

**URGENCES**  
**CHIRURGICALES**  
**RABAT 2020**

**Dr HAMZA EL OUAGARI**

# URGENCES CHIRURGICALES

<b>NEURO CHIRURGIE</b>	<p>1. <u>Traumatisme crânien</u> : Dg + CAT</p> <p>2. <u>Hématome extra dural</u> : Dg + CAT</p> <p>3. <u>Syndrome d'hypertension intra crânienne</u> : Dg + CAT</p> <p>4. <u>Abcès encéphalique</u> : Dg + CAT</p>
<b>CHIRURGIE THORACIQUE</b>	<p>5. <u>Traumatismes fermés du thorax</u> : Physiopathologie + Dg + CAT</p> <p>6. <u>Traumatismes ouverts du thorax</u> : Physiopathologie + Dg + CAT</p> <p>7. <u>Plaies du cœur</u> : Dg + CAT</p>
<b>CHIRURGIE DIGESTIVE</b>	<p>8. <u>Brûlures caustiques œsogastroduodénales</u> : Physiopathologie + évaluation de la gravité + indications de la chirurgie en urgence</p> <p>9. <u>Hémorragie digestive haute</u> : Dg + CAT</p> <p>10. <u>Hémorragie digestive basse</u> : Dg + CAT</p> <p>11. <u>Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post opératoire</u> : Dg + CAT</p> <p>12. <u>Ulcère duodéal perforé</u> : Dg + CAT</p> <p>13. <u>Angiocholites aiguës</u> : Dg + CAT</p> <p>14. <u>Appendicites aiguës et leurs complications</u> : Dg + CAT</p> <p>15. <u>Pancréatite aiguë</u> : Dg + évaluation de la gravité + PEC</p> <p>16. <u>Occlusion du grêle</u> : Physiopathologie + Dg + TTT</p> <p>17. <u>Occlusion du côlon</u> : Physiopathologie + Dg + TTT</p> <p>18. <u>Invagination intestinale aiguë</u> : Dg + CAT</p> <p>19. <u>Volvulus du sigmoïde</u> : Dg + CAT</p> <p>20. <u>Hernies étranglées</u> : Dg + CAT</p> <p>21. <u>Contusion de l'abdomen</u> : Dg + CAT</p> <p>22. <u>Plaie pénétrante de l'abdomen</u> : CAT</p> <p>23. <u>Hémopéritoine post traumatique</u> : Dg + TTT</p> <p>24. <u>Hématome rétro péritonéal post traumatique</u> : Dg + CAT</p>
<b>UROLOGIE</b>	<p>25. <u>Grosse bourse aiguë</u> : Dg + CAT</p> <p>26. <u>Rétention aiguë d'urine</u> : Dg + CAT</p> <p>27. <u>Anuries mécaniques</u> : Dg + CAT</p> <p>28. <u>Cellulite périnéo-scrotale</u> : Dg + CAT</p> <p>29. <u>Traumatisme de l'urètre</u> : Dg + CAT</p>
<b>TRAUMATOLOGIE</b>	<p>30. <u>Fracture de la rotule</u> : Dg + CAT</p> <p>31. <u>Fractures ouvertes de jambe</u> : Dg + CAT</p> <p>32. <u>Luxation du coude</u> : Dg + CAT</p> <p>33. <u>Fracture de l'extrémité inférieure du radius</u> : Dg + CAT</p> <p>34. <u>Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus</u> : Dg + CAT</p> <p>35. <u>Entorses graves de la cheville</u> : Dg + CAT</p> <p>36. <u>Entorses du genou</u> : Dg + CAT</p> <p>37. <u>Ruptures du tendon d'Achille</u> : Dg + CAT</p> <p>38. <u>Ecrasements des membres</u> : Dg + CAT</p>
<b>CHIRURGIE VASCULAIRE</b>	<p>39. <u>Ischémie aiguë des membres inférieurs</u> : Dg + CAT</p> <p>40. <u>Traumatismes vasculaires des membres</u> : Dg + CAT</p>
<b>CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE</b>	<p>41. <u>Grossesse extra utérine</u> : Dg + CAT</p> <p>42. <u>Hémorragie de la délivrance</u> : Dg + CAT</p> <p>43. <u>Placenta praevia</u> : Dg + CAT</p> <p>44. <u>Hématome rétro placentaire</u> : Dg + CAT</p> <p>45. <u>Rupture utérine</u> : Dg + CAT</p>
<b>AUTRES</b>	<p>46. <u>Brûlures</u> : Physiopathologie + Bilan initial + PEC thérapeutique dans les premières 48H</p>

**Cours 1 : Traumatisme crânien :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Toute agression mécanique directe ou indirecte du système crânio encéphalique
- ❖ Cause majeure de décès et d'invalidité chez l'adulte jeune = 68% de décès.
- ❖ Causes principales : AVP (50-60%), chutes (20-30%)...

**I- Dg :**

	CLINIQUE	PARACLINIQUE																					
<p><b>A- Interrogatoire</b> (du patient s'il est conscient ou de son entourage)                      → Traumatisme : circonstances et mécanisme exact (choc direct, décélération, éjection...), temps écoulé...                      → Traumatisé : ATCD, notion de perte de connaissance initiale +++, intervalle libre, plaintes fonctionnelles...</p> <p><b>B- Examen clinique</b> : COMPLET surtout s'il s'agit d'un polytraumatisé</p> <p><b>Tout comateux est un traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire.</b></p> <p><b>1- Evaluation des fonctions vitales +++</b> : FC, TA, ventilation</p> <p><b>2- Examen local (crânio-facial) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecchymose orbitaire,</li> <li>- Otorrhée, Otorragie, Rhinorrhée.</li> <li>- Enfoncement frontal, Plaie du scalp, Embarrure</li> <li>- Plaies crânio-cérébrales.</li> </ul>	<p><b>3- Examen neurologique</b> : PRECIS + Répété.                      → Etat de conscience : Score de Glasgow.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Ouverture des yeux</th> <th>Réponse verbale</th> <th>Réponse motrice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4. Spontanée</td> <td>5. Orientée</td> <td>6. Sur ordre</td> </tr> <tr> <td>3. Au bruit</td> <td>4. Confuse</td> <td>5. Orientée</td> </tr> <tr> <td>2. A la douleur</td> <td>3. Incohérente</td> <td>4. Évitement</td> </tr> <tr> <td>1. Absence</td> <td>2. Incompréhensible</td> <td>3. Décortication</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. Absence</td> <td>2. Décérébration</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1. Absence</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Traumatisme crânien grave si GCS &lt; 8, après correction des fonctions vitales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recherche de signes de focalisation.</li> <li>→ Recherche de troubles neurovégétatifs.</li> <li>→ Signes d'engagement.</li> <li>→ Crises convulsives</li> <li>→ Réactivité pupillaire : mydriase + déficit moteur controlatéral → lésion compressive du côté de la mydriase (HED, HSD aigue...)</li> </ul> <p><b>4- Examen général</b> : lésions associées (polytraumatisme) et surtout la recherche systématique d'une lésion du rachis cervical.</p>	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice	4. Spontanée	5. Orientée	6. Sur ordre	3. Au bruit	4. Confuse	5. Orientée	2. A la douleur	3. Incohérente	4. Évitement	1. Absence	2. Incompréhensible	3. Décortication		1. Absence	2. Décérébration			1. Absence	<p><b>1-Radiographies du crâne F et P</b> : recherche fracture de la voûte et de la base du crâne.</p> <p><b>2-Radiographies du rachis cervical F et P</b> avec cliché bouche ouverte (prenant C7).</p> <p><b>3-Radiographie du thorax F et P</b> : recherche des lésions thoracopulmonaires associées.</p> <p><b>4-TDM crânio-cérébrale sans injection +++</b> : lésions osseuses – lésions parenchymateuses – hématomes                      → <b>SYSTEMATIQUE</b> : PCI, Tr de vigilance et confusion mentale, Déficit neuro focalisé.                      → Prendre une décision chirurgicale urgente (HED, HSD aigue important...).</p> <p><b>5- Le reste du bilan radiologique</b> est demandé en fonction de l'examen clinique.</p>
Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice																					
4. Spontanée	5. Orientée	6. Sur ordre																					
3. Au bruit	4. Confuse	5. Orientée																					
2. A la douleur	3. Incohérente	4. Évitement																					
1. Absence	2. Incompréhensible	3. Décortication																					
	1. Absence	2. Décérébration																					
		1. Absence																					

**II- CAT :**

Traumatisme crânien sans gravité : Sujet conscient avec examen neuro normal.	Traumatisme crânien grave : Tb de conscience, signe de localisation, embarrure, plaie crânio cérébrale, signe d'HTIC	
<p><b>1- Si Ø de PCI</b> → Ø d'hospitalisation, mais retour aux urgences à la moindre anomalie (céphalées, vomissements...)</p> <p><b>2- Si PCI</b> → hospitalisation de 48h :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration clinique → sortie.</li> <li>- Aggravation secondaire → TDM en urgence.</li> </ul>	<p><b>A- Mesures de réanimation initiales (à commencer en pré-hospitalier) :</b></p> <p><b>+ PEC respiratoire</b> → SaO<sub>2</sub>&gt;95% - Normocapnie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la liberté des VAS</li> <li>- Intubation et Ventilation (GCS &lt; 8 ; DR associée).</li> </ul> <p><b>+ PEC cardio-circulatoire</b> → PAM &gt; 90mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissage par SS 0,9% ou colloïde. Solutés hypotoniques sont contre-indiqués (ex : SG).</li> <li>- ± Drogues cardio-vaso-actives (noradrénaline, dopamine)</li> </ul> <p><b>+ Autres mesures :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobilisation du rachis cervical - Éviter les frissons</li> <li>- En présence de signes d'engagement (mydriase): Mannitol 20% ou SSH 7,5 %</li> </ul> <p><b>+ Surveillance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring : FC, PA, scope, SaO<sub>2</sub>, T°.</li> <li>- Sédation optimale pour éviter l'HTIC (± curares)</li> <li>- Position de la tête (20-30°/plan du lit)</li> </ul> <p><b>+ Orientation vers une structure adéquate :</b> disposant d'un service de réa, scanner, d'un avis neurochir et d'un labo.</p> <p><b>Objectif principal = Prévention des ACSOS</b> (agressions cérébrales II d'origine systémique)</p>	<p><b>B- Bilan radiologique</b> : Scanner cérébral sans injection ++</p> <p><b>C- Indications d'intervention neurochirurgicale :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hématome intracrânien aigue (extra ou sous dural) avec : détérioration neuro, déviation ligne médiane &gt;3mm.</li> <li>2. Hématome intracérébral volumineux</li> <li>3. Hydrocéphalie aigue</li> <li>4. Plaie crânio-cérébrale</li> <li>5. Embarrure très déplacée.</li> </ol> <p><b>D- Mesures générales :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring + Sédation + Maintien de la tête surélevée de 20 à 30°.</li> <li>2. Correction des troubles métaboliques et de l'hémostase – Lutte contre l'hyperthermie et les frissons</li> <li>3. Prévention de crises convulsives – Drainage externe si hydrocéphalie aigue – Nutrition par voie entérale.</li> <li>4. Prévention des complications de décubitus (escarres ; thrombo-embolies) : matelas, position.....</li> <li>5. Prévention d'ulcère de stress (Sucrafalate) – Prévention des infections nosocomiales.</li> </ol>

**Cours 2 : Hématome extra dural:**

**Dg + CAT :**

**URGENCE NEUROCHIR  
EXTRÊME  
PC VITAL IMMEDIAT ++**

- ❖ Collection sanguine entre la dure mère et la table interne des os du crâne.
- ❖ Hémorragie d'origine artérielle le plus souvent (déchirure de l'artère méningée moyenne)
- ❖ **Etiologie** : post-traumatique+++, post-opératoire, spontané.

DG : TDD : Hématome temporo-pariétal pur		CAT	
CLINIQUE	RADIO	Mesures générales	TTT Neurochirurgical
<p><b>A- Contexte clinique évocateur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatisme crânien + perte de connaissance initiale ++++ ou fracture du crâne → surveillance en milieu hospitalier.</li> <li>- Aggravation après un intervalle libre +++ de 6-24h pendant lesquelles le malade est conscient et n'a pas de déficit :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles progressifs de la conscience : obnubilation puis coma.</li> <li>- Déficit d'un hémicorps : hémiparésie puis hémiplégie controlatérale à l'hématome.</li> <li>- Anisocorie : mydriase homolatérale à l'hématome.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Ces signes sont le témoin d'un engagement temporal. En l'absence d'un traitement urgent, il y a aggravation avec : Coma profond, troubles végétatifs et signes de décérébration par souffrance du tronc.</i></p> <p><b>B- Contexte moins évocateur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervalle libre absent, court (&lt; 6h), ou prolongé (&gt; 24h).</li> <li>- Signes d'aggravation très modérés (vomissement, céphalées...).</li> </ul> <p><i>NB : Chez le nourrisson, l'HED est souvent révélé par un tableau clinique fait d'anémie aigue ou de collapsus.</i></p>	<p><b>1- Rx standard du crâne de F et P :</b> peut montrer un trait de fracture temporo-pariétale, croisant le sillon de l'artère méningée moyenne ou une de ses branches.</p> <p><b>2- Scanner cérébral sans injection :</b> <u>Confirme le diagnostic :</u> <u>collection de sang hyperdense en lentille biconvexe +++.</u> Précise le siège, le diamètre, l'existence d'effet de masse ou d'autres lésions associées. <b>→ Intervention neurochirurgicale en urgence.</b></p>	<p><b>1. Mise en condition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VV de bon calibre, LVAS, intubation et ventilation assistée si nécessaire.</li> <li>- Laisser à jeun car patient chirurgical.</li> </ul> <p><b>2. Lutte contre HTIC</b> (Position proclive, restriction hydrique et parfois mannitol)</p> <p><b>3. TTT antiépileptique prophylactique.</b></p> <p><b>4. ATB systématique</b> (brèche éventuelle) par l'amoxicilline 1 g en IVD 3 fois/jour.</p> <p><b>5. Surveillance :</b> Pouls, TA, GCS, Pupilles...</p>	<p>→ En urgence, d'autant plus que l'intervalle libre a été court.</p> <p>→ Après mesures de réanimation si patient instable sur le plan respiratoire et hémodynamique.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trou de trépan ou volet crânien.</li> <li>2. Evacuation de l'hématome par aspiration.</li> <li>3. Coagulation de l'artère méningée moyenne.</li> <li>4. Suspension de la dure-mère à l'épicrâne pour la prévention des récidives.</li> <li>5. Drain aspiratif pendant 48 h et fermeture.</li> </ol> <p><b>NB : si Scanner non disponible en urgence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tableau clinique évocateur :</b> trou de Trépan explorateur sur le trait de Fr s'il existe, ou du côté de la mydriase.</li> <li>- <b>Tableau douteux :</b> surveillance clinique.</li> </ul>

**Cours 3 : Syndrome d'HTIC:****Dg + CAT :**

- ❖ Ensemble des signes en rapport avec une ↑ du volume d'un des constituants de l'enceinte encéphalique (parenchyme nerveux, LCR, sang).

**I- Dg :**

CLINIQUE : TDD : HTIC révélatrice d'une affection lente et subaigüe	PARACLINIQUE	ETIOLOGIES
<p><b>A. Signes fonctionnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Céphalées</b> : de siège variable, intermittentes, pulsatiles, survenant typiquement la 2<sup>ème</sup> moitié de la nuit et au réveil, aggravées par l'effort, la toux, l'éternuement, le mouvement et la position couchée. Elles sont rebelles et peuvent être soulagées par les vomissements.</li> <li>• <b>Vomissements</b> : en jet, faciles sans effort, à l'acmé des céphalées qu'ils soulagent. Ils peuvent manquer, être remplacés par des nausées ou être banaux.</li> <li>• <b>Troubles visuels</b> : baisse de l'acuité visuelle, sensation de brouillard devant les yeux, strabisme convergeant.</li> <li>• <b>Autres signes</b> : troubles de la conscience, vertiges, troubles psychiques mineurs.</li> </ul> <p><b>B. Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen général</b> : EG, pouls, TA, T°, appréciation de l'état respiratoire.</li> <li>• <b>Examen neurologique</b> : recherche des signes de localisation (déficit moteur, paralysie des NC).</li> <li>• <b>Examen au FO +++</b> = confirme le Dc : Stase papillaire bilatérale et symétrique au FO qui aboutit à un œdème papillaire puis à une hémorragie en flammèche de la papille et de la rétine, enfin à l'atrophie optique.</li> </ul> <p><i>Un FO normal n'écarte pas le diagnostic.</i> <i>Un FO anormal le confirme.</i></p>	<p><b>A. Radiographies simples du crâne</b> : HTIC d'évolution lente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elargissement de la selle turcique et/ou amincissement de la voûte crânienne.</li> <li>- Disjonction de sutures et accentuation des impressions digitiformes chez l'enfant.</li> </ul> <p><b>B. TDM cérébrale</b> : en urgence (avant la PL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visée étiologique.</li> <li>- Précise le mécanisme et les complications de l'HTIC.</li> </ul> <p><b>C. IRM cérébrale</b> : étude plus précise.</p> <p><b>Mesure de la pression intracrânienne</b> : rarement pratiquée. Uniquement pour certains Sd cliniques non expliqués.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Traumatiques</b> : hématomes (HED, HSD aigu, HSD chronique), contusions cérébrales.</li> <li><b>Infectieuses</b>: abcès cérébral, empyème, tuberculome, thrombophlébite cérébrale, encéphalite, méningite.</li> <li><b>Vasculaires</b> : <ol style="list-style-type: none"> <li>hémorragiques (hémorragie méningée, AVC hémorragique),</li> <li>ischémiques (ramollissement cérébral)</li> <li>ou veineuses (gêne au retour veineux).</li> </ol> </li> <li><b>Hydrocéphalie.</b></li> <li><b>Tumeur intracrânienne.</b></li> <li><b>Autres</b>: malformations crâniennes (craniosténose), certaines prises médicamenteuses et intoxications.</li> <li><b>HTIC bénigne idiopathique.</b></li> </ol>

**II- CAT :**

Mesures générales	TTT médical	TTT étiologique (souvent chir)
<ol style="list-style-type: none"> <li>Transfert rapide en milieu neurochirurgical + repos strict en position demi-assise +++</li> <li>Contre-indication formelle de la PL.</li> <li>LVAS et ventilation optimale (éventuellement intubation et ventilation assistée).</li> <li>VVP et scope – éviter remplissage vasculaire intempestif</li> <li>TDM cérébrale en urgence.</li> <li>Surveillance étroite +++</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Diurétiques</b> : furosémide (Lasilix*) 1mg/kg/24h.</li> <li><b>Mannitol 20 %</b> (osmothérapie) : en cas d'œdème cérébral gravissime.</li> <li><b>Corticothérapie</b> : efficace sur l'œdème périlésionnel et l'abcès ; HSHC ou Solumédrol* en IVL.</li> <li><b>Antiépileptique</b> : pour la prévention des crises convulsives.</li> <li><b>Barbituriques</b> : diminuent le volume sanguin cérébral et donc diminuent la PIC.</li> <li><b>Restriction hydrique.</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Abcès encéphalique</b> : ponction évacuatrice, exérèse complète, antibiothérapie à large spectre (3 ATB).</li> <li><b>Tumeur intracrânienne</b> : résection.</li> <li><b>Hématomes (HED, HSD, HIC)</b> : évacuation en urgence par volet ou trou de trépan.</li> <li><b>Hydrocéphalie</b> : dérivation ventriculaire externe si aigue en urgence, interne si chronique.</li> <li><b>Thrombophlébite cérébrale</b> : anticoagulation efficace.</li> <li><b>HTIC bénigne idiopathique</b> : Diamox*, PL évacuatrice (seul cas où PL autorisée).</li> </ol> <p><b>En cas de menace d'engagement ou d'engagement constitué</b> : Risque vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Traiter la lésion causale immédiatement.</li> <li>➔ Soustraire du LCR par ponction du ventricule latéral.</li> </ul>

**Cours 4 : Abcès encéphalique :**

**Dg + CAT :**

❖ Collection suppurée développée à l'intérieur du parenchyme encéphalique.

