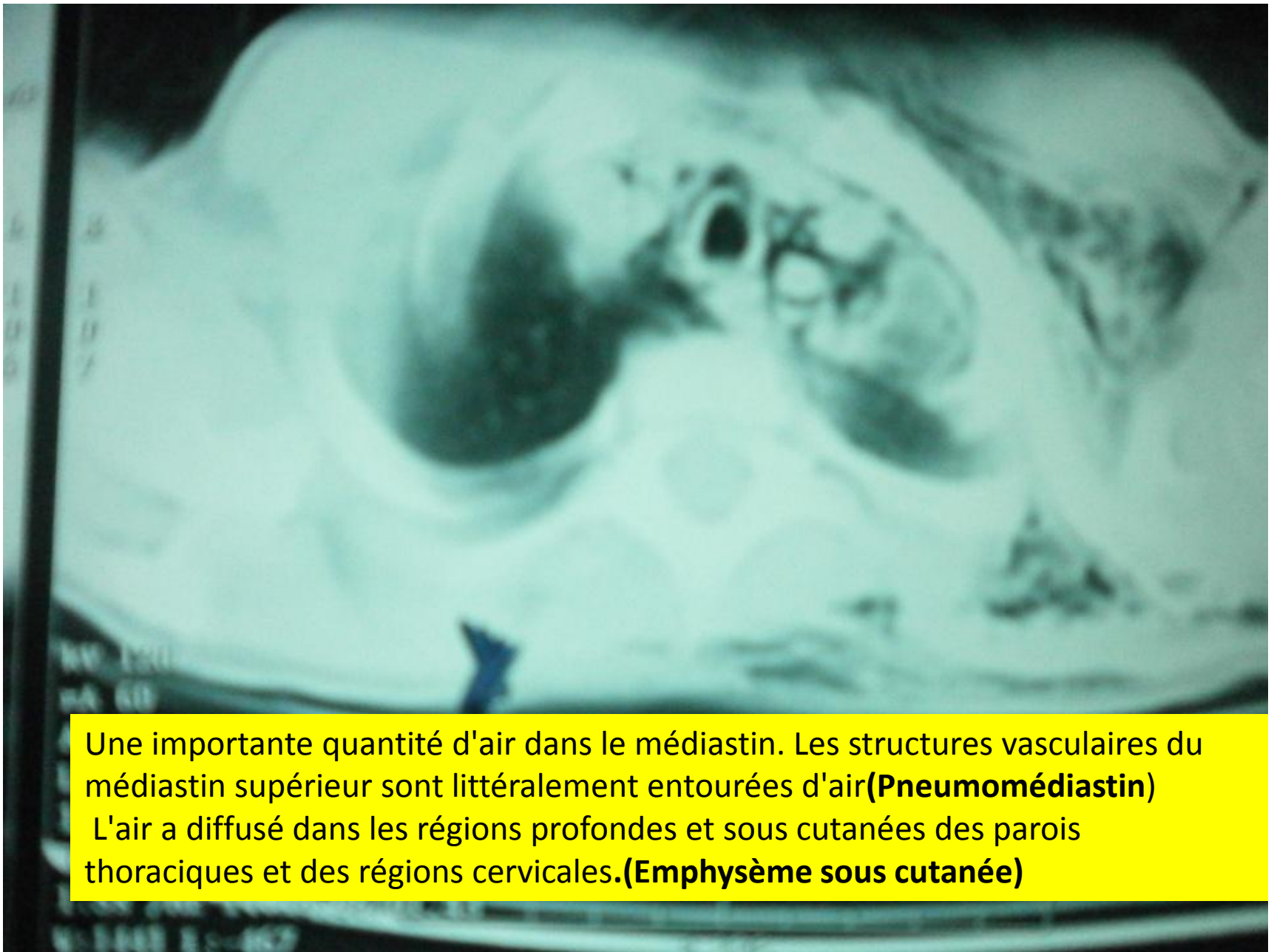
Radio d'admission trois heures après l'accident(Le 25/1/12)



- Condensation lobaire supérieur droit(Contusions)
- Emphysème sous cutanée
- Hyper clarté linéaire, verticale le long du médiastin(Pneumo-Médiastin)

Clarté gazeuse, le long du médiastin, s'étendant vers le cou et dans les parties molles axillaires et cervicales :

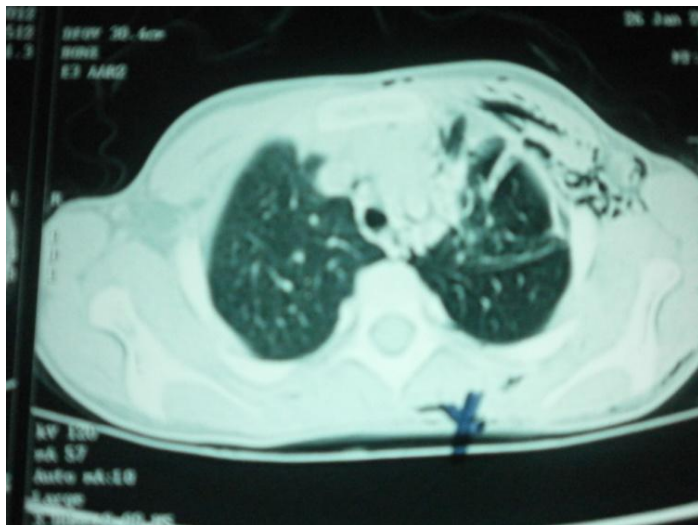
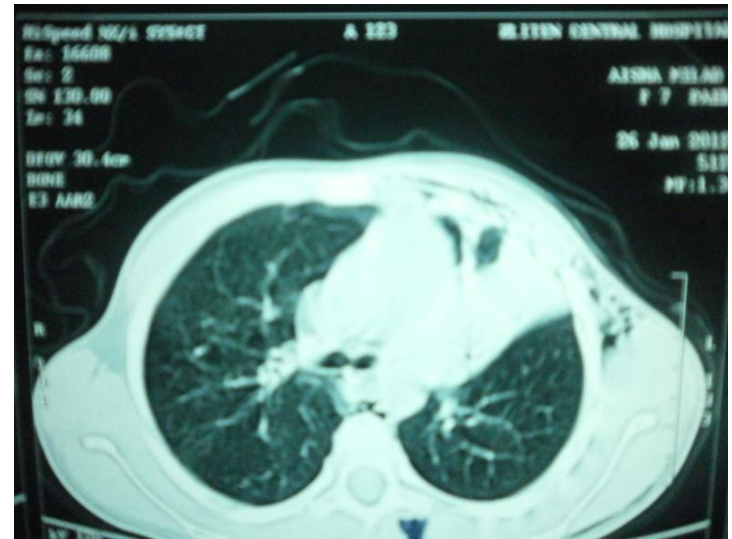
-> RUPTURES TRACHÉO-BRONCHIQUE

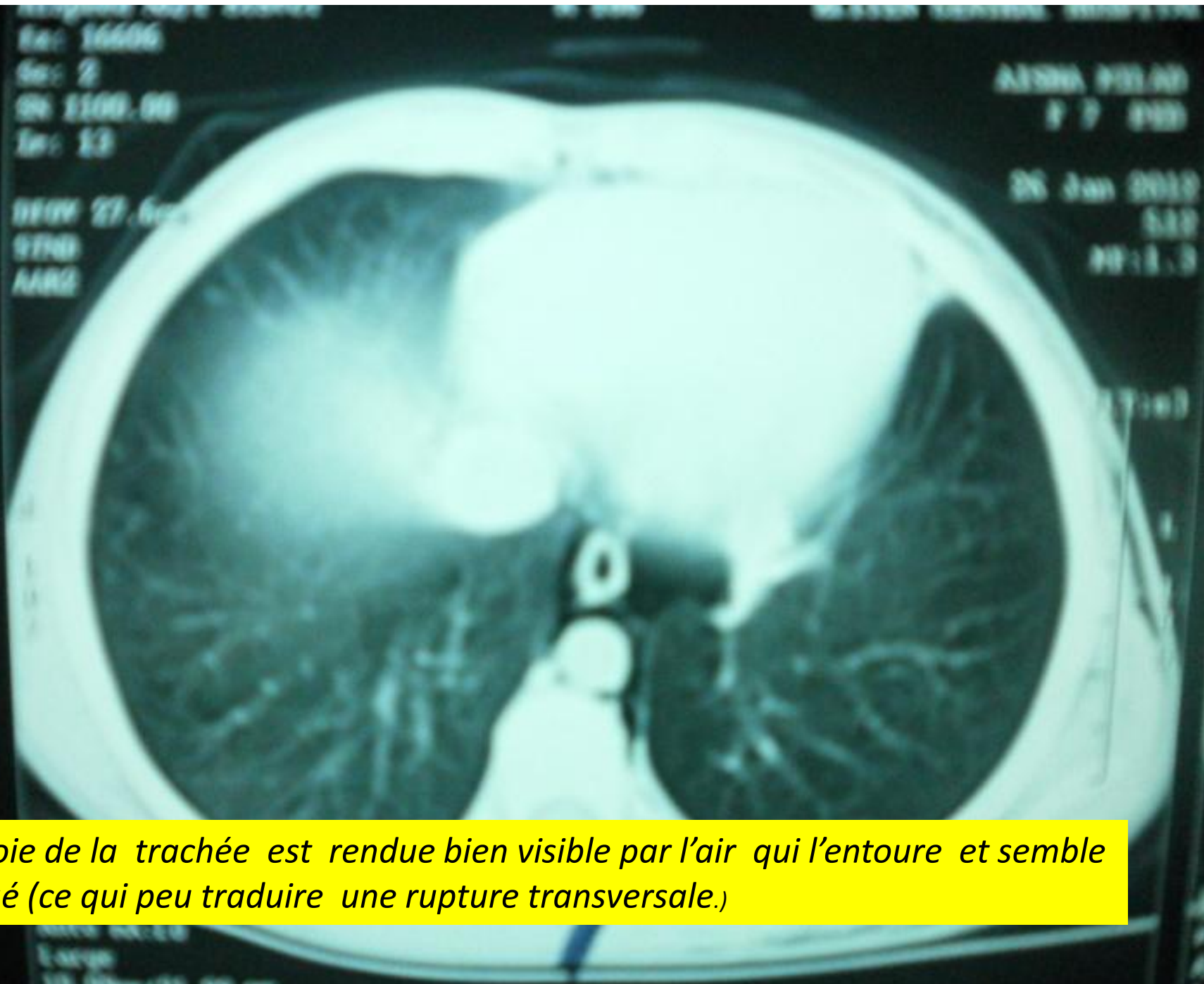


Une importante quantité d'air dans le médiastin. Les structures vasculaires du médiastin supérieur sont littéralement entourées d'air(**Pneumomédiastin**)
L'air a diffusé dans les régions profondes et sous cutanées des parois thoraciques et des régions cervicales.(**Emphysème sous cutanée**)

Scanner thoracique du 26/01/12:

Contusion lobaire supérieur gauche .Pneumomédiastin présence d'air en para trachéal, emphysème sous-cutané, cervical profond et abondant .Absence de pneumothorax.





Row: 16606
Sec: 2
On: 1100.00
In: 13
ROW: 27.6cm
UTM:
AAR2

ALPHA 901.00
F 7 000
26 Jan 2010
5:17
40:1.3

La paroi de la trachée est rendue bien visible par l'air qui l'entoure et semble désaxé (ce qui peu traduire une rupture transversale.)

