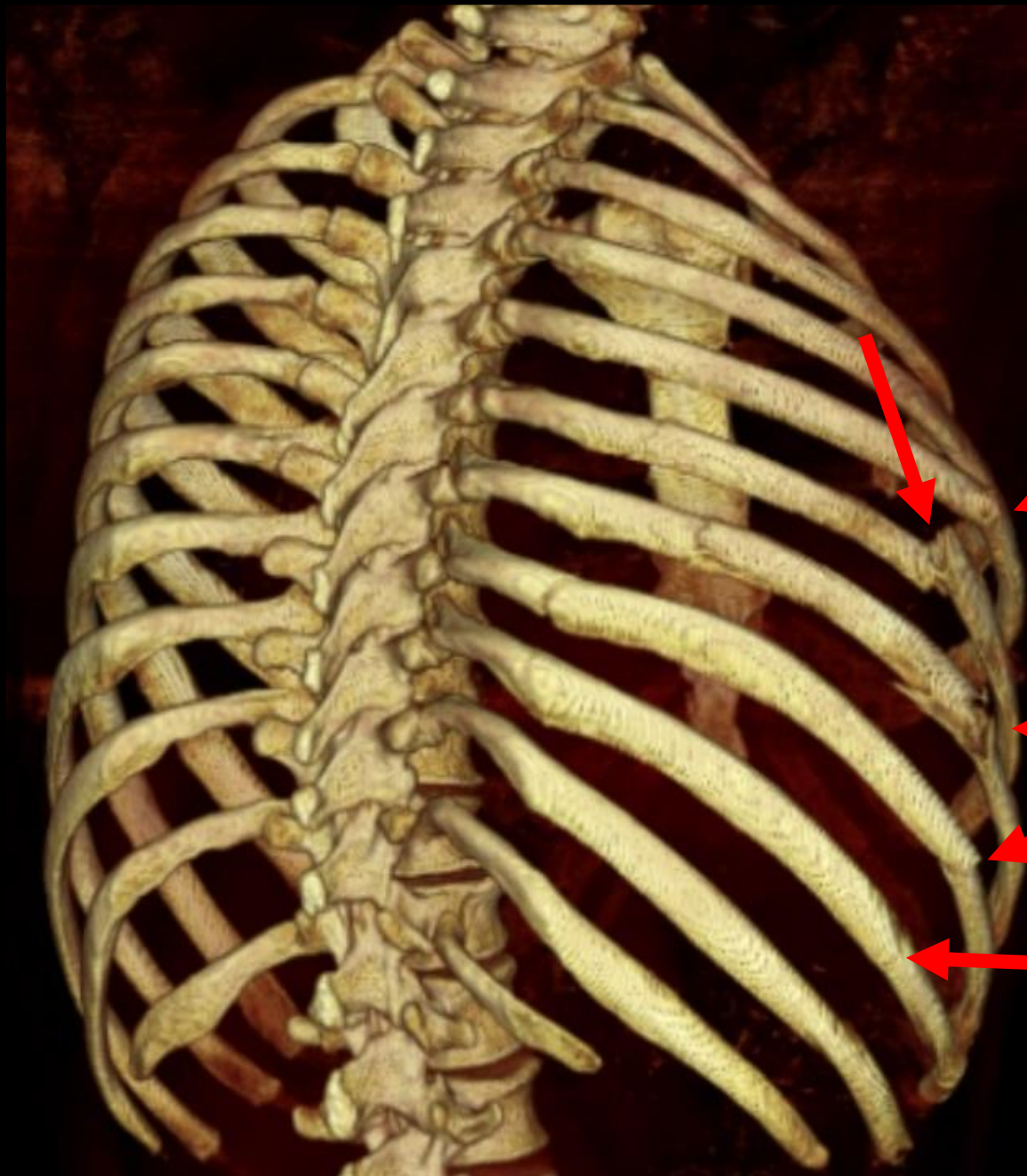


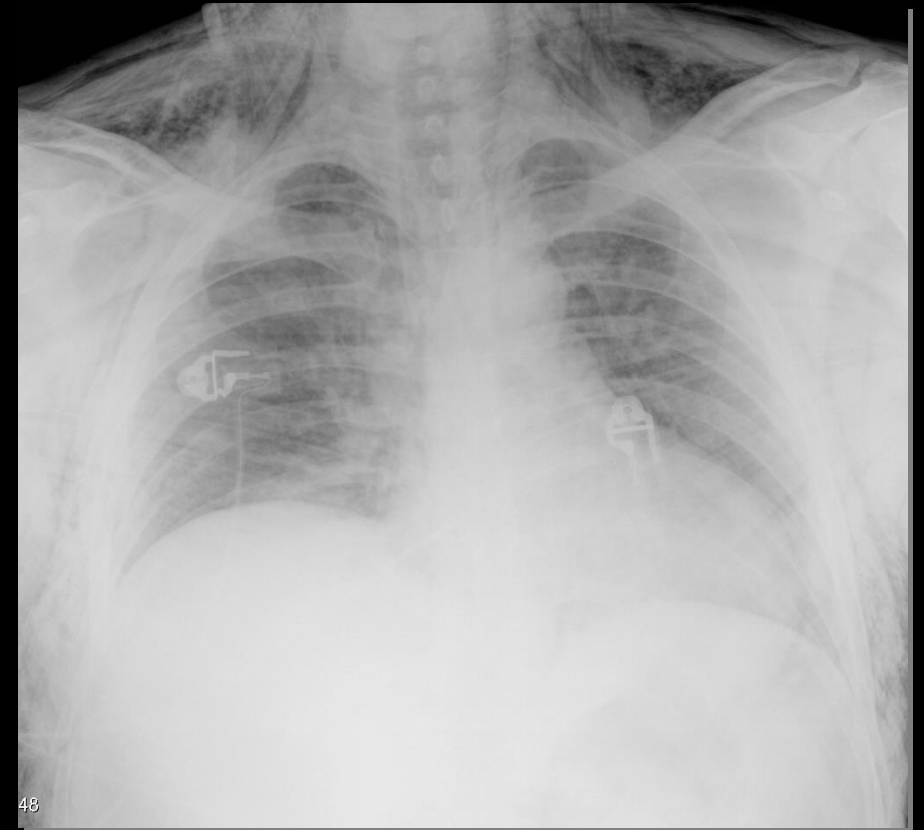
Mr B. Didier, 43 ans, électricien accident de travail : chute de 25m