**I- Dg :**

CLINIQUE	PARACLINIQUE	ETIOLOGIES
<p><b>A- Phase de début :</b> Début très polymorphe, inaperçu ou atypique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Début brutal par une méningite, crise comitiale, déficit neurologique.</li> <li>- ou début insidieux et progressif, réalisant une forme pseudo-tumorale.</li> </ul> <p><b>B- Phase d'état (abcès constitué) : Triade de Bergman +++</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome infectieux :</b> Fièvre à 38-40° avec frissons, AEG, Syndrome méningé inconstant.</li> <li>- <b>Syndrome d'HTIC</b> (constant, souvent au 1<sup>er</sup> plan): céphalées, vomissements en jet, tb visuels, tb de conscience.</li> <li>- <b>Syndrome neurologique de localisation</b> (Inconstant, mais de grande valeur quand il existe) : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Déficit moteur ou sensitif,</li> <li>o Atteinte des nerfs crâniens,</li> <li>o Aphasie, Crise comitiale,</li> <li>o Syndrome cérébelleux,</li> <li>o Hémianopsie latérale homonyme.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Le Dc étant suspecté cliniquement, des ex complémentaires sont nécessaires pour le confirmer, et préciser la topographie de l'abcès, et la mise en évidence d'une origine à celui-ci.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Radiographie du crâne :</b> recherche: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cause traumatique</li> <li>- Ostéite de la voûte. - Calcifications de l'abcès. - Sinusite. - Parfois signes d'HTIC.</li> </ul> </li> <li><b>Radiographie thorax :</b> systématique à la recherche d'abcès pulmonaire ou de cancer bronchique suppuré.</li> <li><b>Fond d'œil :</b> Signes d'HTIC = œdème papillaire ou atrophie optique.</li> <li><b>TDM cérébrale +++ :</b> <i>-Confirme le diagnostic :</i> zone arrondie hypodense homogène cernée par une capsule régulière spontanément hyperdense ou après injection donnant un aspect caractéristique en « couronne ». L'ensemble est entouré d'un important foyer d'œdème responsable d'un effet de masse.</li> <li><b>IRM cérébrale :</b> diagnostic plus précoce et plus précis, mais pas toujours disponible. <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ En T1: Hyposignal central, rehaussement de la capsule par le Gadolinium</li> <li>➔ En T2: Hypersignal central, hyposignal de la couronne et hypersignal périphérique.</li> </ul> </li> <li><b>EEG :</b> valeur localisatrice</li> <li><b>Bilan biologique :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>NFS (hyperleucocytose à PNN) – VS↑ – Hémostase – Groupage.</li> <li>Sérologie VIH +++</li> <li>PL contre-indiquée si suspicion d'abcès cérébral.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Infection de voisinage :</b> méningite, otite, sinusite, staphylococcie maligne de la face, ostéomyélite du crâne,...</li> <li><b>Traumatisme crânien dans les ATCD :</b> brèche ostéo-méningée de la base, plaie crânio cérébrale (abcès post-trauma)</li> <li><b>Intervention chirurgicale :</b> abcès post opératoire.</li> <li><b>Foyers suppurés à distance :</b> abcès du poumon, hépatique, abdominal profond, cutané.</li> <li><b>Cardiopathie congénitale cyanogène.</b></li> <li><b>Aucune cause n'est retrouvée :</b> 20%.</li> </ol>

**II- CAT :** BUT ➔ Eradiquer le foyer infectieux et éviter les complications

Moyens	Indications
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Traitement médical :</b> toujours indiqué, en urgence +++ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiothérapie : à large spectre associant au moins 3 ATB (chloramphénicol-Péni G + Métronidazole). Elle sera modifiée en fonction des données bactériologiques (antibiogramme)</li> <li>- Lutte contre l'HTIC : restriction hydrique, corticoïdes, agents osmotiques, les diurétiques, l'oxygénation.</li> <li>- Lutte contre les convulsions : benzodiazépine, phénobarbital.</li> <li>- Traitement adjuvant : nursing, alimentation adaptée.</li> </ul> </li> <li><b>Traitement chirurgical :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- simple ponction évacuatrice de l'abcès ;</li> <li>- exérèse complète d'emblée ;</li> <li>- Association ponction puis exérèse en 2 temps ou en un seul temps.</li> </ul> </li> <li><b>Traitement de la porte d'entrée +++.</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Le traitement médical seul est indiqué en cas de :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Abcès de diamètre &lt; 3cm.</li> <li>Contre indication à la chirurgie.</li> <li>Petits abcès dans un foyer d'encéphalite diffuse.</li> </ol> </li> <li><b>Le traitement chirurgical :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Exérèse en masse : Abcès unique superficiel.</li> <li>Ponction évacuatrice : Abcès profond, zones fonctionnelles ou mauvais état général.</li> </ol> </li> <li><b>En cas d'abcès engagé ou en voie d'engagement =</b> Ponction évacuatrice en urgence + traitement médical.</li> </ol>

**Cours 5 : Traumatismes fermés du Thorax :  
Physiopathologie+ Dg + CAT :**

❖ Ensemble des lésions produites au niveau du thorax par un traumatisme ayant respecté la continuité pariétale. Causes nombreuses : AVP, agression, accidents domestiques...

**I- Physiopathologie :**

Mécanismes	Conséquences	
	Détresse circulatoire	Détresse respiratoire
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choc direct : contusion, écrasement.</li> <li>2. Décélération : Freinage rapide par ex.</li> <li>3. Blast ou effet de souffle.</li> <li>4. Hyperpression abdominale à glotte fermée.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Choc hypovolémique</b> Ilaire à un hémothorax ou un hémomédiastin. Cependant, tjrs évoquer une lésion à distance.</li> <li>- <b>Choc cardiogénique</b> (Rare)</li> </ul>	<p>Le rôle du volet thoracique dans la DR se manifeste par la douleur qui engendre une hypoventilation alvéolaire qui s'ajoute à l'hypoxie des lésions sous jacentes.</p>

**II- Dg :** En même temps que la REANIMATION.

Examen	Tableaux cliniques
<p><b>A. Examen clinique :</b> Rapide, complet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Interrogatoire :</b> précise le mécanisme et les ATCD de la victime.</li> <li>2. <b>Palpation :</b> recherche points douloureux costaux, mvts anormaux de la paroi thoracique et un emphysème S/C.</li> <li>3. <b>Auscultation et Percussion :</b> recherchent des signes d'épanchements pleuraux, de frottement péricardique.</li> <li>4. <b>Examen complet :</b> permet d'évaluer l'état circulatoire, respiratoire et neurologique.</li> </ol> <p><b>B. Examens complémentaires immédiats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Rx thorax face</b> (essentielle)</li> <li>➤ <b>Examens standards :</b> ECG, groupage, hémostase, ionogramme, NFS, GDS, bilan hépatique et CPK.</li> <li>➤ Au terme de ces premiers examens, on décidera de la réalisation d'examens plus sophistiqués que <b>la TDM</b> avec ou sans injection, <b>l'angiographie thoracique</b>, <b>la fibroscopie bronchique</b> et <b>ETT et ETO</b>.</li> </ul>	<p><b>1- Fracture de cotes uniques ou multiples :</b> lésion + fréquente Elles peuvent se compliquer d'un hémothorax et/ou pneumothorax, voire d'un emphysème S/C. <i>La douleur est source de la limitation de la mécanique ventilatoire.</i></p> <p><b>2- Volets thoraciques :</b> Cause de mouvements paradoxaux de la paroi thoracique avec une hypoventilation alvéolaire due à la douleur. Intérêt du grill costal.</p> <p><b>3- Pneumothorax :</b> Dyspnée, une hypersonorité à la percussion, un silence auscultatoire et un décollement du parenchyme pulmonaire à la Rx du thorax de face.</p> <p><b>4- Hémothorax :</b> Se diagnostique par une matité à la percussion et une ↓ du murmure vésiculaire, voire choc hémorragique.</p> <p><b>5- Hémomédiastin :</b> Il existe le plus souvent un état de choc. Le médiastin est élargi à la Rx du thorax. ➔ Artériographie ou un scanner injecté du thorax.</p> <p><b>6- Pneumomédiastin :</b> Parfois extériorisé au cou ou dans la plèvre, il se Dc/2 bandes claires de chaque côté du médiastin à la Rx face. ➔ Fibroscopie bronchique.</p> <p><b>7- Encombrement bronchoalvéolaire:</b> Commun à toutes les situations. Se complique fréquemment de surinfection.</p>

**III- CAT :**

Mesures de réanimation	TTT spécifique
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. LVAS (aspiration des sécrétions trachéales) + O<sub>2</sub>thérapie au masque, ± intubation-ventilation mécanique</li> <li>2. VVP de bon calibre (Le cathéter central ne s'impose que devant l'état de choc persistant, ou chez le sujet âgé) pour prélèvements, remplissage et rééquilibration hydroélectrolytique, transfusion si besoin.</li> <li>3. Sonde urinaire (diurèse horaire).</li> <li>4. Antalgique adapté à la douleur.</li> <li>5. Monitoring étroit : Pouls, TA, diurèse, FR, drainage thoracique, GDS, Rx de thorax, ECG systématique.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Le drainage des épanchements de la plèvre est systématique.</b> - Le drain de calibre suffisant sera en aspiration douce (-20 cmH<sub>2</sub>O). - Le débit du drain, son bullage éventuel et son oscillation ventilatoire doivent être régulièrement notés. - Un débit &gt; 500 ml/3h ou 2000 ml/24h ➔ discuter la chir, et réaliser 1 exploration du médiastin et des gros vaisseaux (artério, TDM, ETO).</li> <li>2. Les fractures de côtes et les volets thoraciques doivent bénéficier d'une analgésie de bonne qualité au besoin par une <b>péridurale thoracique</b>.</li> <li>3. Les contusions pulmonaires graves sont redevables de la <b>ventilation mécanique</b> et d'une <b>antibiothérapie</b> adaptée quand elles se surinfectent (fréquent).</li> <li>4. Les ruptures de l'isthme et des gros vaisseaux doivent être <b>opérés en urgence</b>.</li> <li>5. Les ruptures trachéo-bronchiques doivent être <b>opérées en urgence</b></li> <li>6. La <b>kinésithérapie respiratoire</b> est indispensable (volet costal).</li> </ol>



## Cours 6 : Traumatismes ouverts du Thorax : Physiopathologie+ Dg + CAT :

❖ Solution de continuité de la paroi thoracique faisant communiquer la plèvre avec l'extérieur, ±lésion viscérale.

### I- Physiopathologie :

On trouve les mêmes rubriques physiopathologiques génératrices d'anoxie : les épanchements thoracique gazeux ou sanguins, encombrement bronchique, œdème alvéolaire et hypovolémie (hémorragie)

Le mécanisme est le choc direct par un agent contendant.

**II- Dg :** En même temps que la REANIMATION.

#### A- Clinique :

**Interrogatoire + EC :** (Etat de conscience, Etat HémoD, degré de l'insuffisance respiratoire, examen thoracique des plaies, examen PP et CV, examen neuro, abdominal et général si polyT)

**B- Bilan lésionnel :** Rx Thorax ++

<p><b>1. Plaies pariétales</b> (avec ou sans atteinte pleurale) : peuvent occasionner une lésion des vx mammaires internes et intercostaux, à l'origine d'un état de choc et d'un hémothorax.</p> <p><b>2. Plaies pleuro-pulmonaires</b> : les plus fréquentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaies non soufflantes</b> : donnent un épanchement pleural, sanguin, mixte ou gazeux.</li> <li>- <b>Plaies soufflantes</b> : traumatopnée (la plaie est aspirée à chaque inspiration et rejette de l'air et du sang à chaque expiration), asphyxie grave.</li> </ul> <p><b>3. Plaies thoraco-abdominales</b> : fréquentes, suspectées devant toute plaie par arme blanche au-dessous du 4<sup>ème</sup> EIC.</p> <p><b>4. Plaies cardiaques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat de mort apparente avec indication d'une thorotomie de sauvetage.</li> <li>- Tamponnade cardiaque : malade bleu.</li> <li>- Tableau de choc hémorragique : blessé blanc.</li> </ul>	<p><b>5. Plaies thoraco-médiastinales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaies trachéo-bronchiques</b> : Tableau fait de :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumothorax uni ou bilatéral.</li> <li>- Pneumomédiastin avec emphysème S/C et bande claire latéro-trachéale (Rx).</li> <li>- Hémoptysies d'abondance variable.</li> <li>- Syndrome d'exclusion ventilatoire, voire atélectasie.</li> </ul> </li> <li>➔ L'endoscopie en urgence, confirme le diagnostic.</li> <li>- <b>Plaies des gros vx</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic difficile. Généralement, décès survient sur le lieu de l'accident. ;</li> <li>- Le tableau dépend du siège de l'atteinte des vx (aorte, VCS, vx pulmonaires) : tableau d'hémomédiastin, d'hémothorax et choc.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>6. Plaies œsophagiennes.</b></p> <p><b>7. Chylothorax</b> post-traumatique par rupture de canal thoracique.</p>
---	---

### III- CAT :

Mesures de réanimation	TTT spécifique
<p><b>6.</b> Aspiration trachéo-bronchique, avec oxygénation.</p> <p><b>7.</b> VVP de bon calibre pour le remplissage. En cas d'E de choc persistant, VVC pour la mesure de la PVC.</p> <p><b>8.</b> Prélèvement pour le groupage sanguin ABO-Rh, Ht.</p> <p><b>9.</b> Antibiotrophylaxie : Amoxicilline ou Pénic G.</p> <p><b>10.</b> SAT et mise à jour de la VAT.</p> <p><b>11.</b> Traitement antalgique.</p> <p><b>12.</b> Le malade sera conduit vers la salle de radiologie, perfusé où une Rx du thorax sera faite et analysée.</p> <p><b>13.</b> Les examens clinique et radiologique serviront de référence pour suivre l'évolution.</p> <p><b>14.</b> La surveillance sera étroite et prolongée.</p>	<p><b>1. Plaies pariétales :</b> Exploration chirurgicale, hémostase et suture de la plaie.</p> <p><b>2. Plaies pleuro-pulmonaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaies non soufflantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mesures de réanimation et évacuation des épanchements.</b></li> <li>- Drainage thoracique reste le meilleur moyen +++ et suit l'évolution</li> <li>- <b>La position du drain sera contrôlée par clichés thoraciques successifs</b></li> <li>- Les indications de la thorotomie sont dans l'urgence l'instabilité de l'état hémodynamique.</li> </ul> </li> <li>- <b>Plaies soufflantes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Parage et fermeture de la plaie.</b></li> <li>- <b>Drainage pleural.</b></li> </ul> </li> </ul> <p><b>3. Plaies thoraco-abdominales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'EHD est stable ou stabilisé par le remplissage : <b>écho et/ou TDM thoracique.</b></li> <li>- <b>Sinon : laparotomie pour le ttt des lésions abd après avoir mis en place un drainage thoracique et un remplissage.</b></li> </ul> <p><b>4. Plaies thoraco-médiastinales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaies trachéo-bronchiques : thorotomie pour réparation des lésions.</b></li> <li>- <b>Plaies des gros vaisseaux ou du cœur : ttt en milieu spécialisé avec ou sans CEC.</b></li> </ul>



**Cours 7 : Plaies du cœur :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Lésions de la paroi cardiaque, consécutives à une plaie pénétrante à un traumatisme fermé du thorax.
- ❖ **Etiologie :** Arme blanche, Arme à feu, latrogène (Trocart de ponction sternale, ponction du péricarde, cathétérisme).

