

Fracture claviculaire post-traumatisme thoracique grave avec déplacement en intrapleurale homolatérale (à propos d'une observation)

Dr. Mohamed Anass FEHDI

Interne, Département d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

mohamedanassf@gmail.com

Pr. Mohammed MOUHAOUI

Professeur de l'enseignement supérieur

Samu Urgences 02

Département d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

mouhaoui@yahoo.fr

Introduction :

Les traumatismes thoraciques sont des situations fréquentes et peuvent être à l'origine d'une détresse respiratoire et/ou hémodynamique. Les étiologies principales sont les traumatismes fermés et les plaies pénétrantes du thorax. Dans 30% des cas, les lésions thoraciques s'inscrivent dans le cadre d'un polytraumatisme [1]. Tous les traumatismes thoraciques doivent être considérés comme potentiellement graves même en l'absence de détresse cardiorespiratoire initiale, en raison du pourcentage élevé de lésions occultes. Une atteinte des clavicules reste également possible avec un diagnostic le plus souvent clinique. Des fractures parasternales avec déplacement postérieur peuvent se compliquer de lésions vasculaires brachio-céphaliques, nerveuses, de l'œsophage et de la trachée [2]. Les auteurs se proposent dans ce manuscrit de rapporter une observation exceptionnelle d'une fracture de la clavicule post-traumatisme thoracique grave avec déplacement en intrapleurale homolatérale.

Observation :

Monsieur M. M, 20 ans, victime d'un accident de la voie publique (collision entre 2 motocyclistes) avec un traumatisme grave à point impact thoracique. Il a été acheminé initialement dans un centre hospitalier provincial sans aucune prise en charge préhospitalière. L'examen à l'admission retrouvait alors un patient en état de choc hémorragique avec une pression artérielle imprenable, un pouls filant à 156 bpm, une pâleur intense, des signes de mauvaise perfusion périphérique avec un TRC > 3 secondes, une auscultation cardiaque normale, une polypnée à 32 c/min, un tirage sus-sternal, une SpO₂ non détectable, un emphysème sous-cutané et volet thoracique gauche, une plaie thoracique et une perte de substance ostéo-musculaire du tiers interne de la clavicule, une glycémie et une température normales. La prise en charge symptomatique avait comporté un remplissage vasculaire aux cristalloïdes, administration de vasopresseurs (Noradrénaline 0,2 gamma/Kg/min) et Acide tranexamique (Excyal®, 1 g en IVL) et transfusion de 3 culots globulaires.

Devant la persistance de l'instabilité hémodynamique et la non disponibilité du plateau d'imagerie (contraintes techniques), le patient était acheminé rapidement au bloc opératoire. L'exploration chirurgicale avait mis en évidence un arrachement du tiers interne de la clavicule et d'une partie de la première côte avec écrasement du segment apical. Il a été procédé à une résection du parenchyme pulmonaire détruit, suture de la plaie pulmonaire, excision des tissus dévitalisés et drainage thoracique. Il n'a pas été détecté de corps étranger en intra-thoracique. Le patient était par la suite transféré au centre hospitalier universitaire pour complément de prise en charge, moyennant un transport médicalisé. L'examen à son admission secondaire avait montré un patient stable sur les plans hémodynamique et respiratoire, avec une PA = 110/70 mmHg, FC = 102 bpm, une SpO₂ = 98% sous 6 L/min d'oxygène, une diminution des murmures vésiculaires du côté gauche, un état de conscience conservé, mais très algique au niveau basithoracique gauche. Après monitoring et mise en condition, une radiographie du thorax était réalisée au lit du malade (Figure. 1), et avait montré une fracture de la clavicule avec chute du segment proximal en intrapleurale homolatérale, un volet costal et une diminution de la transparence pulmonaire gauche.

Un complément d'imagerie par TDM thoracique (Figure. 2) avait montré une fracture luxation costo-claviculaire gauche avec volet thoracique, un fragment proximal de la fracture siégeant au cul de sac postérieur gauche, un épanchement pleural gauche (hémothorax) de grande abondance et bout de drain en intraparenchymateux, des foyers de contusion parenchymateuse apicale gauche, emphysème sous-cutané de la région cervico-thoracique gauche et perte de substance de la région sus-claviculaire gauche.