Large
10.00x33.00 cm

Syndrome gazeux :

Lésion trachéo-bronchique (+Hémoptisie)

Lésion oesophagienne

- Pneumomédiastin
- Pneumothorax,
- Emphysème sous-cutané (cervical profond abondant et persistant)

Fibroscopie bronchique:

Diagnostique et thérapeutique(Intubation avec ballonnet au de la de la rupture) (4)

- **Complication rare mais grave (1) des traumatismes thoraciques fermés.**
- **Choc direct, décélération , hyperextension cervico-céphalique et l'hyperpression thoracique à glotte fermée (2).**
- **Pronostic vital(obstruction trachéale, pneumothorax compressif, tamponnade gazeuse, état de choc ou noyade hémorragique)**
- **Le Traitement conservateur (3) ou chirurgical .**

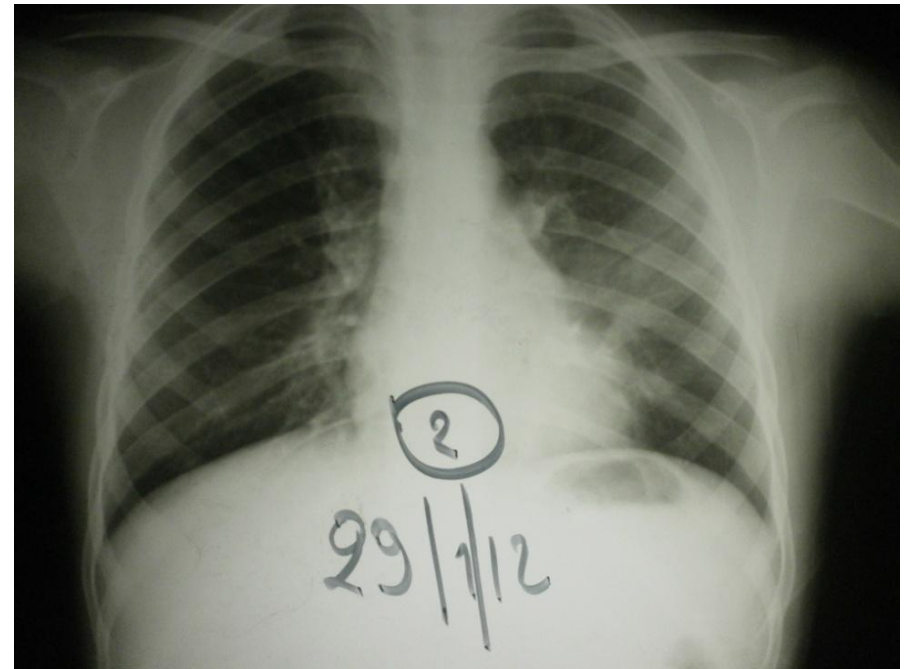
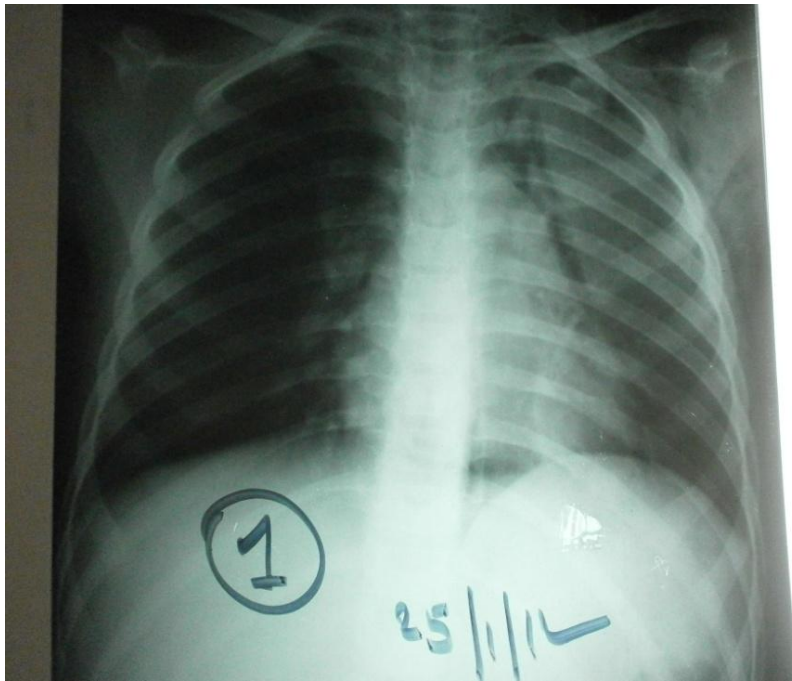
(1). Leinung S, Chirurg 2005 ; 76 : 783-88.

(2) Muller. Traumatismes fermés du thorax. Conférences d'actualisation 2005, 239-6

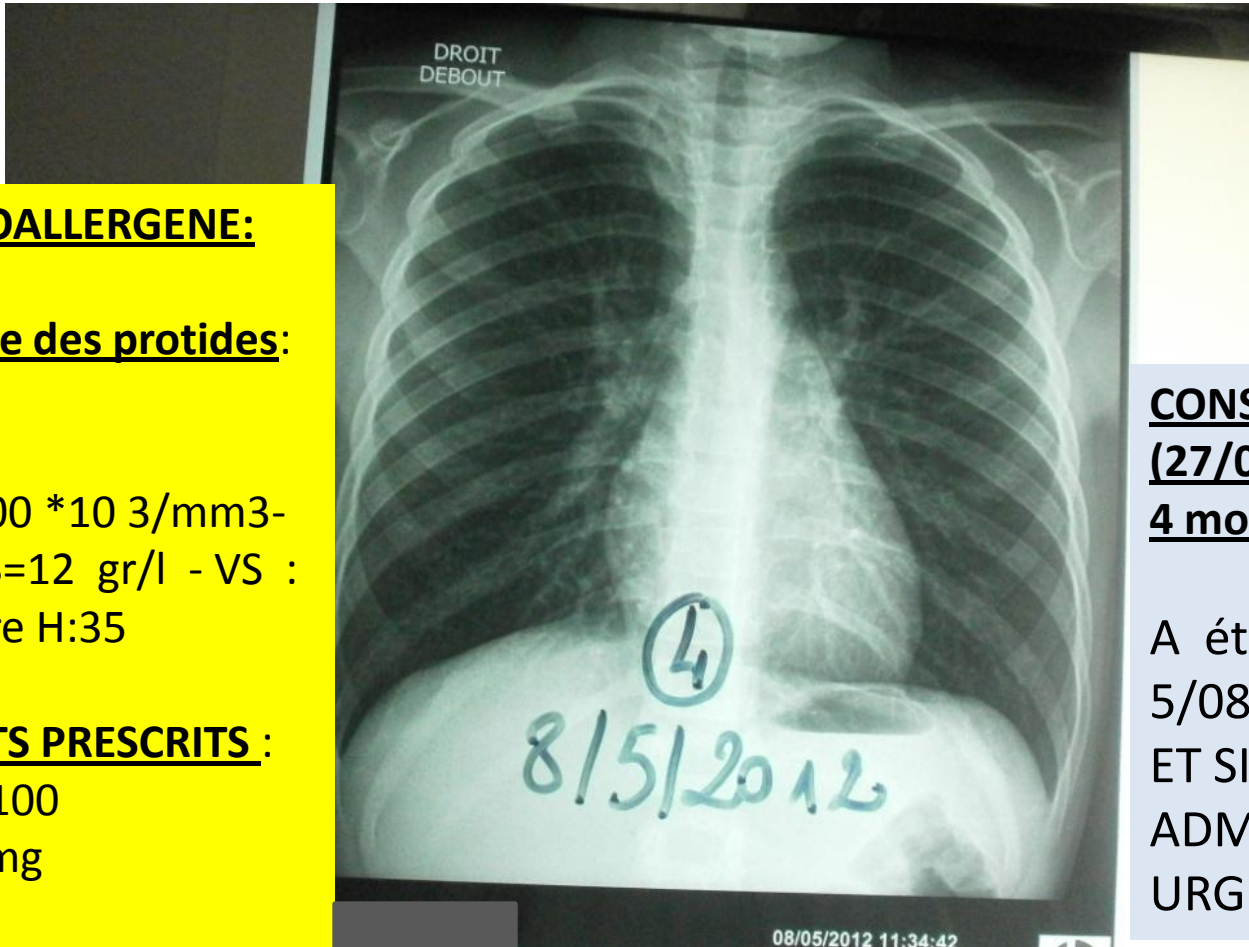
(3). Collange.O, Veber.B. Traumatismes trachéobronchiques. Médecine d'urgence 2002:107-16.

(4). Leinung.S,. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 2006 ; 5 : 303-6.

Amélioration rapide sous traitement conservateur



Fille de 7ans ayant été victime d'un traumatisme thoracique grave 4mois aux paravent .. m'a consultée le 8/05/12.
Depuis 3ans 3 hospitalisations pour dyspnée sifflantes .Récidive de +en + fréquente avec fièvre



TEST PNEUMOALLERGENE:

NEGATIVE

Electrophorèse des protides:

NORMALE

BIOLOGIE

NFS: GB = 7500 *10³/mm³-
(eo=7,3%). HB=12 gr/l - VS :
1ér H: 12 . 2ére H:35

MEDICAMENTS PRESCRITS :

SYMBICORT 100
SINGULAIR 5 mg
VERMOX

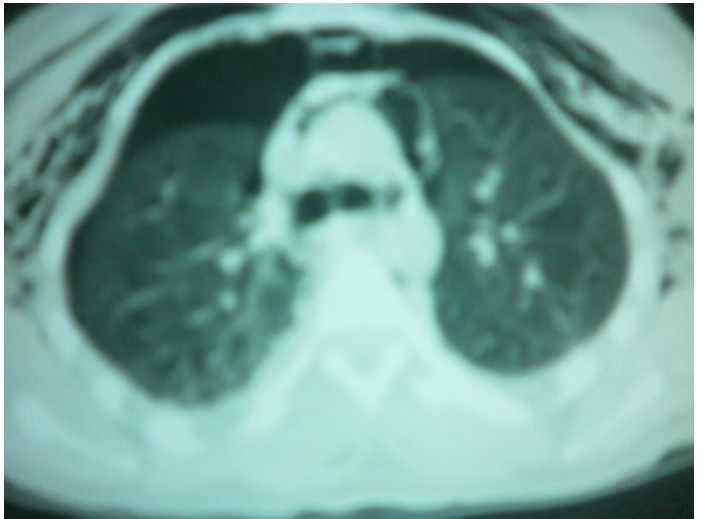
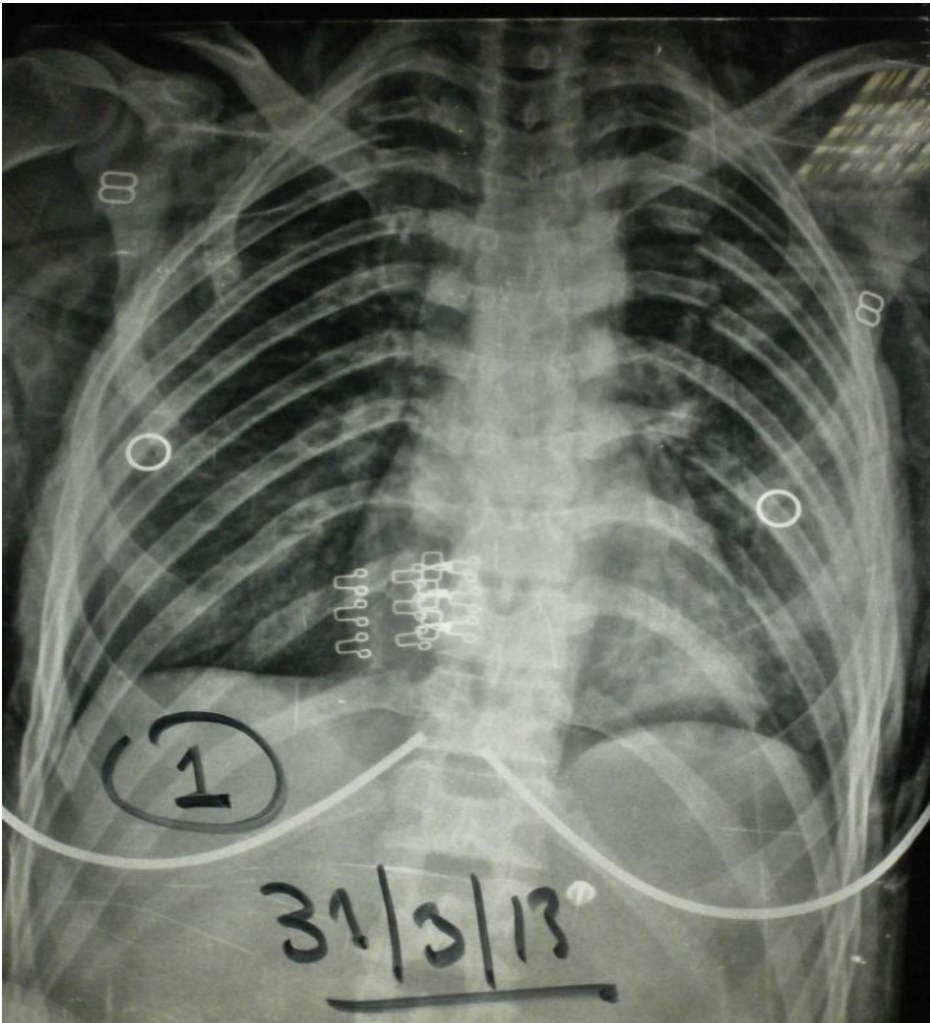
CONSULTATION N° 2
(27/09/2012) Recul :
4 mois 19 jours