Diagnostic : TDD = Plaie par arme blanche	CAT
<p><b>1) Etat de mort apparente :</b> Sujet en collapsus cardio-vasculaire extrême</p> <p><b>2) Tamponnade cardiaque : Blessé bleu.</b></p> <p><b>2.1) Interrogatoire :</b> circonstance du traumatisme et ATCD du traumatisé.</p> <p><b>2.2) Examen physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orifice d'entrée qui est surtout précordial.</li> <li>• Malade agité + dyspnée intense, voire orthopnée le plus souvent,</li> <li>• Cyanose des lèvres et des ongles + Turgescence des jugulaires (TVJ)</li> <li>• La position couchée (le décubitus) aggrave les signes.</li> <li>• Signes du choc : pouls paradoxale, TA abaissée et pincée.</li> <li>• Assourdissement des bruits cardiaques à l'auscultation (pas de frottement).</li> <li>• Diminution du choc de pointe à la palpation</li> <li>• Augmentation de l'aire de matité cardiaque à la percussion.</li> </ul> <p><b>2.3) Examen complémentaires :</b> sur malade réanimé +++.</p> <p>+ <b>ECG :</b> TDR et de repolarisation, microvoltage.</p> <p>+ <b>Rx thorax :</b> CMG, effacement des angles cardio-phréniques, lésions pleuro-pulmonaires éventuellement associées.</p> <p>+ <b>Echocoeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affirme l'épanchement péricardique (hémopéricarde) et évalue son abondance et sa tolérance HD.</li> <li>- Recherche des lésions associées (valvulaire, ischémie, nécrose...).</li> </ul> <p><b>3) Tableau de choc hémorragique : Blessé blanc.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâleur extrême, conjonctives décolorées, sueurs froides, marbrures, soif, oligurie.</li> <li>• Obnubilation, agitation, voire coma.</li> <li>• TA diminuée + pouls petit, filant, imprenable,</li> <li>• Polypnée superficielle.</li> <li>• Parfois en état de mort apparente : tableau d'hémorragie interne et/ou externe souvent grave.</li> </ul>	<p><b>1) Etat de mort apparente :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indication d'une thoracotomie de sauvetage :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet de faire le massage cardiaque interne (MCI)</li> <li>- Et le clampage de l'aorte descendante, afin d'assurer une réanimation circulatoire efficace.</li> </ul> </li> <li>• Une fois l'EHD amélioré, le geste chirurgical curatif peut être envisagé.</li> </ul> <p><b>2) Tamponnade cardiaque : Blessé bleu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mesures de réanimation initiales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxygénation, biologie : groupage ABO + Rh - TP, TCK - NFS - Iono - Créat....</li> <li>- 2VV dont une centrale pour mesurer la PVC (souvent &gt;20cmH2O).</li> <li>- Remplissage par macromolécules et/ou cristalloïdes, par du sang iso groupe iso Rh (si Hb &lt; 6g/l ou Hte &lt; 30%)</li> <li>- Mise sous surveillance électrocardioscopique (microvoltage).</li> </ul> </li> <li>• <b>Ponction péricardique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Position demi-assise sous contrôle de la PVC et TA, défibrillateur prêt.</li> <li>- Elle se fait par voie sous xiphœidienne +++, ponction aseptique à l'aide d'un trocart.</li> <li>- L'évacuation de l'épanchement induit la baisse de la PVC et l'↑ de la TA et un ralentissement du pouls.</li> <li>- Une Rx thoracique de contrôle est nécessaire.</li> <li>- Elle est envisagée en urgence, encadrée d'une réanimation :</li> <li>- <b>Amélioration spectaculaire :</b> l'intervention p-ê différée, voire abstention chirurgicale sous surveillance.</li> <li>- <b>Absence d'amélioration :</b> thoracotomie ± drainage chirurgical auparavant en toute urgence.</li> </ul> </li> <li>• <b>Drainage chirurgical :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Péricardotomie par voie sous xiphœidienne sous AL ou AG,</li> <li>- Pour maintenir l'amélioration de l'EHD en attendant l'intervention ou si échec de la ponction péricardique.</li> </ul> </li> <li>• <b>Traitement chirurgical :</b> sous anesthésie générale : thoracotomie antéro latérale gauche ou sternotomie.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouverture du péricarde + évacuation de l'épanchement</li> <li>- Exploration soigneuse du cœur : repérage des lésions et hémostase provisoire, + suture selon les cas.</li> <li>- Traitement des lésions associées.</li> <li>- Surveillance de l'état cardio-circulatoire et respiratoire en post-op (clinique, biologie, Rx, ECG et échocardiographie).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>3) Tableau de choc hémorragique : Blessé blanc.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Réanimation intensive en extrême urgence :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O2, sonde urinaire, remplissage.</li> <li>- Surveillance (TA, PVC, diurèse, cardioscope)</li> </ul> </li> <li>• <b>Ainsi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Soit l'EHD est stabilisé :</b> surveillance clinique et paraclinique, et thoracotomie à la moindre aggravation.</li> <li>- <b>Soit l'EHD non amélioré :</b> intervention en extrême urgence pour assurer l'hémostase.</li> </ul> </li> </ul>

**Cours 8 : Brûlures caustiques oesogastroduodénales :**

**Physiopathologie + évaluation de la gravité + Indications de la chirurgie en urgence :**

- ❖ Ensemble des lésions évolutives du tube digestif depuis l’oropharynx jusqu’aux premières anses jéjunales, secondaire à l’ingestion accidentelle ou volontaire de produit corrosif, pouvant entraîner des lésions de gravité variable.

**I- Physiopathologie :**

Produits responsables et mécanismes d’action	Conséquences physiopathologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Acides forts (pH&lt;1)</b> : acide chlorhydrique (HCl), acide nitrique, acide fluorhydrique, acide phosphorique</li> <li>- Nécrose de coagulation</li> <li>- Stase gastrique par pylorospasme.</li> <li>❖ <b>Bases fortes (pH&gt;12)</b> : Soude caustique, Potasse</li> <li>- Nécrose de liquéfaction par saponification des lipides mb, à l’origine d’une diffusion pariétale du caustique.</li> <li>- Durée de contact longue</li> <li>❖ <b>Produits caustiques moyens</b></li> <li>- Oxydants (Eau de javel)</li> <li>- Sels sodiques (produits lave vaisselle)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Etat de choc</b>: hypovolémie → 3ème secteur (fuite plasmatique)</li> <li><b>Etat d’agitation</b> : secondaire à la baisse de la TA, à la douleur et à l’acidose métabolique.</li> <li><b>Acidose métabolique</b> : majorée par l’état de choc. Un acide fort concentré → absorption des H+.</li> <li><b>Troubles de l’hémostase</b>/hyperconsommation des facteurs de coagulation, ↓ TP, ↓ des facteurs I et V, CIVD.</li> <li><b>Atteinte trachéo-bronchique</b>/inhalation contemporaine ou IIaire (vomissements) et propagation de la médiastinite. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypersécrétion bronchique → Encombrement et atélectasie</li> <li>- Surinfection + Epanchements pleuraux.</li> <li>- Perforation membraneuse trachéale ou bronchique.</li> <li>- Fistules trachéo ou broncho-œsophagiennes.</li> <li>- Sténoses trachéales ou broncho-malacie.</li> </ul> </li> <li><b>Autres</b> : brûlure du jéjunum (rare et grave) et diffusion extra-digestive (médiastinite, péritonite, foie...)</li> </ol>

**II- Evaluation de la gravité :**

Clinique	Paraclinique	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Anamnèse</b> :</li> <li>- Identifier le produit ingéré, la quantité, le pH, l’heure d’ingestion et les circonstances (accidentelles ou suicide)</li> <li>- Heure dernier repas, réactions immédiate de l’entourage (donne du lait), évolution avant l’arrivée, ATCD...</li> <li>- <b>SF</b> : douleur (oropharyngée, rétrosternale, abdominale), hypersialorrhée, dysphagie, éructations, dyspnée, agitation</li> <li>❖ <b>Examen physique</b> :</li> <li>- <b>SG</b> : conscience (coma), pouls (tachycardie), TA, T° (fièvre)</li> <li>- <b>Examen des parties découvertes</b> : brûlures cutanées (visage, main, tronc), cavité buccale et oropharynx.</li> <li>- <b>Examen abdominal</b> : douleur provoquée, défense ou contracture</li> <li>- <b>Examen respiratoire</b> : Syndrome d’épanchement pleural, pneumopathie, D’ (par œdème glottique ou sus glottique)</li> <li>- <b>Emphysème sous cutané</b> (cou et thorax)</li> <li>- <b>Toucher rectal</b></li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Biologie</b>: NFS, ionogramme, groupage standard Rh, crase sanguine, GDS, toxicologie (sang, urines)</li> <li><b>Radiologie</b> : « Pas de parallélisme entre les lésions buccales et digestives » <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Radiographie thoracique</b> : PNP, pneumomédiastin, emphysème, atteinte respiratoire</li> <li><b>ASP</b> : PNP, élargissement des espaces inter-anses.</li> <li><b>Rx du cou (F et P)</b> : recherche l’air en pré vertébral en rapport avec la perforation de l’œsophage cervical.</li> <li><b>Échographie abdominale</b> : Recherche un épanchement intra péritonéal à la phase aiguë en cas de suspicion de perforation.</li> <li><b>TDM thoraco-abdominale</b> : Lésions trachéales, Médiastinite, Péritonite, pancréatite</li> <li><b>Opacification digestive</b> : aucune place à la phase aiguë. Grand intérêt à la phase tardive (Mee une sténose).</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Endoscopie</b> : <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capital et initial (3 et 24<sup>ème</sup> h) –</li> <li>• Classification en 4 stades (gravité croissante) : « Di Costanzo » <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>STADE I</b> : muqueuse intacte, œdème, hyperhémie, pétéchies ou érythème simple</li> <li>- <b>STADE II</b> : ulcérations muqueuses : linéaires ou ronde (IIa) - circulaires ou confluentes (IIb)</li> <li>- <b>STADE III</b> : nécrose localisée (IIIa) ou étendue (IIIb)</li> <li>- <b>STADE IV</b> : perforation</li> </ul> </li> <li><b>Fibroscopie trachéo-bronchique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen impératif – Confrontation des lésions (FOGD)</li> <li>• Classification Di Costanzo <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>STADE I</b> : érythème muqueux, hypersécrétion</li> <li>- <b>STADE II</b> : ulcérations muqueuses, fausses membranes</li> <li>- <b>STADE III</b>: plages nécrotiques partielles +- comblées par une substance grisâtre et adhérente.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul></li></ol> </li> </ol>

**III- Indications de la chirurgie en urgence :**

<ol style="list-style-type: none"> <li>Ingestion massive (&gt;150ml).</li> <li>Troubles psychiques : agitation, confusion,...</li> <li>Etat de choc ; Troubles de coagulation ; Hémorragie massive</li> <li>Signes de perforation précoce</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Détresse respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carrefour pharyngo-laryngé – Médiastinite</li> <li>- Troubles échanges gazeux (hypoxie) – Acidose métabolique</li> </ul> </li> <li>Stade III œsogastrique ou gastrique diffus+++.</li> </ol>
--	--

## Cours 9 : Hémorragie digestive haute : Dg + CAT :

❖ Saignement d'une lésion digestive, située avant l'angle de Treitz duodéno-jéjunal (œsophage, estomac, duodénum).

### I- Dg :

Dg +		Dg #
Selon l'abondance	Selon la forme d'extériorisation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome anémique</b> : pâleur cutanéomuqueuse, asthénie, dyspnée, vertige, céphalées... <i>(si hémorragie occulte)</i></li> <li>- <b>Etat de choc</b> : tachycardie, hypotension artérielle, marbrures, cyanose, soif, oligurie... <i>(si hémorragie abondante)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hématémèse</b> : rejet de sang par la bouche dans un effort de vomissement.</li> <li>- <b>Méléna</b> : rejet par l'anus de sang noirâtre digéré.</li> <li>- <b>Rectorragies</b> : en cas d'hémorragie abondante ou de transit accéléré.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hématémèse : Épistaxis déglutis, gingivorragies, hémoptysie.</li> <li>2. Prise médicamenteuse (charbon, fer).</li> </ol>

### II- CAT :

A- Evaluation de la gravité	B- Mesures de réanimation	C- Recherche étiologique
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Importance de la spoliation sanguine</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sx cliniques d'hypovolémie</b> : tachycardie, pouls filants, hypotension, pâleur, froideur des extrémités voire EDC.</li> <li>- <b>Biologie</b> : ↓ Hb, ↓ Ht.</li> <li>- <b>L'élément le plus pratique est le nombre de CG nécessaire pour rétablir l'hte et une hémodynamique correcte.</b></li> </ul> </li> <li>2. <b>Terrain</b> : Age, Tares...</li> <li>3. <b>Critères évolutifs</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt de l'hémorragie</li> <li>- Persistance, récidue, inefficacité de la réanimation à rétablir l'équilibre HD (traduisant une hémorragie massive).</li> </ul> </li> </ol> <p>→ 2 situations : = Hémorragie minime sans retentissement → Surveillance = Hémorragie abondante → réanimation.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>1 ou 2 VVP</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissage par des macromolécules puis transfusion si Hte &lt; 25% ou mauvaise tolérance de l'anémie.</li> <li>- Prélèvement : NFS, groupage, ionogramme / demande de sang.</li> </ul> </li> <li>2. <b>Sonde à O<sub>2</sub>, intubation</b> si le malade est inconscient.</li> <li>3. <b>Sonde vésicale</b> (diurèse horaire).</li> <li>4. <b>Sonde gastrique</b> : quadruple intérêt : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dg</li> <li>- Pc (par quantification)</li> <li>- Thérapeutique (Lavage gastrique → effet hémostatique)</li> <li>- Préventif (prévention du syndrome de Mendelson).</li> </ul> </li> <li>5. <b>Surveillance</b> : clinique, biologique et par la sonde gastrique.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Interrogatoire</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD d'hémorragie antérieure, d'UGD, d'épigastalgies, de pathologie hépatique, d'HTP,</li> <li>- Notion de prise médicamenteuse (AINS, anticoa)</li> </ul> </li> <li>2. <b>Examen clinique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes d'HTP: SMG, CVC.</li> <li>- Signes d'IHC : ascite, angiome stellaire, érythrose palmaire.</li> <li>- Sensibilité épigastrique + Masse abdominale.</li> <li>- Syndrome hémorragique diffus.</li> </ul> </li> <li>3. <b>Biologie</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crase sanguine ; TP, TCK</li> <li>- Signes de cytolyse, de cholestase, d'IHC.</li> <li>- Sérologie hépatique + Hypersplénisme.</li> </ul> </li> <li>4. <b>FOGD +++ : 1<sup>ère</sup> intention, en URGENCE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Après restitution de l'état hémodynamique et lavage gastrique.</li> </ul> </li> <li>5. <b>Artériographie coelio mésentérique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indiquée si FOGD n'arrive pas à poser le Dc.</li> </ul> </li> </ol>

### D- Etiologies + TTT spécifique :

UGD	Rupture des varices oeso-cardio-tubérositaires	Gastroduodénite ulcéreuse et érosive		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Traitement médical</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti-H2, IPP</li> <li>• Lavage gastrique au sérum glace.</li> <li>• Prophylaxie secondaire : éradication de l'HP</li> </ul> </li> <li>2. <b>Traitement endoscopique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthodes thermiques : électrocoagulation, photocoagulation au laser, sonde thermique</li> <li>• Clips hémostatiques</li> <li>• Injection de produits sclérosants hémostatiques : adrénaline +++</li> </ul> </li> <li>3. <b>Traitement chirurgical</b> : en cas d'hémorragie très active ou persistante <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hémostase</b> : suture ± ligature artérielle, rarement gastrectomie d'hémostase.</li> <li>• <b>Traitement de la maladie ulcéreuse</b> : vagotomie + pyloroplastie ou antrectomie.</li> </ul> </li> </ol>	<p>HTP/ bloc intra hépatique (cirrhose), sus hépatique (Sd de Budd Chiari) ou sous hépatique (thrombose de la VP).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Traitement vasoactif</b> : Terlipressine (Glypressine*) ou somatostine</li> <li>2. <b>Tamponnement gastro-œsophagien</b> par sonde de Blackmore.</li> <li>3. <b>Traitement endoscopique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sclérothérapie : Polidocanol 1% (Adrénaline CI)</li> <li>• Ligature élastique des varices.</li> </ul> </li> <li>4. <b>Radiologie interventionnelle</b> : Shunt intrahépatique porto-systémique par voie trans-jugulaire (TIPS)</li> <li>5. <b>Chirurgie</b> : dérivation porto-cave Ou transection de l'œsophage.</li> </ol>	<p>Secondaire à la prise de médicaments gastrotoxiques ou d'alcool, à des lésions de stress chez les patients hospitalisés en réanimation (polytraumatisés, grands brûlés).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Le traitement est étiologique</b> à base de pansements gastriques et d'anti-H2.</li> <li>2. <b>Prévention+++</b></li> </ol> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Autres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syndrome de Mallory Weiss.</li> <li>2. Tumeurs : cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac...</li> <li>3. Fistules aorto-digestives, Traumatisme, Hémobilie...</li> <li>4. Ulcération de Dieulafoy.</li> </ol> </td> </tr> </tbody> </table>	Autres	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syndrome de Mallory Weiss.</li> <li>2. Tumeurs : cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac...</li> <li>3. Fistules aorto-digestives, Traumatisme, Hémobilie...</li> <li>4. Ulcération de Dieulafoy.</li> </ol>
Autres				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syndrome de Mallory Weiss.</li> <li>2. Tumeurs : cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac...</li> <li>3. Fistules aorto-digestives, Traumatisme, Hémobilie...</li> <li>4. Ulcération de Dieulafoy.</li> </ol>				

**Cours 10 : Hémorragie digestive basse :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Saignement d'une lésion située dont l'origine en aval de l'angle Treitz (grêle, côlon, rectum).
- ❖ Il faut toujours éliminer une origine haute par mise en place d'une sonde gastrique ou filtre.

