CAS CLINIQUE

Un jeune de 27 ans, victime d'un AVP, occasionnant une contusion basi thoracique gauche avec TA à 12/8, pouls à 100/mn, sensibilité abdominale diffuse marquée surtout au niveau de l'hypochondre gauche.

1. Quels sont les premiers gestes à réaliser en urgence ?
……..

2. Malade était stabilisé sur le plan hémodynamique, orienter les examens complémentaires ?
……
……

3.La radiographie du thorax a montré des fractures 8ème, 9ème et IO ème cotes gauches (arc moyen). L'échographie a montré un épanchement péritonéal de moyenne abondance surtout en pré-splénique. Quelle est votre conduite ?
……
…….

4.L'état hémodynamique était stabilisé par la transfusion de 2 CG,, au bout de 6h de surveillance, le patient développe une fièvre et une défense de l'hypochondre gauche, quel est le diagnostic le plus probable et quelle est votre conduite ?
……
……..

CAS CLINIQUE

Un homme de 42 ans, victime d'un accident de travail : chute d'une hauteur de 6 m, en plus des lésions orthopédiques intéressant les deux membres inférieurs, le patient a développé une hématurie.

1. Quelle est la cause la plus probable de cette hématurie en sachant que le patient n'a pas de fracture du bassin.

…….

2. Quelle est votre conduite si le rein droit sera muet à l'uroscanner

CAS CLINIQUE

Un motocycliste a percuté une charrette avec point d'impact épigastrique, l'examen initial trouve un bon état hémodynamique, sensibilité épigastrique, radio du thorax et ASP sont normaux, échographie abdominale normale.
Le malade était hospitalisé, au bout de quelques heures, il développe :

- fébricule, exagération des douleurs épigastriques , vomissements avec défense épigastrique.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

…….

2.Quels examens biologiques demandez-vous ?

……..

3.Quel est l'examen morphologique à demander ?

……..

4. Quelle est votre conduite thérapeutique ,en fonction, des résultats de l'examen morphologique demandés ?

…….

CAS CLINIQUE

Un adulte jeune victime d'une agression physique occasionnant un traumatisme de l'hypochondre droit, il est amené aux urgences en état de choc avec une TA systolique qui pesiste < 7 malgré un remplissage par 3 flacons de Plasmogel et 2 l de sérum physiologique passées en 20 mn.

1. Quelle est votre conduite ?

…….

2.En per-opératoire, hémopéritoine de grande abondance secondaire à des lésions hépatiques avec un saignement qui persiste malgré un clampage du pédicule hépatique.
Quelle est votre conduite ?

…….

CAS CLINIQUE

Un motocycliste heurté par une voiture, a été éjecté avec réception abdominale. L'examen initial : patient plaintif, bon état hémodynamique, pas de détresse respiratoire, sensibilité abdominale, la biologie est correcte, la radiographie standard est normale, avec à l'échographie abdominale : épanchement de faible abondance.

Lors de la surveillance, persistance des douleurs abdominales et de la sensibilité.
Au bout de 48h , le patient développe une fièvre et une défense abdominale surtout en péri- ombilical.

1. quels sont les examens complémentaires que vous demanderez ?

……..

2.Quelle est votre suspicion diagnostique ?

……..

3.Quelle est votre conduite thérapeutique ?

…….

1. Un polytraumatisé avec un tableau de contusion de l'abdomen et impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs. L'examen note un bon état hémodynamique, l'abdomen est souple et dépressible. TA = 14/8, pouls à 70. La radio du bassin montre une fracture du cadre obturateur. Il faut :

a : Faire une opacification urinaire rétrograde en urgence pour voir s'il y a une rupture urétrale
b. Sonder le malade et voir l'aspect des urines.
c.Demander au malade d'uriner spontanément pour voir l'aspect des urines
d-Opérer le malade si l'échographie monter un épanchement intra péritonéal de faible abondance.
e-Faire une UIV en urgence à la recherche d'une rupture vésicale.

