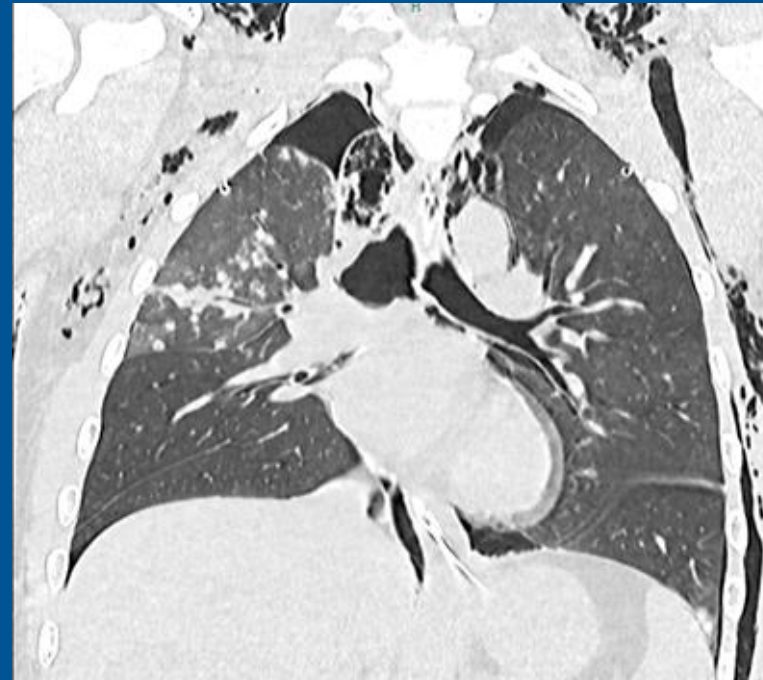
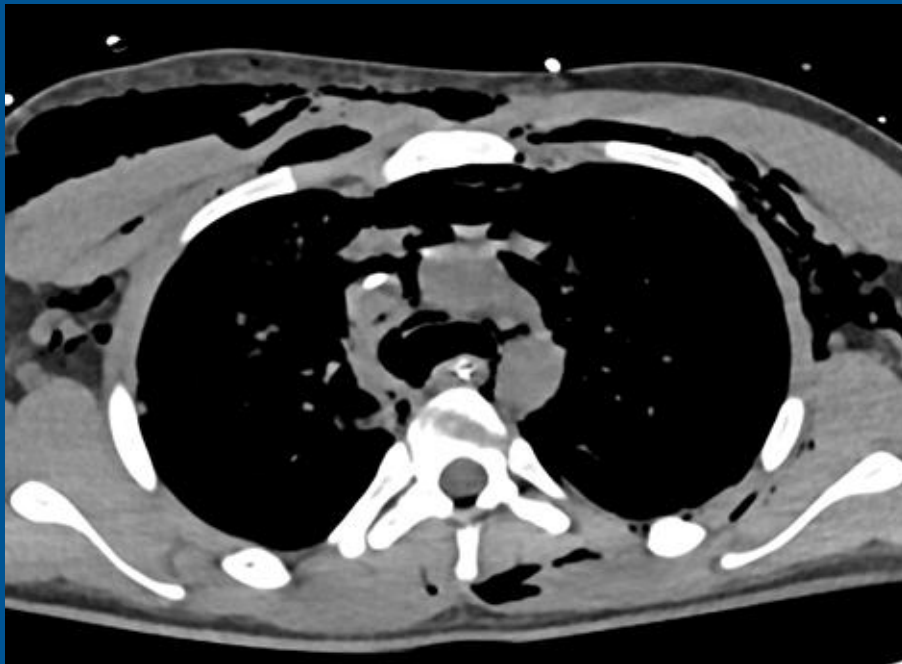
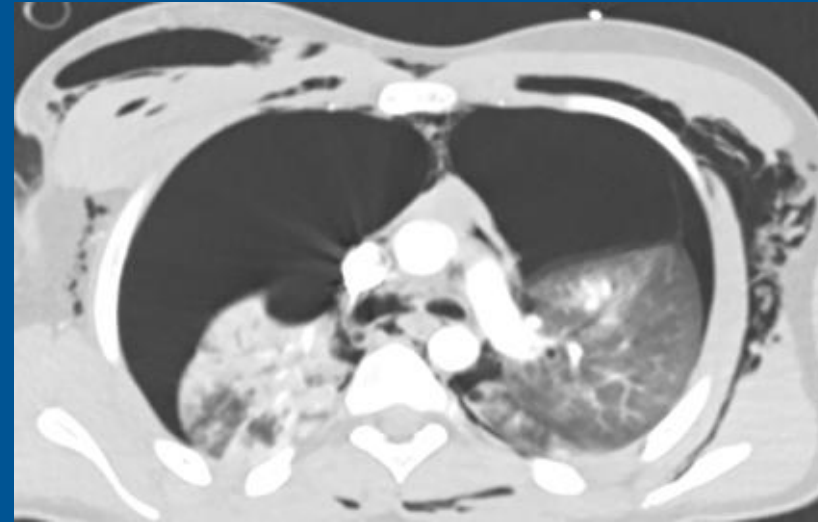