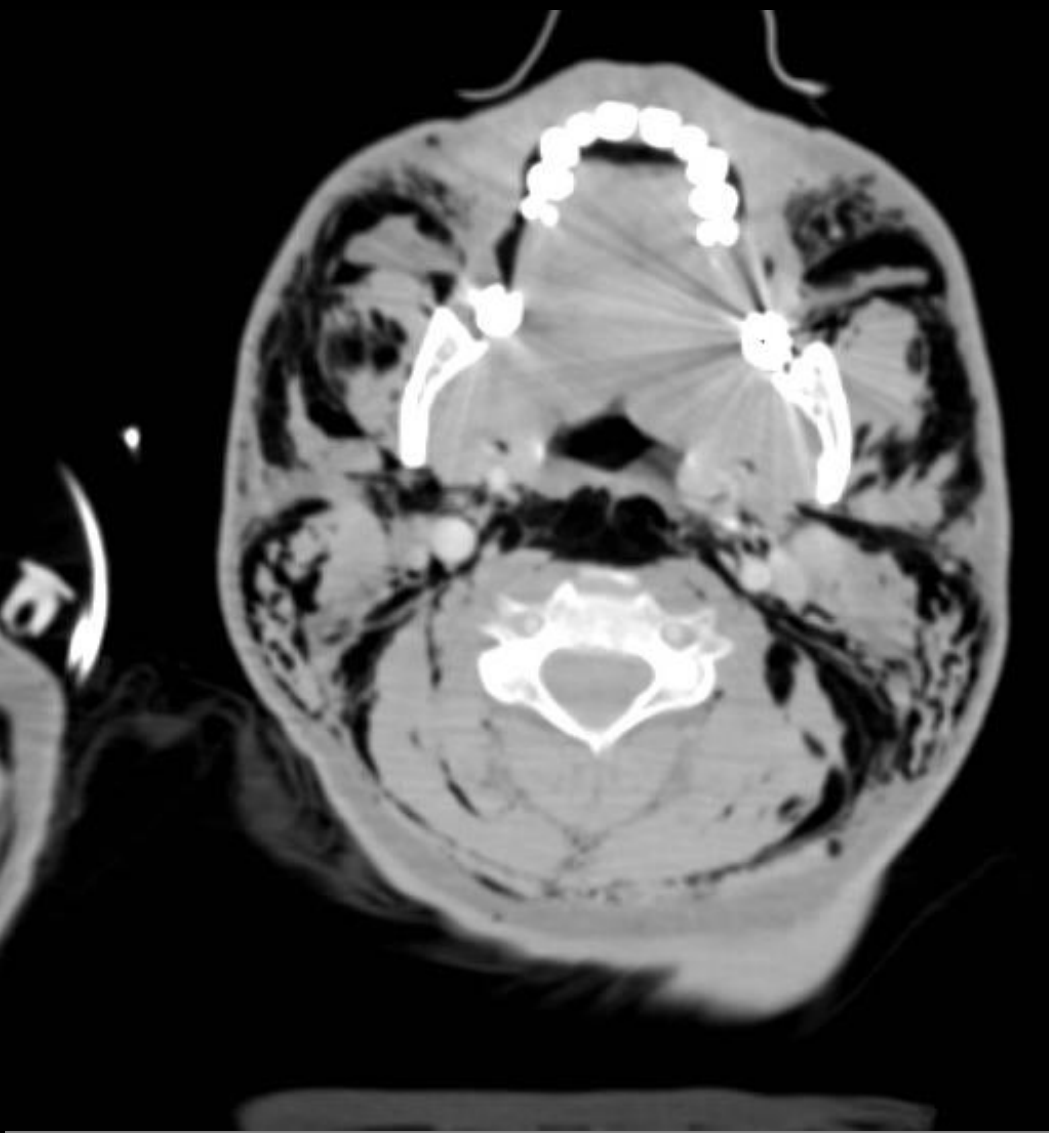


emphysème sous-cutané massif
cervico-thoracique



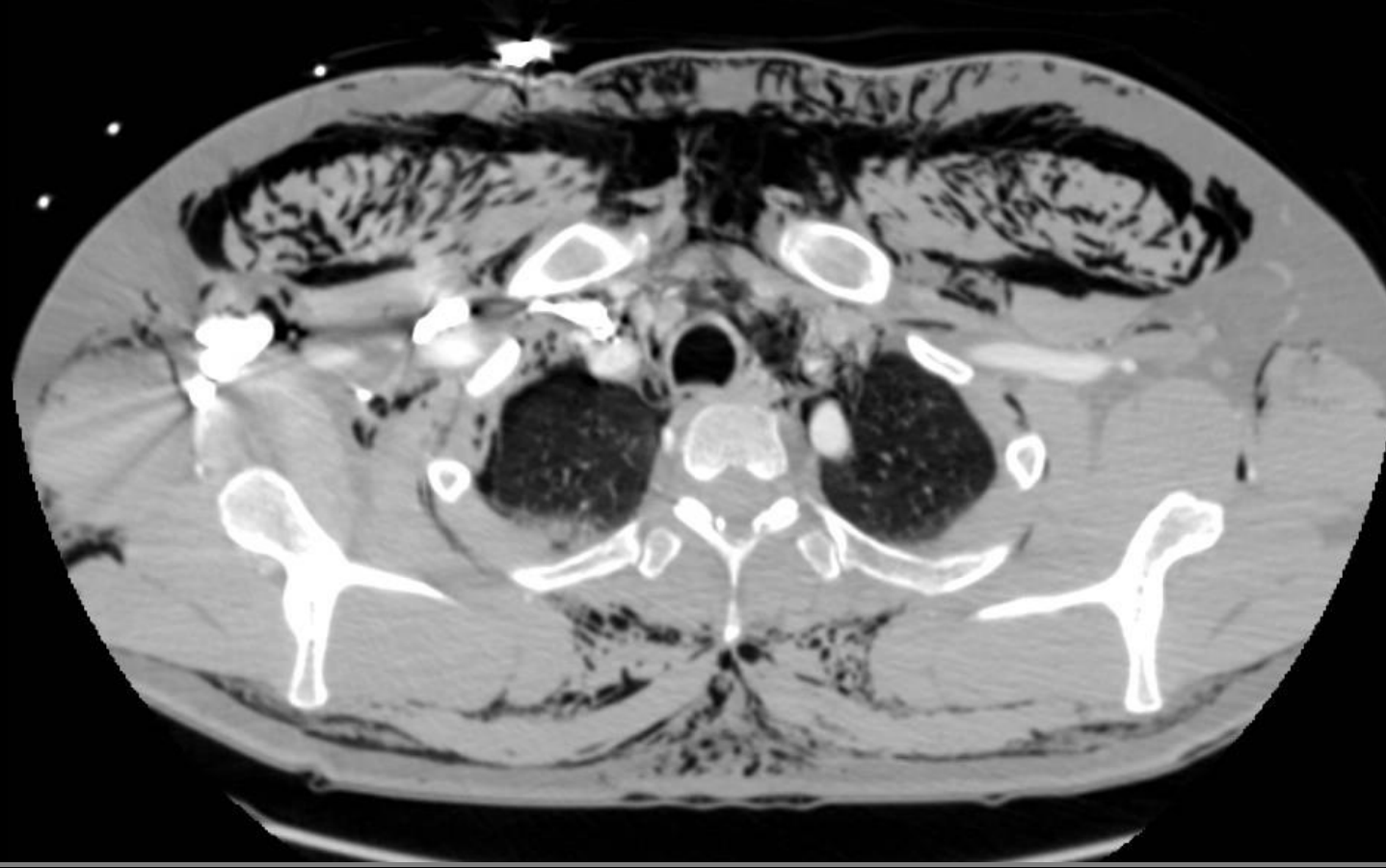
multiples fractures des arcs
antérieurs des 4, à 9^{èmes}
côtes droites avec volet costal





