R. JANCOVICI
Service de Chirurgie Thoracique et Générale,
Hôpital d'Instruction des Armées de Percy, CLAMART.

Editorial

La route tue encore… La route tue toujours par l'intermédiaire de traumatismes cardiaques fermés à raison d'environ 20 % (16 à 78 %) de l'ensemble des traumatismes thoraciques graves ou des polytraumatismes.

Nous rappellerons que le traumatisme fermé du cœur se présente au clinicien sous deux aspects extrêmes, "…*soit trop tôt dans un contexte pol-pathologique qui retient l'attention sur d'autres organes, soit trop tard quand le souvenir même du traumatisme doit être arraché au patient dans un esprit d'enquête systématique*…".

Le terme de traumatisme cardiaque fermé, *blunt cardiac injury* des Anglo-Saxons, a été proposé pour éviter une confusion avec celui de contusion myocardique qui reste, comme nous le savons, la forme la plus fréquente des lésions cardiaques traumatiques.

L'atteinte de l'appareil valvulaire est rare (2 % des traumatismes cardiaques), quant aux ruptures, que ce soit de l'aorte thoracique ou des gros vaisseaux, ainsi que les luxations extra-péricardiques du massif cardiaque, elles demeurent exceptionnelles et conduisent ces blessés le plus souvent vers un centre de référence chirurgical.

Ces traumatismes cardiaques fermés relèvent de quatre mécanismes lésionnels essentiels : choc du cœur contre la paroi thoracique, écrasement contre le rachis, propagation d'une onde de choc au sein du tissu cardiaque, augmentation brutale de la pression intracavitaire par afflux sanguin massif lors d'un traumatisme abdominal. Ces lésions peuvent également être secondaires à un phénomène de décélération. Il faut noter qu'aucun mécanisme lésionnel n'est particulièrement évocateur d'un traumatisme cardiaque.

Les traumatismes cardiaques fermés ont été décrits dans tous les types de traumatismes, dans des circonstances très diverses. Les accidents de voiture sont à l'origine du plus grand nombre de ces lésions, et cela a été confirmé dans 75 % des cas. Il faut souligner, que malgré le port de la ceinture de sécurité ou le développement et le déploiement d'un airbag, ces accidents restent particulièrement graves et pourvoyeurs de lésions cardiaques.

Les motards représentent une population à risque non négligeable, et les analyses fournies par les services publics, révèlent que les piétons renversés développent aussi des lésions cardiaques.

La prise en charge thérapeutique d'un traumatisme cardiaque fermé grave est réalisée soit d'emblée dans un service de réanimation par le biais des services d'urgences, soit au bloc

opératoire, soit enfin au sein d'un service de radiologie interventionnelle. Pour les "blessés stables" porteurs d'une contusion myocardique, la prise en charge relève d'une stratégie impliquant au premier chef les cardiologues, comme le souligne parfaitement **C. Bergez** dans son travail.

Les articles de **M. Lerecouvreux** confirment les incidences des pathologies cardiovasculaires dans la genèse des accidents de la voie publique et par conséquent les contre-indications cardiovasculaires temporaires ou définitives à la conduite automobile.

Le nombre d'accidents en France connaît depuis quelques mois une fluctuation tant vers la baisse que récemment vers la hausse. Rappelons quand même que ces traumatismes restent essentiellement liés à une vitesse trop élevée ne respectant pas la réglementation.

Les notions étayées dans cet éditorial proviennent d'un travail très récent auquel nous avons participé au cours du congrès des SAMU à Nice en 2006, consacré au "*Traumatismes fermés du cœur et des vaisseaux*". ■