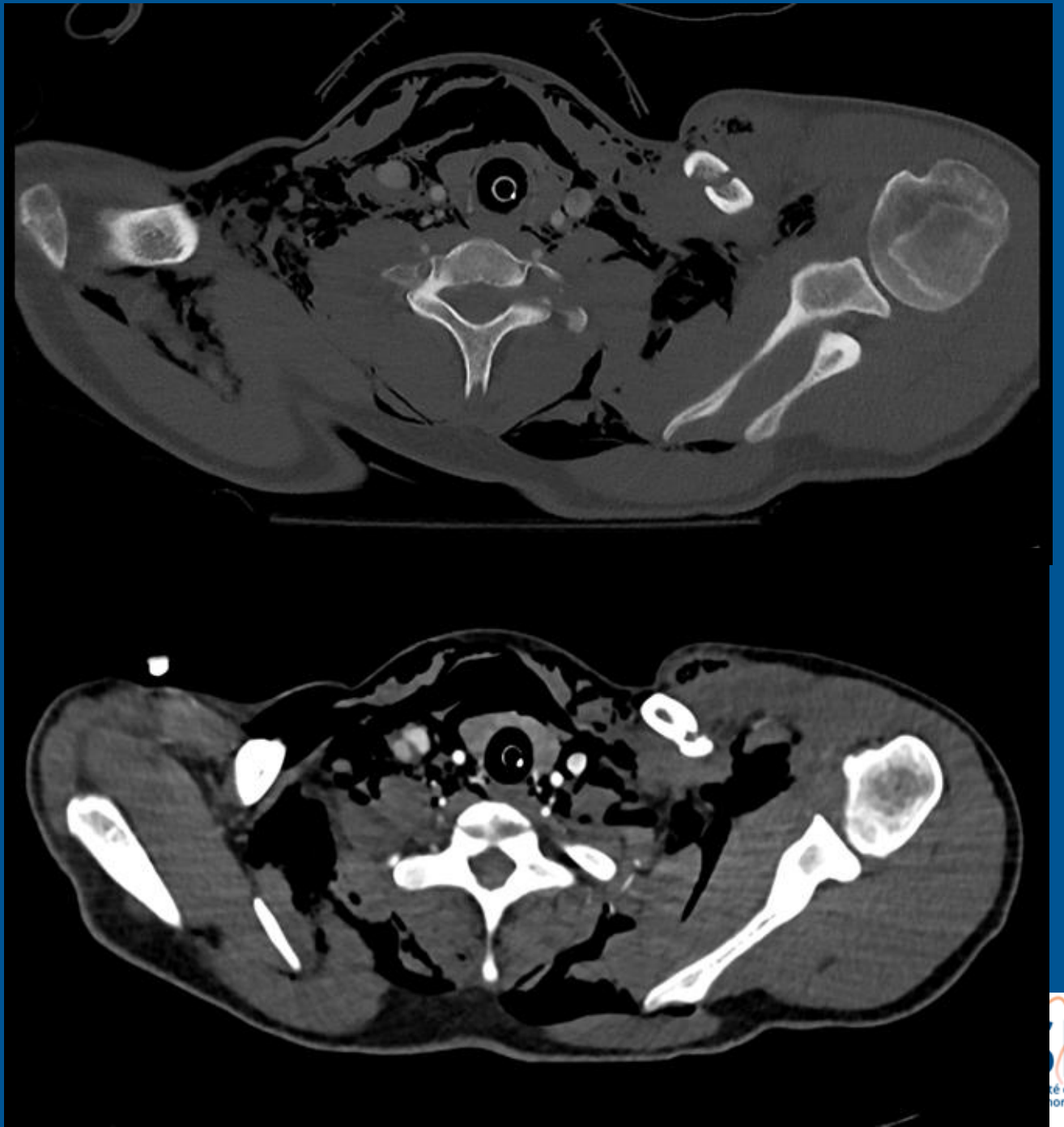
Cas clinique du mois

Interne Elliot BRABANT, Professeur Sébastien BOMMART
Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU de Montpellier

Histoire clinique

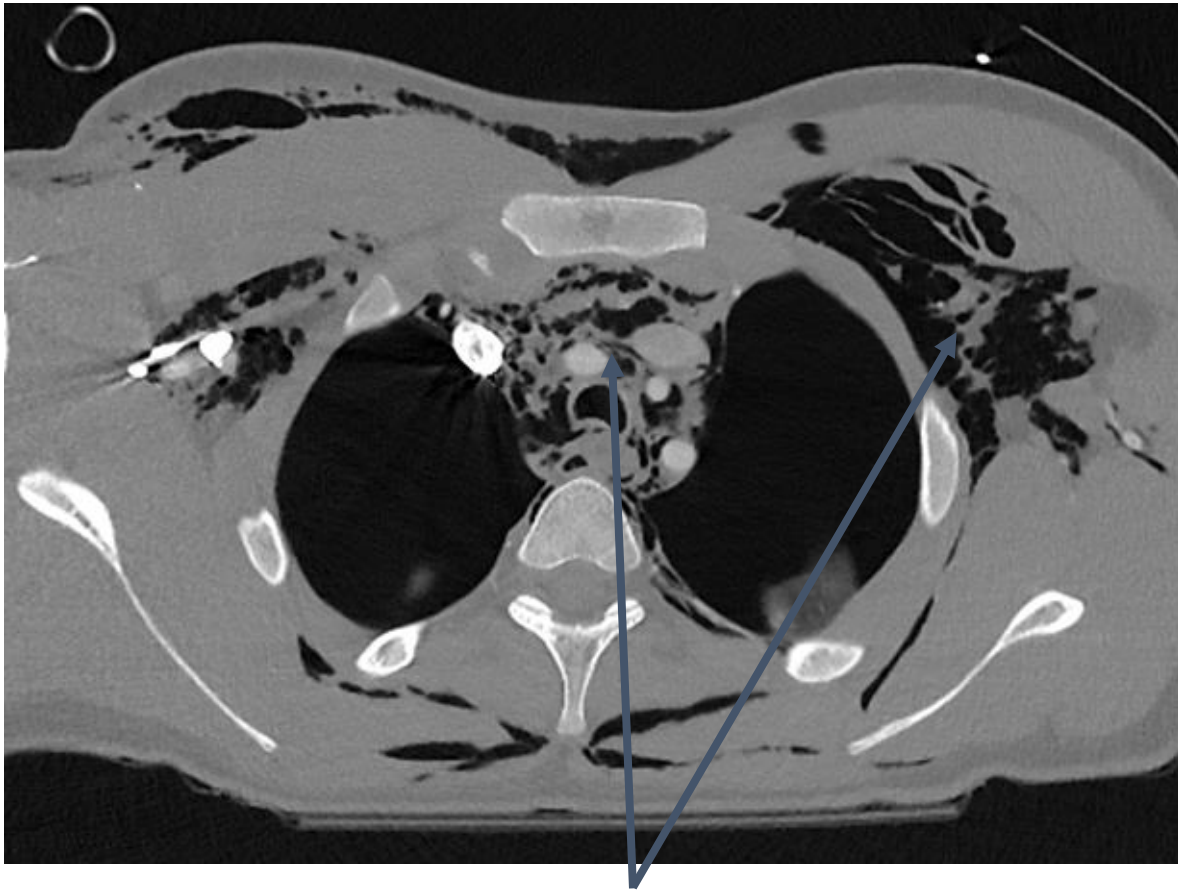
- Patient âgé de 15 ans
- Pas d'antécédent notable
- AVP à moto-cross à haute cinétique non casqué avec perte de connaissance initiale en novembre 2025
- Détresse respiratoire avec SaO₂ à 52%, intubation orotrachéale pour sécurisation du pronostic vital
- Un body scanner est effectué à son arrivée aux urgences, quelles lésions identifiez-vous?



