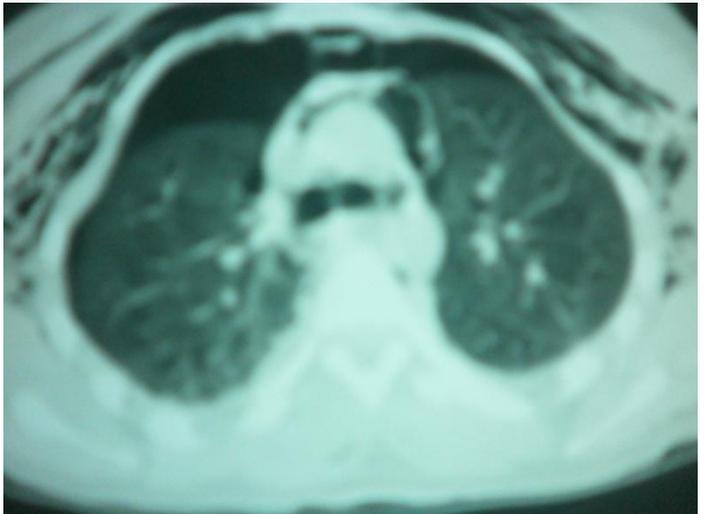
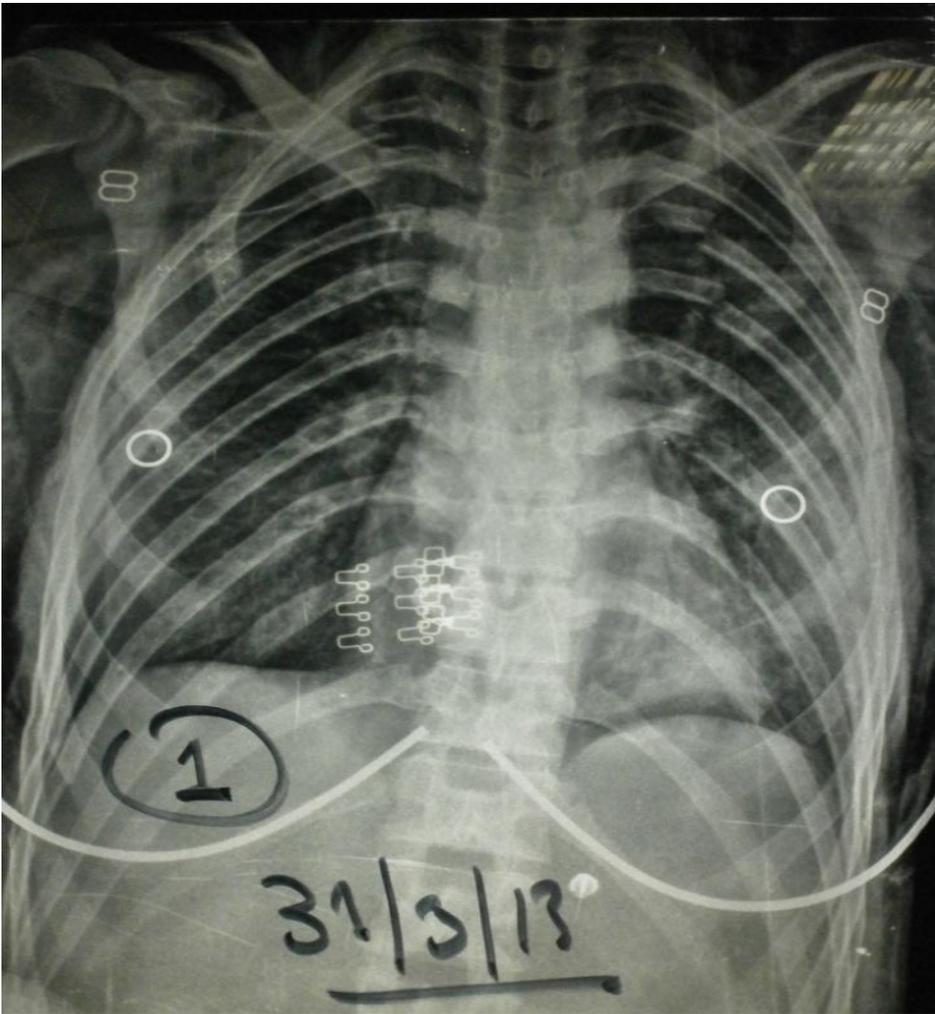
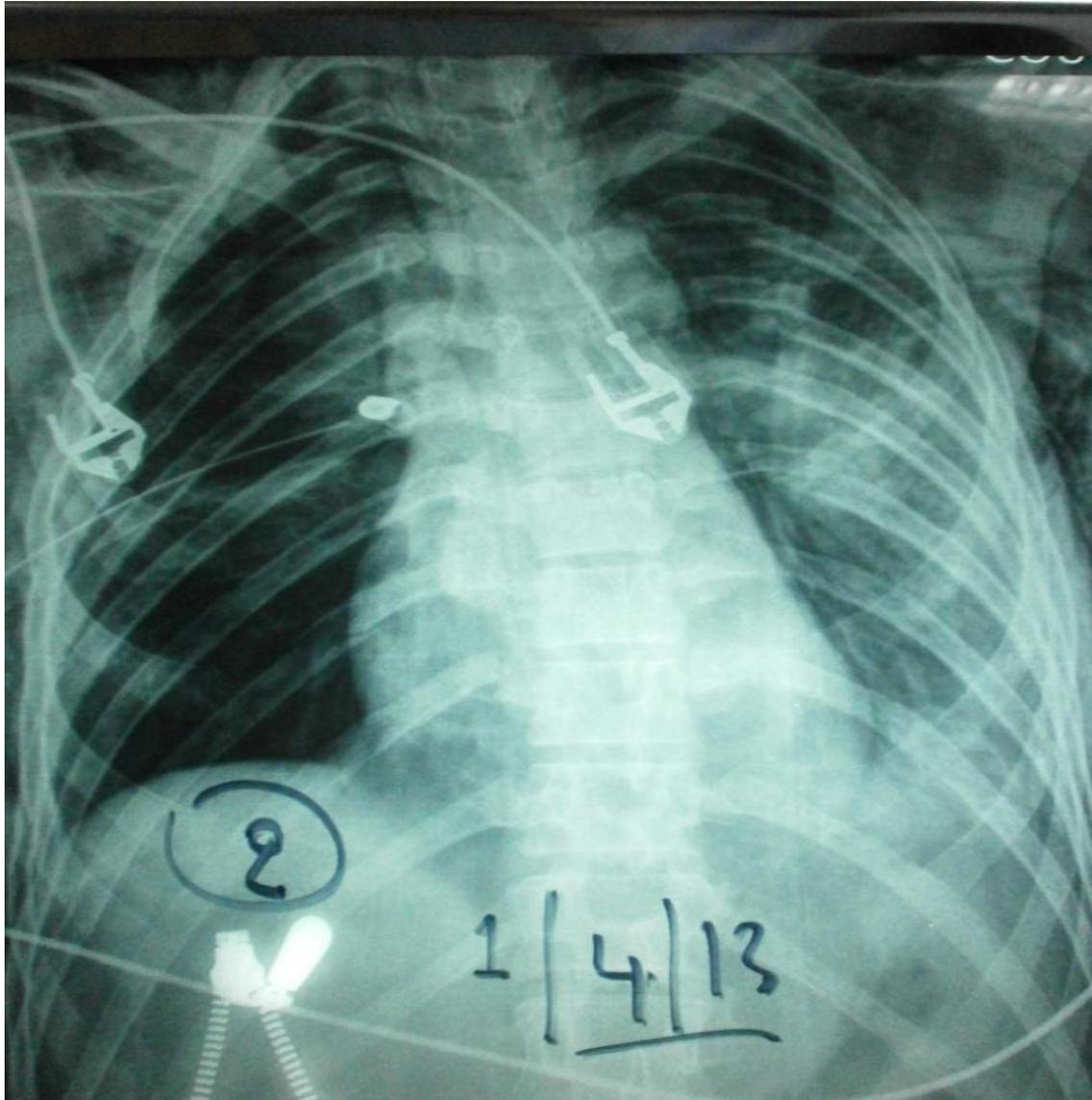


Mlle Serra S..27ANS .AVP survenu le 31/3/13. Traumatisme thoracique grave
Asphyxie. Emphysème sous cutanée.

