

**Centre Hospitalier Universitaire de Nice**  
**Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence**

<b>Protocole de service accueil des urgences</b>	
Titre	<b>TRAUMATISME THORACIQUE</b> <b>RFE SFAR-SFMU 2015</b>
Rédaction DR MION-NOLIN	Approbation Dr COHEN (chirurgie thoracique)
Date de création	MARS 2019
Application	Validité
Urgences-SAMU-SMUR	2 ans

## STRATEGIE DIAGNOSTIQUE A LA PRISE EN CHARGE D'UN TRAUMATISME THORACIQUE

### Instabilité respiratoire et/ou hémodynamique

En préhospitalier	Au déchocage
<p>→ <i>écho pleuro-pulmonaire</i>                      → <i>Fast écho</i>                      à la recherche d'un épanchement gazeux ou liquide « <i>par médecin expérimenté</i> » et « <i>sans retarder la prise en charge</i> »</p>	<p>→ <i>écho pleuro-pulmonaire</i>                      → <i>Fast écho</i>                      → <i>Rx thorax et bassin</i> (si polytraumatisé)                      puis TDM injecté <u>si hémodynamique stabilisée</u>  <u>Sinon : bloc opératoire en urgence</u></p>

### Patient stable ou stabilisé

#### Critères de gravité

- âge > 65 ans
- pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire chronique (coronaropathie, insuffisance cardiaque)
- troubles de coagulation congénital ou acquis
- TTT antiagrégant ou anticoagulant
- circonstances de survenue (forte cinétique et/ou traumatisme pénétrant)
- FR > 25/min et/ou hypoxémie avec sat < 90% ou < 95% malgré O<sub>2</sub>
- détresse circulatoire avec PAS < 110 mmHg ou chute PAS > 30%



Scanner thoracique injecté après Rx thorax

#### Pas de critère de gravité

Examen clinique ne mettant en évidence qu'une **lésion pariétale bénigne**



Echo pleuro-pulmonaire++ (si possible)  
+ Rx thorax

Lésion autre que pariétale bénigne



Scanner thoracique injecté après RX thorax

NB : L'échographie pleuro-pulmonaire permet le diagnostic de fractures sternales et costales suspectées et ignorées par la RX thoracique. Elle peut faire le diagnostic de PNO ou hémithorax non visibles sur la RX de thorax de face.

## ANALGESIE DU TRAUMATISE THORACIQUE

- le contrôle de la douleur est une urgence
- évaluation systématique de la douleur au repos, à la toux, et à l'inspiration profonde
- évaluation systématique de la douleur par ENS, EVS

En préhospitalier



→ si EVS  $\geq 6$ : titration morphine  
→ si nécessité de sédation procédurale pour mobiliser le patient utiliser la kétamine (moins d'apnée et d'hypoxie qu'avec le propofol)

En intra-hospitalier  
si douleur incontrôlée dans les 12h

Péridurale par anesthésiste  
réanimateur

En cas de volet costal ou de fractures étagées

## INDICATIONS ET MODALITES DE DRAINAGE DANS LES TRAUMAS THORACIQUES

- Indications de décompression en urgence en pré et intra hospitalier : si détresse respiratoire aigue ou hémodynamique avec forte suspicion de tamponnade gazeuse
- Indications de thoracostomie par voie axillaire : si ACR et/ou en cas d'échec d'exsufflation
- Indications de drainage thoracique :
  - si PNO complet (drain de faible calibre 24 F)
  - si épanchement liquidien ou aérique responsable d'un retentissement respiratoire et/ou hémodynamique
  - si hémothorax évalué à plus de 500cc (drain de calibre 24 F)

### Remarques :

- si PNO minime unilatéral, sans retentissement clinique, drainage non systématique : surveillance simple et radio de contrôle a H12
- si nécessité de VM et PNO : le drainage thoracique n'est pas systématique
- si PNO bilatéral : le drainage n'est pas systématique