dissection gazeuse cervico crâniale

dissection gazeuse des espaces
cellulo-graisseux pré-sternaux

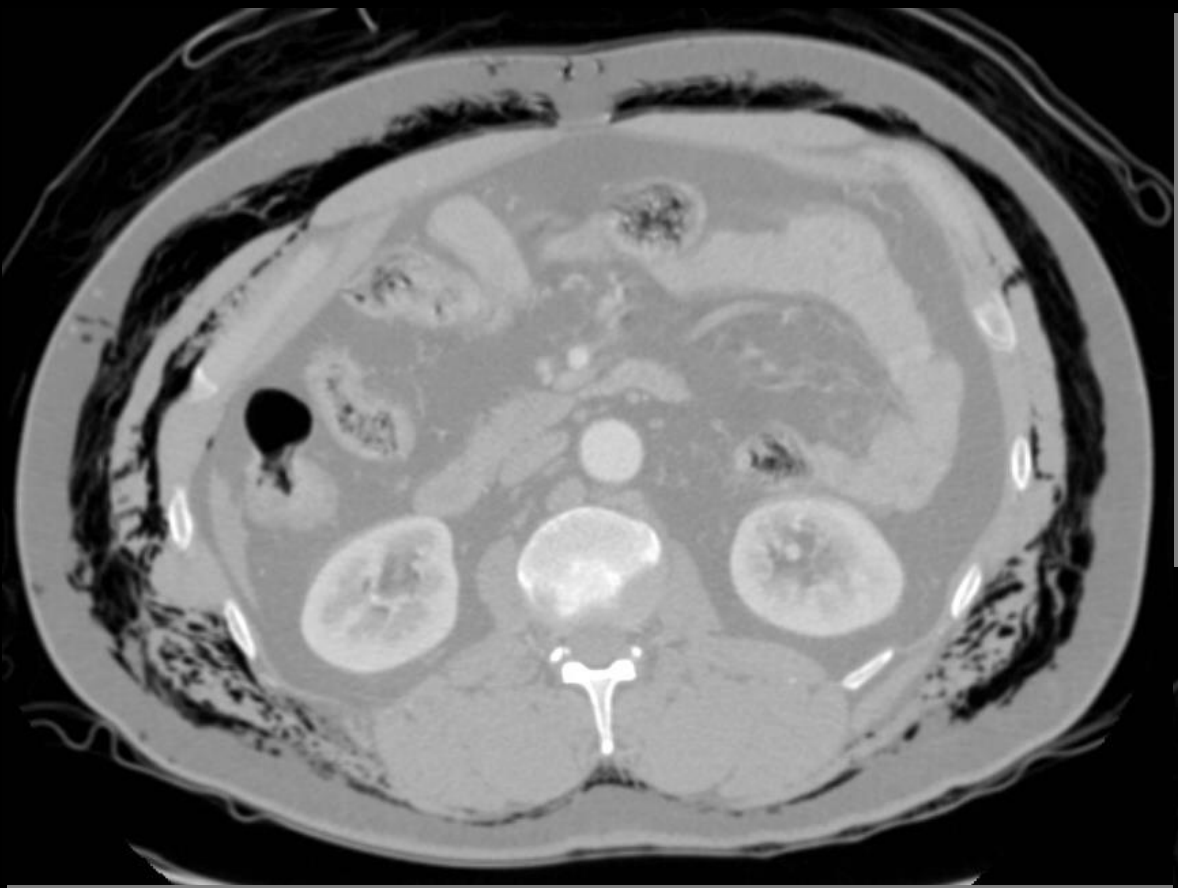




- dissection gazeuse des espaces cellulo-grasieux pariétaux antérieurs
- pneumomédiastin
- lame gazeuse extra-pleurale
- pas de pneumothorax