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



Radio Thorax du 1/4/13:



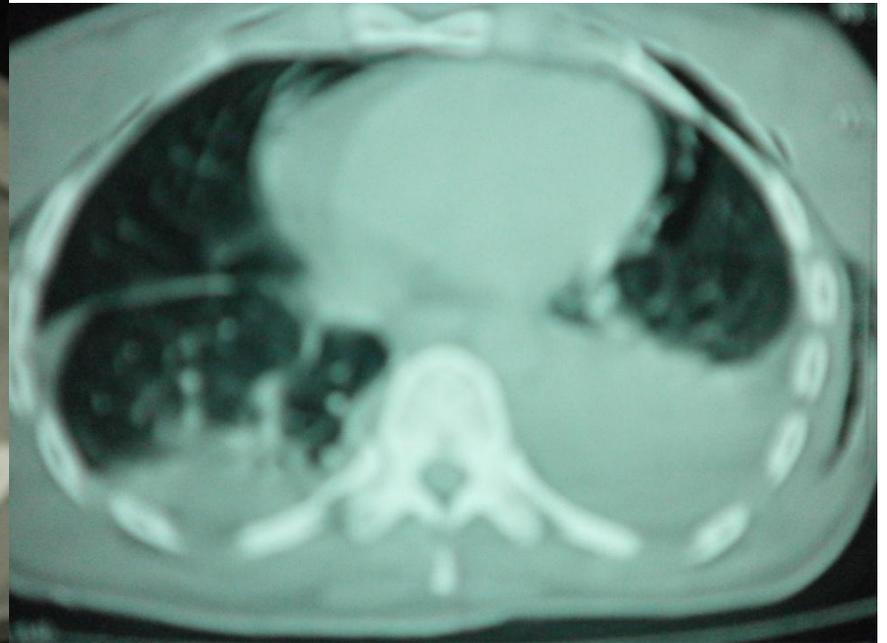