2. Vous êtes appelé à voir en urgence un malade de 28 ans qui a des douleurs abdominales diffuses. Vous êtes frappé d'emblée par lune pâleur généralisée, son pouls est à 130, TA est à 9 de maxima. Vous apprenez qu'il a fait une chute d'une échelle il y a 3 semaines et a gardé pendant quelques jours une ecchymose pariétale et une douleur de l'hypochondre gauche.
Quel diagnostic parmi les suivants devrez-vous évoquer chez ce malade ?

a. rupture traumatique du pancréas en deux temps
b. une rupture traumatique de la rate en deux temps
c. hémorragie ulcéreuse
d. pancréatite aiguë hémorragique
e. Perforation d'ulcère du bulbe.

3.Devant une hématurie totale post traumatique, il faut :
a : faire une UIV
b ; faire une échographie rénale en urgence
c. faire une opacification rétrograde
d. pratiquer une cystoscopie en urgence pour voir l'origine du saignement.
e. faire un uroscanner

8.Devant un tableau de contusion abdominale, l'indication laparotomie est portée en cas :

a-de douleur abdominale avec à l'échographie un épanchement abdominal de moyenne abondance, malgré un état hémodynamique stable
b- défense abdominale
c- un état de choc hypovolémique rebelle au remplissage
d-hématurie totale
e-pneumopéritoine à l'ASP

9.Un hématome sous capsulaire de la rate polaire supérieure nécessite :

a- une splénectomie polaire supérieure
b- une splénectomie totale
c- une surveillance étroite dans un milieu de réanimation chirurgicale
d- une intervention chirurgicale avec évacuation de l'hématome
e- une évacuation de l'hématome sous contrôle scannographique

10. Quels sont les signes radiologiques en faveur d'un hématome rétropéritonéal ?

a- niveaux hydroaériques mixtes
b- grisaille diffues
c- effacement des bords des psoas et du contour du rein lésé
d- fractures des apophyses transverses de L2 L3
e- e-fracture de l'aile iliaque

11. A propos des contusions par décélération :

a- Il peut s'agir d'un accident de la voie publique ou d'un chute d'un lieu élevé
b- L'énergie cinétique des viscères est fonction de la décélération
c- L'énergie cinétique des viscères est fonction de leur masse
d- Les lésions siègent surtout loin des points d'attache (de fixation)
e- Les lésions siègent surtout près des points d'attache (de fixation)

12. A propos de l'échographie, elle permet de bien étudier

a- les lésions d'organe creux
b- les lésions d'organes pleins
c- les lésions du diaphragme
d- le type d'un épanchement intra-péritonéal
e- les ruptures de la vessie

13. Lors d'une contusion abdominale :

a- Le foie est l'organe le plus souvent lésé
b- Les lésions de la rate sont retrouvées dans 50 % des cas
c- Le bilan pancréatique est systématique en cas de traumatisme épigastrique
d- Malgré son volume, les lésions du foie ne se voient que dans 25 % des cas
e- Les lésions du mésentère font souvent suite à une décélération.

14. A propos du traitement des contusions de l'abdomen, quelle est la proposition vraie ?

a- Les contusions rénales indiquent souvent la néphrectomie d'hémostase
b- Le traitement chirurgical des lésions de la rate peut être l'abstention, la réparation splénique, la splénectomie partielle ou la splénectomie totale
c- La splénectomie est contre indiquée en cas de trouble de l'hémostase
d- La désinsertion mésentérique indique la suture des lésions
e- La contusion pancréatique nécessite la réparation chirurgicale

15. Le bilan d'un contus de l'abdomen a conclu à la présence d'un hématome sous capsulaire de la rate. Le traitement non opératoire peut être indiqué à condition que :
    a- que le malade n'avait jamais été opéré

b- que le malade avait été opéré dans les antécédents
c- que les constantes hémodynamiques restent stables
d- qu'on ne suspecte pas une lésion d'un organe creux
e- que le patient soit un enfant ou un adulte jeune

16. A propos des ruptures vésicales

a- Elles sont toujours intra péritonéales
b- Elles sont toujours extra-péritonéales
c- Elles peuvent être intra ou extra péritonéales
d- L'absence d'hématurie élimine le diagnostic de rupture vésicale
e- Lorsque la vessie est vide, sa rupture est la conséquence d'une fracture du bassin

