

Traumatologie

ID: 125

Traumatisme thoracique et drainage pleural en réanimation : une étude de cohorte rétrospective

J. Dècle*(1), L. Bartamian(2), Y. Boudina(1), P-G. Guinot(1), M. Nguyen(1), B. Bélaïd(1)

(1) Département anesthésie-réanimation, CHU Dijon, Dijon, France, (2) Service d'Anesthésie Hôpital Privé Dijon Bourgogne

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Le traumatisme thoracique est la 2ème cause de décès en traumatologie. La SFAR (2015) guide la prise en charge des hémopneumothorax à la phase initiale mais la prise en charge et surveillance des hémothorax peu abondants est mal codifiée. Or ils peuvent se majorer ou se compliquer secondairement. L'objectif de ce travail était de rapporter la proportion de drainage pleural chez les traumatisés thoraciques admis en réanimation et de décrire les facteurs de risque de drainage secondaire.

Matériel et méthodes:

Etude de cohorte rétrospective, observationnelle, unicentrique au CHU de Dijon en réanimation chirurgicale du 16 février 2022 au 3 janvier 2023. Inclusion de tous les patients admis en réanimation avec traumatisme thoracique à risque d'hémothorax ou de pneumothorax, défini sur le scanner initial par au moins une fracture de côte, de vertèbre thoracique ou de sternum ou alors présentant un traumatisme thoracique ouvert.

Nous nous sommes intéressés à la proportion d'hémothorax traumatiques nécessitant un drainage pleural et le délai de celui-ci : initial dans les 24 premières heures de prise en charge ou secondaire ensuite. Nous avons ensuite recherché les facteurs associés au drainage secondaire en comparant d'une part les patients non drainés lors de leur séjour et d'autre part les patients drainés secondairement. L'objectif est de caractériser les patients nécessitant une surveillance rapprochée.

Résultats & Discussion:

161 patients traumatisés thoraciques en réanimation dont 120 à risque d'hémopneumothorax traumatique. La population correspond à la population de traumatologie européenne : principalement des hommes jeunes peu comorbides souffrant d'un traumatisme fermé dans le cadre d'un polytraumatisme. D'un point de vue respiratoire, oxygénorequérance initiale chez 83% de la population avec 40% de patients intubés. Sur les 120 patients, 48 (40%) ont nécessité un drainage pleural durant leur séjour hospitalier. 23 (48%) ont nécessité un drainage initial et 25 (52%) un drainage secondaire. Les facteurs de risque de drainage secondaire retrouvés sont la présence de fractures costales multiples, le nombre de fractures costales, la présence d'un volet costal, un traitement anticoagulant, un âge médian plus élevé (Tableau). La reprise d'une anticoagulation en réanimation se fait significativement plus tard chez les patients drainés à distance. Ces patients bénéficient de significativement plus d'ALR.

Conclusion:

Ainsi, une part non négligeable de patients traumatisés thoraciques à risque d'hémopneumothorax hospitalisés en réanimation bénéficient d'un drainage pleural, qui se fait à distance de l'admission dans la moitié des cas. Les facteurs de risque retrouvés sont les fractures costales ou vertébrales multiples, la prise d'un traitement anticoagulant et un âge plus avancé. La gravité respiratoire initiale ne semble pas être un facteur de risque et incite donc à une grande prudence. Ces résultats suggèrent la nécessité d'une surveillance rapprochée chez les patients à risque, que l'on identifie plutôt par le bilan lésionnel scanographique d'entrée que par la gravité de l'atteinte respiratoire initiale. La surveillance peut s'organiser par exemple sous forme d'échographie pleuro-pulmonaire quotidienne, examen rapide, non

irradiant et facilement accessible au lit du patient.

Références bibliographiques:

Carrié C, Biais M. Prise en charge du traumatisme thoracique en 2020. Anesthésie & Réanimation. 1 mars 2021;7(2):125-33 // Demetri L, Martinez Aguilar MM, Bohnen JD, Whitesell R, Yeh DD, King D, et al. Is observation for traumatic hemothorax safe? J Trauma Acute Care Surg. mars 2018;84(3):454-8 //

Remerciements:

Dr Bartamian Loïc, pour l'encadrement qu'il m'a prodigué tout au long de mon travail de thèse Dr Nguyen Soenen Maxime, pour tous les conseils et les réponses à mes (très) nombreuses questions

	Non drainé n = 72	Drainage 2 ^{ème} n = 25	p. overall
Fracture costale			
Unique	8 (11.1%)	1 (4.0%)	0.439
Multiples	54 (75.0%)	26 (96.0%)	0.021
Volet	10 (13.9%)	9 (36.0%)	0.037
Nombre	4.0 [1.3 ; 7.0]	7.0 [53.0 ; 9.0]	0.002
Fracture vertébrale			
Unique	12 (16.7%)	3 (12.0%)	0.753
Multiples	14 (19.4%)	8 (32.0%)	0.310
Nombre	0.0 [0.0 ; 1.0]	0.0 [0.0 ; 2.0]	0.262
Fracture sternale	18 (25.0%)	1 (4.0%)	0.021
Trauma associé	66 (91.7%)	21 (84.0%)	0.276
IGS2	31.5 [21.0 ; 47.8]	40.0 [26.0 ; 55.0]	0.302
ISS	34.0 [25.0 ; 50.0]	34.0 [25.0 ; 43.0]	0.823
Age	46.0 [27.8 ; 62.2]	61.0 [45.0 ; 70.0]	0.007
Comorbidités			
Asthme/BPCO	5 (6.9%)	0	0.323
SAOS	3 (4.2%)	0	0.567
Traitement AAP	6 (8.3%)	0	0.331
Traitement antico.	4 (5.6%)	6 (25.0%)	0.014
Ventilation			
Air ambiant	18 (25.0%)	1 (4.0%)	
O2	23 (31.9%)	12 (48.0%)	
VNI/OHDN	0	2 (8.0%)	
VM	31 (43.1%)	10 (40.0%)	
Noradrénaline	20 (27.8%)	9 (36.0%)	0.603
Transfusion	21 (29.2%)	8 (32.0%)	0.990
Antico. en réa.			
Reprise	53 (73.6%)	24 (96.0%)	0.036
Jour de reprise	4.0 [2.0 ; 7.3]	10.0 [6.0 ; 20.0]	< 0.001
Mortalité	14 (19.4%)	1 (4.0%)	0.106
ALR	12 (16.7%)	10 (40.0%)	0.034

Tableau Facteurs de risque de drainage pleural secondaire

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.