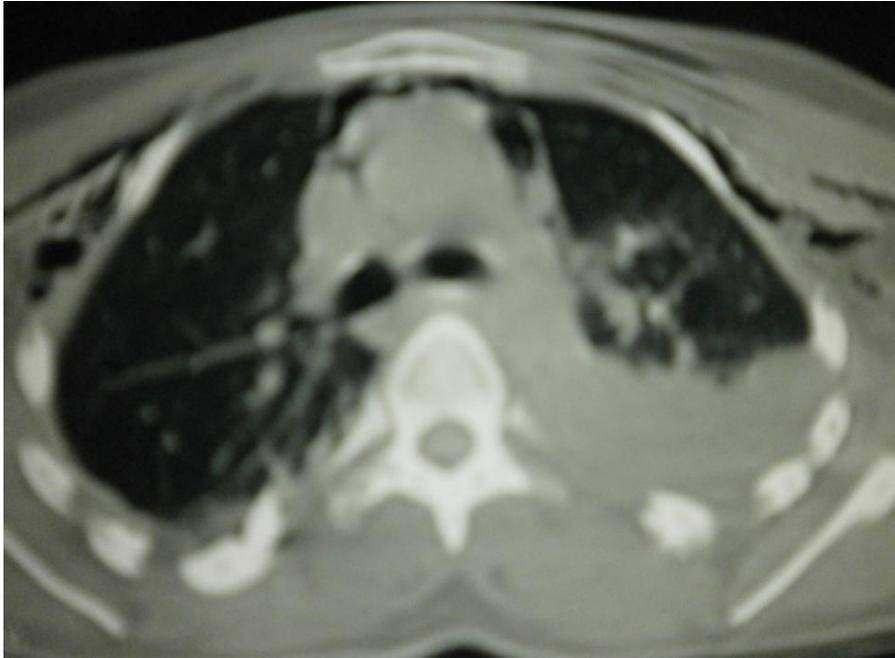
Drain thoracique
droit en Place

Condensation 2/3
inférieur du
poumon gauche