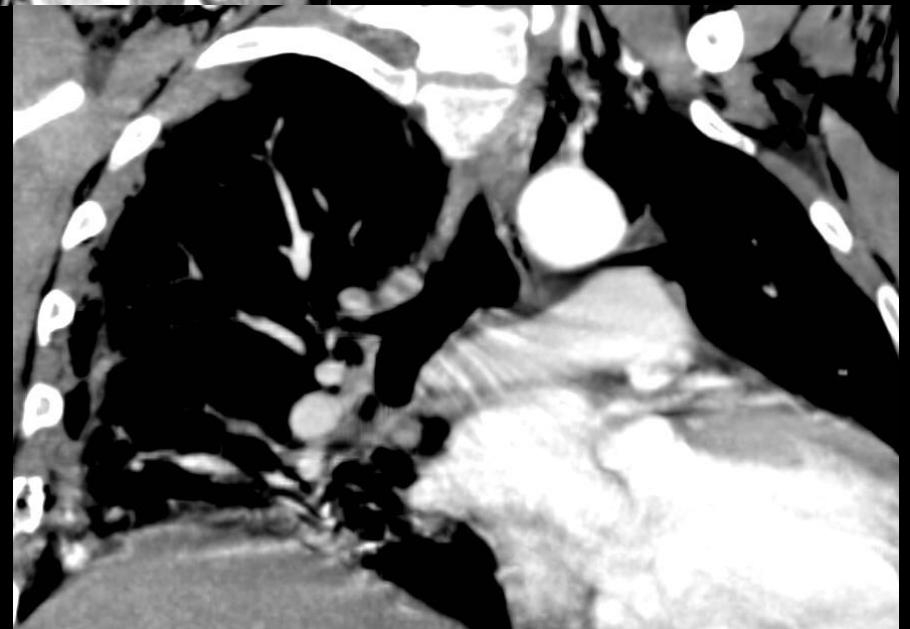
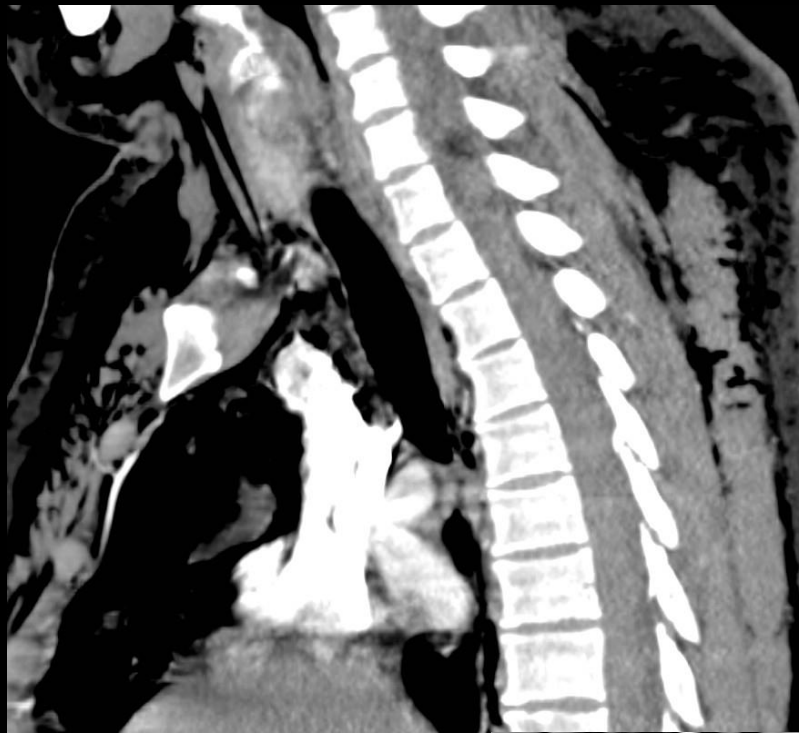
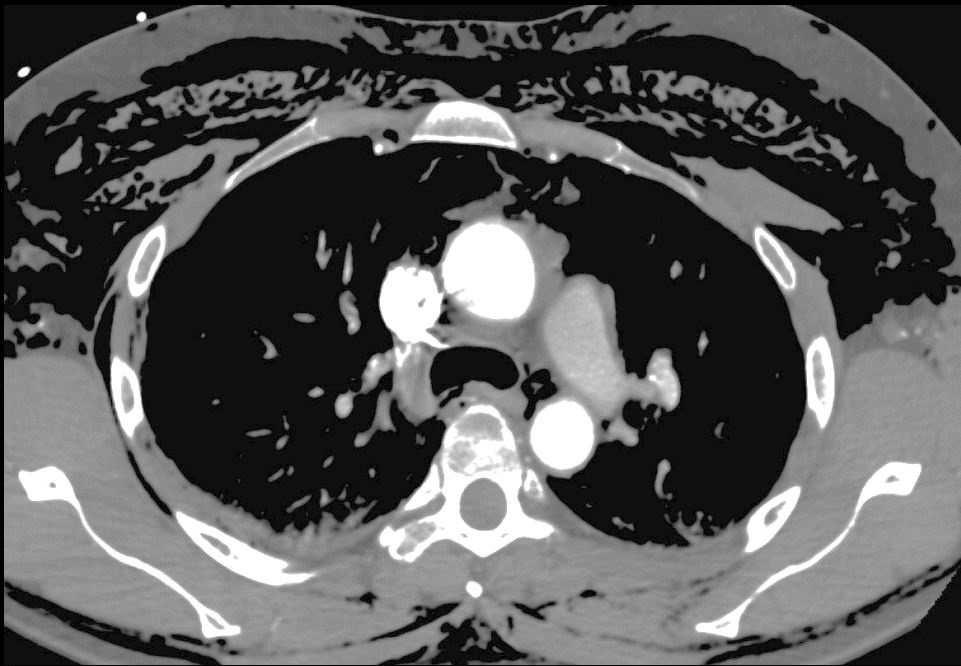
- dissection gazeuse des espaces cellulo-grasieux pariétaux latéraux
- pas de pneumothorax





