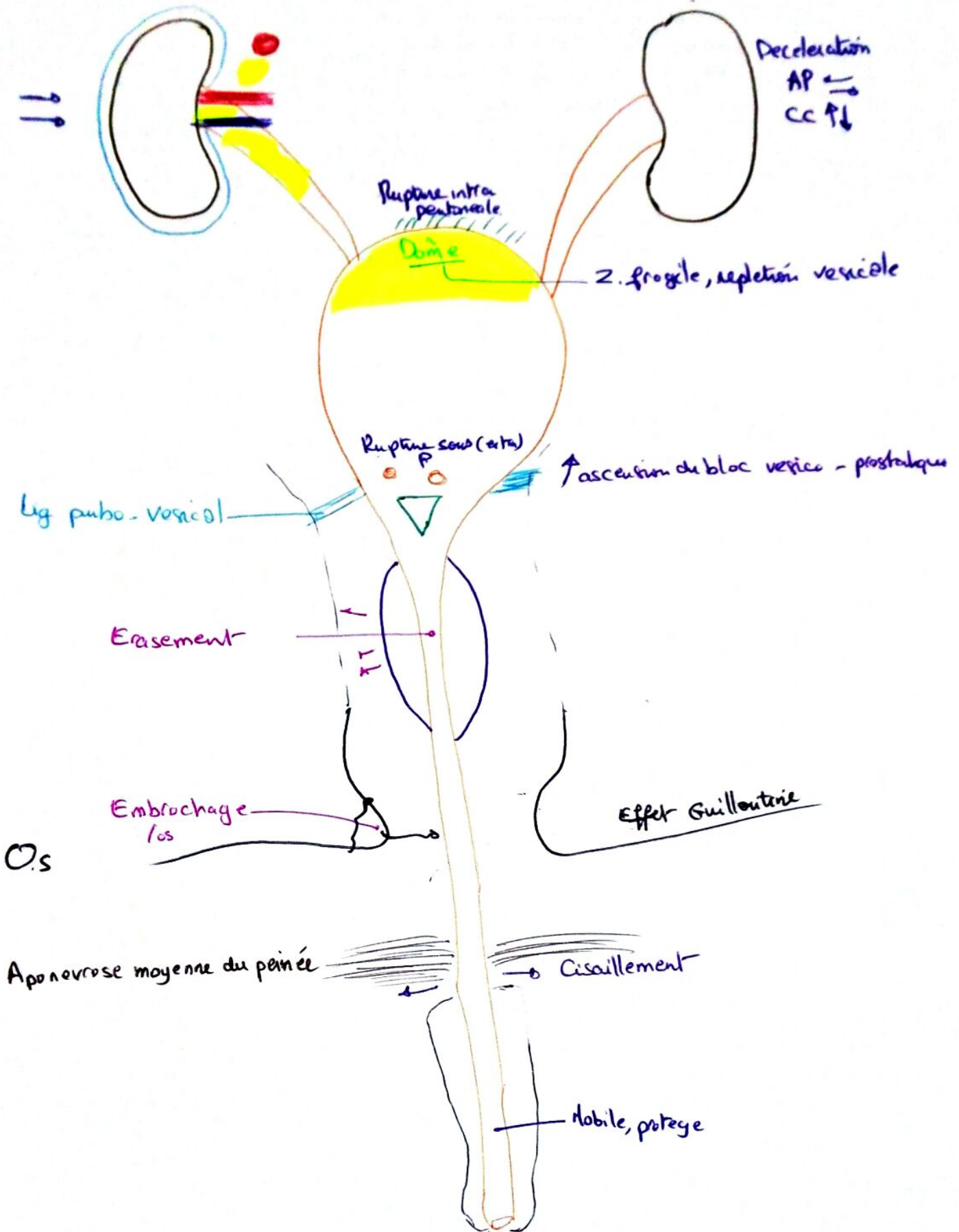


Derecks

Indirects



Contusion Renale

Rupture urètre

Etat hémodynamique
Autreurgence vitale

Hématurie macro totale
Hématome lombaire : empatement
Dlr lombaire

Urétrorragie
Hématome pénnéil en cile de papillon
RVA } et sondage vésical

Choc du choc +:

- ecchymose du flanc
- f# cotes T8 → L2
appT T12 → L1

Decelerat° AP, CC

Asx → B. lésionnel

TR: Ascension du bloc vesico-prostatique?