A été malade le
5/08/12. DYSPNEE
ET SIFFLEMENT AVEC
ADMISSIONS AUX
URGENCES

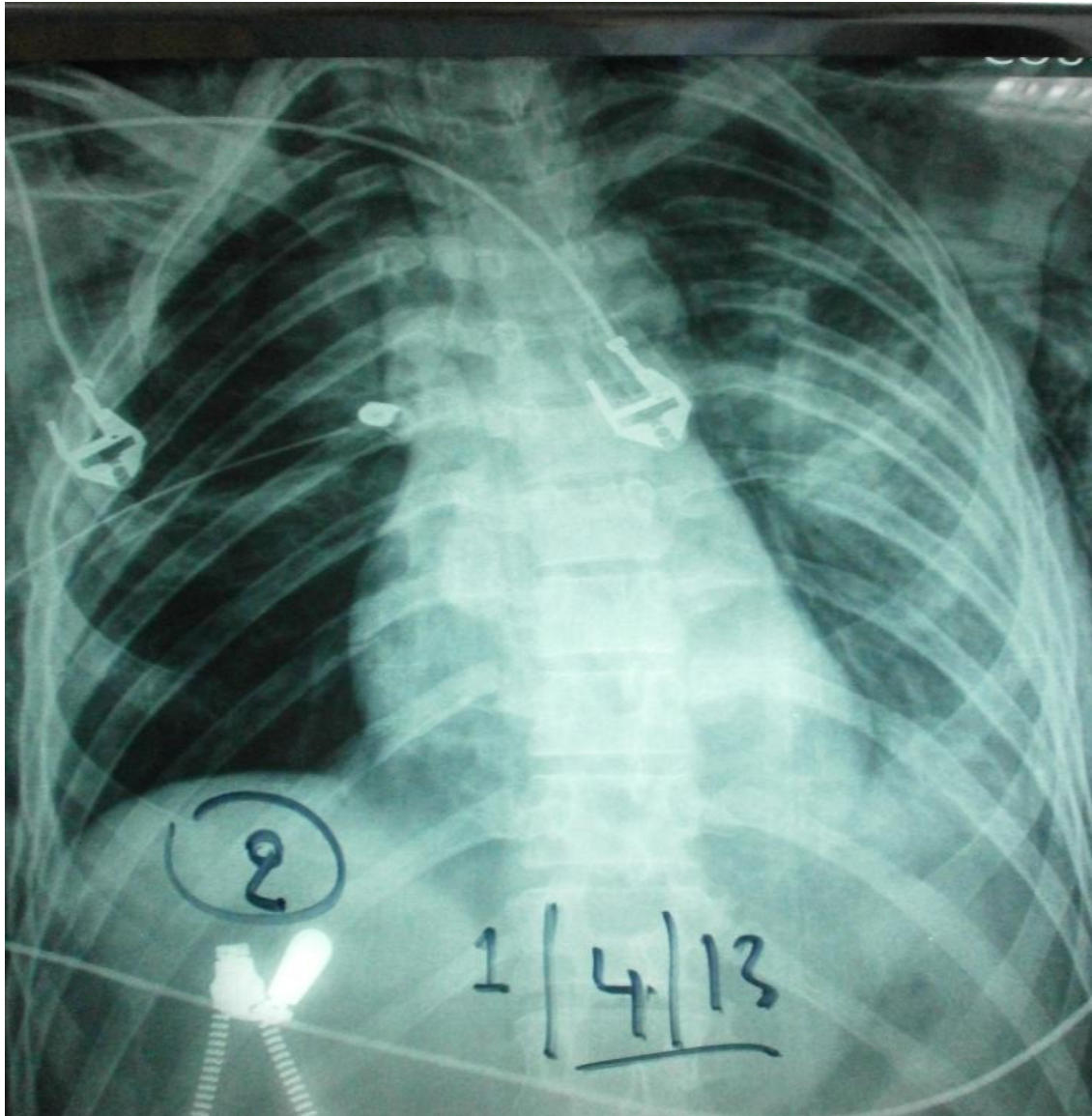
Recherche de complication tardif de la rupture trachéobronchique :
Sténose bronchique. Dilatation des bronches. Atélectasie pulmonaire

Mlle Serra S..27ANS .AVP survenu le 31/3/13. Traumatisme thoracique grave
Asphyxie. Emphysème sous cutanée.

Fractures de cotes multiples. Pneumothorax bilatérale (D>G). Pneumomédiastin



Radio Thorax du 1/4/13:



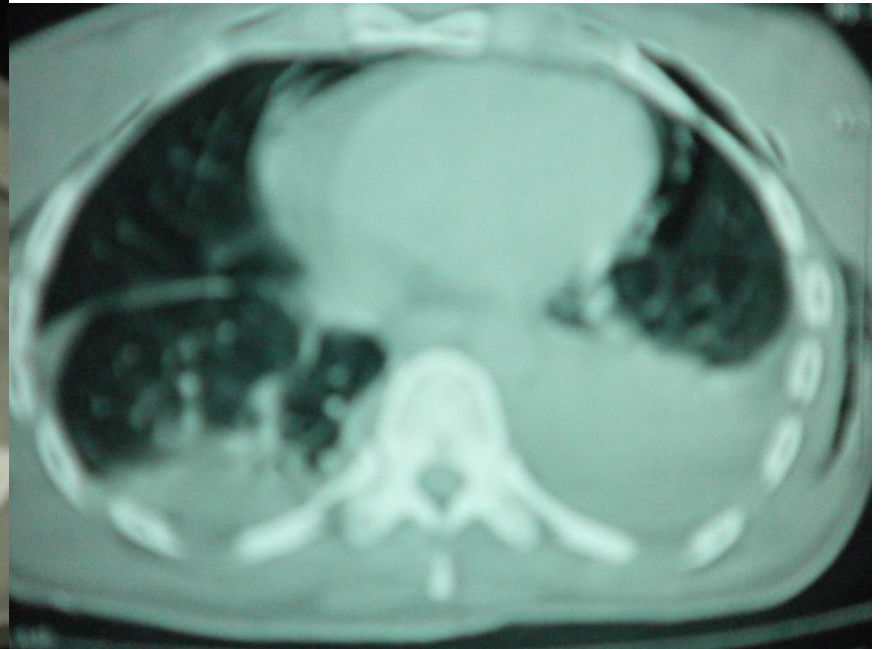
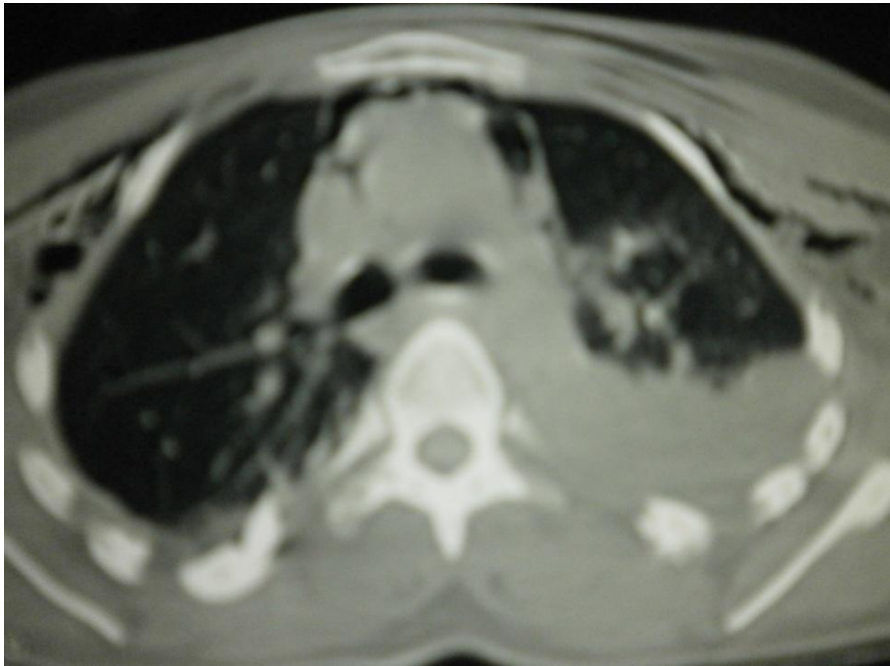
Drain thoracique
droit en Place

Condensation 2/3
inférieur du
poumon gauche

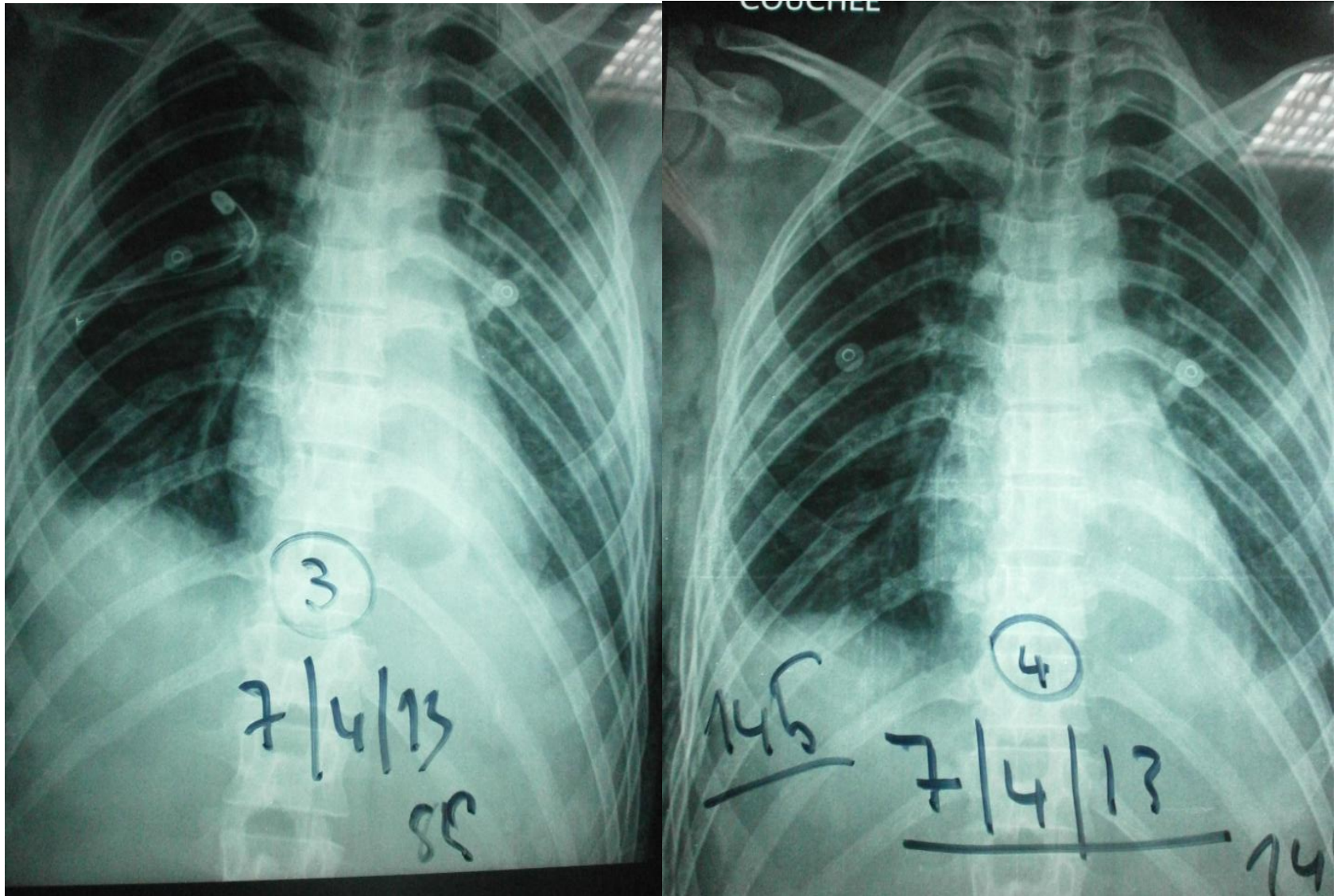
Scanner de contrôle le 3/04/13:

Les deux poumons sont a la paroi.

Condensation bilatérale plus prononcée a gauche



8ème jour (7/4/13): Régression du foyer gauche. Amélioration clinique.
Poumon a la paroi après ablation du drain (RX DE 14 heure).