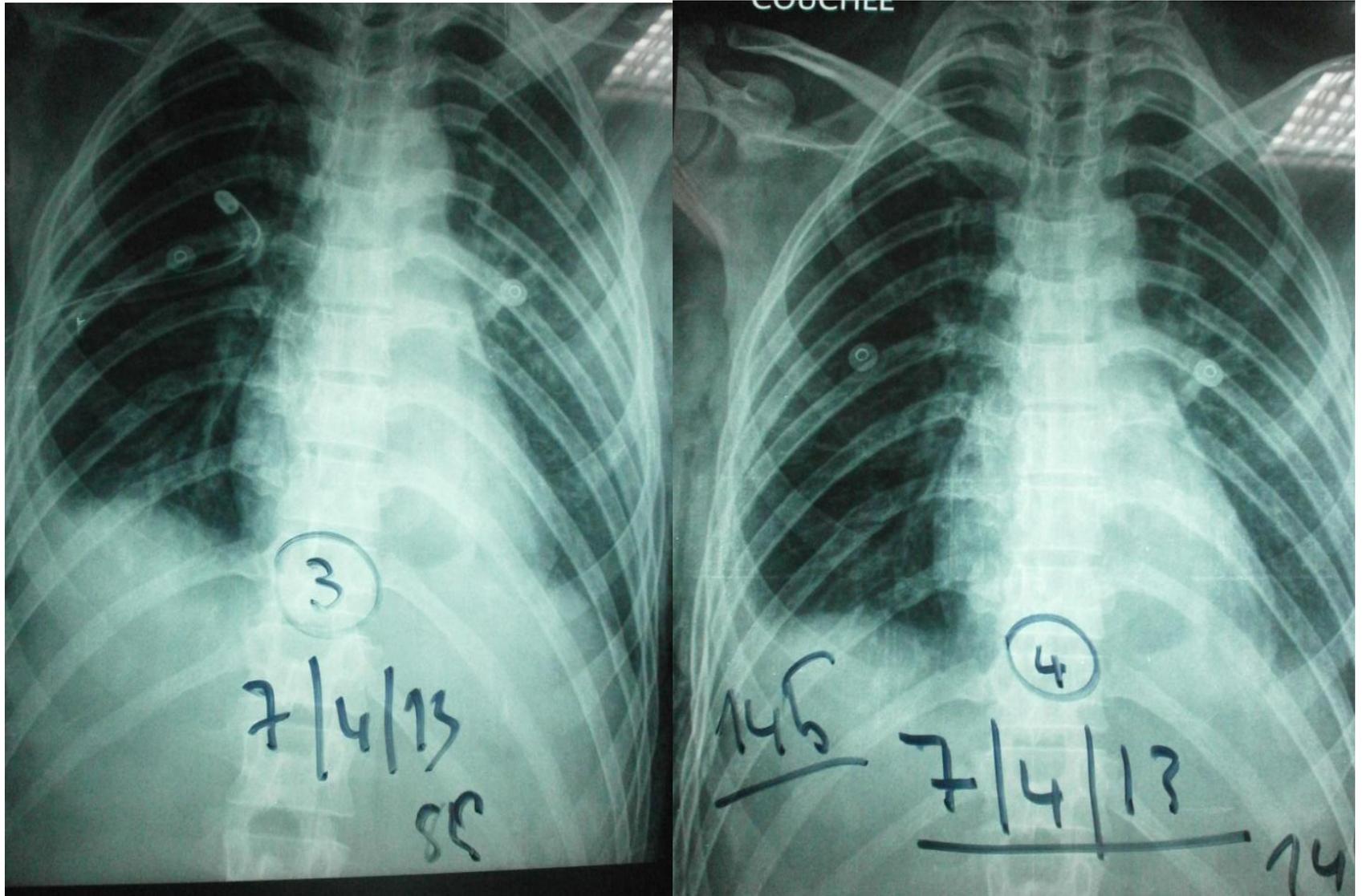
Scanner de contrôle le 3/04/13:

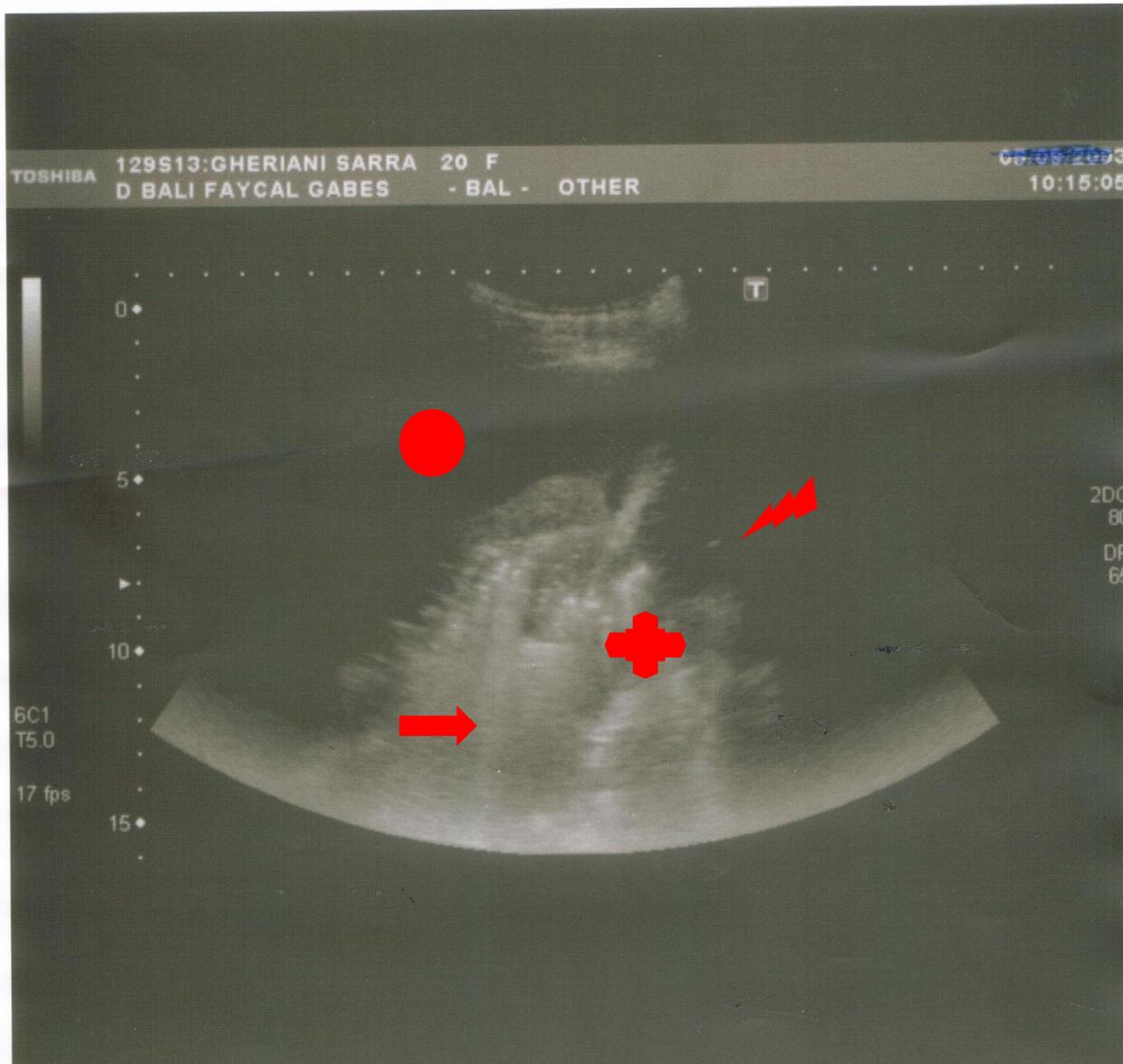
Les deux poumons sont à la paroi.