Polytrauma

Rx du rachis cervical, Echo abdominal, Rx du bassin F, P, 3/4 A/O, TDM TAP
FNS, Plq, TP, TCA / Urée Creat sonogramme / Pré-transfusionnel

Uroscann: à J 8

si stable et surveillance comme CAT

UCR / UCA Uretro Cystographie { Rétrograde
Antégrade
• J3 - J7 → éviter risque infectieux
• UCR + UCA sur son KT en pubien

Classification

AASTC → 5 stades

Chatelain → 4 stades

Résultats:

Sténose: arrêt net

Rupture: extravasation du produit de contraste

partielle → opacification de la vessie
totale → pas d'opacification de la vessie

classificat° AASTC

Contusion Rénale

Trauma fermé

↳ st: Etat hémodynamique
Éliminer une autre urgence mettant en jeu la vie

Contexte:

Choc violent avec:

- * ecchymose du flanc
- * f# côtes T8 → T12
- app T T12 → L4

Mécanisme de deceleration

Contusion rénale ?

Asx:

Bilan
lésionnel

S. clinique SF/SP

Hématurie macro Totale
Dlr lombaire
Empatement lombaire
↳ hématoxie retro-
peritonéale

Interro: Circonstances de l'accident

H du dernier repas
H de la dernière miction
ATCD

EP: Etat hémodynamique
Autre urgence

E. compl.

Biologie

FNS, Plq, TP, TCA

Uréa, Creat, Ionogramme

G_r, Rh, Sero prétransfusionnelle

Imagerie

Echo abd

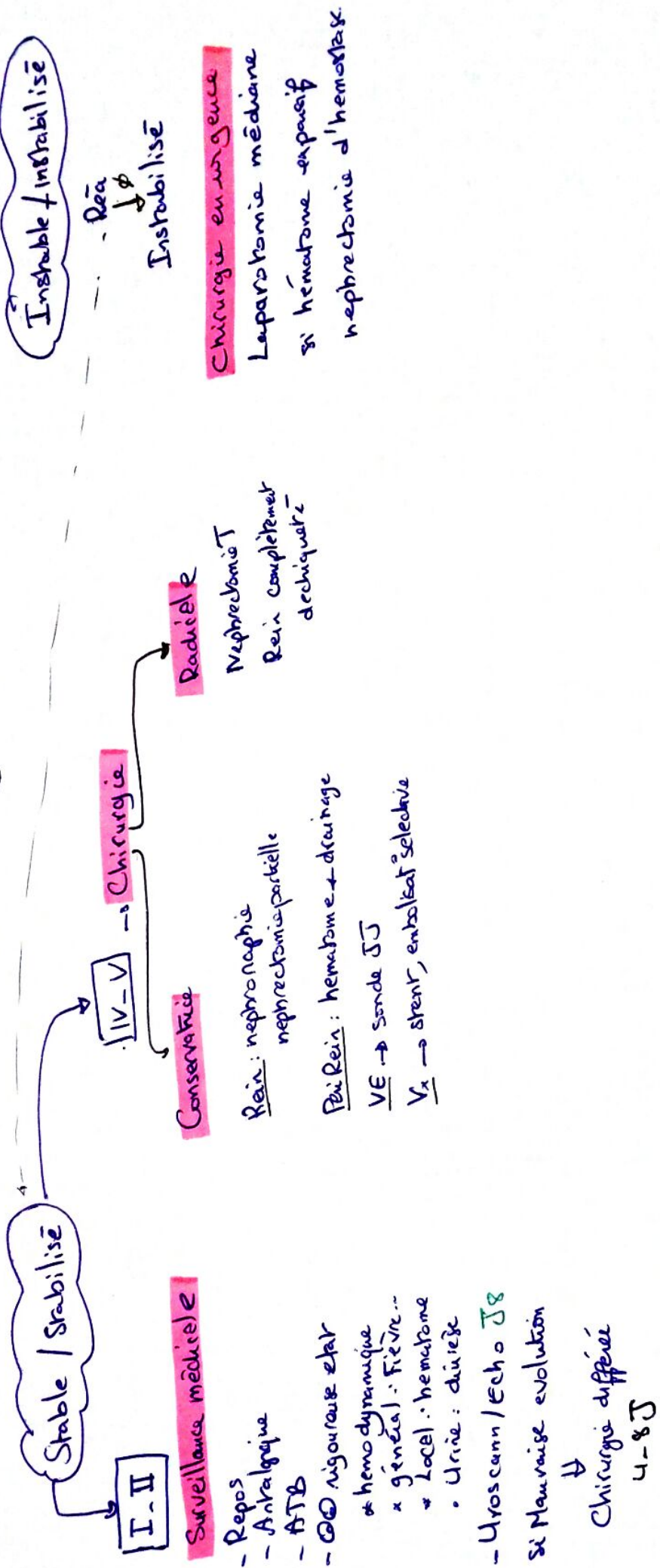
Uroscanner → classifié