Surveillance échographique aux lit du malade

Syndrome alvéolaire



Syndrome interstitielle



Epanchement liquidien



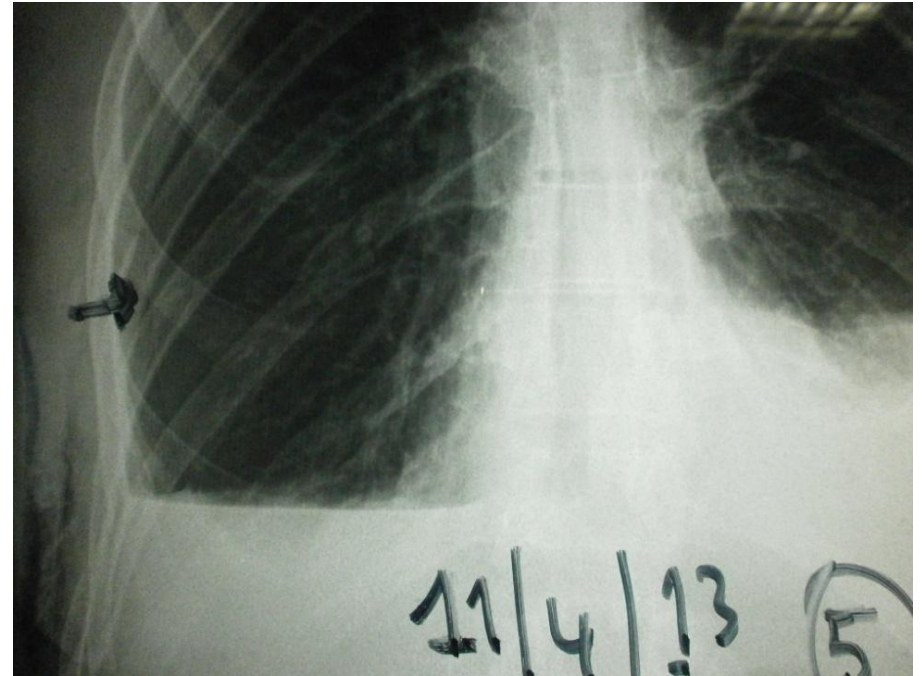
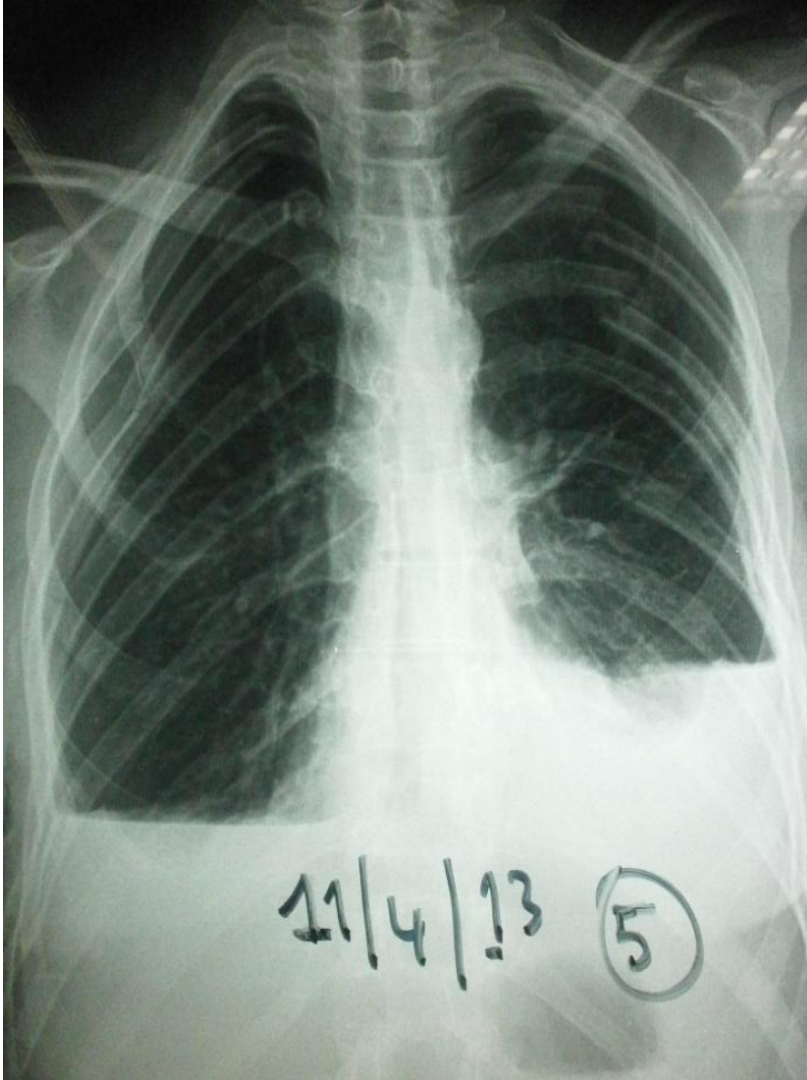
Contenant de l'air



**Le 11/4/13 :Echographie thoracique droite
Condensation+Hydropneumothorax**

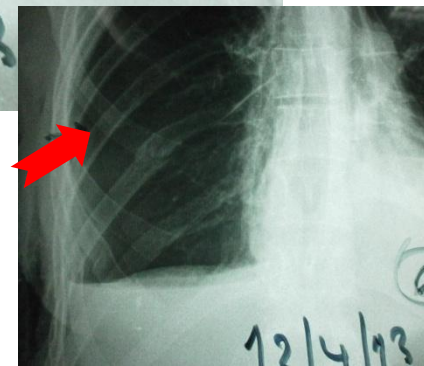
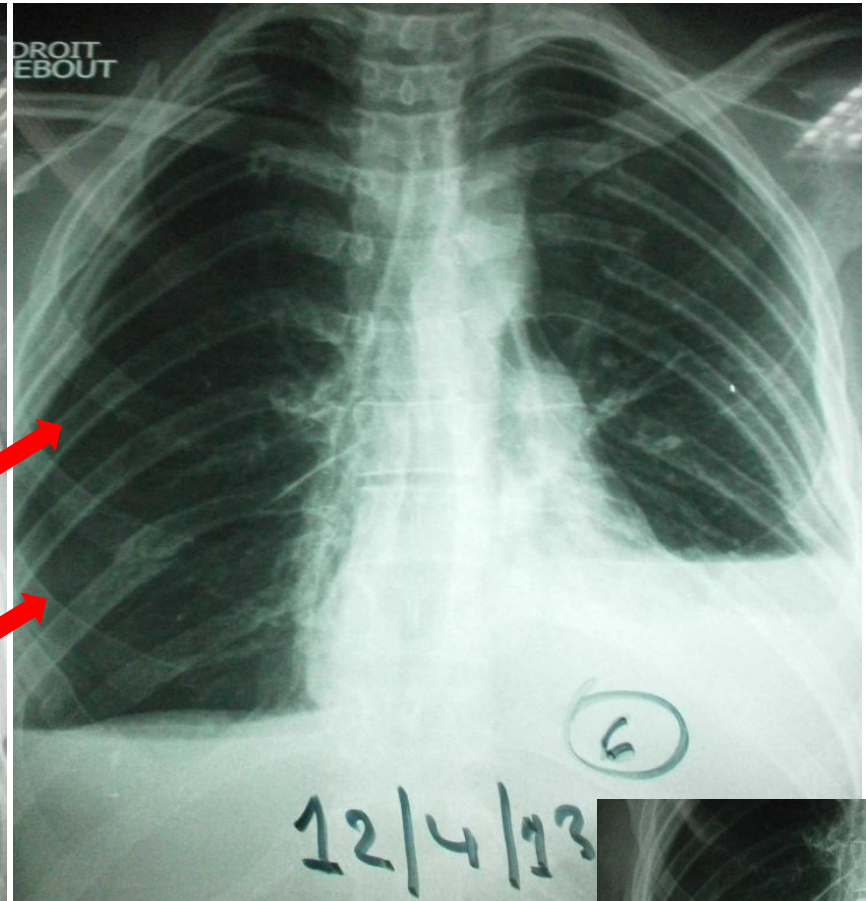
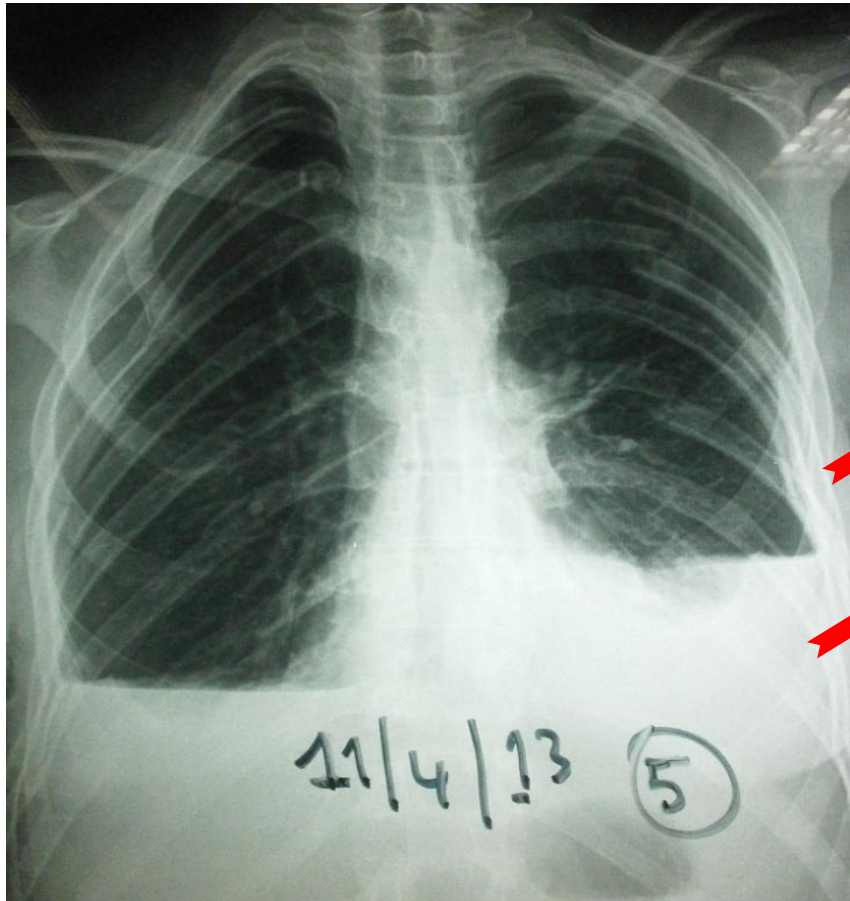
Rx thorax demandée (le 11/4/13)

Apparition de deux niveaux hydroaérique bilatérale.



Il existe un décollement pleurale droit

RX du thorax faite le lendemain(12/4/13):



Décollement complet a droite

Majoration du niveaux hydroaérique gauche

Conclusion:

- Il s'agit d'une femme de 27ans
- Traumatisme thoracique grave
- Fractures de cotes multiples bilatérales.
- Contusions pulmonaires bilatérales
- Emphysème sous cutanée .Pneumothorax bilatérale.
Pneumomédiastin .
- Persistance a distance (J12)d' une fuites bilatérale avec
apparition d'un niveaux hydroaérique bilatérale et un
décollement a droite.
- ->RUPTURE TRACHEO-BRONCHIQUE
- Intérêt de l'échographie pour le suivie aux lit du malade

Les ruptures trachéobronchiques une complication rare mais grave

- Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge. Plus de 95 % de ces ruptures siègent à 2,5 cm autour de la carène **(1)**
- Les principaux signes évocateurs sont la présence d'une hémoptysie et la présence d'un syndrome gazeux.
- La persistance d'un bullage important avec difficulté de réexpansion du poumon sous-jacent après drainage thoracique est un indicateur de la sévérité de la lésion

(1) Berend.M. Ann. Fr. Anesth Réanim 2010 ; 29 : 491-93.

Traumatismes thoraciques :

12 lésions potentiellement létales. (1)

Mortalité précoce

- Obstruction des voies aériennes
- · Lésions des gros vaisseaux
- · Pneumothorax compressif
- · Rupture trachéobronchique
- · Hémothorax massif
- · Contusion myocardique

Mortalité tardive (lésions « occultes »)

- Tamponnade
- · Rupture diaphragmatique
- · Volet thoracique
- · Rupture œsophagienne
- · Pneumothorax ouvert
- · Contusion pulmonaire

Les traumatismes thoraciques: (1)

2^{ème} cause de mortalité en traumatologie après les traumatismes crâniens.

1/3 des patients admis après accident de la voie publique présente une lésion thoracique

- **Une radiographie thoracique est inutile** si l'examen clinique est normal chez un patient conscient.
- **L'échographie thoraco-abdominale est l'examen de première ligne chez les patients instables.**
- Les patients stables victimes de traumatismes à haute énergie doivent bénéficier d'une **tomodensitométrie**.
- Lors de chocs à haute énergie, le diagnostic de contusion myocardique repose sur l'ECG, la troponine et l'échocardiographie
- Une thoracotomie d'hémostase est indiquée lors d'une instabilité hémodynamique sans cause extra pleurale, un drainage > 1 500 ml d'emblée, un débit de drainage > 250-400 ml/h pendant 2 à 4 heures, un drainage journalier > 1 500 ml.
- Les lésions aortiques traumatiques peuvent faire l'objet d'un traitement endovasculaire.