## INDICATIONS CHIRURGICALES ET DE RADIO INTERVENTIONNELLE POUR LE TRAUMATISME THORACIQUE FERME

- ❖ **Place de la radio interventionnelle pour les lésions des gros vaisseaux** (isthme aortique, lésions axillaires ou sous-clavières): traitement endovasculaire ou chirurgical selon décision du chirurgien vasculaire

- ❖ **Place de la chirurgie de sauvetage en urgence :**

→ thoracotomie de ressuscitation en intrahospitalier : PAS D INDICATION si ACR en cas de traumatisme thoracique fermé si la durée de la RCP dépasse 10 min sans récupération d'une activité circulatoire et/ou asystolie en l'absence de tamponnade

→ thoracotomie d'hémostase si:

- instabilité hémodynamique et saignement intrathoracique actif dans le drain en l'absence d'autre cause de saignement
- stabilité hémodynamique si le débit du drain est : - > à 1500ml d'emblée avec poursuite du débit de drainage > 200cc/h dès la première heure

drainage > 200 ml/h pendant 3h

- < à 1500ml avec poursuite du débit de

→ thoracoscopie chirurgicale : pour les hémothorax résiduels malgré un premier drainage thoracique bien conduit

## SPECIFICITES MEDICALES ET CHIRURGICALES D'UN TRAUMATISME THORACIQUE PENETRANT

- ❖ **Place de la thoracotomie de ressuscitation à l'hôpital :**

→ si ACR avec traumatisme thoracique pénétrant après avoir éliminé un PNO compressif et en cas de détresse circulatoire majeure chez un patient échappant aux mesures de réanimation

→ PAS D' INDICATION si ACR sur traumatisme thoracique pénétrant si durée de RCP dépassant 15 min sans récupération d'une activité circulatoire et lors d'une asystolie initiale en l'absence de tamponnade.

- ❖ **Modalités de réalisation et exploration d'une plaie de l'aire cardiaque :**

**Aire cardiaque** : zone comprise entre les 2 clavicules et la fourchette sternale, en haut, les 2 lignes médioclaviculaires latéralement, et l'auvent costal en bas

Instabilité hémodynamique et/ou épanchement péricardique compressif à l'échographie



Abord chirurgical

Stabilité hémodynamique, pas d'épanchement péricardique et pas d'hémothorax



Surveillance en milieu spécialisé après scanner injecté

❖ **Antibioprophylaxie :**

Augmentin®, et en cas d'allergie à la pénicilline, association clindamycine® + aminoside pendant 24 à 48h en fonction de la nature et de l'importance de la plaie.

**SITUATIONS LES PLUS FREQUENTES**

**CAT**

❖ **Fracture sternale isolée :**

Troponine H0 et H3  
ECG

- ECG et cycle de troponine négatif → RAD avec antalgiques  
→ consultation médecin traitant à J10 avec RX thoracique F+P
- ECG anormal et/ou cycle de troponine positif → allo chirurgien thoracique pour avis

❖ **Fracture de côte unique non compliquée :**

- Traitement antalgique
- Consultation médecin traitant à J10 avec RX thoracique de face

❖ **Fractures de côtes étagées, unifocales, sans épanchement associé, non oxygénodépendants , avec bon contrôle de la douleur et capables de se mobiliser:**

- RAD avec traitement antalgique adapté
- ordonnance pour 20 séances de kiné respiratoire à débiter dans les 48 à 72h qui suivent le traumatisme
- consultation médecin traitant à J10 avec RX thoracique de face
- surveillance en milieu hospitalier 24h à discuter si patient âgé de plus de 65 ans, seul à domicile, algique...(au cas par cas)

❖ **Pour toutes les autres situations de traumatisme thoracique :**

- **PATIENT STABLE** : allo **interne de chirurgie thoracique** H24 en appelant dans le service au STC thorax au 38034 ou 38036
- **PATIENT INSTABLE** : allo **chirurgien thoracique sénior d'astreinte** en appelant dans le service au STC thorax au 38034 ou 38036