Condensation bilatérale plus prononcée à 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



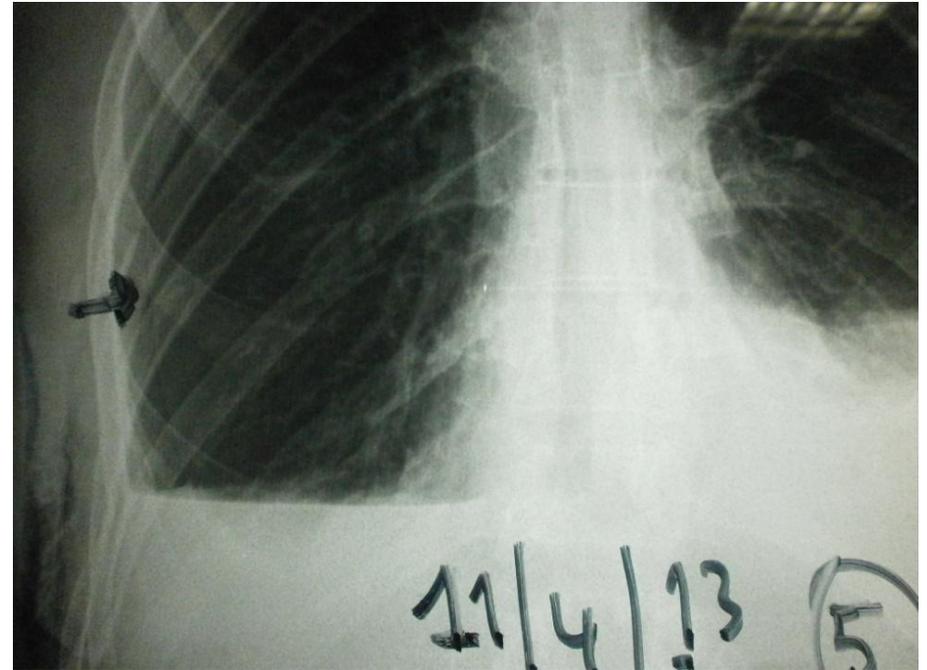
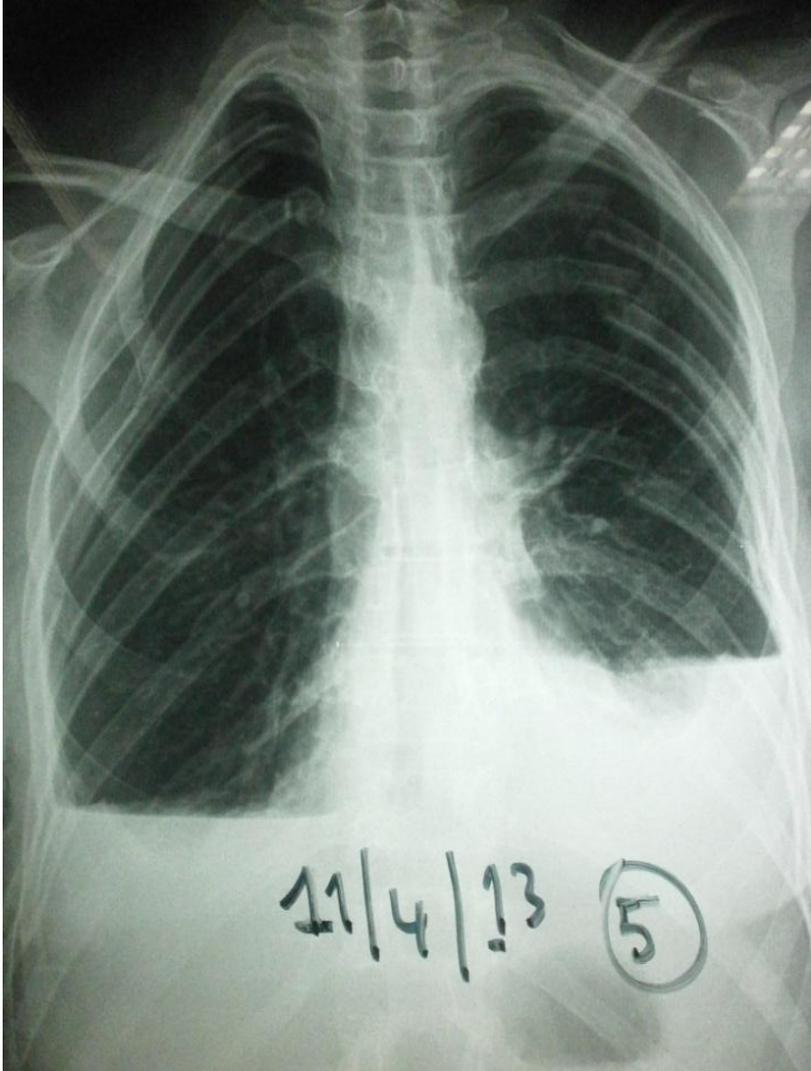
Contenant de l'air