(1) Muller L.. Traumatismes fermés du thorax. Conférences d'actualisation 2005, p. 239-260. 2005 Elsevier SAS

Fédération Anesthésie Douleur Urgences Réanimation, Groupe Hospitalo Universitaire Caremeau

Échographie thoraco-abdominale transpariétale

En salle de déchoquage. Dépistage de lésions nécessitant un traitement rapide

- Échographie pleurale
- Plusieurs études valident l'échographie pour le diagnostic de pneumothorax en salle de déchoquage chez le patient polytraumatisé (1)(2)
- L'échographie peut permettre le diagnostic d'hémithorax non visible sur le cliché thoracique de face (2)
- Échographie costo-sternale
- Diagnostic de fractures sternales ou costales respectivement suspectées par l'examen clinique (3)
- Échographie abdominale .
- Échographie cardiaque

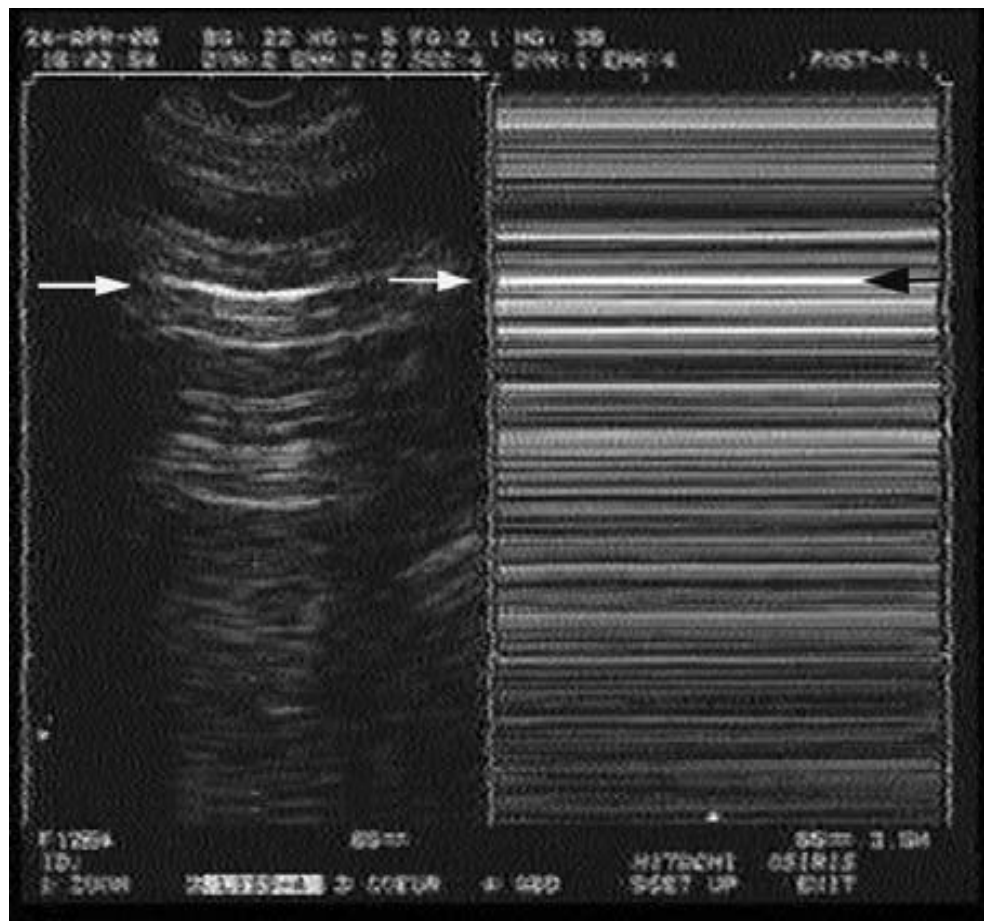
(1) Kirkpatrick AW. J Trauma 2001 ; 50 : 750-2.

(2) Knudtson JL, J Trauma 2004 ; 56 : 527-30. 62 Brooks A,. Emerg Med J 2004 ; 21 : 44-6.

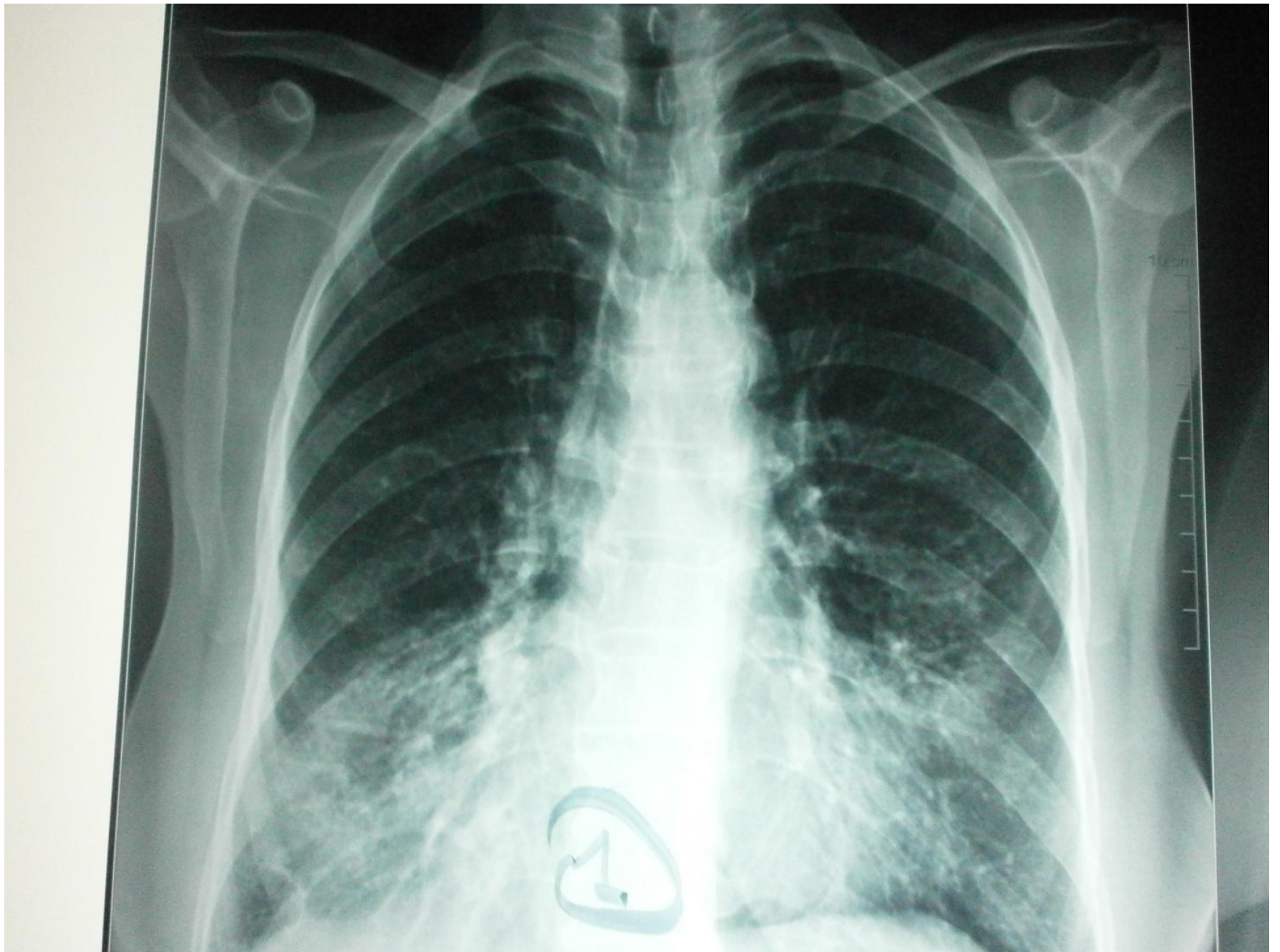
(3) Rainer TH. J Trauma 2004 ; 56 : 1211-3.

Pneumothorax

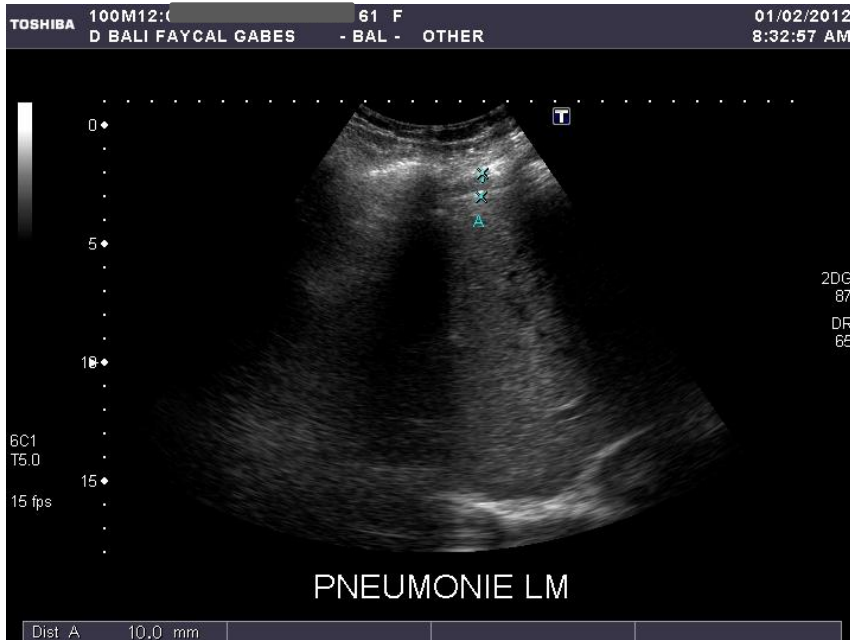
Abolition du glissement pleural (en niveau 1). A droite, l'acquisition en mode TM permet d'objectiver ce signe (non visible sur le cliché de gauche, statique), car il génère un ensemble de lignes rigoureusement horizontales, traduisant l'immobilisme absolu en deçà de la ligne pleurale (flèches), signe de la "stratosphère". Noter par ailleurs sur le cliché de gauche l'absence absolue de "fusées pleurales"



Lichtenstein D, L'échographie pulmonaire en réanimation
Service de Réanimation Médicale – Faculté Paris Ouest .Hôpital Ambroise
Paré, 92100 Boulogne .Tel : 01.49.09.56.01 ;dlicht@free.fr



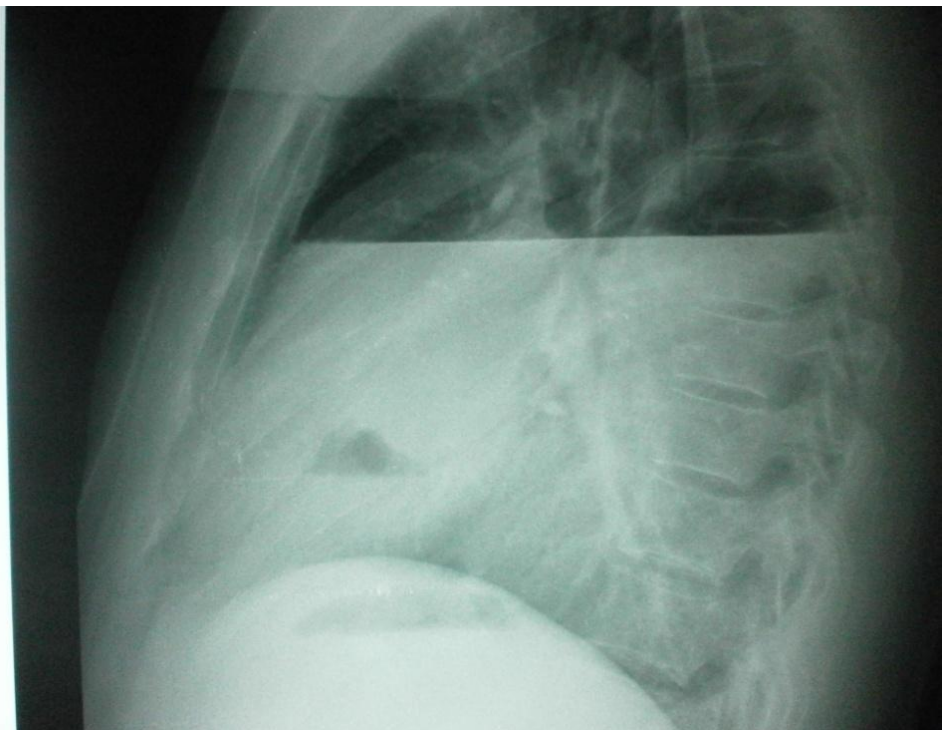
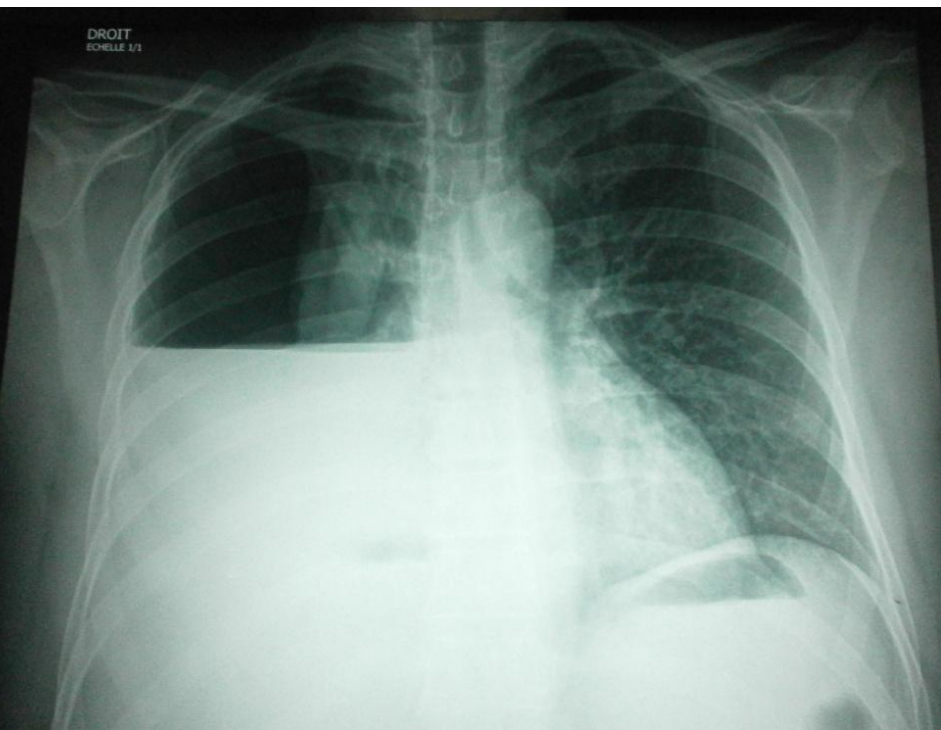
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE DROITE:



