

Mémoire de thèse soutenu par : Pierre Minier

Titre :

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES THORACIQUES SANS SIGNES EVIDENTS DE GRAVITE

Conclusions :

Les traumatismes thoraciques sans signes évidents de gravité constituent un motif de consultation fréquent dans les services d'accueil d'urgence et aucune attitude consensuelle n'est établie concernant la prise en charge des patients qui en sont victimes.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 5 ans au Service d'Accueil d'Urgence du Centre Hospitalier de la région Annécienne. Les critères d'inclusion sont : fracture du sternum, fracture de 2 à 3 côtes ou fracture d'une des deux premières côtes. Les patients polytraumatisés, ceux présentant une détresse hémodynamique ou respiratoire initiale, ceux présentant une lésion extra-thoracique vitale et ceux présentant un pneumothorax, un hémothorax ou des signes de contusion pulmonaire sur les clichés initiaux du thorax ont été exclus. Au total, 258 patients ont été inclus dont 68 % « sortant en externe » et 32 % hospitalisés au terme de leur passage au Service d'Accueil d'Urgence. La survenue de complications pleurales, pulmonaires et médiastinales a été étudiée. L'incidence de ces complications est de 1,2% et aucune n'a justifié de traitement spécifique. Aucun patient n'est décédé d'une complication du traumatisme initial.

Une revue de littérature a parallèlement été menée et les conclusions sont identiques : les traumatismes thoraciques sans signes évidents de gravité se compliquent rarement et les complications sévères mettant en jeu le pronostic vital sont exceptionnelles.

Nous proposons donc, au terme de ce travail, un algorithme de prise en charge des traumatismes thoraciques sans signes évidents de gravité. Les examens systématiques devant tout traumatisme thoracique sont : un examen clinique complet du patient et une prise des constantes hémodynamiques et respiratoires rigoureuse, une radiographie thoracique de face de bonne qualité et un électrocardiogramme. Des radiographies de profil sternal ou de gril costal sont nécessaires si l'on suspecte cliniquement une fracture dans le but d'obtenir un bilan lésionnel précis pouvant influencer la suite de la prise en charge et présentant un intérêt médico-légal évident. La réalisation de gaz du sang artériel est intéressante chez le patient insuffisant respiratoire chronique.

Un angio-scanner thoracique doit être réalisé en cas de cinétique violente de l'accident, d'anomalie clinique à l'examen thoracique, d'anomalie sur la radiographie pulmonaire, ou si plus de 3 côtes fracturées ont été détectées. De même, une échographie abdominale (ou des coupes abdominales de scanner) doivent être réalisées en cas de défense abdominale, de fracture costale sous la 8^{ème} côte ou si, au total, plus de 3 côtes fracturées ont été détectées.

Une contusion myocardique cliniquement significative doit être suspectée en cas de cinétique violente, de douleur thoracique d'allure non pariétale, d'anomalie sur

l'électrocardiogramme initial. Dans ces cas, une surveillance clinique en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D.) est proposée avec dosage de troponine I et électrocardiogramme de contrôle à la 8^{ème} heure suivant le traumatisme. Les patients présentant une anomalie de ces deux examens doivent être hospitalisés en unité cardiologique pour surveillance.

Les patients âgés (s'ils ne présentent pas d'emblée des critères d'hospitalisation) doivent être surveillés et réévalués en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D.) pour une durée de 8 heures au terme de laquelle ils seront soit hospitalisés, soit « sortant en externe » en fonction de l'évolution clinique.

Les patients présentant des antécédents d'insuffisance respiratoire chronique ou des antécédents cardiaques sévères, ceux présentant au minimum 3 côtes fracturées détectées, ceux présentant des lésions extra-thoraciques conséquentes et ceux nécessitant une sédation parentérale doivent être hospitalisés.

Les mesures antalgiques et la kinésithérapie doivent être à la fois efficaces et adaptées au patient en fonction de son âge et de ses antécédents. La réévaluation clinique et des consignes de surveillance écrites pour les patients « sortant en externe » sont primordiales.