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

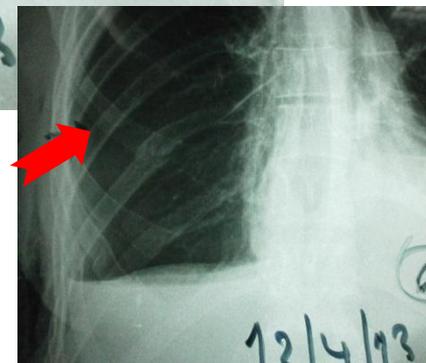
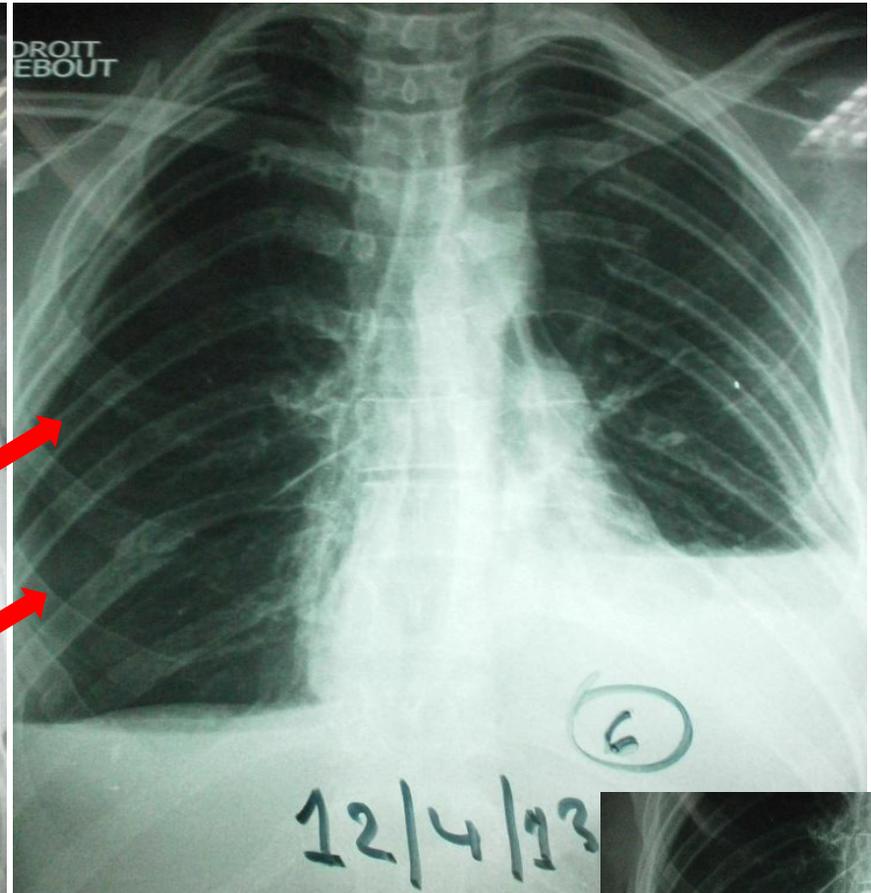
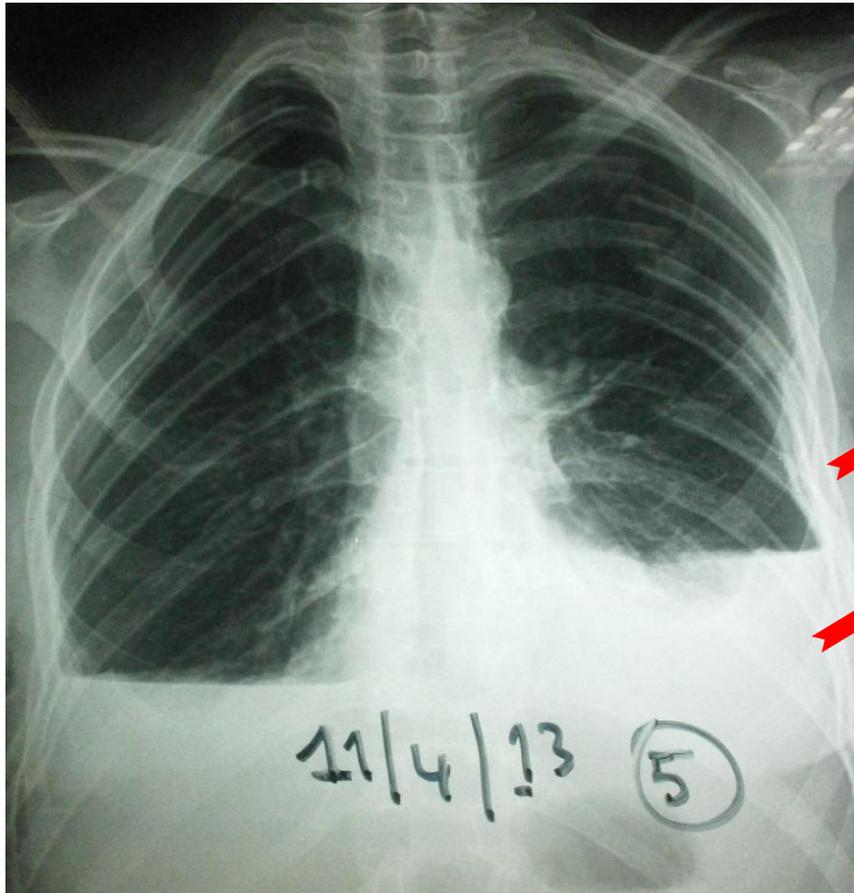
Rx thorax demandée (le 11/4/13)