**I- Dg :**

Dg +	
Selon l'abondance	Selon la forme d'extériorisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome anémique</b> : pâleur cutanéomuqueuse, asthénie, dyspnée, vertige, céphalées... <i>(si hémorragie occulte)</i></li> <li>- <b>Etat de choc</b> : tachycardie, hypotension artérielle, marbrures, cyanose, soif, oligurie... <i>(si hémorragie abondante)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rectorragies</b> : émission de sang rouge +/- caillots par l'anus.</li> <li>- <b>Méléna</b> : rejet par l'anus de sang noirâtre digéré.</li> </ul>

**II- CAT :**

A- Evaluation de la perte sanguine	B- Mesures de réanimation	C- Recherche étiologique					
<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Estimation de la quantité de sang extériorisé (souvent majorée).</li> <li>5. Appréciation de l'EHD (hypotension orthostatique, tachycardie, sueurs, pâleur...).</li> <li>6. Hb, Hématocrite.</li> <li>7. Rythme de transfusion pour rétablir une situation HD correcte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6. <b>1 ou 2 VVP</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissage par des macromolécules puis transfusion si Hte &lt; 25% ou mauvaise tolérance de l'anémie.</li> <li>- Prélèvement : NFS, groupage, ionogramme / demande de sang.</li> </ul> </li> <li>7. <b>Sonde à O<sub>2</sub>, intubation</b> si le malade est inconscient.</li> <li>8. <b>Sonde vésicale</b> (diurèse horaire).</li> <li>9. <b>Sonde gastrique</b></li> <li>10. <b>Surveillance</b> : clinique, biologique et par la sonde gastrique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6. <b>Interrogatoire</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCD chirurgicaux, cardio-vasculaires.</li> <li>• ATCD de Maladie diverticulaire, d'entérocolite inflammatoire ou de Radiothérapie.</li> <li>• Notion de prise de température rectale.</li> <li>• L'existence d'un trouble du transit ou de syndrome subocclusif.</li> <li>• L'association à des douleurs abdominales et de diarrhée.</li> </ul> </li> <li>7. <b>Examen clinique</b> : Masse abdo + Examen procto (fissure, hémorroïdes, tumeur) + Examen somatique.</li> <li>8. <b>Biologie</b> : Crases sanguine ; TP, TCA + NFS, PLQ</li> <li>9. <b>FOGD</b> : Après restitution de l'état hémodynamique et lavage gastrique (Eliminer HDH)</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hémorragie peu abondante</th> <th>Hémorragie abondante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie</li> <li>2- Transit du grêle</li> <li>3- Artériographie coelio-mésentérique si les examens précédents sont normaux ou en cas de récurrence.</li> <li>4- Scintigraphie aux GR marqués.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie : DIFFICILE → Recroscopie au tube rigide</li> <li>2- Artériographie sélective : Examen clé</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Hémorragie peu abondante	Hémorragie abondante	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie</li> <li>2- Transit du grêle</li> <li>3- Artériographie coelio-mésentérique si les examens précédents sont normaux ou en cas de récurrence.</li> <li>4- Scintigraphie aux GR marqués.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie : DIFFICILE → Recroscopie au tube rigide</li> <li>2- Artériographie sélective : Examen clé</li> </ul>
Hémorragie peu abondante	Hémorragie abondante						
<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie</li> <li>2- Transit du grêle</li> <li>3- Artériographie coelio-mésentérique si les examens précédents sont normaux ou en cas de récurrence.</li> <li>4- Scintigraphie aux GR marqués.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Coloscopie : DIFFICILE → Recroscopie au tube rigide</li> <li>2- Artériographie sélective : Examen clé</li> </ul>						

**D- Etiologies**

Lésions proctologiques	Lésions recto-coliques	Lésions du grêle
<p><i>les plus fréquentes, mais doivent rester un Dc d'élimination; la recherche d'une cause sous jacente est systématique (colo):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorroïdes,</li> <li>- Cancer anal</li> <li>- Fissure anale</li> <li>- Ulcération thermométrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer colorectal +++</li> <li>- Diverticulose colique ou rectales,</li> <li>- Angiodysplasies,</li> <li>- Colite inflammatoire, ischémique, radique, infectieuse,</li> <li>- Corps étranger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverticule de Meckel,</li> <li>- Entérite radique, ischémique, infectieuse,</li> <li>- Tumeur bénigne ou maligne,</li> <li>- Ulcérations tuberculeuses.</li> </ul>

**E- TTT spécifique**

Ce traitement est souvent chirurgical pour les lésions rectocolique et grêlique

- **Résection colique ou du grêle cunéiforme** : adénomes, diverticule de Meckel, tumeur bénigne, parfois si possible traitement endoscopique.
- **Résection segmentaire + anastomose** : en cas de cancer du côlon, certains cas de diverticuloses coliques, d'angiodysplasie colique (Hémicolectomie d'hémostase) :
  - Hémicolectomie droite.
  - Hémicolectomie gauche.
  - Colectomie segmentaire transverse.
- **Résection colique étendue** : 'CH, colites ischémiques, certains cas d'angiodysplasies colique :
  - Colectomie subtotal avec anastomose iléo-rectale.
  - Coloprotectomie totale avec anastomose iléoanale sur un réservoir iléal.

**Cours 11 : Abdomen aigu non traumatique en dehors de la période post-opératoire :**  
**Dg + CAT :**

- ❖ Douleurs abdominales d'apparition brutale et de durée d'évolution < à 7j.
- ❖ L'objectif principal est de poser le diagnostic, tout en respectant les impératifs de l'urgence.

**I- Dg :**

1- Clinique		2- Paraclinique
Interrogatoire	Examen physique	<i>Orientée par l'étiologie suspectée.</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Terrain</b> : âge, tares, habitudes toxiques, prise médicamenteuse</li> <li><b>ATCD</b> : douleurs abdominales de même type, ATCD familiaux...</li> <li><b>Sémiologie de la douleur</b> : siège, irradiation, type, intensité, mode de début, facteurs déclenchants, évolution...</li> <li><b>Signes associés</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Signes généraux</i> : fièvre+++ , signes de choc, détresse respiratoire...</li> <li>- <i>Signes digestifs</i> : nausées, vomissements, diarrhée, AMG, pyrosis, dysphagie, hémorragie.</li> <li>- <i>Signes extra-digestifs</i> : urinaires, gynécologiques, cardio-thoraciques, neurologiques...</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Examen de l'abdomen</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Inspection</i> : cicatrice de laparotomie, météorisme, anomalie de la respiration abd, tuméfaction herniaire</li> <li>- <i>Palpation</i> : défense ou contracture localisée ou généralisée, palpation des orifices herniaires.</li> <li>- <i>Percussion</i> : tympanisme ou matité déclive.</li> <li>- <i>Auscultation</i> : borborygmes intestinaux, souffle vasculaire, voire un silence abdominal.</li> <li>- <i>Touchers pelviens</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>TR</b> : douleur ou épanchement du Douglas, masse prolabée, palpe la prostate, doigtier = sang, fécalome</li> <li>o <b>TV</b> : apprécie le col, l'utérus, culs-de-sac latéraux et post, douleur à la mobilisation utérine, masse annexielle.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Examen général</b> : état du faciès, examen cardio-vasculaire, signes extra-digestifs.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Biologie</b> : NFS, ionogramme, glycémie, CRP, bilan hépatique, lipasémie, <math>\beta</math>HCG, hémoculture si T &gt; 38°C, groupage...</li> <li><b>Morphologie</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASP, échographie abdomino-pelvienne,</li> <li>- Radiographie thoracique et ECG (douleur épigastrique ou de l'hypochondre),</li> <li>- TDM abdominale, endoscopie,</li> <li>- Exploration chirurgicale (en cas de doute).</li> </ul> </li> </ol>

**3- Etiologies**

DA d'origine digestive	DA d'origine extradiigestive
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Syndrome ulcéreux</b> : UGD, gastrite aiguë, PA, dilatation aiguë gastrique, lymphome gastrique, parasitose, cancer gastrique, médicaments.</li> <li><b>Douleurs de l'hypochondre droit</b> : cholécystite aiguë, angiocholite, abcès hépatique / sous phrénique, appendicite rétrocaecale.</li> <li><b>Douleurs des fosses iliaques</b> : appendicite (à droite), sigmoïdite (à gauche), Amoebome, tuberculose iléo-caecale, maladie de Crohn.</li> <li><b>Syndrome de Koenig</b> : diverticule de Meckel, iléus biliaire, invagination intestinale, lymphome, maladie de Crohn, tuberculose iléo-caecale, côlon ou grêle radique.</li> <li><b>Distension abdominale</b> : occlusion intestinale, volvulus du sigmoïde, péritonite tuberculeuse.</li> <li><b>Contracture</b> : péritonite aiguë, infarctus entéro-mésentérique.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Cardio-vasculaire</b> : IDM (dans sa forme postérieure).</li> <li><b>Métabolique</b> : acidocétose diabétique, porphyrie aiguë, insuffisance surrénalienne aiguë, hypercalcémie</li> <li><b>Origine génito-urinaire</b> : pyélonéphrite aiguë, pyonéphrose, salpingite, GEU+++.</li> <li><b>Maladies générales</b> : maladie périodique, purpura rhumatoïde, PAN.</li> <li><b>Pulmonaires</b> : pleurésie, pneumopathie basale</li> <li><b>Hématologiques</b> : hémolyse</li> <li><b>Intoxication au plomb</b> : saturnisme</li> <li><b>Origine pariétale</b></li> <li><b>Origine psycho-fonctionnelle</b></li> </ol>

**II- CAT :**

Attitude initiale	TTT spécifique
<ol style="list-style-type: none"> <li>Surveillance en réanimation.</li> <li>Garder à jeun, éventuellement mise en aspiration digestive en cas d'iléus ou d'occlusion.</li> <li>Perfusion IV, éventuellement rééquilibration hydroélectrolytique.</li> <li>Demander l'avis d'un chirurgien.</li> <li>Antalgiques : morphine si un Dc chirurgical a été éliminé ou si l'indication opératoire est posée. Sinon Prodafalgan® ou antispasmodiques.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Intervention chirurgicale d'urgence en présence d'une urgence chirurgicale (ex : appendicectomie...)</li> <li>Traitement médical étiologique (ex : antibiothérapie...)</li> <li>Surveillance parfois en présence d'un syndrome intermenstruel.</li> </ol>



**Cours 12 : Ulcère duodéal perforé :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Nécessite un diagnostic précoce et un traitement chirurgical.
- ❖ La perforation peut se faire dans la grande cavité péritonéale (Péritonite généralisée) ou dans un espace cloisonné (Péritonite localisée).

**I- Dg :** # : Autre étiologies de PAG (biliaire, appendiculaire, génitale), pancréatite aigue, IDM, infarctus mésentérique...

Clinique	Paraclinique
<p><b>1. Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD ulcéreux, symptomatologie ulcéreuse,</li> <li>- Prise médicamenteuse (AINS, aspirine).</li> <li>- Heure du dernier repas</li> </ul> <p><b>2. SF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur épigastrique brutale (en coup de poignard), s'étendant rapidement à tout l'abdomen.</li> <li>- Nausées, vomissements.</li> <li>- Arrêt du transit.</li> </ul> <p><b>3. SG:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EG relativement conservé au début.</li> <li>- Puis apparaissent des SG (faciès péritonéal, fièvre, AEG, pouls accéléré, TA abaissée, DHA).</li> </ul> <p><b>4. SP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Défense abdominale et rapidement une contracture (ventre de bois) +++.</li> <li>- Disparition de la matité préhépatique à la percussion.</li> <li>- Absence des BHA (en rapport avec l'iléus paralytique).</li> <li>- TR : douleur vive au niveau du CDS de Douglas.</li> </ul>	<p><b>1. Biologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans particularité au début de la perforation,</li> <li>- Puis apparaissent une hyperleucocytose, et une hyperamylasémie modérée.</li> <li>- Hémodcultures+++.</li> </ul> <p><b>2. ASP debout :</b> Pneumopéritoine (croissant d'air sus diaphragmatique) dans 40 à 60% des cas. Son absence → Insufflation de qq. cc d'air par la sonde gastrique</p> <p><b>3. Echographie abdominale :</b> épanchement péritonéal, comblement de l'espace hépato-rénal.</p> <p><i>Diagnostic difficile en cas de perforation inaugurant la maladie, de péritonite asthénique chez le sujet âgé (absence de contracture) ou de perforation bouchée par les organes de voisinage (Absence de PNP). → Intérêt de la TDM.</i></p> <p><b>4. TDM abdominale</b> (Tend à devenir l'examen de 1<sup>ère</sup> intention +++).</p> <p><b>5. Ne pas faire d'endoscopie haute en cas de suspicion de perforation !</b></p>

**II- CAT :**

CAT initiale	TTT médical conservateur	TTT chirurgical
<p><b>1. Hospitalisation.</b></p> <p><b>2. Evaluation des fonctions vitales :</b> ventilation, pouls, TA, conscience, T°...</p> <p><b>3. Mise en condition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspension de l'alimentation par VO</li> <li>- Sonde nasogastrique (↓ sécrétion gastrique alimentaire dans cavité péritonéale).</li> <li>- Examens biologiques groupage sanguin, NFS, ionogramme sanguin, bilan de la crase sanguine.</li> <li>- VV pour la restauration et/ou le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique</li> <li>- Sonde urinaire pour suivre la diurèse horaire.</li> </ul> <p><b>4. Traitement initial :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement anti-sécrétoire par les IPP.</li> <li>- ATB à large spectre (triple association synergique par voie parentérale).</li> <li>- Antalgique</li> </ul> <p><b>5. Consultation anesthésie...</b></p> <p><b>6. Surveillance :</b> Monitoring</p>	<p style="text-align: center;"><b>METHODE DE TAYLOR</b></p> <p>Méthode de temporisation avant le transfert vers un centre chirurgical – parfois peut constituer le traitement définitif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspiration gastrique douce</li> <li>2. Rééquilibration hydro-électrolytique</li> <li>3. Traitement anti-sécrétoire</li> <li>4. ATB large spectre par voie parentérale (Triple association synergique)</li> <li>5. Surveillance stricte</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Proposée si : Certitude Dc, Début des signes cliniques &lt; 6h, Perforation loin des repas, Absence de choc septique.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Il peut être réalisé par chirurgie conventionnelle ou par coelioscopie.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilan lésionnel et lavage abondant de la cavité péritonéale (élément majeur du traitement chirurgical).</li> <li>2. Suture simple de l'ulcère, sans vagotomie associée.</li> <li>3. Drainage aspiratif au contact de la suture.</li> <li>4. Traitement radical de la maladie ulcéreuse duodénale (pas en urgence).</li> </ol> <p>- VT + pyloroplastie +++</p> <p>- VT + antrectomie emportant l'ulcère avec anastomose gastroduodénale ou gastro jéjunale.</p>



**Cours 13 : Angiocholites aiguës :**

**Dg + CAT :**

❖ Infection bactérienne aiguë de la bile et des voies biliaires extra et/ou intrahépatiques, favorisée par la stase en amont d'un obstacle.