La prise en charge secondaire avait consisté en un drainage thoracique, ramenant 1 litre 200 cc de sang. Le bilan biologique avait montré une hémoglobine à 9,1 g/dL, des plaquettes à 198000/mm³, un TP à 77%, un TCA à 38" (témoin 35") et une gazométrie artérielle normale.

Fracture claviculaire post-traumatisme thoracique grave avec déplacement en intrapleurale homolatérale (à propos d'une observation)

Dr. Mohamed Anass FEHDI

Interne, Département d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

mohamedanassf@gmail.com

Pr. Mohammed MOUHAOUI

Professeur de l'enseignement supérieur

Samu Urgences 02

Département d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

mouhaoui@yahoo.fr

L'ECG et l'échocardiographie n'avaient pas montré d'anomalies, les troponines étaient revenues normales. Le patient était transféré par la suite au bloc de chirurgie thoracique. Le geste opératoire avait permis de retirer le fragment claviculaire proximal et d'ajuster la réparation chirurgicale initiale. L'évolution par la suite était favorable, avec sortie du patient à J+8 postopératoire.

Commentaires :

Les traumatismes thoraciques sont un motif fréquent d'admission aux urgences, représentant ainsi une cause importante de mortalité, notamment dans le cadre des patients polytraumatisés (3, 4). Les fractures claviculaires au cours des traumatismes thoraciques restent relativement rares. Sur une série de 5357 patients polytraumatisés, seulement 160 avaient présenté une fracture claviculaire (3). Les fractures les plus fréquemment rencontrées sont les fractures médio-claviculaires. Les déplacements claviculaires intra-thoracique sont exceptionnels. Une revue de la littérature au niveau des plateformes medline, Google Scholar, nous a permis de retrouver une seule observation d'une fracture claviculaire avec pénétration parenchymateuse de la clavicule à la hauteur du deuxième espace intercostal. Ces déplacements intra-thoraciques sont dus principalement à l'énergie importante délivrée au cours du choc (4, 6). Le diagnostic positif repose dans 95% des cas sur la radiographie thoracique standard (3), renforcé par la TDM thoracique, qui ne peut être réalisée que chez un patient dont l'état clinique permet un éventuel déplacement vers un centre de radiologie (5). Un pneumothorax ou hémopneumothorax est habituellement retrouvé (4, 6).

La prise en charge est identique à celle des traumatismes thoraciques pénétrants. Notre observation reste exceptionnelle par le déplacement de la clavicule au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Conclusion :

Les fractures claviculaires avec déplacement intra-thoracique sont rares, l'examen clinique peut être pauvre, d'où l'intérêt d'une imagerie thoracique systématique. Leur prise en charge est identique à celle des traumatismes thoraciques pénétrants.

Références :

- 1- Avaro JP, D'journo XB, Trousse D et al (2006) Le traumatisme thoracique grave aux urgences, stratégie de prise en charge initiale. *Réanimation* 15: 561-7.
- 2- Beigelman-Aubry C, Baleato S, Le Guen M et al (2008) Traumatismes du thorax: lésions élémentaires. *J Radiol* 89: 1797-811 66: e229-e36.
- 3- Van Laarhoven JJEM, Hietbrink F, Ferree S et al (2016) Associated thoracic injury in patients with a clavicle fracture: a retrospective analysis of 1461 polytrauma patients. *Eur J Trauma Emerg Surg Springer-Verlag berlin Heidelberg*.
- 4- Muller SD, Al-Maiyah M, Hui AC et al (2005) Thoracic penetration following mid-shaft clavicular fracture. *J Bone Joint* 87-B: 568-9.
- 5- Akgul Ozmen C, Onat S, Aycecek D (2017) Radiologic findings of thoracic trauma *Therapeutics and clinical risk management* 13: 1085-9.
- 6- Tjoumakaris FP, Jonas LM, Gerald RW (2011) Clavicle Fracture With Thoracic Penetration and Hemopneumothorax but Without Neurovascular Compromise 10: e692-e695.