Arteriographie: lésion V_a → thérapeutique

UIV

Contusion Rénale

Etat hémodynamique



Fièvre + sequestres parenchymateux
 Extravasat° urinaires post-op
 4-8J

Chirurgie différée
 4-8J

Uroscann / Echo JJ
 si Mauvaise évolution

Surveillance médicale

- Repos
- Antalgique
- ATB
- Rigoureuse etat hemo dynamique
- Fièvre...
- Local: hématome
- Urine: diurèse

I-II

IV-V

Chirurgie

Conservative

Radical

Instable / Instabilisé

Rea

Instabilisé

Chirurgie en urgence

Laparotomie médiane
 si hématome expansif
 Néphrectomie d'hémostase

Nephrectomie T
 Rein complètement déchiqueté

Rein: nephronaphie
 nephrectomie partielle
 Petit Rein: hématome + drainage
 VE -> sonde JJ
 Vx -> stent, embolisation sélective

Lésions vésicales

FAR

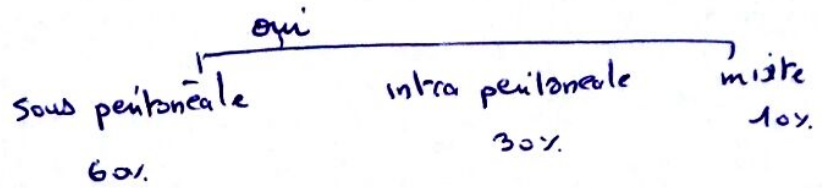
Replétion vésicale → dôme, 2 fragile.

F# du bassin : lig pubo-vésical

Anapath

Perforation ?

non
- contusion



Lésion vésicale : Dg difficile

Hématurie micro ou macro

Empatement sus pubien

Impossibilité d'uriner

Défense sus pubienne

Péritonite : Toucher.

Cystographie rétrograde :

T1 : urétrographie rétrograde → urètre sain

T2 : Sondage stérile.

inj 350 cc du PdC

Résultat : N → Rupture colmatée ou contusion
Extravasation → Rupture SP ou IP
Lacunes → caillotage