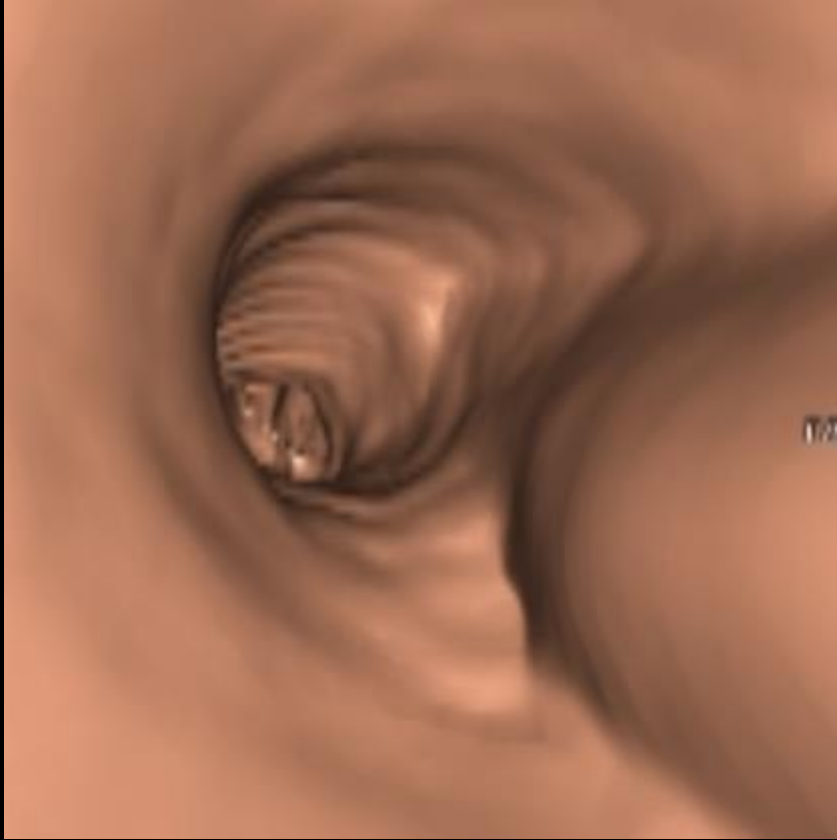
-dissection gazeuse des espaces cellulo-graisseux pariétaux latéraux