**I- Dg :** # : Cholécystite aigue, pancréatite aigue, IDM (inf), abcès du fois, hépatite, pneumonie lobaire inf Dte.

Clinique	Paraclinique	Etiologies
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interrogatoire :</b> ATCD connus de lithiase biliaire ou de colique hépatique, épisodes ictériques spontanément résolutifs...</li> <li>• <b>Syndrome angiocholitique défini par la triade de Villard ou Charcot +++ :</b> apparaît dans un ordre immuable et dans un délai de 24 à 72h.</li> <li>- Douleur : siège au niveau de l'hypochondre droit, à type de colique hépatique.</li> <li>- Fièvre : T° à 39-40 °C avec des frissons.</li> <li>- Ictère : modéré de type cholestatique.</li> </ul> <p><i>Le syndrome infectieux est souvent au premier plan. Parfois, ces signes peuvent être dissociés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen physique :</b></li> <li>- Pauvre dans l'angiocholite aigue simple : douleur à la palpation de l'HCD, parfois HMG modérée.</li> <li>- Apprécie le retentissement sur l'état général.</li> <li>• <b>Signes de gravité :</b></li> <li>- <b>Insuffisance circulatoire aiguë :</b> traduit un état de choc septique</li> <li>- <b>Troubles neuropsychiques : torpeur,</b> agitation, délire, voire coma.</li> <li>- <b>Insuffisance rénale :</b> souvent fonctionnelle, ilaire à une DHA</li> <li>- <b>Hémorragies digestives :</b> suite à des ulcérations G-D aiguës.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Biologie :</b></li> <li>- NFS: hyperleucocytose ++++</li> <li>- Bilan hépatique :</li> <li>○ Cholestase (PAL et bilirubine souvent ↑)</li> <li>○ Cytolyse minime ou absent (transaminases N ou légèrement ↑)</li> <li>- Ionogramme (tb HE), Urée créatinine (IR), Amylase ±.</li> <li>- Hémocultures +++ : lors des pics fébriles, positives dans plus de 50% des cas.</li> <li>❖ <b>Imagerie :</b> à visée étiologique (le dc + étant clinique)</li> <li>- ASP</li> <li>- Échographie +++ : donne arguments en faveur d'un obstacle biliaire</li> <li>- Écho endoscopie : étude plus précise de la VBP.</li> <li>- TDM +++</li> <li>- Cholangio-IRM : si causes rares suspectées.</li> <li>- CPRE : surtout lorsqu'on envisage un drainage non chirurgical des voies biliaires par sphinctérotomie endoscopique.</li> </ul>	<p><b>Angiocholites obstructives :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lithiase biliaire +++</li> <li>2. Pathologie néoplasique biliaire et/ou digestive.</li> <li>3. Fistules bilio-digestives.</li> <li>4. Sténose inflammatoire, de la voie biliaire principale (VBP).</li> <li>5. Parasitoses : ascaris, KH fistulisé dans la VBP...</li> <li>6. Papillomatose de la VBP.</li> <li>7. Autres : corps étrangers, pancréatite chronique, oddite scléreuse.</li> </ol> <p><b>Angiocholites non obstructives :</b> exceptionnelles. Ex : Maladie de CAROLI.</p> <p><b>Formes particulières :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angiocholites iatrogènes</li> <li>2. Angiocholites primitives (septicémie ou fièvre typhoïde)...</li> </ol>

**II-CAT :** Correction des anomalies circulatoires, contrôle de l'infection, drainage des voies biliaires.

Moyens	Indications
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mesures de réanimation :</b></li> <li>1. Hospitalisation en soins intensifs</li> <li>2. VVP : remplissage vasculaire ± drogues vasoactives</li> <li>3. Maintien d'une fonction rénale correcte avec parfois la nécessité d'une séance d'hémodialyse.</li> <li>• <b>Traitement médical :</b></li> <li>1. <b>Antibiothérapie +++ :</b> instituée en urgence, par voie parentérale, dirigée contre BGN/anaérobies. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>À large spectre :</b> bétalactamine + métronidazole + Aminoside.</li> <li>▪ <b>Adaptée secondairement à l'ATBgramme.</b></li> </ul> </li> <li>2. <b>Antalgiques, antispasmodique, antiémétique.</b></li> <li>3. <b>Vitamine K ++</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Drainage des voies biliaires :</b></li> <li>▪ <b>Instrumentaux :</b></li> <li>- Sphinctérotomie endoscopique au cours d'une CPRE avec extraction du calcul.</li> <li>- Prothèse endo-cholédocienne.</li> <li>- Drainage externe au cours d'une cholangiographie transhépatique(CTH).</li> <li>▪ <b>Chirurgicaux :</b></li> <li>- Drainage externe par drain de Kehr.</li> <li>- Drainage interne par anastomose bilio-digestive.</li> <li>• <b>Cholécystectomie :</b> en même temps opératoire après drainage ou à distance (≈3mois).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Absence de signes de gravité :</b></li> <li>- Réanimation si nécessaire + Antibiothérapie</li> <li>- Puis drainage biliaire en 24 à 72h : drainage chirurgical +++ (extraction de calcul + Drain de Kehr) Si CI à la chirurgie : sphinctérotomie endoscopique</li> <li>• <b>Présence de signes de gravité</b></li> <li>- Réanimation + antibiothérapie</li> <li>- Puis drainage biliaire en 6 à 12h : sphinctérotomie endoscopique préférée +++ , chirurgie discutable.</li> </ul>

**Cours 14 : Appendicites aiguës et leurs complications :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Inflammation aiguë de l'appendice.
- ❖ Diagnostic facile dans les formes typiques – Difficulté Dc ↔ polymorphisme clinique

**I- Dg :**

Forme typique : AA de l'Adulte jeune en position iliaque	Complications	Dg #
<p><b>1. Clinique : +++ Douleur de la FID + Défense douloureuse de la FID + Etat général conservé.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur de la FID, d'apparition rapide, ±intense, lancinante, continue, sans irradiation</li> <li>- Nausées ou vomissements.</li> <li>- Troubles du transit : constipation, parfois diarrhée</li> </ul> </li> <li>• <b>SG :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat général conservé.</li> <li>- T° : Discrète ↑ (38°5) – Si très ↑ = complication</li> </ul> </li> <li>• <b>SP :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Défense douloureuse de la FID+++.</li> <li>- Douleur à la flexion de la cuisse (signe du psoas)</li> <li>- Douleur à la décompression brutale de la FIG (signe de Rowsing)</li> <li>- Touchers pelviens souvent douloureux.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>NFS :</b> Hyperleucocytose à PNN +++ ; <b>CRP</b> ↑.</li> <li>❖ <b>ASP :</b> Hydroaéroiléite (/iléus réflexe), stercolithe au niveau de la FID.</li> <li>❖ <b>Echographie :</b> appendice à paroi épaissie.</li> <li>❖ <b>TDM abdominale :</b> rarement demandé, si doute diagnostique.</li> </ul>	<p><b>1. Plastron appendiculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masse de la FID douloureuse, mal limitée, adhérente à la paroi</li> <li>• SD infectieux</li> <li>• Echographie:« pseudo rein ».</li> </ul> <p><b>2. Abscess appendiculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur lancinante pulsatile de la FID</li> <li>• Syndrome infectieux franc</li> <li>• Tuméfaction douloureuse de la FID.</li> <li>• Echographie: collection au niveau de la FID.</li> </ul> <p><b>3. Péritonite appendiculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur diffuse débutant dans la FID</li> <li>• Contracture abdominale douloureuse généralisée</li> <li>• TR douloureux + SD infectieux franc.</li> <li>• Echographie : épanchement liquidien intra-abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forme iliaque et pelvienne :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Affections gynécologiques</b> GEU à droite, kyste ovarien tordu, salpingite, syndrome du 15<sup>ème</sup> jour.</li> <li>- <b>Affections urinaires :</b> cystite, pyélonéphrite,</li> <li>- <b>Affections digestives</b> adénite mésentérique, gastroentérite infectieuse, maladie Crohn, cancer du caecum, diverticule de Meckel.</li> </ul> </li> <li>• <b>Appendicite rétrocaecale :</b> colique néphrétique à droite, pyélonéphrite à droite.</li> <li>• <b>Appendicite mésocoliaque</b> diverticule de Meckel, occlusion du grêle.</li> <li>• <b>Appendicite sous hépatique:</b> cholécystite aiguë, ulcère perforé.</li> </ul>

**II- CAT :**

Mise en condition	TTT de l'AA simple	TTT des complications
<p><b>1.</b> Hospitalisation.</p> <p><b>2.</b> VVP, correction des troubles hydro-électrolytiques</p> <p><b>3.</b> Bilan pré anesthésique (ionogramme, Rx poumon, ECG).</p> <p><b>4.</b> Laisser à jeun</p> <p><b>5.</b> Soulager la douleur : antalgiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chirurgie : Appendicectomie en urgence +++</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laparotomie au point de Mac Burney ou cœlioscopie (3 orifices).</li> <li>- Exploration : bilan des lésions, prélèvements bactériologiques, recherche d'un diverticule de Meckel +++</li> <li>- Toilette péritonéale au sérum physiologique.</li> <li>- Appendicectomie → anapath</li> </ul> </li> <li>• <b>Antibiothérapie :</b> per et post-opératoire pour éviter les complications post-opératoires (abcès de la paroi, abcès de douglas, fistule du moignon appendiculaire, péritonite post-opératoire).</li> </ul>	<p><b>1. Plastron appendiculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATB première retardant l'opération</li> <li>• Examen biquotidien de la tuméfaction et de la température</li> <li>• Appendicectomie 3 mois plus tard.</li> </ul> <p><b>2. Abscess appendiculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drainage de la collection + ATB</li> <li>• Appendicectomie dans un 2<sup>ème</sup> temps.</li> </ul> <p><b>3. PAG :</b> souvent une laparotomie médiane large, avec</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toilette péritonéale soigneuse et complète.</li> <li>• Eradication du foyer infectant : appendicectomie</li> <li>• Drainage large</li> <li>• Intervention encadrée par mesures de réanimation et antibiothérapie.</li> </ul>

\*Surveillance post-opératoire : T°, état général, douleur, drain, transit...

**Cours 15 : Pancréatite aiguë :  
Dg + évaluation de la gravité + PEC :**

❖ Autodigestion du pancréas et des tissus avoisinants par ses propres enzymes, accidentellement activés.

**I- Dg :**

Clinique	Paraclinique	Etiologies
<p><b>Drame abdominal de Dieulafoy</b></p> <p><b>1. SF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur+++ d'apparition brutale, épigastrique, violente, transfixiante avec attitude antalgique en chien de fusil, survenant le plus souvent après repas copieux.</li> <li>• Troubles de transit par iléus réflexe.</li> <li>• Vomissements répétés, abondants, alimentaires puis bilieux, ne calmant pas la douleur.</li> </ul> <p><b>2. SG :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AEG possible avec pouls rapide filant ; hypotension artérielle ; voire Etat de choc.</li> <li>• Malade polypnéique et marbré,</li> <li>• T° le plus souvent normale parfois élevée.</li> </ul> <p><b>3. SP : Pauvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La discordance entre la gravité des SG et la pauvreté des SP doit faire évoquer le diagnostic.</li> <li>• Une sensibilité abdominale à la palpation, ± météorisme</li> </ul>	<p><b>1. Biologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hyperlipasémie (3 x la N) +++ (prolongée)</li> <li>→ Hyperamylasémie et hyperamylasurie</li> <li>→ Les autres : (Pc) glycémie, urée, hyperleucocytose, calcémie...</li> </ul> <p><b>2. ASP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet d'éliminer d'autres urgences</li> <li>• Peut montrer un iléus réflexe avec distension de la 1ère anse jéjunale</li> </ul> <p><b>3. Echographie abdominale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifications concernant la taille, la forme et l'échostructure pancréatique</li> <li>• Rechercher une étiologie biliaire (lithiasé vésiculaire, dilatation de la VBP)</li> <li>• Suivi de l'évolution de la PA.</li> </ul> <p><b>4. TDM abdominale : +++</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet d'avoir une excellente vision du pancréas, des zones de nécrose intra-pancréatiques et des coulées de nécrose loco-régionales.</li> <li>• Intérêt dans le suivi de l'évolution.</li> </ul> <p><b>5. Echoendoscopie ± :</b></p> <p><b>6. Cholangiographie rétrograde endoscopique</b></p>	<p><b>1. Pancréatite d'origine biliaire +++</b></p> <p><b>2. Pancréatite d'origine alcoolique</b></p> <p><b>3. Pancréatite dyslipidémique</b></p> <p><b>4. Pancréatite postopératoire</b></p> <p><b>5. Pancréatite post-traumatique :</b> Traumatismes abdominaux Contusions de l'abdomen(AVP)</p> <p><b>6. Autres :</b> Hyperparathyroïdie, Obstacle tumorale ou malformatif, Mucoviscidose...</p> <p><b>7. Idiopathique</b></p>
		<b>Dg #</b>
		<p><b>1. Affections médicales :</b> Crise ulcéreuse hyperalgique - Infarctus du myocarde - Embolie pulmonaire</p> <p><b>2. Affections chirurgicales :</b> Ulcère perforé - Occlusion intestinale - Appendicite aiguë perforée - Cholécystite</p>

**II- Evaluation de la gravité**

Score bioclinique de Ranson		Score tomodensitométrique de Balthazar	
A l'admission en Réa	Après 48h de Réa		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age &gt; 55 ans.</li> <li>• Leucocytes &gt; 16 000/mm<sup>3</sup>.</li> <li>• Glycémie &gt; 2 g/l (ou 11 mmol/l).</li> <li>• LDH &gt; 350 UI/l (ou 1,5 VN).</li> <li>• ASAT &gt; 250 UI/l (ou 6 VN).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chute de l'hématocrite &gt; 10%.</li> <li>• Urée sanguine &gt; 0,10g/l</li> <li>• Calcémie &lt; 80mg</li> <li>• Chute des HCO3- &gt; 4 mEq/l.</li> <li>• PaO2 &lt; 60 mmHg.</li> <li>• Séquestration liquidienne &gt; 6L.</li> </ul>	<p><b>A :</b> Pancréas d'aspect normal (0 pt)</p> <p><b>B :</b> Hypertrophie localisée ou diffuse du pancréas (1 pt)</p> <p><b>C :</b> Pancréas hétérogène, graisse pancréatique floue (2 pt)</p> <p><b>D :</b> Collection liquidienne unique (3pt)</p> <p><b>E :</b> 2 ou plusieurs collections liquidiennes mal limitées, ou présence de bulles gazeuses (4 pt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de nécrose (0 pt)</li> <li>• Nécrose &lt; 30 % (2 pt)</li> <li>• Nécrose 30-50 % (4 pt)</li> <li>• Nécrose &gt; 50 % (6 pt)</li> </ul>
<p>PA bénigne si &lt; 3 critères / PA sévère si ≥ 3 critères La mortalité croît avec le score et atteint 100% lorsqu'il atteint 7</p>		<p>0-3 : pancréatite peu sévère / 4-6 : pancréatite modérément sévère / 7-10 : pancréatite grave.</p>	

**III- PEC**

<p><b>1) Mise en condition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hospitalisation en urgence : unité simple si PA bénigne réa si PA grave.</li> <li>→ 4 sondes : Pose de VPP – oxygénothérapie – SNG si vomissements – sonde vésicale si signes de choc.</li> <li>→ Maintien du patient à jeun +++ / Repos strict au lit.</li> </ul> <p><b>2) Traitement symptomatique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mesures symptomatiques devant toute PA : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antalgique : paracétamol /morphine (AINS CI !!!)</li> <li>○ Rééquilibrage hydroélectrolytique (SSI)</li> <li>○ Pose de SNG en aspiration continue.</li> </ul> </li> <li>→ En cas de PA sévère, ajouter : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insulinothérapie : si insuffisance pancréatique endocrine</li> <li>○ Nutrition artificielle entérale très précoce +++</li> <li>○ Traitement d'un choc/CIVD</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>3) Traitement étiologique :</b></p> <p><b>A- Pancréatite aiguë lithiasique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si PA lithiasique bénigne :</b> cholécystectomie en subaigu coelioscopique avec cholangiographie peropératoire. Pas d'indication pour CP'E</li> <li>• <b>Si PA lithiasique avec angiocholite :</b> CPRE en urgence pour sphinctérotomie avec extraction du calcul, cholécystectomie à distance</li> </ul> <p><b>B- Pancréatite aiguë alcoolique :</b> arrêt total et définitif de boisson alcoolisée.</p> <p><b>4) Traitement d'une surinfection de coulée de nécrose :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antibiothérapie : Tiénam + Gentamicine en IV</li> <li>○ Drainage chirurgical sous AG – Nécrosectomie</li> </ul> <p><b>5) Mesures associées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prévention des complications de décubitus : HBPM...</li> <li>○ Prévention de l'ulcère de stress : IPP</li> </ul> <p><b>6) Surveillance clinique et paraclinique.</b></p>
---	--

**Cours 16 : Occlusion du grêle :  
Physiopathologie + Dg + TTT :**

❖ Arrêt complet et persistant du transit intestinal au niveau d'un segment grêlique.

**I- Physiopathologie :**

Mécanisme	Conséquences
<p><b>1. Occlusions mécaniques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Obstruction :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Intraluminaire : iléus biliaire, bézoard...</li> <li>o Intramurale : tumeur, maladie de crohn...</li> <li>o Extraluminaire : bride, compression externe...</li> </ul> </li> <li>- <b>Strangulation:</b> Brides +++, Volvulus du grêle, Etranglement herniaire</li> <li>- <b>Invagination :</b> le plus souvent iléo-caecale.</li> </ul> <p><b>2. Occlusions fonctionnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Occlusions réflexes ou iléus paralytique</b>, en réaction à une douleur intense intra-abdominale ou rétropéritonéale : colique néphrétique, pancréatite aiguë.</li> <li>- <b>Occlusions en contexte inflammatoire :</b> péritonite, abcès intra-abdominal, diverticulite, hématome, hémopéritoine,</li> <li>- <b>Causes métaboliques et endocriniennes :</b> insuffisance rénale, hypothyroïdie, hypokaliémie, hypocalcémie,...</li> </ul>	<p><b>1. Locales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En amont de l'obstacle, la paroi s'amincit</li> <li>- Stase veineuse</li> <li>- Circulation artérielle gênée =&gt; <b>Anoxie de la paroi intestinale = Souffrance :</b></li> </ul> <p>➔ Paralyse progressive de l'intestin ➔ Fuite de liquide à l'intérieur et à l'extérieur des anses</p> <p><b>2. Générales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémococoncentration (Ht ↑) ➔ DHA</li> <li>- Spoliation ionique : Baisse K+, Cl- et Na+</li> <li>- Passage des germes à travers la paroi et donner une péritonite progressive par diffusion voire par perforation.</li> </ul> <p align="center">➔ <b>PRONOSTIC VITAL !</b></p>

**II- Dg :**

Dg +	Dg étiologique
<p><b>1. Clinique : SD OCCLUSIF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur abdominale dont l'intensité dépend de l'étiologie.</li> <li>- Vomissements précoces et abondants.</li> <li>- Arrêt de matières et de gaz "AMG" tardif et incomplet.</li> </ul> </li> <li>• <b>SG :</b> en fonction de l'étiologie, et l'ancienneté de l'occlusion.</li> <li>• <b>SP :</b> Météorisme abdominal discret central et périombilical, dont l'importance dépend de l'étiologie.</li> </ul> <p><b>2. ASP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NHA peu nombreux, périphériques, volumineux, plus hauts que larges, et portant les empreintes des valvules conniventes.</li> <li>• Présence de gaz dans le côlon.</li> </ul>	<p><b>1. Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode de début : Brutal si strangulation, Progressif si obstruction</li> <li>• Signes fonctionnels : intenses si strangulation, discrets si obstruction</li> <li>• Signes généraux : plus marqués en cas de strangulation.</li> <li>• Signes physiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Météorisme discret et silence auscultatoire si strangulation.</li> <li>- Météorisme diffus et BHA exagérés si obstruction.</li> <li>- L'examen doit rechercher aussi : cicatrice chirurgicale, ondulations péristaltiques, contracture abdominale</li> </ul> </li> </ul> <p>L'examen des orifices herniaires et les touchers pelviens doivent être systématiques.</p> <p><b>2. Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Echographie abdominale :</b> c'est un examen utile en cas de grossesse mais il est opératoire dépendant et souvent gêné par l'interposition de l'écran gazeux.</li> <li>➔ <b>TDM abdominopelvienne :</b> <u>examen de référence</u> pour préciser le mécanisme de l'occlusion, son siège, son étiologie et rechercher les signes d'ischémie intestinale.</li> <li>➔ <b>Biologie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Evaluer surtout le retentissement :</b> IR qui au début fonctionnel devient organique en absence du traitement</li> <li>- <b>Rechercher les signes prédictifs d'une ischémie intestinale :</b> hyperleucocytose et hyperkaliémie</li> <li>- <b>Montrer une étiologie métabolique :</b> hypokaliémie et hypocalcémie.</li> </ul> </li> </ul>

**III- TTT :** Corriger les Tbs HE et HD + Lever l'obstacle.

Réanimation	Laparotomie
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonde à O<sub>2</sub> ;</li> <li>2. VVC pour prélèvements et Rééquilibration H-E et H-D</li> <li>3. Sonde urinaire (contrôle de la diurèse)</li> <li>4. Sonde nasogastrique avec aspiration gastrique continue</li> <li>5. ATB en cas de risque infectieux ;</li> <li>6. Antalgique + Antispasmodique</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exploration</li> <li>2. Section d'une bride</li> <li>3. Résection-Anastomose</li> <li>4. Traitement étiologique</li> <li>5. Fixation du grêle pour éviter les récives</li> </ol>

**Cours 17 : Occlusion du côlon :  
Physiopathologie + Dg + TTT :**

❖ Arrêt complet et persistant du transit intestinal au niveau d'un segment colique.

