

**Pré Hospitalier**

**Intra Hospitalier**

Évaluation des facteurs de gravité (FDG) Si FDG = Régulation vers Centre de Niveau 1

VITTEL Positif : Age > 65 ans, pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire, trouble de la coagulation congénital ou acquis, cinétique élevée, traumatisme pénétrant, existence d'une détresse respiratoire et/ou hémodynamique

Contrôle analgésique morphinique Intérêt de l'Echographie Clinique en Médecine d'Urgence

Décompression pleurale si doute tamponnade gazeuse (exsufflation voire thoracostomie)

**Objectifs**

1. Oxygénation
2. Analgésie
3. Triage

**Iconographie**

Patient Stable : radio thorax – scanner corps entier injecté

Patient Instable : échographie eFAST- ECMU + radio thorax → Scanner si stabilisation ou bloc et/ou radio Interventionnelle

**Ventilation**

Intérêt de la VNI précoce (rôle prépondérant de la PEP) après exclusion hypothétique pneumothorax

Stratégie de ventilation protectrice si ventilation mécanique requise (Vt=6-8ml/kg et PEP après exclusion pneumothorax)

**Analgésie**

Importance du monitoring de la douleur Voie IV : intérêt des morphiniques et de la kétamine

Si inefficacité dans les 6 heures : intérêt de l'ALR (péridurale thoracique, bloc paravertébral)

**Drainage Thoracique**

Voie axillaire en priorité Epanchement symptomatique = évacuation

Drains 18 à 24F pour pneumothorax isolé Antibioprophylaxie si trauma pénétrant

Hémithorax > 500 ml = drainage → Drains 28 à 36F pour hémithorax ou hémio-pneumothorax

**Spécificités Chirurgicales**

Trauma pénétrant = avis chir thoracique Lésion isthme aortique = endoprothèse aortique

Thoracostomie d'hémostase si : instabilité hémodynamique malgré drainage **ou** > 1500 ml d'emblée et > 200 ml/h dès la 1<sup>ère</sup> heure **ou** < 1500 ml d'emblée mais > 200 ml/h durant 3 heures

Volet thoracique et détresse respiratoire = avis chirurgical thoracique pour fixation costale



Scannez  
ou cliquez  
pour  
téléchargez  
la RFE en  
intégralité