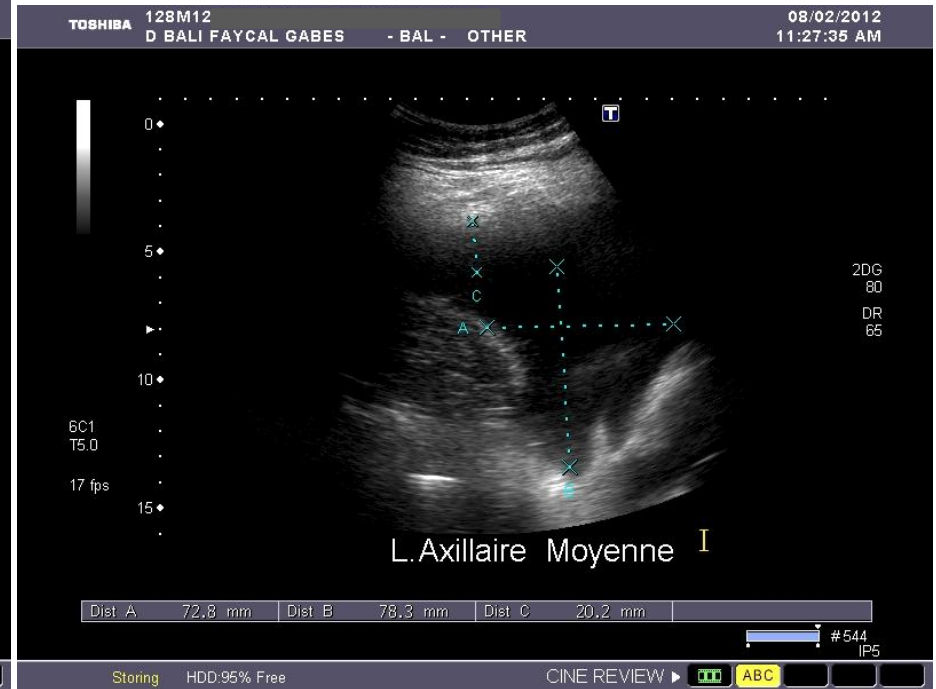
Il existe au niveaux du dernier espace intercostale (en antérieur et parasternale) un syndrome alvéolaire avec hépatisation- La ligne aeropulmonaire est doublé par un lame de 1mm de liquide



Aux niveaux ligne scapulaire postérieur il existe une pleurésie de faible abondance (ne dépassant pas le champs de la sonde) avec sensibilité expiratoire.->Ponction echoguidée 200CC Citrin



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE DROITE



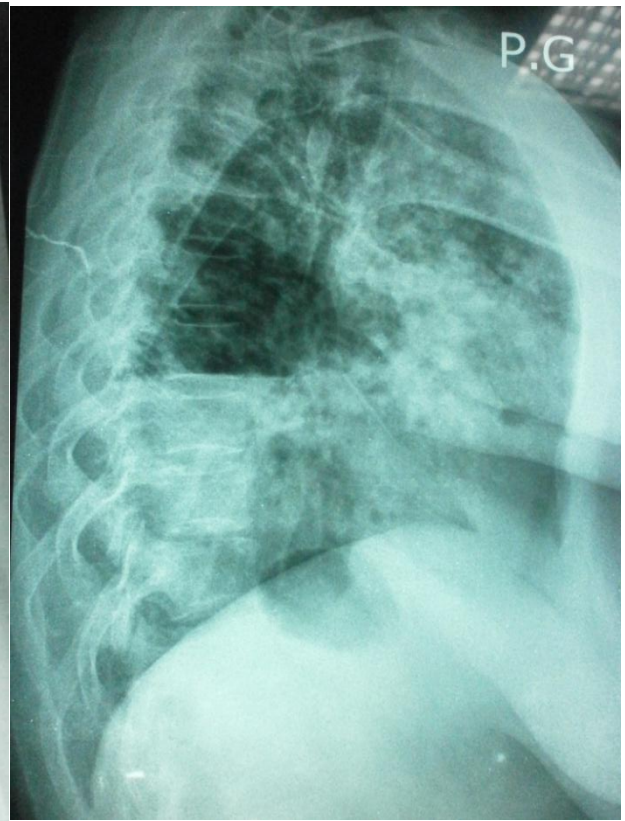
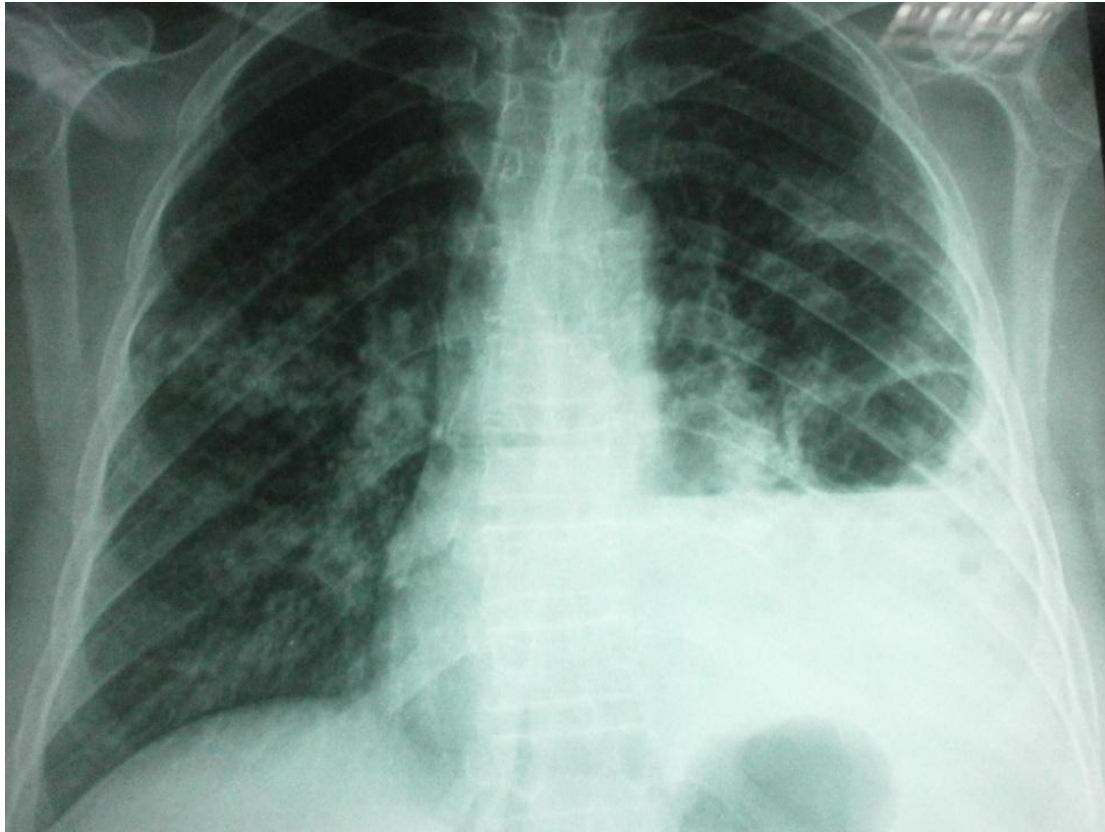
Il existe une pleurésie de grande abondance avec surface pulmonaire repoussée. En sous scapulaire elle est le siège d'un syndrome alvéolaire (51x67mm)-

Hémopneumothorax avec:

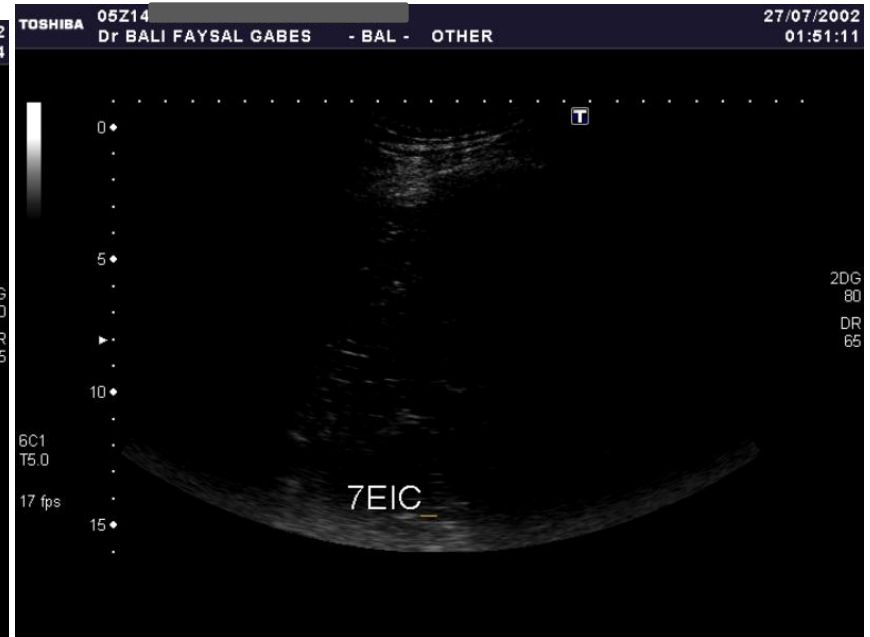
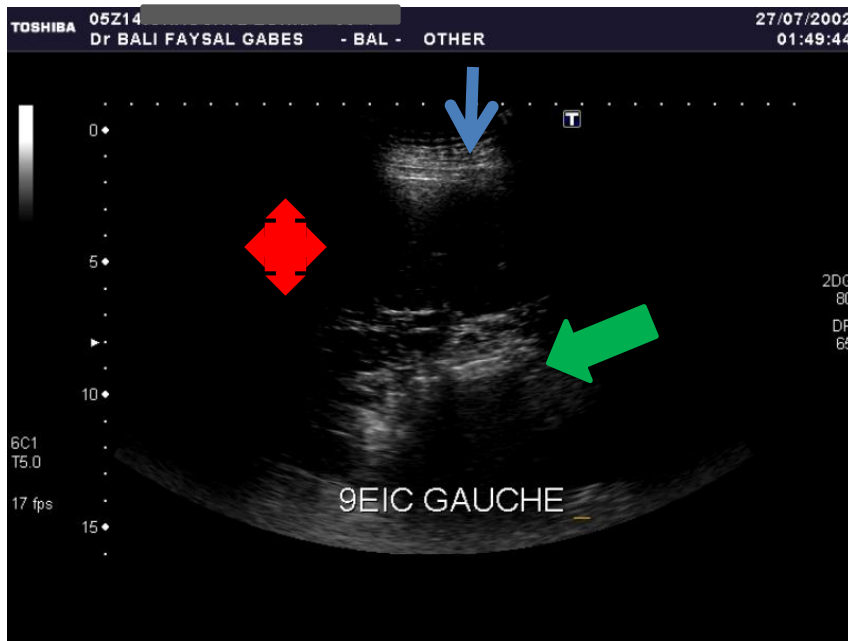
Disparition du signe du glissement.

L'air intra pleurale disparaît en fin d'inspiration (signe du rideaux) ->Exsufflation 600 CC

Hydropneumothorax gauche



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE GAUCHE :

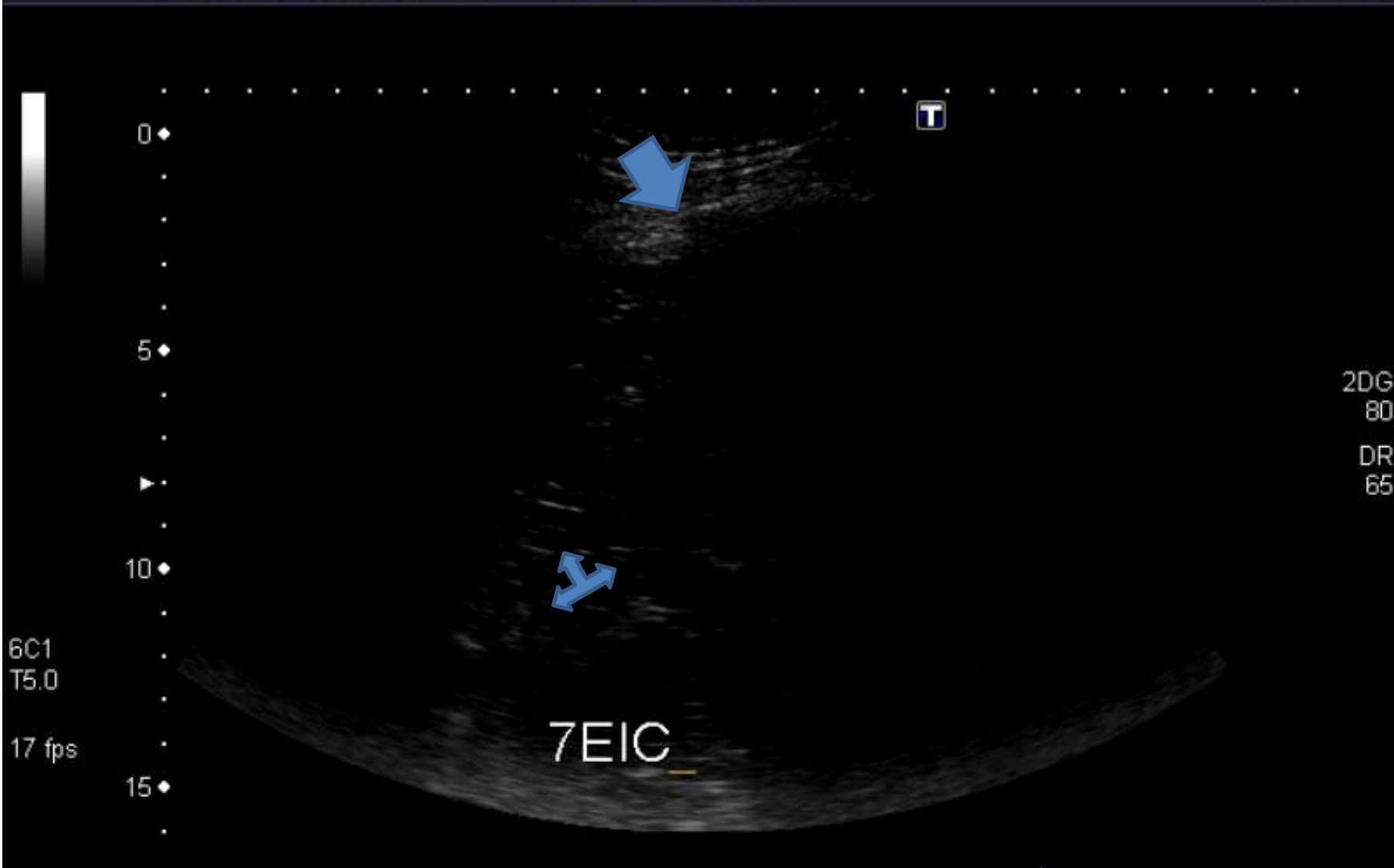


Aux niveaux de 9ème espace intercostale:

