TRAUMATISME THORACIQUE PENETRANT

DEFINITION :

Pénétration dans la cage thoracique d'un agent lésionnel

DIAGNOSTIC :

Contexte : arme blanche, arme à feu, projectile, traumatisme, polytraumatisme
Douleurs spontanées, thoraciques, thoraco-abdominales ou vertébrales
Recherche de plaies, points d'entrée et de sortie (déshabillage, retournement), trajectoire estimée, hémorragie extériorisée, plaie soufflante ou non, emphysème sous-cutané, auscultation thoracique

Signes de gravité :

- localisation : aire cardiaque et trajet des gros vaisseaux
- détresse respiratoire : polypnée, tirage, asynchronisme thoraco-abdominal, cyanose, désaturation, pneumothorax compressif
- détresse hémodynamique : différentielle pincée, collapsus, choc hémorragique, agitation, anxiété, soif, marbrures, peau froide, extrémités cyanosées, sueurs, TRC > 3 s, anémie aiguë (pâleur, décoloration conjonctivale, Hemocue°)
- signes de tamponnade : sanguine (hémopéricarde) ou gazeuse (PNO compressif)

PIEGES :

Pression artérielle initialement conservée, FC normale ou basse (bêtabloquant), trajet aberrant

TRAITEMENT : Conditionnement le plus rapide possible

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO_2 >_ 95 %
2 VVP (>_ G 16) de préférence une dans le territoire cave supérieur et l'autre en cave inférieur, en cas d'échec VVC fémorale (Sheldon) ou voie intra osseuse

Prélèvements : groupye, RAI, coagulation, taux d'hémoglobine (Hemocue®)
Analgésie : **Perfalgan** 1g + morphinomimétique (titration)
Lutter contre le refroidissement : couverture ± de survie, soustraction rapide au froid (VSAV), chauffage cellule sanitaire

Si détresse hémodynamique :

Remplissage par **HEA** 50 ml / kg max, puis cristalloïdes,
Noradrénaline après 2000 ml, 8 mg / 48 ml débuter à 1 mg / h
Pince à hémostase sur hémorragie active artérielle pariétale
Discuter l'intérêt d'une transfusion de CGR **O négatif** en préhospitalier ou anticiper la demande dans le service receveur
CI pantalon anti-choc (compartiment abdominal)

Si détresse persistante ou détresse respiratoire :

IOT / VC d'indication large (ISR, pas d'agents hypotenseurs), FiO_2=1, surveiller PI < 30 cm H_2O

Si hémopneumothorax mal toléré = PAS < 90 mm Hg malgré remplissage + amines et / ou SpO_2 < 92 % sous O_2 15 l / min : exsufflation, si échec drainage thoracique

Si plaies soufflantes : respecter (pansement non occlusif en ne collant que 3 cotés sur 4) Si tamponnade : ponction évacuatrice **avant** IOT / VC

Si ACR : **thoracostomie bilatérale** systématique après 5 min de RCP inefficace

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, Hemocue®
Position : celle adoptée spontanément par le patient, 1/2 assise, décubitus dorsal en VC jambes surélevées

ORIENTATION : Déchocage ou bloc direct (si plaie du cœur => CEC : CHRU Montpellier