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

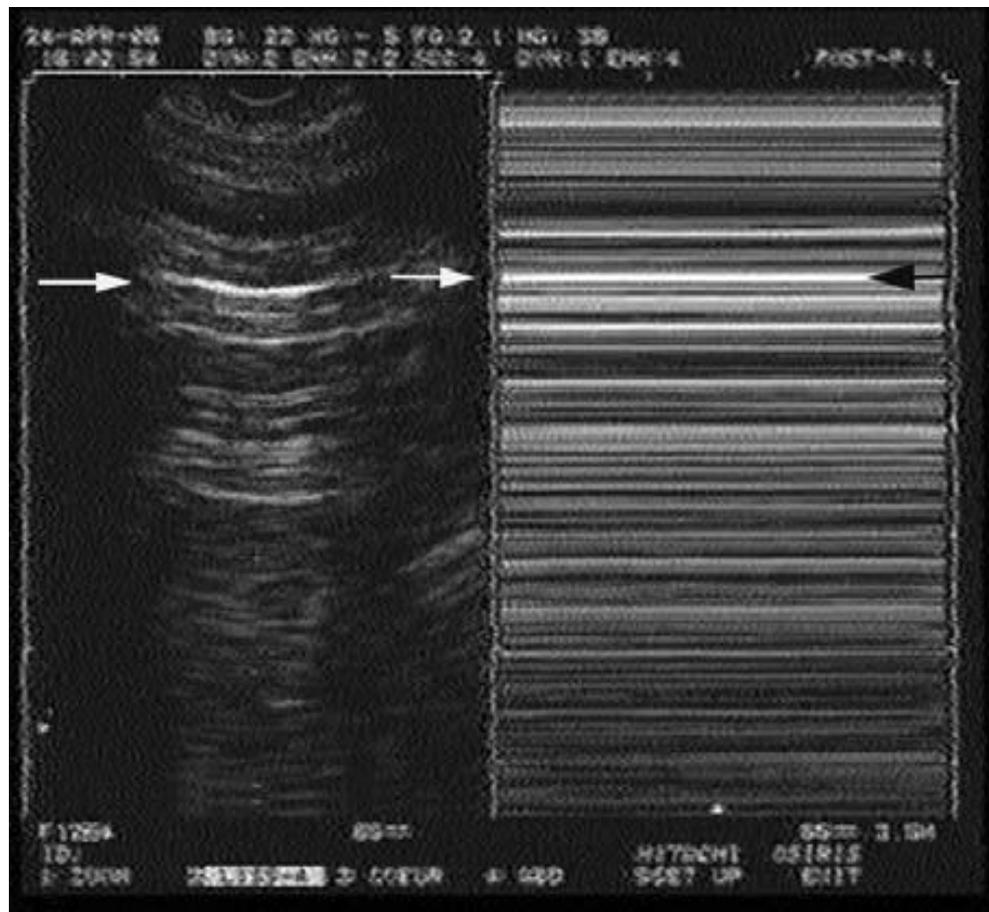
(1) Kirkpatrick AW. J Trauma 2001 ; 50 : 750-2.

(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