LES LESIONS HEPATIQUES : CLASSIFICATION DE MOORE

Grade	Lésions
I	Eraillure, fractures parenchymateuses de moins de 1 cm de profondeur avec une hémorragie minime ou absente, désinsertions ligamentaires et de la vésicule biliaire, hématome sous capsulaire non expansif intéressant moins de 10% de la surface du foie
II	Hématomes sous capsulaires non expansifs intéressant 10 à 50% de la surface du foie, hématomes centro-parenchymateux non expansif de moins de 2 cm de diamètre, fractures parenchymateuses de 1 à 3 cm de profondeur et de moins de 10 cm de long
III	Hématomes sous capsulaires intéressant plus de 50% de la surface du foie, hématomes sous capsulaires expansif ou rompu, hématomes centro-parenchymateux expansifs ou de plus de 2 cm de diamètre, fractures parenchymateuses de plus de 3 cm de profondeur
IV	Hématomes parenchymateux rompus et hémorragiques, fractures unilobaires intéressant de 25 à 50 % du lobe concerné
V	Fractures parenchymateuses intéressant plus de 50 % d'un lobe ou les deux lobes, lésions veineuses cavo-sus-hépatiques, lésions pédiculaires dans le hile
VI	Avulsion du foie

LES LESIONS SPLENIQUES : CLASSIFICATION DE L'AAST

Grade	Hématome sous capsulaire	Hématomes intra-parenchymateux	Déchirures capsulaires	dévascularisation	AIS
I	<10% non évolutif,non expansif	0	Profondeur<1cm Non hémorragique	0	2
II	10à50%non expansif	<2cm ou évolutif	Profondeur>2cm avec hémorragie active	0	2
III	>50% ou évolutif, rompu et hémorragie active	>2cm ou évolutif	Profondeur>2cm avec hémorragie active :vaisseaux centraux	<25%	3
IV	Rompu	Rompu et évolutif	Atteinte des vaisseaux segmentaires ou hilaires	>25%	4
V	Eclatement	-	Lésions du pédicule	100%	5

LES LESIONS PANCREATIQUES

Grade	Lésions
I	Contusion mineure Hématome ou déchirure superficielle sans lésion canalaire

II	**Contusion majeure sans lésion canalaire ni perte de substance** **Plaie parenchymateuse sans lésion canalaire**
III	**Rupture distale ou plaie parenchymateuse avec lésion canalaire**
IV	**Rupture proximale ou lésion parenchymateuse intéressant l'ampoule**
V	**Rupture complète de la tête (éclatement)**

LES LESIONS DUODENALES

Grade	Lésions
I	**Hématome concernant un seul segment duodénal** **Déchirure séreuse sans perforation**
II	**Hématome concernant plus d'un segment duodénal** **Rupture < 50% de la circonférence**
III	**Rupture de 50 à 75 % en D2** **Rupture de 50 à 100% en D1, D3, D4**
IV	**Rupture > 75% en D2 intéressant l'ampoule de vater ou le cholédoque**
V	**Dévascularisation duodénale** **Rupture duodéno-pancréatique**

LES LESIONS RENALES : CLASSIFICATION DE CHATELAIN ET MASSE

Grade	Lésions
I	**Lésions parenchymateuses respectant la capsule du rein. Il s'agit des contusions rénales et ou des hématomes sous-capsulaires**
Ia	**Voie excrétrice ouverte**
Ib	**Voie excrétrice intacte**
II	**Fracture du parenchyme avec faible écart interfragmentaire**

	mais avec rupture de la capsule rénale
IIa	**Voie excrétrice ouverte avec constitution d'un épanchement uro-hématique rétro-péritonéal**
IIb	**Voie excrétrice intacte avec hématome de la loge rénale et rétro-péritonéal**
III	**Fracture rénale avec écart interfragmentaire important, voie excrétrice ouverte avec rupture de la capsule rénale**
IV	**Lésions pédiculaires artérielles et ou veineuses**
V	**Rupture isolée de la voie excrétrice**

LES LESIONS DE L'INTESTIN GRELE, COLON ET RECTUM

Grade	Lésions
I	**Contusion ou hématome sans dévascularisation Epaississement localisé sans perforation**
II	**Lacération< 50% de la circonférence**
III	**Lacération> 50% de la circonférence**
IV	**Transsection de la paroi**
V	**Transsection avec perte de substance ou segment dévascularisé**