**I- Physiopathologie :**

Mécanisme	Conséquences
<p><b>3. Occlusions mécaniques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Obstruction :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Intraluminaire : Fécalome</li> <li>o Intramuraire : Obstruction néoplasique</li> </ul> </li> <li>- <b>Strangulation:</b> Volvulus du grêle++, Etranglement herniaire</li> </ul> <p><b>4. Occlusions fonctionnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>SD d'Ogilvie</b></li> <li>- <b>Maladie de Hirschprung.</b></li> </ul>	<p><b>3. Locales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En amont de l'obstacle, la paroi s'amincit</li> <li>- Stase veineuse</li> <li>- Circulation artérielle gênée =&gt; <b>Anoxie de la paroi intestinale = Souffrance :</b></li> <li>➔ Paralyse progressive de l'intestin</li> <li>➔ Fuite de liquide à l'intérieur et à l'extérieur des anses (Péritoine, bactéries++)</li> </ul> <p><b>4. Générales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémococoncentration (Ht ↑) ➔ DHA</li> <li>- Spoliation ionique : Baisse K+, Cl- et Na+</li> <li>- Passage des germes à travers la paroi et donner une péritonite progressive par diffusion voire par perforation.</li> </ul> <p align="right">➔ <b>PRONOSTIC VITAL !</b></p>

**II- Dg :**

Dg +	Dg étiologique
<p><b>1. Clinique : SD OCCLUSIF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DA diffuses, brutale ou prog.</li> <li>- V tardifs et rares (fécaloïdes)</li> <li>- AMG absolu, net et précoce.</li> </ul> </li> <li>• <b>SG :</b> en fonction de l'étiologie, et l'ancienneté de l'occlusion.</li> <li>• <b>SP :</b> Météorisme abdominal important en cadre et diffus</li> </ul> <p><b>2. ASP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NHA nombreux, centraux, fins, plus larges que hauts, et portant les empreintes des haustrations coliques.</li> <li>• Absence de gaz dans le côlon.</li> </ul>	<p><b>1. Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode de début : Brutal si strangulation, Progressif si obstruction</li> <li>• ATCDs : Chirurgie, rectorragies, tares associées...</li> <li>• Signes fonctionnels : intenses si strangulation, discrets si obstruction</li> <li>• Signes généraux : plus marqués en cas de strangulation.</li> <li>• Signes physiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Météorisme discret et silence auscultatoire si strangulation.</li> <li>- Météorisme diffus et BHA exagérés si obstruction.</li> <li>- L'examen doit rechercher aussi : cicatrice chirurgicale, ondulations péristaltiques, contracture abdominale</li> </ul> </li> </ul> <p>L'examen des orifices herniaires et les touchers pelviens doivent être systématiques.</p> <p><b>2. Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lavement opaque avec produits hydrosolubles</b></li> <li>- <b>TDM AP</b></li> <li>- <b>Coloscopie (si Tm ➔ Biopsie)</b></li> </ul>

**III- TTT :** Corriger les Tbs HE et HD + Lever l'obstacle.

Réanimation	TTT spécifique de la cause
<p><b>7.</b> Sonde à O<sub>2</sub> ;</p> <p><b>8.</b> VVC pour prélèvements et Rééquilibrage H-E et H-D</p> <p><b>9.</b> Sonde urinaire (contrôle de la diurèse)</p> <p><b>10.</b> Sonde nasogastrique avec aspiration gastrique continue</p> <p><b>11.</b> ATB en cas de risque infectieux ;</p> <p><b>12.</b> Antalgique + Antispasmodique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obstruction néoplasique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résection du cancer obéissant aux règles carcinologiques et rétablissement de continuité par anastomose immédiate, protégée ou non par stomie.</li> </ul> </li> <li>• <b>Fécalome :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ramollissement des matières fécales par l'administration d'un micro-lavement au sorbitol.</li> <li>- Extraction manuelle ou chirurgicale.</li> </ul> </li> <li>• <b>Volvulus du sigmoïde :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En l'absence de signes de nécrose ➔ détorsion sous colonoscopie avec mise en place d'une sonde pour évacuer le colon d'amont.</li> <li>- En cas d'échec, récurrence ou signes de nécrose : ➔ sigmoïdectomie avec stomie type bouillyvolkmann ou Hartmann.</li> </ul> </li> </ul> <p align="center">...</p>

**Cours 18 : Invagination intestinale aiguë :**

**Dg + CAT :**

❖ Pénétration d'une anse intestinale dans l'anse immédiatement sous jacente

Dg		CAT
Clinique	Paraclinique	
<p><b>1) Terrain</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age : 2 à 12 mois – Sexe : 2 G / 1 F</li> <li>- Saison : Hiver : car fréquence des rhinopharyngites ↑ – Eté : car fréquence des gastroentérites ↑.</li> </ul> <p><b>2) SF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur abdominale paroxystique +++ : crises de pleurs avec accalmies.</li> <li>- Vomissements alimentaires d'origine reflexe, refus de biberon.</li> <li>- Rectorragies : Du sang rouge au début - Du sang noir indique la nécrose.</li> </ul> <p><b>3) SG :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au début sujet en bon état général, obèse parfois.</li> <li>- Signes de déshydratation et de choc aux stades avancés, Parfois fièvre en rapport avec l'infection.</li> </ul> <p><b>4) SP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boudin d'invagination sous forme d'une masse abdominale.</li> <li>- TR +++ : Rectorragies (doigtier souillé de sang), tête du boudin.</li> </ul>	<p><b>1) ASP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Peut être normale.</li> <li>→ Vacuité de la fosse iliaque droite</li> <li>→ Tête du boudin tracé par l'air colique</li> </ul> <p><b>2) Echographie abdominale +++:</b> Fait le diagnostic.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Coupe longitudinale : aspect en sandwich</li> <li>→ Coupe transversale : aspect en cocarde ou en cible.</li> </ul> <p><b>3) Lavement opaque +++:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Intérêt diagnostique : image d'arrêt du produit de contraste (en cocarde, en pince de crabe)</li> <li>→ Intérêt thérapeutique : Réduction de l'invagination</li> </ul>	<p><b>A. CAT initiale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VVP pour prélèvements et traitement d'éventuels troubles hydro-électrolytiques.</li> <li>- Sonde gastrique si vomissements.</li> <li>- Antalgiques.</li> </ul> <p><b>B. Réduction de l'IIA :</b></p> <p>→ <b>Moyens :</b></p> <p><b>1- Réduction radiologique +++</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hydrostatique avec produit de contraste.</li> <li>- Pneumatique par insufflation de l'air.</li> <li>- Hydrique par sérum physiologique échoguidé.</li> </ul> <p><b>2- Chirurgie :</b> désinvagination manuelle ± résection-anastomose (si nécrose), compléter par appendicectomie.</p> <p>→ <b>Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Réduction radiologique</b> : &lt; 48 h - BEG - Pas d'occlusion - Pas de péritonite</li> <li>➤ <b>Chirurgie</b> : Echec de la réduction radiologique - Formes compliquées</li> </ul>
	<b>Dg #</b>	
	<p><b>1- Diverticule de Meckel</b></p> <p><b>2- Tm du grêle</b></p> <p><b>3- Plaques de Peyer</b></p> <p><b>4- Polypes</b></p> <p><b>5- Purpura rhumatoïde</b></p> <p><b>6- Pancréas aberrant, ectopique</b></p>	



**Cours 19 : Volvulus du sigmoïde :**

**Dg + CAT :**

❖ Torsion de l'anse sigmoïde sur son axe mésocolique réalisant une occlusion colique basse par strangulation.

Dg		CAT			
Clinique	Paraclinique				
<p><b>1. Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Age</b> : le plus souvent sujet âgé.</li> <li>- <b>ATCD</b> : constipation, Crises subocclusives spontanément résolutive ou après utilisation de laxatifs, Distension abdominale, DA paroxystiques.</li> <li>- <b>Délai de consultation par rapport au début de la symptomatologie +++.</b></li> </ul> <p><b>2. SF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fond douloureux permanent avec de violentes coliques paroxystiques.</li> <li>- Douleurs maximales au niveau de la fosse iliaque gauche</li> <li>- Etat nauséux.</li> <li>- AMG +++.</li> </ul> <p><b>3. SG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat général relativement conservé.</li> <li>- Si consultation tardive : état de choc.</li> </ul> <p><b>4. SP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inspection</b> : météorisme énorme asymétrique +++.</li> <li>- <b>Palpation</b> : Zone de météorisme lisse tendue et rénitente, orifices herniaires sont libres. Parfois, douleur et défense abdominales.</li> <li>- <b>Percussion</b> : tympanisme dans la région météorisée.</li> <li>- <b>TR</b> : ampoule rectale vide.</li> <li>- <b>Examen somatique complet.</b></li> </ul>	<p>❖ <b>Biologie</b> : NFS, groupage ABO-Rh, ionogramme sanguin, crase sanguine,...</p> <p>❖ <b>ASP</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anse sigmoïde dilatée, aspect en arceau volumineux médian,</li> <li>- NHA au pied de chaque anse,</li> </ul> <p>❖ <b>Lavement aux hydrosolubles</b> : prudent, après avoir éliminé une perforation (contracture), montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spire de torsion.</li> <li>- Image en bec d'oiseau</li> </ul>	<p><b>1) CAT initiale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Suspension de toute alimentation orale.</li> <li>• VVP pour prélèvements et rééquilibration hydroélectrolytique.</li> <li>• Sonde nasogastrique avec aspiration gastrique.</li> <li>• ATB préventive contre les BGN et les anaérobies.</li> </ul> <p><b>2) Intubation recto-sigmoïdienne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détorsion de l'anse sous rectoscopie, après avoir éliminé un sphacèle ou une occlusion du grêle.</li> </ul> <p><b>+++Les preuves de détorsion sont :</b> la débâcle de matières et de gaz, la reprise du transit et la réduction radio</p>			
		<p><b>3) TTT chirurgical : sigmoïdectomie médiane sous ombilicale</b></p>		<p>→ <b>Quand ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En urgence :</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malade vu tardivement.</li> <li>- Dg incertain.</li> <li>- Suspicion de sphacèle ou de péritonite.</li> <li>- Echec de l'intubation.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En différé :</b></li> </ul> <p>Quand le succès de l'intubation autorise une préparation colique et générale.</p>	<p>→ <b>Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Si anse saine :</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Détorsion et vidange du contenu intestinal,</li> <li>- Résection-anastomose (avec ou sans stomie de protection) pour éviter les récidives</li> <li>▪ <b>Si anse sphacélée ou douteuse :</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résection de l'anse volvulée sans détorsion Ensuite anastomose</li> </ul>
		<p><b>Dg #</b></p> <p><b>1- Kc recto sigmoïdien</b></p> <p><b>2- Iléus biliaire</b></p>			

**Cours 20 : Hernies étranglées :**

**Dg + CAT :**

❖ Striction serrée et rapide des organes contenus dans un sac herniaire (intestin-épiploon), responsable d'un SD occlusif.

Dg	CAT
<p><b>A. Clinique :</b></p> <p><b>1. SF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Forme de début :</b> Douleur brutale, à la suite d'un effort ou d'un accès de toux, continue, elle peut être localisée :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la racine de la cuisse = H inguinale ou crurale.</li> <li>- A l'ombilic = H ombilicale ou de la ligne blanche.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Forme tardive :</b> Tableau d'une occlusion.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs abdominales diffuses.</li> <li>- Vomissements.</li> <li>- Arrêt des matières et des gaz.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. SG :</b> Au fur et à mesure de l'évolution, l'état général s'altère avec déshydratation, fièvre et état de choc en cas de perforation d'une anse.</p> <p><b>3. SP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inspection :</b> météorisme abdominal</li> <li>- <b>Palpation :</b> découvre une tuméfaction herniaire, résistante, tendue, non impulsive, irréductible et surtout douloureuse (maximale au niveau du collet) :</li> </ul> <p>→ <b>Inguinale :</b> le contenu de la hernie émerge au dessus de l'arcade crurale.</p> <p>→ <b>Crutale :</b> au-dessous de l'arcade crurale. Surtout chez la femme+++.</p> <p>→ <b>Ombilicale :</b> le contenu herniaire sort de l'abdomen par l'anneau ombilical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>TR :</b> normal.</li> </ul> <p><b>B. Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Biologie :</b> NFS, ionogramme.</li> <li>❖ <b>ASP :</b> distension gazeuse avec NHA, ↑ de la densité des parties molles de l'aïne.</li> </ul>	<p><b>A. Mesures de réanimation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles des 4 sondes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonde à O2.</li> <li>- VV permettant une réanimation HE.</li> <li>- Sonde d'aspiration gastrique.</li> <li>- Sonde vésicale (diurèse)</li> </ul> </li> <li>• Antibiothérapie. .</li> </ul> <p><b>B. Intervention chirurgicale :</b> S'impose en urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abord électif :</b></li> </ul> <p>→ <b>H ombilicale ou de la ligne blanche :</b> abord transversal ou médian.</p> <p>→ <b>H inguinale :</b> abord inguinal transversal ou oblique.</p> <p>→ <b>H crurale :</b> abord direct par incision longitudinale ou inguinale classique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ouverture du sac herniaire</b> avec section du collet pour ne pas laisser échapper le contenu du sac.</li> <li>• <b>Exploration du contenu herniaire :</b> 4 situations sont possibles en fonction du contenu :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenu exclusivement épiploïque :</b> résection de la graisse infarctie.</li> <li>- <b>Anses grêles ou segment colique dont la couleur devient rapidement normale:</b> réintégration</li> <li>- <b>Intestin violacé, noirâtre ou perforé :</b> résection avec rétablissement de la continuité ou stomie.</li> <li>- <b>Intestin douteux :</b> sérum chaud et infiltration du méso par la novocaïne.</li> </ul> </li> <li>• <b>Cure de la hernie :</b> résection du sac et réfection pariétale.</li> </ul>

## Cours 21 : Contusion de l'abdomen :

### Dg + CAT :

- ❖ Ensemble des lésions produites au niveau de l'abdomen, de son contenu ou de ses parois par un traumatisme ayant respecté la continuité pariétale. Il nécessite une surveillance post-thérapeutique armée.