- * Interface pleuroaérique avec glissement
- * **Liquide anéchogène**
- * **Syndrome alvéolaire avec bronchogramme Aérique et liquidién**

Aux niveaux du 7ème espace intercostale :

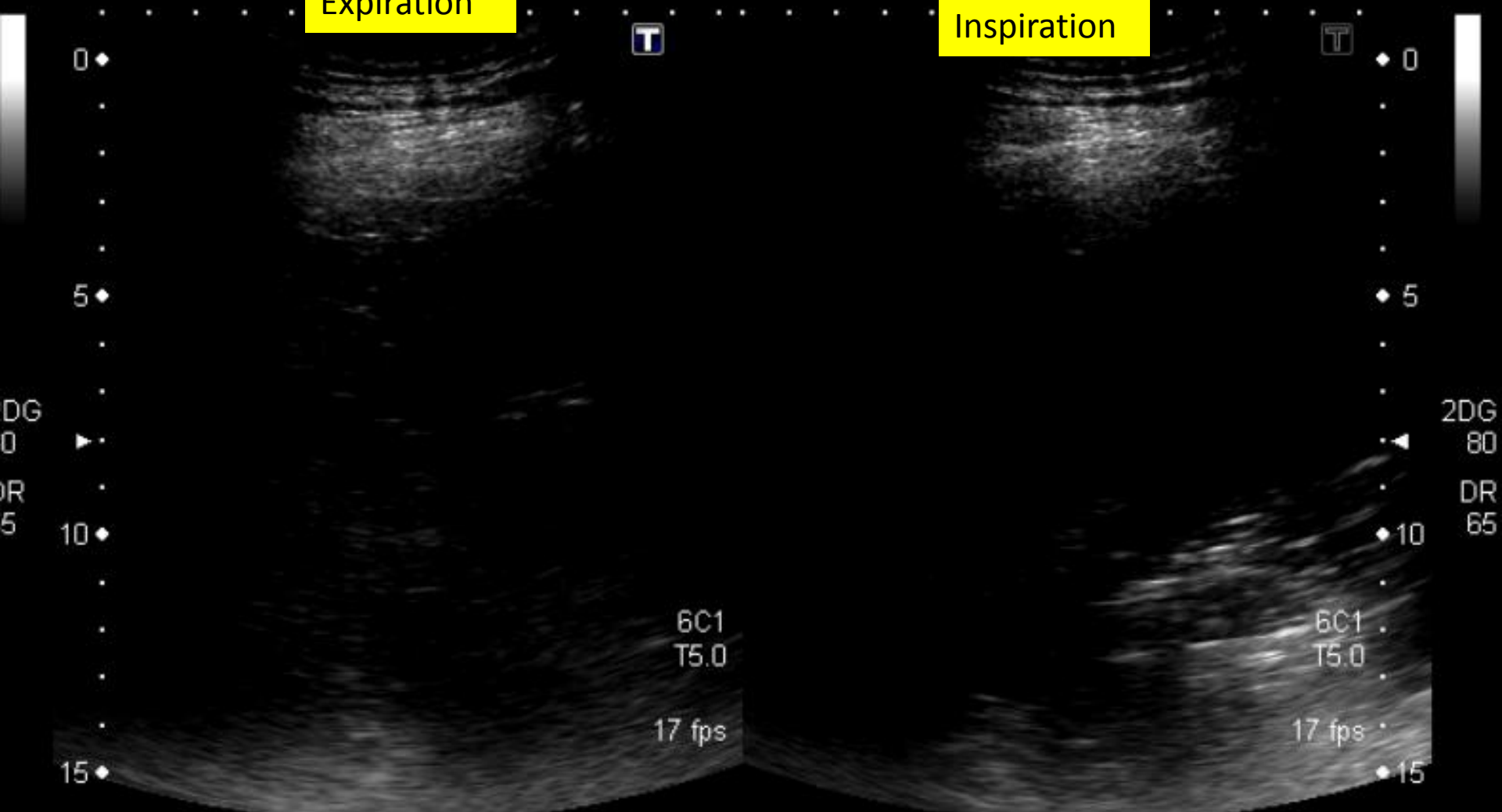
- * Disparition du signe du glissement
- * Présence de l'air intrapleurale



***Disparition du signe du glissement** 
***Présence de l'air intrapleurale** 

Expiration

Inspiration

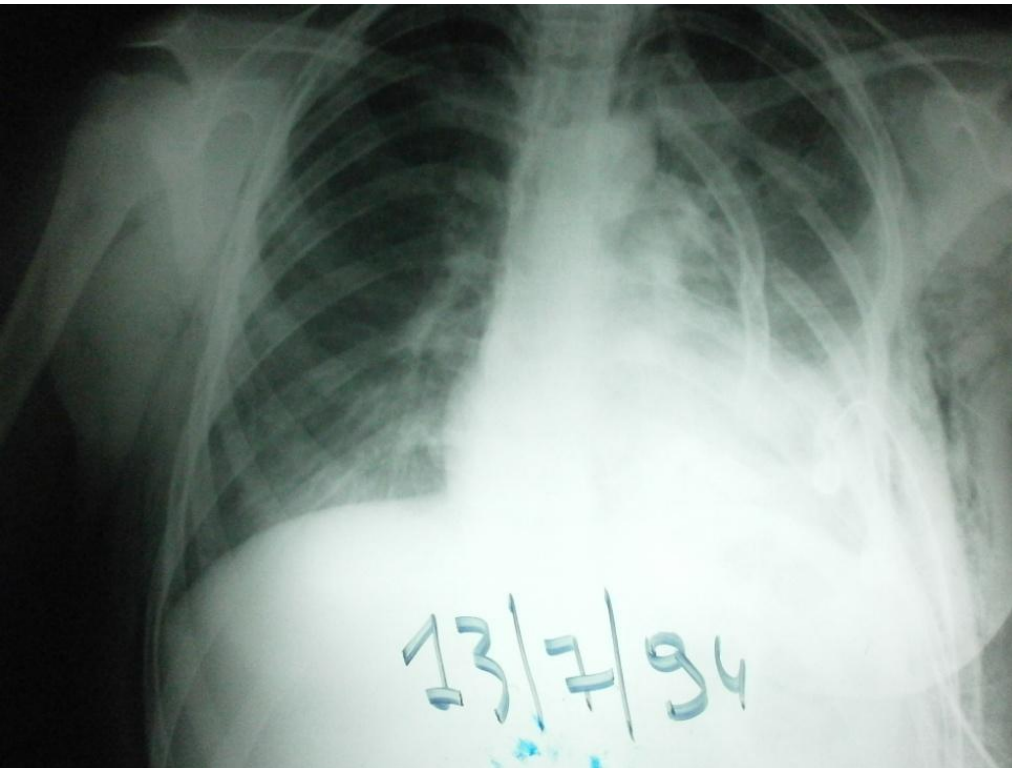


SIGNE DU RIDEAU

DISPARITION DE L'AIR INTRAPLEURALE EN INSPIRATION

NAIMA M...35ANS M'A Consultée le 22/05/2008 et le 16/03/2012.

Géne hemithoracique gauche récidivante attribuée a un traumatisme thoracique gauche grave survenu 15 ans aux paravent aux décours d'une CHUTE D'ESCALIER .



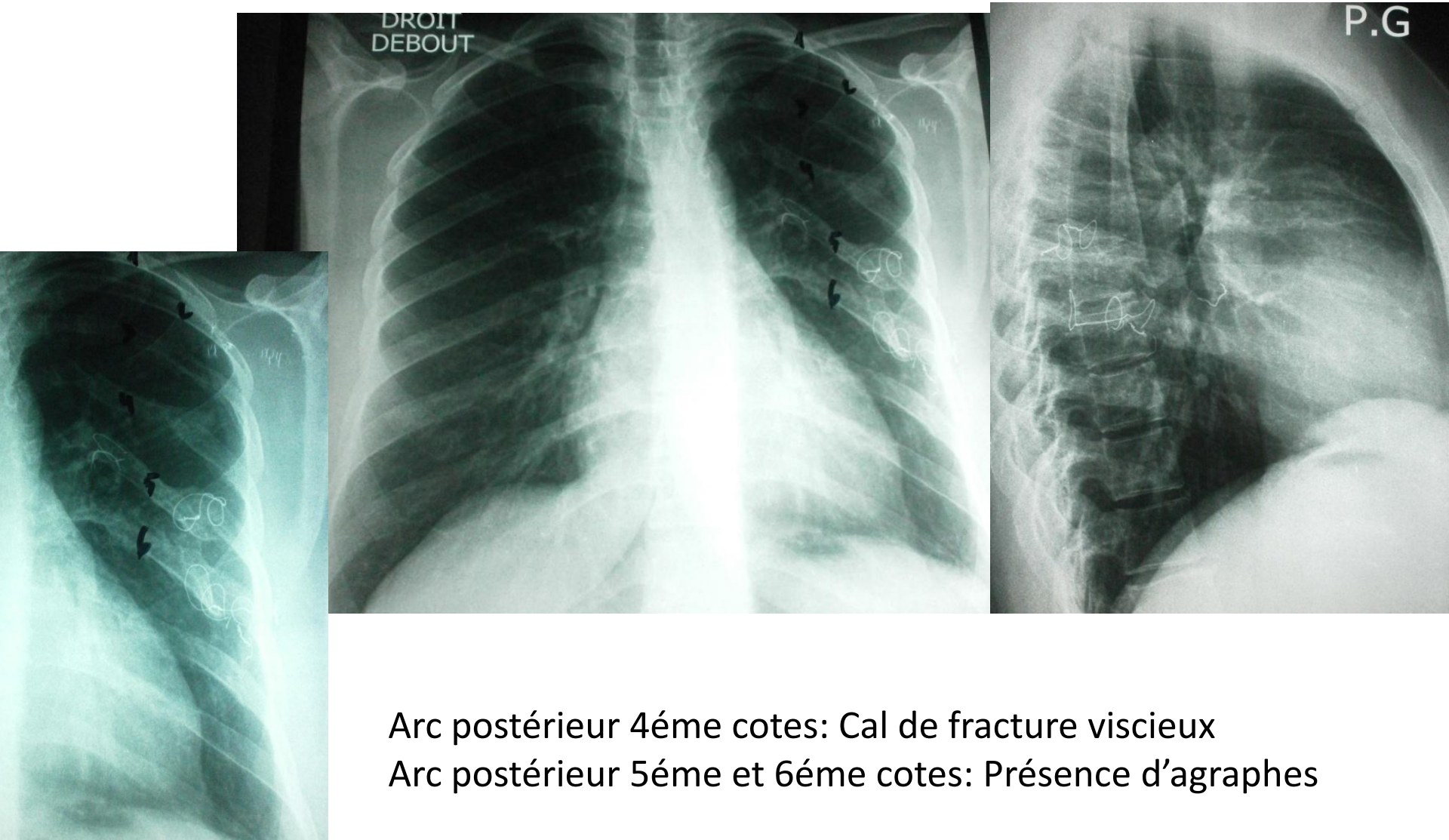
➤ **LE 9/07/94 :**
HEMOPNEUMOTHORAX GAUCHE+
FRACTURES DE COTES VSIEUSE
->.DOUBLE DRAINAGE

➤ **LE 30/07/1994 :**
ABALATION DU DRAIN

➤ **LE 13/08/1994:**
REDRAINAGE

➤ **LE 15/08/1994:**
MISE EN PLACE DE D' AGARAPHES
costales.