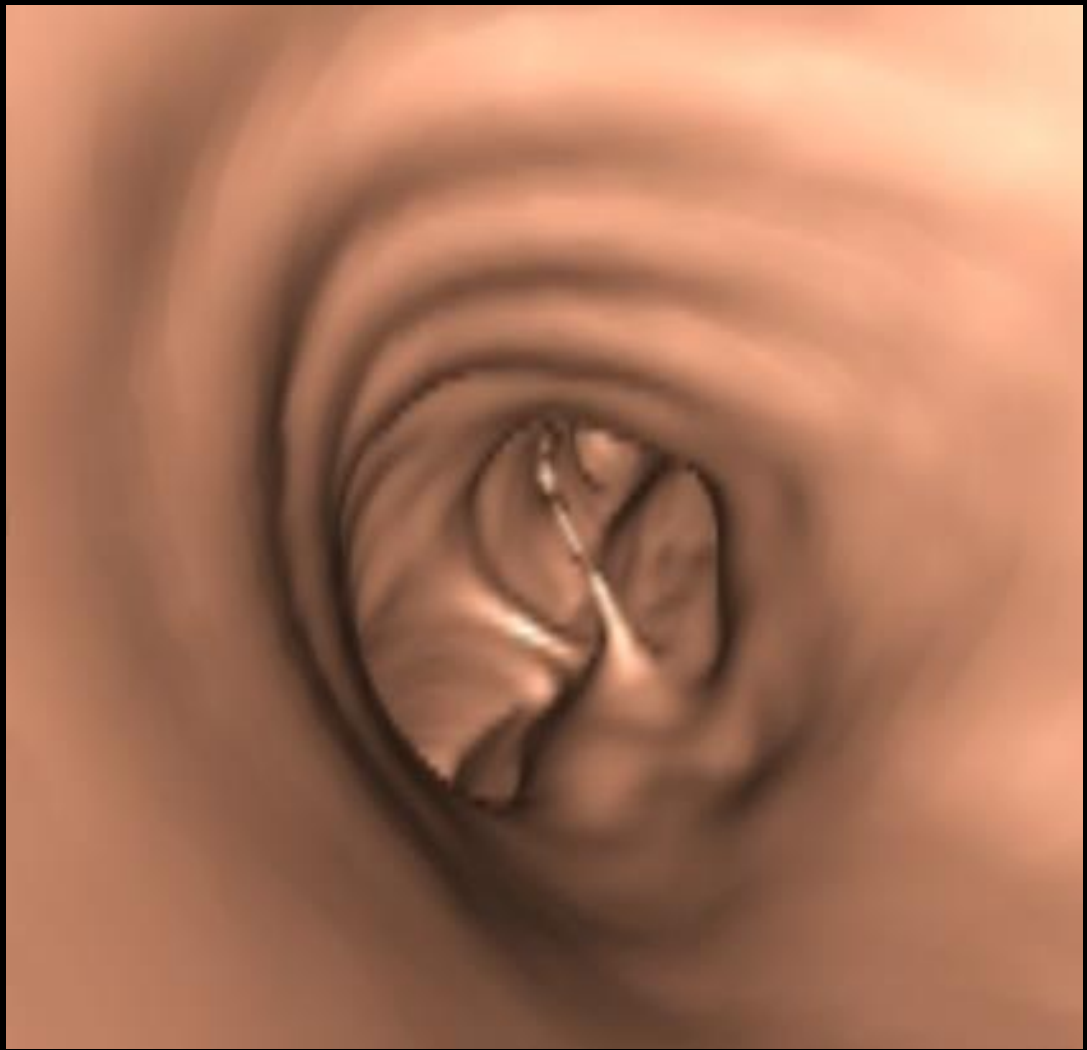
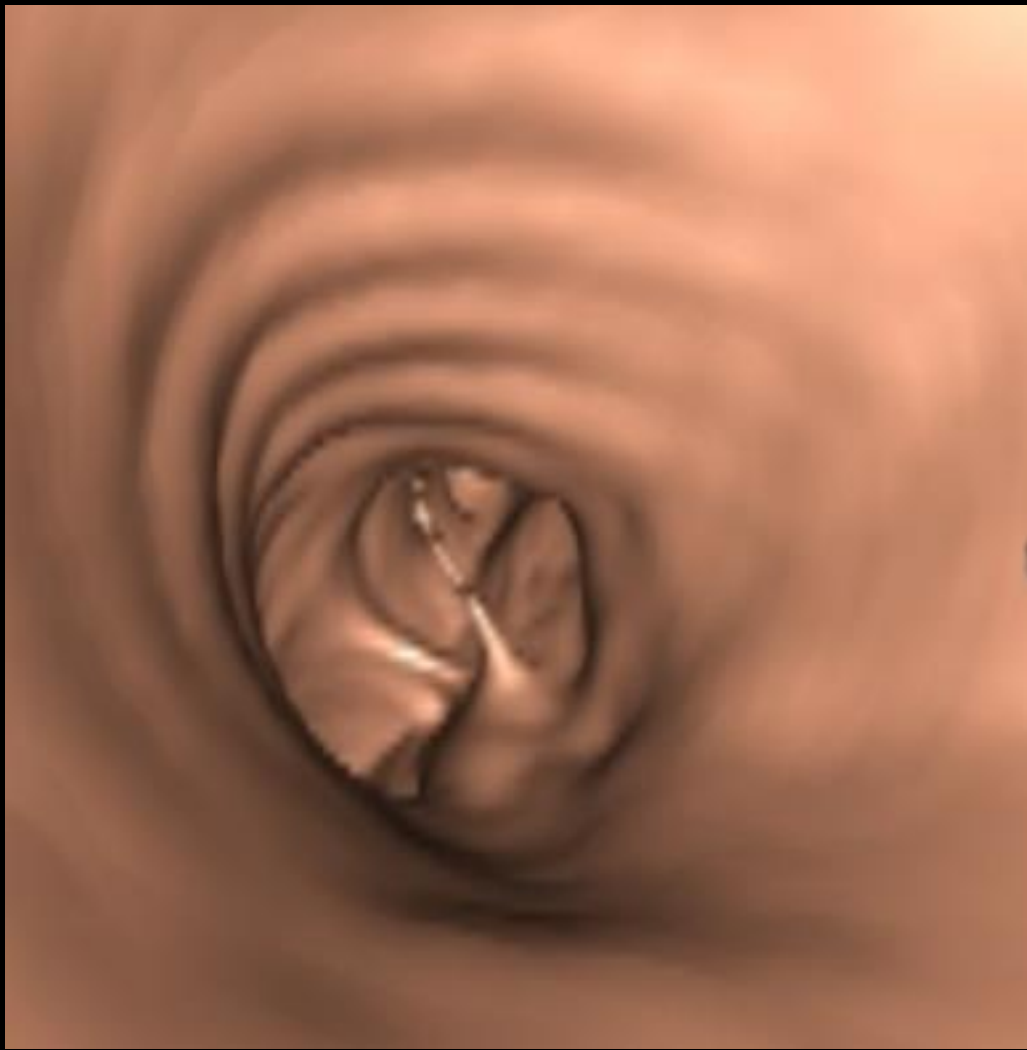