#### I-Dg :

Clinique	Paraclinique
<p><b>1) Interrogatoire :</b> renseigne sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Traumatisme</i> : heure, mécanisme, point d'impact.</li> <li>- <i>Traumatisé</i> : âge, ATCD, tares éventuelles...</li> </ul> <p><b>2) SF et SG :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tableau d'hémopéritoine</i> : état de choc</li> <li>- <i>Tableau de péritonite</i> : DA diffuse, vomissements, AMG.</li> </ul> <p><b>3) SP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En cas d'hémopéritoine</i>: abdomen distendu avec matité des flancs, bombement et sensibilité du Douglas au T'</li> <li>- <i>En cas de péritonite</i> : défense, voire contracture abdominale, touchers pelviens très douloureux.</li> <li>- <i>Examen général</i> : à la recherche de lésions associées.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Palpation des fosses lombaires.</li> <li>○ Pression des ailes iliaques à la recherche de fractures du bassin.</li> <li>○ Recherche d'un globe vésical, noter l'aspect des urines.</li> <li>○ Bandelettes urinaires : hématurie ?+++.</li> <li>○ Examen somatique : crâne, membres, rachis, thorax.</li> </ul> <p>→ Au terme de ce 1<sup>er</sup> bilan clinique ; 3 situations peuvent se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contusion abdominale sévère</b> avec tableau d'hémopéritoine ou de péritonite : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune investigation n'est nécessaire</li> <li>- Après une VV, le patient est conduit au bloc</li> </ul> </li> <li>- <b>Stabilité hémodynamique après réanimation</b> → Explorations possibles</li> <li>- <b>Tableau clinique douteux</b> → explorations complémentaires</li> </ul>	<p><b>1) Biologie :</b> Groupage ABO-Rh, NFS, amylase...</p> <p><b>2) ASP :</b> peut monter un iléus paralytique, une grisaille diffuse, parfois un PNP ou rétro PNP.</p> <p><b>3) Radiographie thoracique :</b> épanchement pleural, lésions diaphragmatiques, fractures (grill costal)</p> <p><b>4) Echographie abdominale :</b> Epanchement intra-péritonéal, lésions parenchymateuses hépatiques, spléniques ou pancréatiques.</p> <p><b>5) Ponction lavage du péritoine (PLP) :</b> <i>Quand l'échographie est non disponible avec des signes en faveur d'une lésion intra-péritonéale.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si elle ramène du sang rouge ou que le lavage devient rouge</b> → hémopéritoine, la chirurgie est indiquée en urgence.</li> <li>- <b>Si elle ramène du liquide rose ou trouble</b> → étude cytochimique et bactériologique.</li> <li>- <b>Si elle ramène du liquide jaune bilieux</b> → rupture duodénale ou des VB</li> <li>- <b>Si elle ramène du liquide clair</b> → Surveillance</li> </ul> <p><b>6) TDM abdominale:</b> meilleure approche et analyse des lésions</p>

#### II- CAT :

Mesures de réanimation	Chirurgie si choc hémorragique et hémopéritoine ou PNP.	Surveillance
<p><b>1)</b> Sonde à O2,</p> <p><b>2)</b> Sonde gastrique.</p> <p><b>3)</b> Sonde urinaire (diurèse horaire)</p> <p><b>4)</b> VVP pour prélèvements, remplissage par macromolécules, rééquilibration hydroélectrolytique, transfusion si besoin.</p> <p><b>5)</b> ATB à large spectre si suspicion de perforation d'un organe.</p>	<p><b>1) Voie d'abord large (laparotomie médiane, agrandie si besoin)</b></p> <p><b>2) Hémostase et évacuation de l'hémopéritoine, lavage.</b></p> <p><b>3) Exploration complète systématique de la cavité péritonéale, du rétropéritoine, de l'ACE et du diaphragme.</b></p> <p><b>4) Traitement des lésions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rate : splénectomie, traitement conservateur.</li> <li>→ Foie : suture, résection réglée.</li> <li>→ Estomac : suture, rarement gastrectomie d'hémostase.</li> <li>→ Grêle : suture, résections si les lésions sont fraîches, sinon stomie.</li> <li>→ Côlon : suture, résection anastomose ou colostomie.</li> <li>→ Diaphragme : suture.</li> <li>→ Vessie : suture, drainage urinaire.</li> <li>→ Duodéno-pancréas : résections réglées, suture + drainage, exclusion.</li> <li>→ Rein : néphrectomie d'hémostase totale.</li> <li>→ Vaisseaux : réparation, embolisation, ligature.</li> <li>→ Plaie du mésentère et du mésocôlon : suture et vérification de la viabilité de l'anse intestinale lésée.</li> </ul> <p><b>5) En fin d'intervention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Toilette péritonéale par du sérum, pour l'évacuation des caillots sanguins, de l'épanchement digestif et pour prévenir la formation d'adhérences (OIA).</li> <li>→ Drainage de la cavité péritonéale.</li> </ul>	<p><b>Clinico radiologique prolongée</b> (ASP, Rx du thorax, écho abd, ± PLP), à cause de la fréquence des lésions tardives (hématome splénique sous capsulaire) et pour le traitement des lésions associées (Durant les 10 premiers j).</p>

**Cours 22 : Plaie pénétrante de l'abdomen :**

**CAT :**

- ❖ Traumatisme entraînant une solution de la continuité de la paroi abdominale.
- ❖ Une plaie de l'abdomen est dite pénétrante quand elle atteint la cavité péritonéale.
- ❖ Etiologies dominées par les agressions par arme blanche+++ , les tentatives de suicide et les AVP.

**I- Examen clinique initial :**

Examen « En même temps que la réanimation »	Au terme de ce bilan : 4 situations
<p><b>A. Interrogatoire :</b> rapide, renseigne sur traumatisme (heure, nature, agent vulnérant) et traumatisé (âge, ATCD, tares).</p> <p><b>B. SF et SG :</b> le malade peut se présenter dans un des 2 tableaux clinique suivants :</p> <p>1. Tableau de choc hémorragique.</p> <p>2. Tableau de péritonite par perforation.</p> <p><b>C. Signes physiques :</b></p> <p><b>1. Etude de la (ou des) plaie (s) :</b> au doigt ganté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Topographie : le siège oriente vers les organes qui peuvent être atteints.</li> <li>- Aspect : plaie franche ou contuse.</li> <li>- Nombre.</li> <li>- Orifice d'entrée et de sortie éventuelle (balle).</li> <li>- Eviscération : grêle ± côlon.</li> <li>- Issue par la plaie de matières fécales, de liquide intestinal, de bile ou d'urines.</li> </ul> <p><b>2. Examen abdominal :</b> Apprécie la mobilité, la souplesse et la sonorité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tableau de choc hémorragique :</b> Recherche des signes d'hémopéritoine, Ballonnement abdominal, Matité des flancs, TR douloureux.</li> <li>- <b>Tableau de péritonite par perforation :</b> examen prudent complet :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contracture pariétale, Silence abdominal, Sonorité préhépatique et tympanisme (PNP)</li> <li>○ TR objective une éventuelle brèche et le comblement douloureux du CDS de Douglas.</li> </ul> <p><b>3. Examen général :</b> A la recherche de lésions associées : crâne, mb, rachis, thorax, bandelettes urinaires +++.</p>	<p><b>1- Signes d'hémopéritoine ou de péritonite généralisée :</b> Laparotomie en urgence après une courte réanimation.</p> <p><b>2- Stabilité hémodynamique après la réanimation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance clinique et paraclinique.</li> <li>• L'indication chirurgicale dépend des résultats du bilan et de la surveillance.</li> </ul> <p><b>3- Plaie avec des signes indiquant d'emblée la laparotomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande éviscération,</li> <li>• Ecoulement de liquide,</li> <li>• Hémorragie digestive,</li> <li>• Pneumopéritoine (Rx, ASP).</li> </ul> <p><b>4- Plaie sans signes de pénétration avec un bon EHD :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploration au doigt ganté.</li> <li>• Si besoin, exploration chirurgicale.</li> </ul>

II- Paraclinique	III- PEC		
	Mise en condition	Chirurgie	Surveillance
<p><b>1) Biologie :</b> Groupage, NFS, crase, ionogramme sanguin, amylasémie.</p> <p><b>2) Bilan radiologique :</b></p> <p>→ <b>ASP et Rx du thorax</b> prenant la coupole et le grill costal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mee un pneumopéritoine éventuel et</li> <li>- Aident à la reconstitution du trajet de l'agent vulnérant.</li> </ul> <p>→ <b>Echo abdominale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epanchement abdominal,</li> <li>- Lésions hépato-splénique, pancréatiques et rénales.</li> </ul>	<p><b>1.</b> Sonde à O2,</p> <p><b>2.</b> Sonde gastrique.</p> <p><b>3.</b> Sonde urinaire (diurèse horaire)</p> <p><b>4.</b> VVP pour prélèvements, remplissage par macromolécules , rééquilibration HE, transfusion si besoin.</p> <p><b>5.</b> ATB à large spectre si suspicion de perforation d'un organe.</p>	<p><b>1.</b> Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic.</p> <p><b>2.</b> Aspiration de l'hémopéritoine.</p> <p><b>3.</b> Exploration complète de tous les viscères qui se trouvent dans le territoire de la plaie, sans oublier les coupoles diaphragmatiques et le rétropéritoine.</p> <p><b>4. Traitement de la lésion causale :</b> lésions des organes creux et pleins. En cas de plaie, des sutures, des résections, des extériorisations vont régler les problèmes digestifs.</p> <p><b>5.</b> Lavage péritonéal ± drainage.</p> <p><b>6.</b> Parage de la plaie pariétale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring (Scope, Pa, SaO2, T°)</li> <li>- SAT (Plaie)</li> </ul>

**Cours 23 : Hémopéritoine post traumatique :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Epanchement de sang dans la cavité péritonéale dû à une rupture d'un vaisseau ou d'un viscère dans cette cavité.
- ❖ Suite à une contusion ou plaie de l'abdomen.

<b>Dg</b>		<b>CAT</b>
<b>Clinique</b>	<b>Paraclinique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interrogatoire</b> : Il se renseigne sur                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le traumatisme : heure, mécanisme, point d'impact.</li> <li>- le traumatisé : âge, antécédents, tares...</li> </ul> </li> <li>• <b>SF et SG</b> : Etat de choc hémorragique.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouls filant, TA effondrée, tachycardie.</li> <li>- Pâleur cutanéomuqueuse, marbrures, extrémités froides.</li> <li>- Polypnée, soif d'eau et d'air.</li> </ul> </li> <li>• <b>SP</b> : généralement discrets et atypiques.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ballonnement abdominal.</li> <li>- Matité des flancs.</li> <li>- Bombement et sensibilité du Douglas au TR +++.</li> </ul> </li> </ul> <p>→ <u>Au terme du bilan initial, 2 situations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Choc hémorragique stabilisé</b> : Patient stable → examens complémentaires possibles.</li> <li>- <b>Choc hémorragique peu ou pas contrôlé malgré le remplissage</b> : Patient instable → transfert au bloc.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Biologie</b> : NFS (Ht, Hb, GB). Ionogramme - Groupage. - Hémostase. - BU (hématurie)</li> <li><b>2. ASP</b> : → Met en évidence le cadre osseux : bassin, rachis, coupes diaphragmatiques. → Les Signes d'hémopéritoine n'y sont jamais évidents : disparition des muscles psoas, grisaille diffuse.</li> <li><b>3. Radiographie du thorax</b> : lésions associées (Hémopneumothorax, fracture osseuse).</li> <li><b>4. Echographie abdominale</b> : → Elle détecte une faible quantité d'épanchement liquidien, intra péritonéal ou rétro-péritonéal. → Elle ne détecte pas l'origine de l'hémopéritoine.</li> <li><b>5. TDM abdominale +++</b> : donne le diagnostic lésionnel précis, et met en évidence l'hémopéritoine et ses causes.</li> <li><b>6. Artériographie</b> : montre les lésions des gros vaisseaux et permet de réaliser une embolisation.</li> <li><b>7. PLP</b> : met en évidence l'épanchement intra péritonéal : le lavage devient rouge ou ramène du sang rouge.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) Mesures de réanimation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonde à O2,</li> <li>• Sonde gastrique.</li> <li>• Sonde urinaire (diurèse horaire)</li> <li>• VVP pour prélèvements, remplissage par macromolécules, rééquilibration hydroélectrolytique, transfusion si besoin.</li> <li>• ATB préventive contre BGN et anaérobies.</li> </ul> </li> <li><b>2) Traitement chirurgical</b> : Indication formelle en présence d'un état choc peu ou non contrôlé malgré le remplissage.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laparotomie médiane</li> <li>• Hémostase, évacuation de l'hémostase, lavage.</li> <li>• Réparation vasculaire : embolisation, ligature.</li> <li>• Exploration complète systématique de la cavité abdominale.</li> <li>• Traitement de lésions associées : ex : splénectomie</li> <li>• Toilette péritonéale et drainage.</li> </ul> </li> <li><b>3) Surveillance :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique, biologique, radio</li> <li>- Vaccination antipneumococcique si splénectomie ++</li> </ul> </li> </ol>

**Cours 24 : Hématome rétro péritonéal post traumatique :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Accumulation de sang dans l'espace rétro-péritonéal, en rapport avec des L\*: vasculaire, digestive, rénale, osseuse.
- ❖ **Mécanismes lésionnels :**
  - Traumatismes pénétrants de l'abdomen, des flancs et du thorax, notamment par arme blanche ou arme à feu.
  - Traumatismes fermés de l'abdomen et surtout Fractures du bassin ++, consécutifs aux AVP et aux chutes de grande hauteur.

Dg		CAT
Clinique	Paraclinique	
<p><b>A. Anamnèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traumatisme :</b> heure, mécanismes, point d'impact, violence...</li> <li>- <b>Traumatisé :</b> notion perte de connaissance transitoire, âge, ATCD, tares...</li> </ul> <p><b>B. Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un tableau de choc hémorragique sans cause intra péritonéale, thoracique ou périphérique évidente évoque le dc.</li> <li>- L'existence d'une tuméfaction lombaire, iliaque ou hypogastrique est inconstante.</li> <li>- L'ecchymose extensive des flancs ou des OGE est spécifique, mais inconstante et tardive.</li> <li>- Les touchers pelviens recherchent une protrusion osseuse ou un hématome.</li> <li>- La recherche d'une hématurie est systématique.</li> <li>- Lors des traumatismes pénétrants, un point d'entrée lombaire ou des flancs est évocateur mais une plaie abdominale ou basithoracique peut conduire à des lésions rétropéritonéales.</li> </ul>	<p><b>8. Radiographies standard</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Rx bassin</b> (systématique chez tout polytraumatisé ou sujet inconscient) + rachis dorsolombaire = fractures.</li> <li>→ <b>ASP</b> = un iléus réflexe (peu spécifique), une asymétrie des contours du psoas.</li> </ul> <p><b>9. Échotomographie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Examen de choix pour affirmer rapidement l'existence d'un épanchement intra péritonéal.</li> </ul> <p><b>10. Radiographies avec opacification</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>UIV</b> : sa normalité élimine atteinte rénale grave. Permet étude indirecte des HRP (déplacement des structures).</li> <li>→ <b>Uréthrocystographie rétrograde</b> : intérêt dans l'évaluation des conséquences urinaires des fractures du bassin.</li> <li>→ <b>Angiographie</b> : examen de choix pour étude des lésions vasculaires.</li> </ul> <p>Outre le Dc topographique du saignement, l'artériographie peut permettre un geste thérapeutique.</p> <p><b>11. TDM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Examen de choix dans le bilan des traumatismes abdominaux sévères.</li> <li>→ Donne une idée précise des épanchements et des lésions des organes intra- et rétropéritonéaux après injection.</li> </ul> <p><b>12. IRM</b> : précise les lésions et affirme le caractère hématique ou non d'une collection.</p> <p><b>13. PLP</b></p>	<p><b>1) Mesures de réanimation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonde à O2,</li> <li>• Sonde gastrique.</li> <li>• Sonde urinaire (diurèse horaire)</li> <li>• VVP pour prélèvements, remplissage par macromolécules, rééquilibrage hydroélectrolytique, transfusion si besoin.</li> <li>• ATB préventive contre BGN et anaérobies.</li> </ul> <p><b>2) Mesures de contention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contention orthopédique : ↓ la douleur et le saignement liés aux fractures du bassin.</li> <li>• Combinaison antigravité (ou pantalon antichoc)</li> </ul> <p><b>3) Traitement chirurgical :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embolisation artérielle (hémostatique).</li> <li>• Abord chirurgical : indiqué si hémorragie incontrôlable, gros vaisseau inaccessible à l'embolisation, lésion viscérale</li> </ul>



**Cours 25 : Grosse bourse aiguë :****Dg + CAT :**

❖ Augmentation brutale uni ou bilatérale du volume des bourses qui peut être due à plusieurs affection.