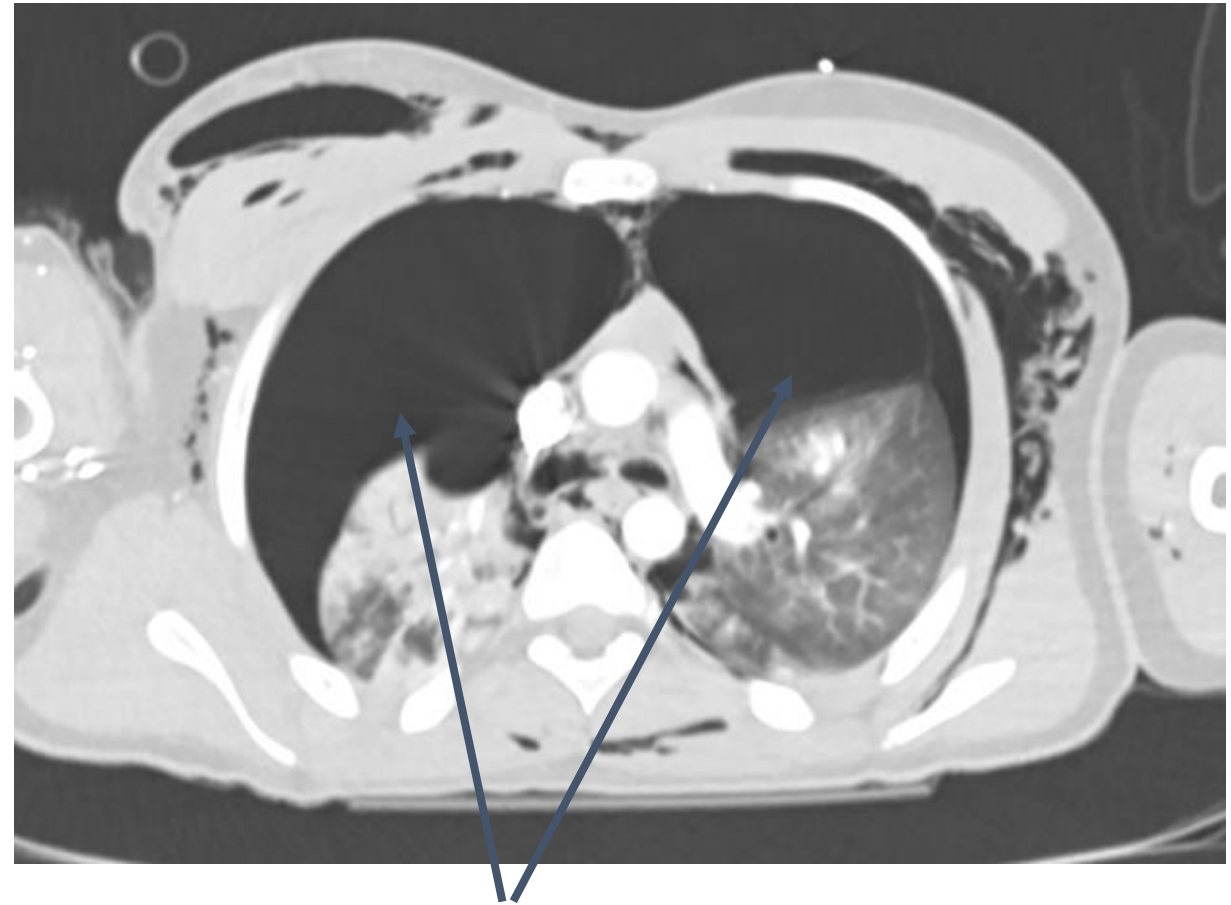


Quels sont vos diagnostics?