-une brèche postéro-latérale droite , basse, est bien objectivée au niveau de la bifurcation trachéale



- l'endoscopie virtuelle montre les remaniements de la lumière à la partie basse de la trachée et objective la solution de continuité correspondant à la brèche pariétale



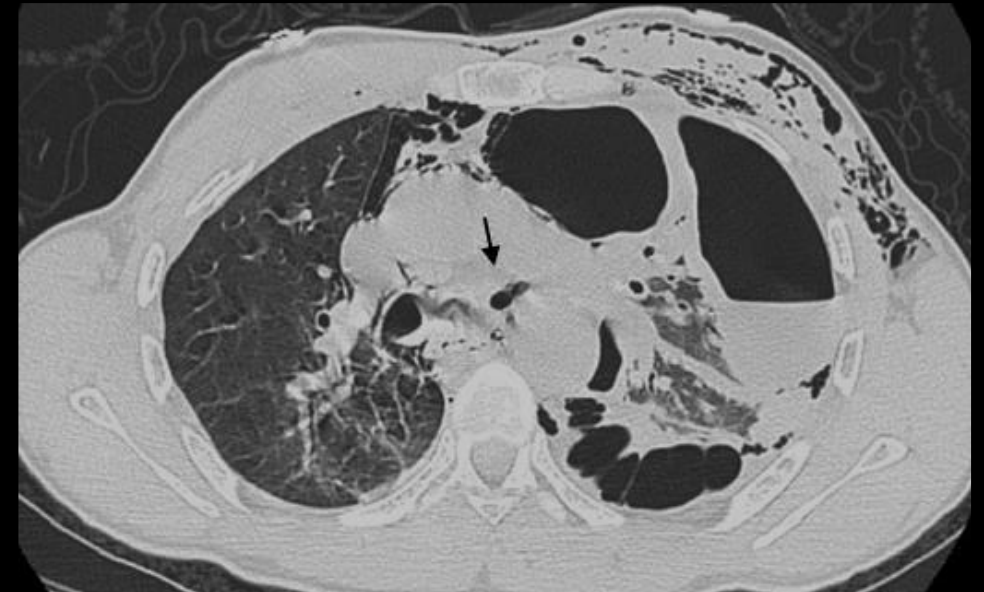
les ruptures trachéo-bronchiques après traumatismes fermés du thorax

Les traumatismes thoraciques représentent la deuxième cause de mortalité en traumatologie après les traumatismes crâniens

L'énergie cinétique au moment du traumatisme constitue le principal déterminant de la gravité de ces lésions.

Parmi ces lésions, les atteintes trachéobronchiques sont rares, mais souvent mortelles.

Les principales causes sont les accidents de la voie publique, la chute de grande hauteur, les écrasements,



rupture complète de la bronche souche gauche après écrasement thoracique

<https://saranf.net/Rupture-bronchique-suite-a-un.html>

95 % des ruptures traumatiques trachéo-bronchiques siègent sur 2,5 cm autour de la carène,

Les principaux signes évocateurs sont une hémoptysie importante, un pneumomédiastin et un emphysème sous-cutané. Un pneumothorax est souvent présent, soit d'emblée, soit après intubation ou ventilation avec pression positive.

La persistance d'un bullage important avec difficulté de réexpansion du poumon sous-jacent après drainage thoracique est un indicateur de l'étendue de la brèche pariétale.

. Le scanner thoracique peut mettre en évidence des signes directs (solution de continuité, déformation focale de la paroi trachéale, déformation du ballonnet) ou des signes indirects (pneumomédiastin, emphysème sous-cutané, pneumothorax, présence d'air paratrachéal).

La prise en charge diagnostique et thérapeutique consiste en **une intubation trachéale en aval de la déchirure en évitant les hyperpressions thoraciques** . Le traitement conservateur (antibiothérapie, drainage du pneumothorax, intubation avec ballonnet en aval de la déchirure) peut-être adopté si la brèche est inférieure à 2 cm.

Le traitement chirurgical consiste en une **réparation par suture protégée par un matériel péri-trachéal** (plèvre, péricarde , muscle, œsophage) pour prévenir le développement d'une fistule oeso-trachéale.

Le pronostic sévère avec un taux de mortalité de 28 % après traitement chirurgical et 33 % après traitement conservateur.