RX thorax du 16/03/12:

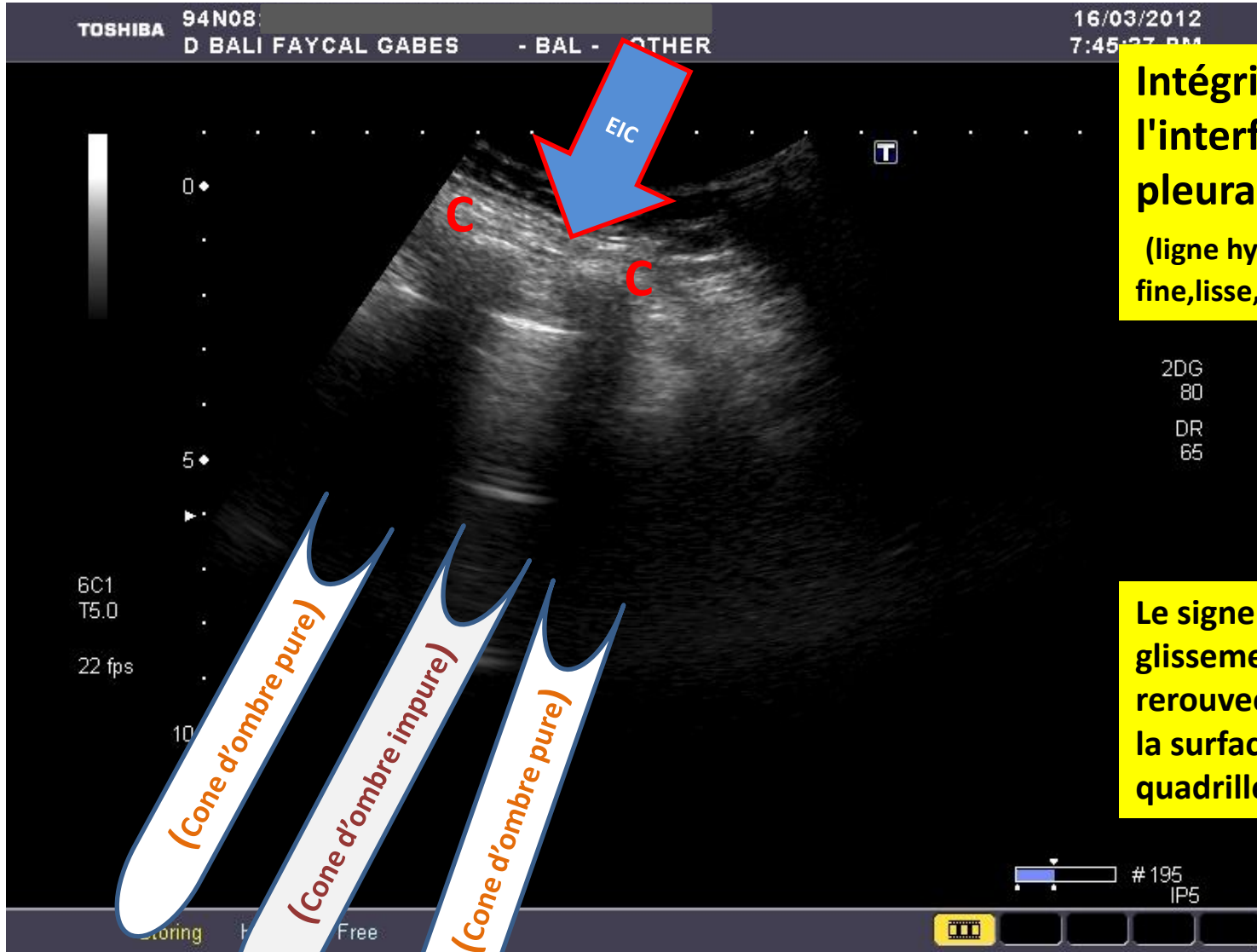


Arc postérieur 4ème cotes: Cal de fracture viscieux

Arc postérieur 5ème et 6ème cotes: Présence d'agraphe

ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE droite (NORMALE):

IL EXISTE UNE ALTERNANCE DE BANDE FUSEAUX NOIR NAISSANT DERIERE LES **COTES** (Cone d'ombre pure) et de fuseaux blanc naissant derrières le **espaces intercostales** (Cônes d'ombre impure)

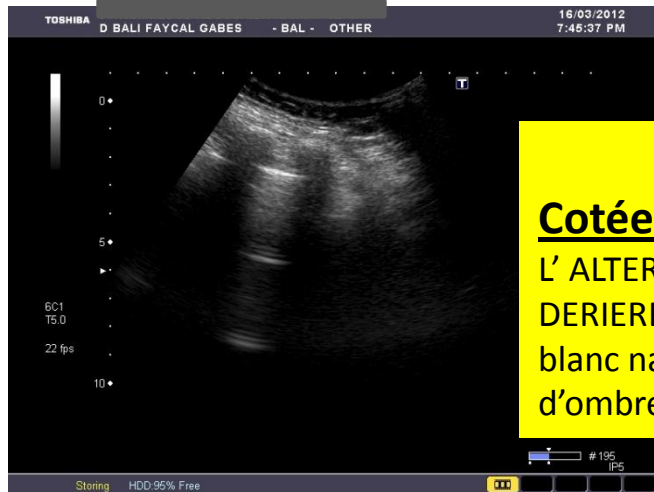
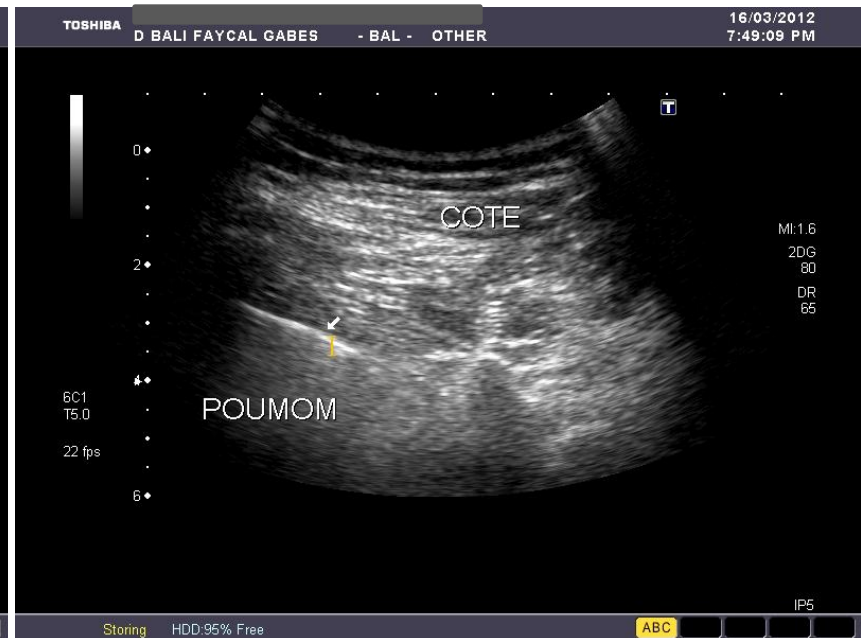
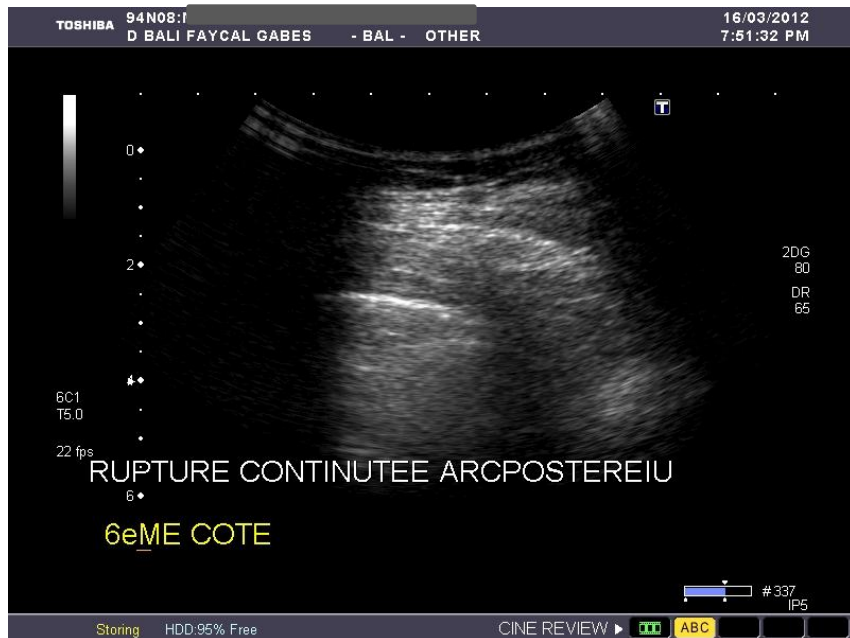


Intégrité de l'interface pleuraerique
(ligne hyperechogène fine, lisse, continu).

Le signe du glissement est rerouvé sur toute la surface quadrillé

ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE Gauche:

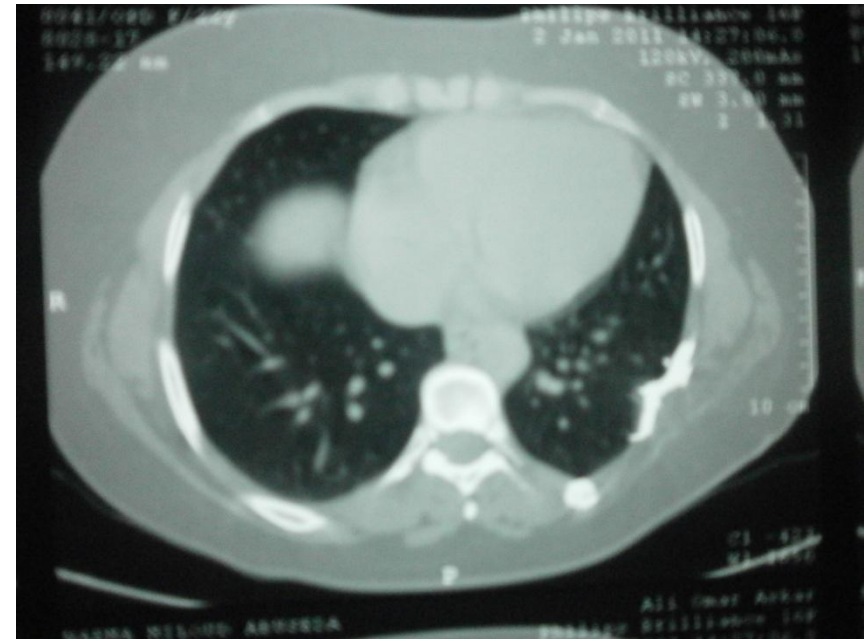
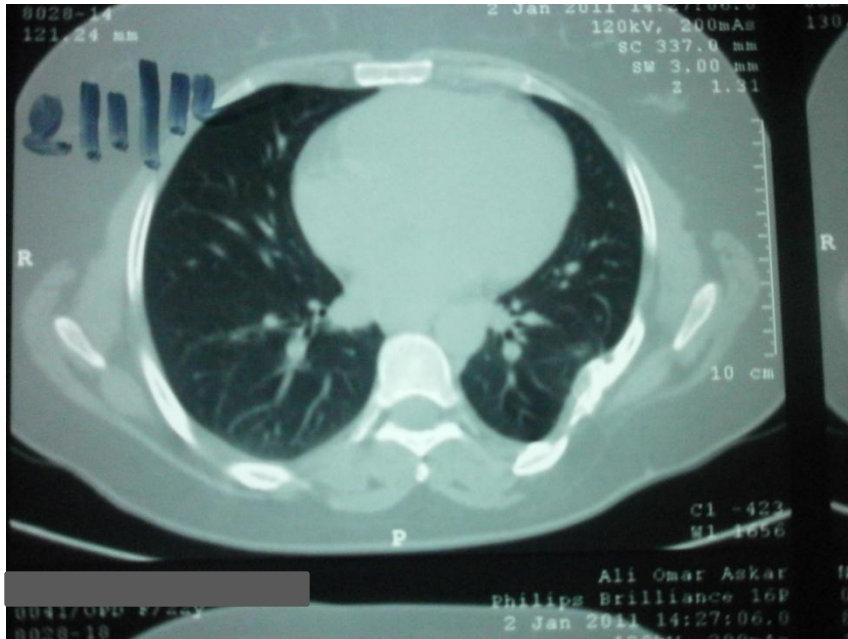
Rupture de continuité aux niveaux de l'arc postérieur de la 6^{ème} cote sur la ligne scapulaire-
L'ARTHEFACT AERIQUE EST VISIBLE EN SOUS CUTANEE Au niveaux de 6^{ème} espace intercostale



Cotée droit pour comparer:

L' ALTERNANCE DE BANDE FUSEAUX NOIR NAISSANT
DERIERE LES COTES (Cône d'ombre pure) et de fuseaux
blanc naissant derrières le espaces intercostales (Cônes
d'ombre impure) n'est pas retrouvée

Scanner thoracique du 2/11/11



- Pas de lésions pleur parenchymateuse.
- Cal de fractures en postérieur
- Sur les coupes bas située (6^{ème} espace) le poumon semble être directement sous la peau (en comparaison aux cotée droit)

ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE gauche

Intégrité de l'interface pleuraerique (ligne hyperechogène fine,lisse, continu)

Le signe du glissement est rerouvé ET objectiveé en mode TM