Analyse des images

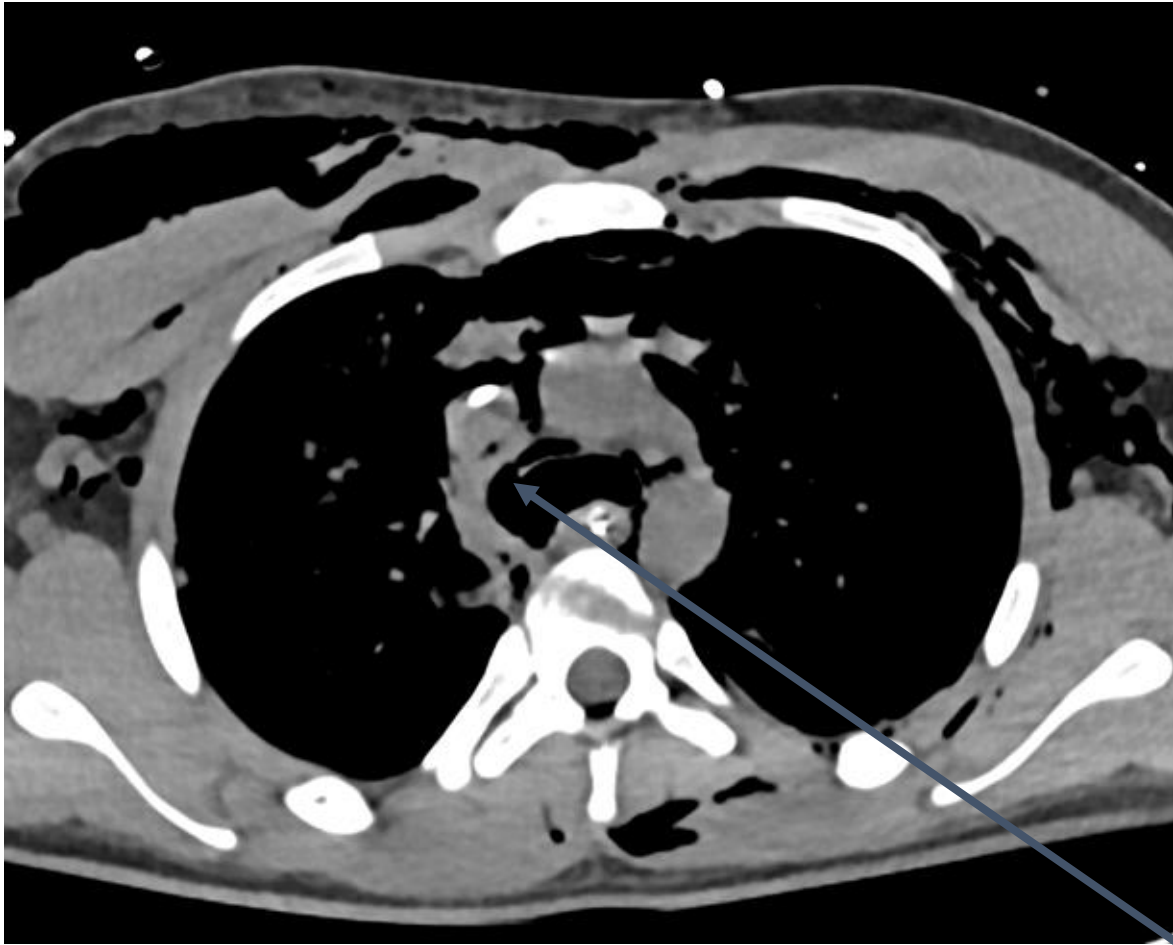


**Pneumomédiastin et
emphysème sous cutanée
