



Journées Thématiques Interactives
de la Société Française de Médecine d'Urgence
et Journée Nationale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence



URGENCES RESPIRATOIRES du 14 au 16 octobre 2015
BESANÇON MICROPOLIS

ATELIER 4

TRAUMATISME THORACIQUE

Experts L.Ducros P.Michelet

Animateurs P.Banwarth K.Tazarourte

Rapporteur E.Querellou

Q1 - CRITERES DE GRAVITE ET ORIENTATION d'UN TRAUMATISME THORACIQUE

- ▶ *Eléments de gravité potentielle*
 - ▶ *antécédents du patient :*
 - ▶ *âge de plus de 65 ans,*
 - ▶ *pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire chronique,*
 - ▶ *trouble de la coagulation congénital ou acquis (anticoagulant),*
 - ▶ *traumatisme de forte cinétique et/ou un traumatisme pénétrant*
 - ▶ *Airbag ou plicature de toit*
- ▶ *Eléments de gravité,*
 - ▶ *plus de 2 fractures de côtes, surtout chez un patient âgé de plus de 65 ans,*
 - ▶ *détresse respiratoire clinique avec une FR > 25/ min et/ou une hypoxémie (SpO2 < 90 % sous AA ou < 95 % malgré une oxygénothérapie),*
 - ▶ *détresse circulatoire (chute de PAS >30 % ou PAS <110 mmHg)*
- ▶ *Transfert avec Médicalisation*

Q1 - CRITERES DE GRAVITE ET ORIENTATION d'UN TRAUMATISME THORACIQUE

- ▶ Orientation : **centre de référence** level One dès l'existence de signes de détresse respiratoire et/ou circulatoire
 - ▶ Chirurgie thoracique et/ou cardiaque,
- ▶ Réévaluation : TDM à H6, second look
- ▶ Si terrain à risque : **avis spécialisé**, (téléphone ou télétransmission).
 - ▶ Activation de la filière
- ▶ Surveillance 24 heures.

Q2 – QUEL BILAN

- ▶ *Echographie pleuro pulmonaire, associée à la FAST*
 - ▶ *Suggéré en extra*
 - ▶ *Recommande en intra*
- ▶ *Réalisé par un praticien expérimenté*
- ▶ *Tomodensitométrie thoracique avec si lésion pariétale bénigne isolée sans critère de gravité*
 - ▶ *Rx non obligatoire*
 - ▶ *Echo suggéré*
- ▶ *Si lésion thoracique suspectée autre que pariétale, réalisation d'une tomodensitométrie thoracique injectée*
- ▶ *Si critère de gravité TDM*

Q3 - INDICATIONS ET MODALITÉS DU SUPPORT VENTILATOIRE DU PATIENT TRAUMATISÉ THORACIQUE

- ▶ *En milieu intra-hospitalier, si hypoxémie, (après réalisation TDM et/ou drainage), ventilation non invasive*
 - ▶ *Comment: VSAI-PEP, PEP 5 cm H₂O, AI 5, FiO₂ QSP > 94 %, I/E ½,*
 - ▶ *Réévaluation à 1 h*
- ▶ *Extra et intra*
 - ▶ *Ventilation mécanique protective*
 - ▶ *Comment : VAC 6 et 8 ml/kg de poids idéal, pression plateau < 30 cmH₂O , PEP au moins égale à 5 cm H₂O et FiO₂ < 60% pour SpO₂ > 92%*
- ▶ *Sédation incluant curarisation précoce*
 - ▶ *Réduction de l'inflammation alvéolaire et pulmonaire*
- ▶ *Et le futur : Oxygénothérapie haut débit (Optiflow)*

Q4 - STRATEGIES ANALGESIQUES DES TRAUMATISMES THORACIQUES

- ▶ *C'est une urgence*
- ▶ *Evaluation systématique (Repos , toux et l'inspiration profonde) de l'intensité de la douleur*
 - ▶ *Utilisation échelle numérique (EN) en première intention, ou AlgoPlus, sinon échelle verbale simple (EVS)*
- ▶ ***Titration par morphine***
- ▶ *Pour la mobilisation du patient ou la réalisation de geste invasif, après morphinique, **recours à la kétamine***
- ▶ *Et pour le futur intra hospitalier loco régional avec AR*

Q5 – INDICATIONS DU DRAINAGE PLEURAL

- ▶ **Décompression en urgence** si détresse respiratoire aigue ou hémodynamique, ou forte suspicion de tamponnade gazeuse
 - ▶ Si échec ou AC thoracostomie par voie axillaire
- ▶ En intra hospitalier drainage sans délai
 - ▶ Epanchement liquidien ou aérique responsable d'un retentissement respiratoire et/ou hémodynamique
 - ▶ Hémothorax évalué à plus de 500 ml (critère échographique et/ou radio TDM)
- ▶ Pneumothorax minime, unilatéral, sans retentissement clinique
 - ▶ Drainage non systématique.
 - ▶ Réévaluation à 12h Rx et/ou Echographie
- ▶ Si ventilation mécanique invasive ou bilatéralité,
 - ▶ Discussion du drainage au cas par cas (non systématique)

Q6 - INDICATIONS CHIRURGICALES ET RADIOLOGIQUES INTERVENTIONNELLE

- ▶ *Pas de réalisation d'une thoracotomie en préhospitalier dans l'AC.*
- ▶ *En intra hospitalier, la thoracotomie de ressuscitation apparaît futile dans deux situations :*
 - ▶ *la réanimation cardiopulmonaire > 10 min sans récupération d'une activité circulatoire*
 - et/ou***
 - ▶ *la présence d'une asystolie en l'absence de tamponnade*
- ▶ *Lésion de l'isthme aortique*
 - ▶ *Traitement endovasculaire*
 - ▶ *Priorisation des autres lésions traumatiques vitales*

Q6 - Indication de thoractomie d'hémostase

- ▶ *Instabilité hémodynamique et saignement intrathoracique actif en l'absence d'autre cause de saignement.*
 - ▶ *Notion d'avis chirurgical spécialisé rapide*
 - ▶ *Prévention de la coagulopathie*
- ▶ *Stabilité hémodynamique (fonction du débit du drain thoracique)*
 - ▶ *Première heure: supérieur à 1500 ml et plus de 200 ml/h*
 - ▶ *3 heures : Inférieur à 1500 ml mais débit > 200 ml/h.*

Q7 - SPÉCIFICITÉS CHIRURGICALES D'UN TT PÉNÉTRANT

- ▶ *Traumatisme pénétrant de l'aire cardiaque*
 - ▶ **directement sur un centre disposant d'un plateau technique spécialisé**
 - ▶ *Quelque soit l'hémodynamique*
- ▶ *Traumatisme pénétrant **du thorax***
 - ▶ *Stable transport souhaité, mais bilan possible en local (transfert secondaire)*
 - ▶ *Instable directement sur un centre disposant d'un plateau technique spécialisé,*
 - ▶ *Intransportable: centre chirurgical de proximité pour sauvetage*
 - ▶ *Information centre spécialisé pour transfert secondaire*
- ▶ *Réa futile si AC > 15 mn, en l'absence de tamponade et après RCP spécialisé bien conduite*