Contusion

Repos au lit

Antalgique

Rupture SP

Trt conservateur

drainage seul par sonde 2-3S

Rupture IP ou mixte

Parage

ouverture en 2 plans

Drainage 2-3 semaines

Complications Urinaires des fractures du bassin

Introduction

Urètre postérieur

Rappel anatomique

Etiopathogénie : - Circonstances
- Mécanismes : directs
- indirects

Anamnèse

Clinique : état de choc
autre urgence
hémorragie → CI sondage vésical

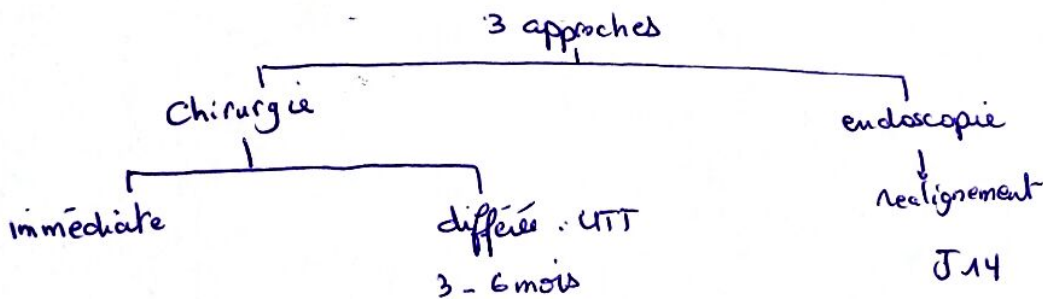
Radiographies

echo
radio bassin
TDM TAP
Uretrographie rétrograde

Classification AAST

CAT

• CI sondage vésical



Complications

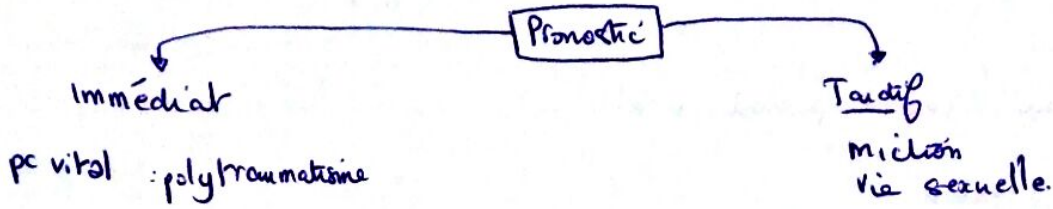
urinaires
sexuelles

Complications urinaires des fx du bassin

Fx du bassin → lésions du bas appareil urinaire — urètre
— vessie

Contexte: polytraumatisé

♂ Jeune



Rappel anatomique:

Anneau pelvien : sacrum

Arc antérieur : Pubis + Cadre obturateur (branches ilio-pubiques)

Urètre ♂

Postérieur

- prostatique
- membranux

Antérieur

« pénien : mobile.

Urètre postérieur

Etiopathogénie

→ Circonstances AVP, AC, AT, AS avec

- Chute en califourchon
- Ecrasement
- Chute d'une hauteur

~~ET~~
→ Mécanisme

Direct

embrochage par esquie osseuse
écrasement (urètre prostatique)

Indirect - Plus fréquent

Cisaillage → aponevrose moyenne du pénis
Effet Guillotiné → lig transv.
Arrachement du bloc prostat.-vésic.-uretr.
(lig pubo.-vésicaux)

Anapath

Simple contusion : hématome péniéal
Rupture partielle
Rupture totale +/- déglacé

Clinique

Etat de choc

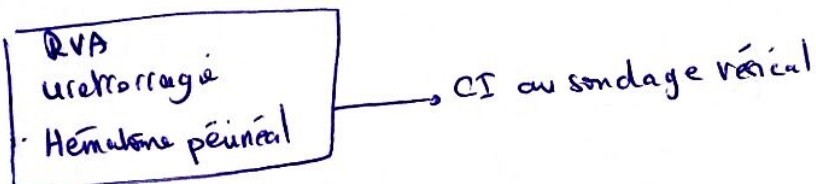
Autre urgence mettant au jeu le pronostic vital :
abdominale
cardio-respiratoire
neurologique

Dg de rupture de l'urètre : triade



RVA : mécanique ou réflexe
Uretorragie : sang / méat uretral en dehors des m. ctérod
Hématome retro-péniéal ou aile de papillon

TR : → rechercher une ascension du bloc prostatato-vésiculaire



Imagerie :

Polytraume : ? → Rx du crânie cervical
Rx du bassin : F, P, 3/4 A, 3/4 O
Echo abd
TDM TAP

Rupture de l'urètre → urographie rétrograde UCR.

d) J3-J7 : éviter le risque infectieux
UCR + UCA (antégrade) sur scide sur pubienne

Résultats

extravasation de produit de contraste → rupture.

urêt net → sténose

opacification de la vessie non → rupture totale
 oui → rupture partielle (+ extravasat.)

Rupture vésicale post CAT

Éliminer État de choc
Autre urgence

CI au sondage vésical → KT sus pubien ✓

Chirurgie

Immédiate

Abandonnée sauf
lésion associée

- col vésical
- Rectum
- Incarcération

Différée

~~UTT~~ → J10

J10 → UTT

3-6 mois → sténose

Realignement endoscopique

J14.

Double abord

KT sus pub laissé 6 semaines

TD?