diffus**



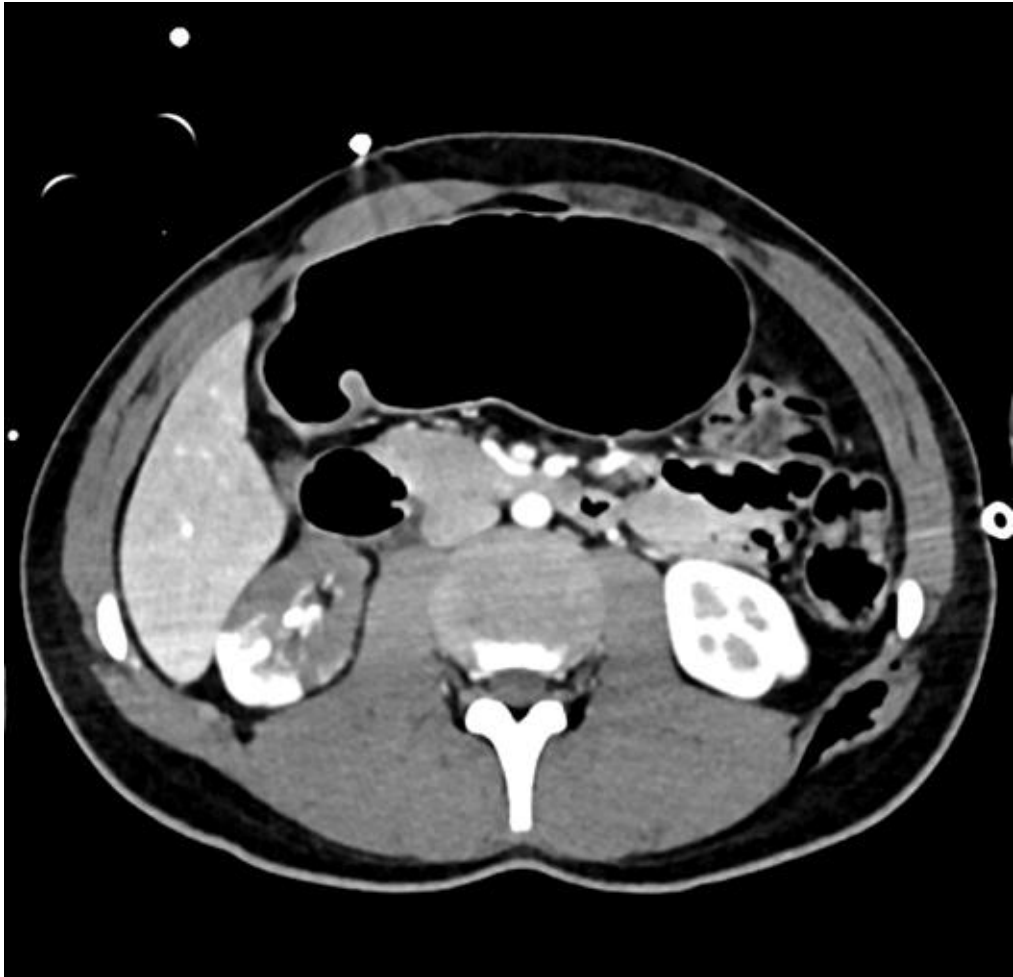
**Pneumothorax bilatéral
complet avec rétraction
pulmonaire**

Analyse des images

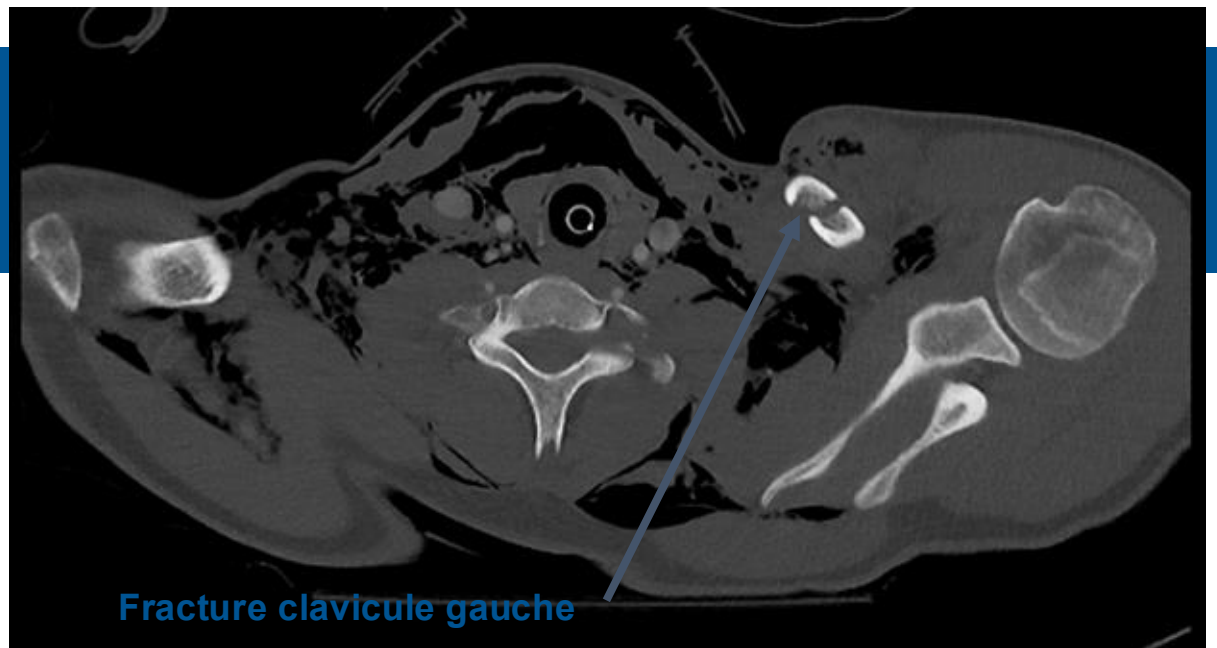


Discontinuité de la paroi bronchique => rupture de la bronche
souche droite entraînant le pneumomédiastin

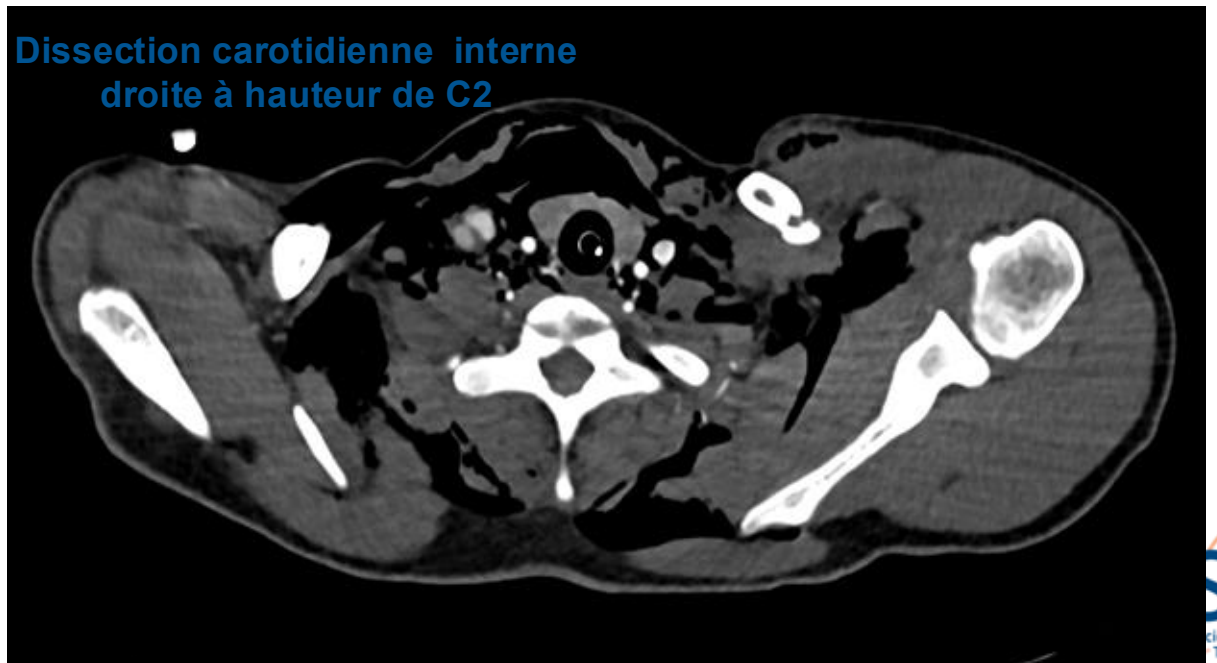
Analyse des images



Infarctus rénal droit inférieur



Fracture clavicule gauche



Dissection carotidienne interne
droite à hauteur de C2

Lésions trachéobronchiques traumatiques

Epidémiologie

- Grave mais rare (3% des décédés sur traumatisme thoracique présentait une lésion trachéobronchique)
- Forte mortalité pré-hospitalière
- Lésions associées +++ (rupture œsophagienne)

Etiologies principales et localisation

- Traumatisme pénétrant : trachée cervicale
- Traumatisme contondant : trachée distale et bronches souches (2,5 cm en amont et en aval de la carène), bronche souche droite +++
- Lésion iatrogène (intubation et bronchoscopie) : trachée cervicale et thoracique proximale

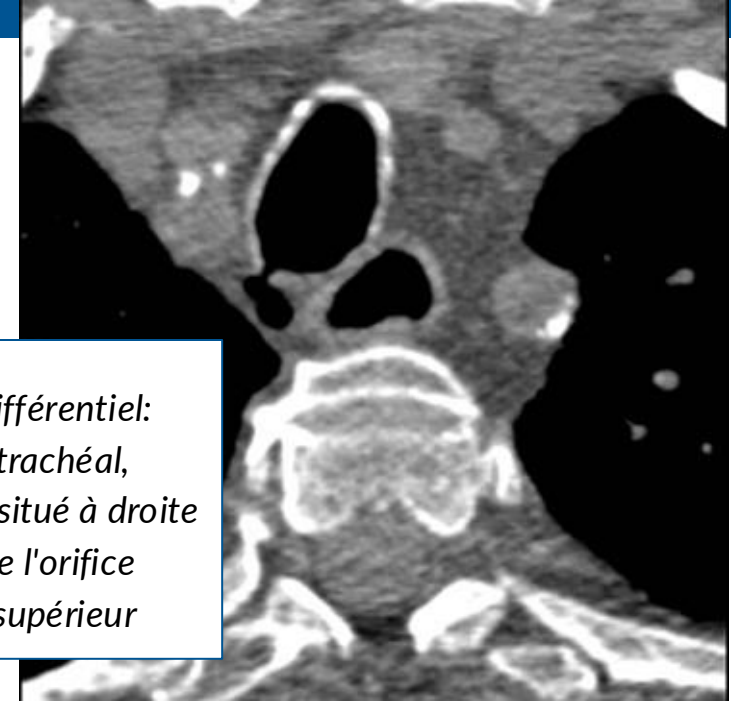
Signes à la radio de thorax

- Emphysème sous-cutané du thorax et/ou du cou
- Pneumothorax
- Pneumomédiastin
- Anomalies liées à la surinflation du ballonnet du tube endotrachéal si le patient est intubé (largeur > 28 mm sur la radio de face ou forme anormale du ballonnet)

Lésions trachéobronchiques traumatiques

Signes en scanner

- Discontinuité des anneaux cartilagineux trachéaux ou bronchiques
- Irrégularité de la paroi des voies respiratoires (parfois subtile)
- Épaississement localisé de la paroi trachéale ou bronchique
- Pneumomédiastin massif (parfois malgré une décompression pleurale correcte avec drains intercostaux)



*Diagnostic différentiel:
diverticule trachéal,
habituellement situé à droite
au niveau de l'orifice
thoracique supérieur*

Complications

- Infections récurrentes (pneumonies)
- Sténose bronchique ou trachéale
- Bronchectasies

Traitement centre/ situation dépendante

- Intubation (sélective controlatérale ++)
- Abstention thérapeutique
- Ou traitement chirurgical par thoracotomie ou endoprothèse transitoire afin de guider la cicatrisation

Références

- *Scaglione M, Ronza R, Rossi C, Martino MT, Iacobellis F, Grassi R, et al. Acute tracheobronchial injuries: impact of imaging on diagnosis and management implications. Eur J Radiol. 2006;59(3):336-343.*
- *Ko S, Kim YH, Lee JH, et al. Tracheal rupture after endotracheal intubation: a report of three cases. Korean J Anesthesiol. 2011;61(4):333-337.*
- *Bouattour K, et al. A post-intubation tracheal rupture in intensive care unit. Pan Afr Med J. 2015;20:—. (pages non retrouvées précisément)*
- *Berend LM, Jahandiez V. Rupture traumatique trachéobronchique: gestion des voies aériennes. Management of tracheobronchial ruptures. Ann Fr Anesth Reanim. 2005;24(4):429-436.*
- *Service d'Imagerie du CH de Perpignan, et service d'imagerie d'Arnaud de Villeneuve, Montpellier*