**I- Dg :****A- Dg + :**

Interrogatoire	Examen clinique
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Âge, début (brutal)</li> <li>2. <b>ATCD</b> : notion de traumatisme, infection génito-urinaire, hernie inguino-scrotale.</li> <li>3. <b>SF</b> : douleur scrotale, dysurie, brûlures mictionnelles...</li> </ol>	<p><b>A- Examen scrotal</b> : doit être bi-manuel, bilatéral et comparatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inspection</b> : apprécie le volume scrotal, l'aspect de la peau scrotale, l'existence d'éventuelles fistules.</li> <li>- <b>Palpation</b> : sensibilité, chaleur – état de l'épididyme, sillon épидидymo testiculaire, testicules, cordon spermatique...</li> </ul> <p><b>B- Examen général</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etat général : T°, AEG,...</li> <li>2. TR : apprécie l'état des organes génitaux profonds</li> <li>3. Etat des urines</li> <li>4. Palpation des aires gg et des orifices herniaires+++.</li> <li>5. Examen somatique complet.</li> </ol>

**B- Dg étiologique :**

1- Torsion du cordon spermatique ou testiculaire	2- Orchiépididymite aiguë	3- Orchite ourlienne
<p>→ <b>Clinique</b> : <i>Enfant + Ado +++</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur au niveau d'une bourse, d'installation brutale, intense, à type de broiement, irradiant le long du cordon spermatique vers la région inguinale et la fosse iliaque et gênant la marche.</li> <li>• Grosse bourse rouge, œdémateuse, et douloureuse</li> <li>• La masse épидидymo-testiculaire est ascensionnée et très douloureuse à la palpation.</li> <li>• <b>Le soulèvement du testicule ↑ la douleur (signe de PREHN)</b></li> <li>• La T° est normale +++, cependant dans les formes vues tardivement une fébricule est fréquent.</li> <li>• Il n'existe pas de signes urinaires associés : en particulier absence de brûlures mictionnelles+++</li> <li>• Le cordon est infiltré.</li> </ul> <p>→ <b>Paraclinique</b> :</p> <p><i>Interet que si le tableau clinique est atypique, ils ne doivent pas retarder le traitement.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Echo- doppler+++</b> : diminution ou arrêt du flux artériel</li> <li>• <b>Echographie scrotale</b> : non fiable pour le diagnostic</li> </ul>	<p>→ <b>Clinique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ATCD</b>: urétrite, infection urinaire, sondage ou cystoscopie, infection de voisinage ou suppuration à distance.</li> <li>• Douleur scrotale sévère irradiant le long du cordon vers la région inguinale.</li> <li>• Scrotum ↑ de volume + signes inflammatoires : peau lisse, luisante, tendue, chaude, douloureuse et oedématisée</li> <li>• <b>Palpation douloureuse</b> : le testicule et épидидyme sont pris en masse par l'inflammation (difficulté de les distinguer)</li> <li>• <b>Le soulèvement du testicule soulage la douleur</b></li> <li>• Fièvre élevée (39 à 40°) + frissons</li> <li>• Troubles mictionnels inconstants</li> <li>• Recherche un écoulement urétral au niveau du méat</li> <li>• <b>TR</b> : Douleur prostatique si prostatite associée.</li> </ul> <p>→ <b>Paraclinique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ECBU - Hémocultures</b> si fièvre &gt; 38,5° - Sérologie de chlamydia - Sérologie de syphilis, SIDA</li> <li>• <b>Prélèvement urétral</b> : il recherche chlamydia, mycoplasmes, trichomonas vaginalis, candida albicans</li> <li>• <b>Recherche BK dans les urines</b> (suspicion de TB)</li> <li>• <b>Echo scrotale</b> : pathologie associée (tumeur, abcès, hydrocèle).</li> <li>• <b>UIV</b> (à distance de l'épisode aiguë) si récurrence ou épидидymite chronique. → une cause urologique.</li> </ul>	<p>Infection virale du testicule au cours des oreillons survenant à la période pubertaire.</p> <p>→ <b>Clinique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parotidite+++</li> <li>• Douleur scrotale - Testicule augmenté de volume - Fièvre souvent élevée</li> <li>• Absence de troubles mictionnels.</li> </ul> <p>→ <b>Paraclinique</b> : ECBU et prélèvement urétral sont stériles.</p> <p><b>4- Cancer aigu du testicule</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'amélioration sous un traitement bien conduit, doit faire penser à ce diagnostic.</li> <li>• Une échographie s'impose;</li> <li>• si le Dc est suggéré, il faut avant l'intervention, doser les marqueurs tumoraux (b-HCG et a-FP).</li> </ul> <p><b>5- Grosse bourse post-traumatique</b></p> <p><b>6- Hernie inguino-scrotale étranglée</b></p>

**II- CAT :**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Torsion du cordon spermatique</b> : urgence chirurgicale +++, Délai &lt; 6h car risque de nécrose testiculaire. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploration en urgence du contenu scrotal, si testicule : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Viable</b> : conservation + fixation (=orchidopexie) +++</li> <li>- <b>Nécrosé</b> : orchidectomie (parents prévenus d'une telle éventualité) puis prothèse testiculaire dans un 2<sup>ème</sup> temps.</li> </ul> </li> <li>• Orchidopexie controlatérale pour prévenir un accident analogue.</li> </ul> </li> <li>2) <b>Orchiépididymite aiguë à germes banaux</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie immédiate (visant surtout les BGN),</li> <li>• Rechercher une cause qui sera traitée</li> </ul> </li> <li>3) <b>Orchiépididymite aiguë tuberculeuse</b> : Traitement antibacillaire.</li> <li>4) <b>Orchite ourlienne</b> : Guérison spontanée, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séquelles possibles : (atrophie testiculaire, stérilité sécrétoire par oligospermie).</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5) <b>Cancer aigu du testicule</b> : orchidectomie.</li> <li>6) <b>Grosse bourse traumatique</b> : TTT conservateur au maximum. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Simple contusion scrotale</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testicule et épидидyme indemnes : TTT médical et surveillance.</li> <li>- Eclatement ou délabrement testiculaire : TTT radical.</li> </ul> </li> <li>• <b>Lésions de l'albuginée ou lésions épидидymaires</b> → intervention en urgence.</li> <li>• <b>Lésions purement vaginales</b> : abstention sous surveillance échographique ou intervention différée (3<sup>ème</sup> jour).</li> </ul> </li> <li>7) <b>Hernie inguino-scrotale étranglée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si anse saine → réduction –</li> <li>• Si anse sphacélée → résection-anastomose.</li> <li>• Cure de la hernie.</li> </ul> </li> </ol>
---	---

**Cours 26 : Rétention aiguë d'urine :****Dg + CAT :**

- ❖ Impossibilité totale et brutale d'uriner, bien que la vessie soit pleine
- ❖ Impose la dérivation en urgence des urines afin de soulager le patient.

**I- Dg :**

Dg +	Dg étiologique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Signes fonctionnels :</b></li> <li>- Impossibilité d'uriner depuis qlq heures, contrastant avec des envies impérieuses et douloureuses d'uriner</li> <li>- Douleurs hypogastriques de plus en plus intense chez un malade conscient.</li> <li>- Agitation parfois importante.</li> <li>• <b>Signes physiques :</b></li> <li>- Globe vésical = Masse hypogastrique tendue, définie par une matité convexe en haut, ne descendant pas sur les côtes (≠ ascite).</li> <li>- La palpation et la percussion augmentent l'envie mictionnelle et la douleur.</li> </ul> <p><i>En cas de doute diagnostique (patient obèse), on pourra réaliser une échographie sus-pubienne.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interrogatoire :</b></li> <li>- Circonstances de survenue, âge, ATCD médicaux (notamment la prise de médicaments) et chirurgicaux,...</li> <li>- Elle peut être un « symptôme » inaugural, révélateur, mais aussi l'évolution d'une longue période de dysurie.</li> <li>• <b>Examen clinique :</b></li> <li>- Prise de la température, de la TA, recherche d'œdèmes des MI,</li> <li>- examen neurologique,</li> <li>- examen gynécologique.</li> <li>- Palpation des fosses lombaires, examen OGE, Touchers pelviens +++</li> <li>• <b>Examens complémentaires :</b></li> <li>- Bilan sanguin standard, ECBU, PSA.</li> <li>- Echographie (rein- vessie- prostate) de première intention.</li> <li>- Cystographie + clichés mictionnels (si drainage sus-pubien)</li> <li>- Examens urodynamiques recherche atteinte neurologique.</li> <li>- Urétrocystoscopie souple chez ♂ cystoscopie rigide chez ♀.</li> </ul>

II- Etiologies	III- CAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HBP +++</b>, <b>cancer de prostate</b>, <b>prostatite</b>.</li> <li>• <b>Obstacle vésical</b> : tumeur, calcul, caillot.</li> <li>• <b>Obstacle urétral intrinsèque</b> : sténose, tumeur, phimosis</li> <li>• <b>Fécalome</b>.</li> <li>• <b>Médicaments</b> : atropiniques, AD3C, neuroleptiques...</li> <li>• <b>Vessie neurologique</b> : SEP, atteinte médullaire, séquelle de chirurgie pelvienne large, psychogène...</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Drainage vésical</b> : en urgence +++ <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>But</b> : soulager le patient, éviter les complications (infection, pyélonéphrite, hydronéphrose, IR)</li> <li>• <b>Précautions</b> : aseptie rigoureuse, vidange lente et progressive (clampage), prévention du syndrome de levée d'obstacle.</li> <li>• <b>Deux méthodes possibles</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sondage urétral</b> : mode habituel de drainage vésical. <b>+ CI</b> = sténose fébrile (prostatite +++), sténose urétrale, traumatisme de l'urètre et du bassin.</li> <li>- <b>Cathétérisme sus-pubien</b> : si échec ou CI au sondage vésical. <b>+ CI</b> = tumeur de vessie, troubles de coagulation, pontage artériel rétro-pubien, cicatrice sous-ombilicale.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>2) <b>TTT étiologique</b> : en service spécialisé</li> </ol>

**Cours 27 : Anuries mécaniques :****Dg + CAT :**

- ❖ Arrêt total ou presque total de la diurèse (on y rattache les oliguries < 300 ml/24h) dû à un obstacle sur les voies excrétrices supérieure, orifices urétéraux compris.
- ❖ Pronostic vital engagé par IRA en cas d'obstruction bilatérale ou sur rein unique anatomique ou fonctionnel.

**I- Dg :**

A- Dg +		B- Dg #
Clinique	Paraclinique	
<b>1. SF :</b> - Aucun besoin d'uriner et vessie vide+++. L'individu ne s'en inquiète cependant qu'au bout de qlq jours, sauf si l'anurie est contemporaine d'une CN. - <b>Arguments en faveur de l'obstruction :</b> rein unique, maladie lithiasique, colique néphrétique ou hématurie. <b>2. SP :</b> Pas de globe vésical ++	<b>1. Echographie vésicale et rénale :</b> - Confirme le Dc d'anurie = Vessie vide +++. - Confirme le caractère mécanique ou obstructif de l'anurie = dilatation des cavités pyélocalicielles. <b>2. Biologie :</b> - IRA : urée-créatinine ↑ - Désordres métaboliques : hyperkaliémie, acidose métabolique...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anuries sans obstacle :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes pré rénales : choc hypovolémique, sténose de l'artère rénale.</li> <li>- Causes rénales : tubulopathies bilatérales.</li> </ul> </li> <li>• <b>Rétention aigue d'urine.</b></li> </ul>

**C- Dg étiologique :** Ne doit pas retarder la PEC thérapeutique.

Clinique	Paraclinique	Etiologies
<b>1. Interrogatoire :</b> - Mode d'installation de l'anurie - ATCD lithiasiques ou néoplasiques, chirurgie pelvienne... <b>2. Examen clinique :</b> - Apprécie l'état général - Recherche une masse abdominale ou pelvienne volumineuse - Touchers pelviens.	<b>1. ASP :</b> recherche un calcul radio-opaque sur le trajet urinaire. <b>2. TDM ou mieux Uroscanner +++ :</b> Met en évidence les signes d'obstruction ainsi que leur cause. <b>3. Scintigraphie rénale</b> <b>4. Cystoscopie, Urétéro-pyélographie rétrograde et Pyélographie descendante :</b> sont 3 examens souvent nécessaires pour affiner le diagnostic topographique et sont réalisés comme premier temps du traitement. <b>5. Le sondage,</b> s'il est jugé nécessaire, ne ramène que quelques millilitres d'urines.	<b>Obstacle concomitant bilatéral ou unilatéral sur rein unique anatomique ou fonctionnel.</b> <b>1. Anurie lithiasique +++</b> <b>2. Anurie tumorale :</b> cancer pelvien prostatique, vésical, ou gynécologique... <b>3. Anurie sur uropathie malformative</b> <b>4. Anurie iatrogène post-opératoire</b> <b>5. Fibrose rétro-péritonéale, Sténose urétérale (tuberculose urinaire...), Hydronéphrose aigue.</b>

**II- CAT :**

A- Mesures de réanimation	B- Drainage des urines ++	C- Evolution après drainage
<b>1.</b> Assistance cardio-circulatoire <b>2.</b> Assistance respiratoire <b>3.</b> Correction des troubles métaboliques de l'IRA : → Restriction hydrosodée et en K+ → Correction d'acidose métabolique : sérum bicarbonaté → Lutte contre hyperkaliémie : Kayexalate → Epuration extra-rénale. <b>4.</b> Soulagement de la douleur, si CN	<b>1. Montée de sonde urétérale :</b> → Sous AL ou AG, sous couverture ATB. → Sonde urétérale simple ou sonde en double J. → Une urétéroscopie peut être proposée à titre diagnostique et thérapeutique. <b>2. Néphrostomie percutanée :</b> → Evite au patient une AG. → Sous contrôle échographique et anesthésie locale.	<b>1.</b> Correction des désordres métaboliques au bout de 24h-48h <b>2.</b> Reprise d'une diurèse normale <b>3.</b> Reprise d'une capacité des reins à concentrer les urines.  <i>Après rétablissement de la diurèse, surveiller le Sd levée d'obstacle (polyurie osmotique) qui nécessite une compensation des pertes par voie IV.</i>
		<b>D- TTT étiologique</b>

## Cours 28 : La cellulite périnéo-scrotale :

### Dg + CAT :

❖ Ensemble d'affections qui traduisent l'infection du tissu cellulaire sous-cutané du périnée et des OGE chez l'homme par des germes anaérobies et/ou BGN.

#### I- Dg :

Clinique	Paraclinique
<p style="text-align: center;"><i>Terrain d'ID (diabète, corticoT, IS...)</i></p> <p><b>1. Phase de début :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne périnéale, érythème du scrotum et/ou de la verge, ± œdème ou douleur scrotale.</li> <li>- SG peuvent précéder ou suivre la phase d'invasion : malaise, fièvre, hypothermie, frissons...</li> </ul> <p><b>2. Installation de la gangrène :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome infectieux grave pouvant aller jusqu'au choc septique (50%) : TA basse, pouls rapide, trouble conscience</li> <li>- Tension douloureuse, dure et exsudative du scrotum, associée à des marbrures livides, des phlyctènes puis des plaques noires de nécroses dégageant une odeur fétide.</li> <li>- La nécrose peut s'étendre à la peau de la verge, le périnée, la paroi abdominale...</li> </ul>	<p><b>1. Biologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ NFS : SD inflammatoire + hyperleucocytose + polynucléose + anémie</li> <li>→ Crase sanguine peut être perturbée</li> <li>→ Ionogramme : recherchera une insuffisance rénale...</li> </ul> <p><b>2. Bactériologie +++ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prélèvements locaux avec mise en culture des collections purulentes et analyse bactériologique des tissus excisés +++</li> <li>→ Hémocultures, ECBU...</li> </ul> <p><b>3. Etude anapath : œdème et inflammation du derme et de l'hypoderme avec infiltration par des polynucléaires</b></p> <p><b>4. Imagerie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rx standard centrée sur les bourses : dépiste la présence d'air dans les tissus avant apparition de crépitation S/C.</li> <li>→ Echo et scanner : Bilan d'extension de la nécrose le long des fascias + Eventuelle collection à drainer.</li> </ul>

**Dg # :** Orchiépididymite, thrombophlébite, ostéomyélite, arthrite aigüe, myosite.

#### II- CAT :

A- PEC médicale	B- PEC chirurgicale
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalisation + repos au lit pendant la phase aigüe</li> <li>2. Nutrition parentérale hypercalorique et hyperprotidique.</li> <li>3. Prévention des thromboses veineuses par héparinothérapie en cas de cellulite des MI,</li> <li>4. Equilibration d'un diabète.</li> <li>5. Traitement d'un éventuel choc septique associé.</li> <li>6. <b>Antibiothérapie IV</b> le plus souvent en triple association synergique, bactéricide couvrant les anaérobies, associant classiquement : <b>une bêtalactamine (C3G, uréidopénicillines), un dérivé imidazolé et un aminoside.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La durée totale de l'antibiothérapie varie, selon l'évolution, de 2 à 6 semaines.</li> <li>- L'association à des AINS est interdite.</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guidé au mieux par l'IRM.</li> <li>• Si cellulites nécrosantes graves.</li> <li>• L'exérèse précoce des tissus nécrosés est fondamentale car elle seule peut apporter la guérison.</li> <li>• Soins locaux pluriquotidiens sont indispensables</li> <li>• À distance, les pertes de substance peuvent être recouvertes par des lambeaux cutanés ou musculo-cutanés</li> </ul>
	C- TTT de la PE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drainage d'un abcès rectal,</li> <li>• Traitement d'une plaie ou d'un ulcère,</li> <li>• Traitement spécifique d'un intertrigo dermatophytique.</li> </ul>
	D- OxygénoT hyperbare
	<p>*En complément du TTT chirurgical.</p>

**Cours 29 : Traumatisme de l'urètre :****Dg + CAT :**

❖ Les traumatismes de l'urètre postérieur sont dans la plupart des cas liés à une fracture du bassin, alors que dans la plupart des atteintes de l'urètre antérieur sont des lésions dues à un trauma direct du périnée (chute à califourchon).

Dg	CAT
<p><b>1) Clinique : Triade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urétrorragie+++ : écoulement de sang par le méat urétral en dehors de toute miction.</li> <li>• Globe vésicale (RAU complète)</li> <li>• Hématome périnéal (inconstant)</li> </ul> <p><b>2) Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Radiographie du bassin</b> : fracture du bassin (cisaillement vertical, rupture des branches ischio-pubiennes...)</li> <li>❖ <b>Echo abdominale</b> : Systématique chez polytraumatisé</li> <li>❖ <b>UIV</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifie l'intégrité du haut appareil et de la vessie.</li> <li>- Apporte la preuve d'une rupture (fuite du produit de contraste).</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Urétro-cystographie rétrograde +++</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Confirme le diagnostic de la rupture urétrale</b></li> <li>- Précise le type de rupture (complète ou incomplète) et objective l'importance de la fuite.</li> <li>- A faire entre le 5ème et le 15ème j après le traumatisme.</li> </ul> </li> <li>❖ <b>TDM</b> : pour les lésions associées.</li> </ul>	<p><b>I- Mesures immédiates :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eviter le sondage urétral.</li> <li>2. Drainage des urines par cystostomie à minima</li> <li>3. ± Stabilisation des lésions osseuses + état hémodynamique.</li> <li>4. Traitement des lésions associées : rupture vésicale...</li> </ol> <p><b>II- Traitement de la rupture urétrale</b> : après réorganisation (tardif).</p> <p><b>A. Moyens :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Réalignement endoscopique sur sonde</b> : Intubation de l'urètre par une sonde laissée en place 3 sem pour permettre la cicatrisation de la rupture</li> <li>2. <b>Urétrorrhaphie termino-terminale (UTT)</b> : suture bout à bout des 2 extrémités de l'urètre.</li> <li>3. <b>Résection-anastomose</b> : Excision de la sténose + cal fibreux, Puis anastomose urétrale termino-terminale.</li> <li>4. <b>Urétroplastie</b> : peau (pénienne, scrotale, périnéale), parfois muqueuse (vésicale, buccale)</li> </ol> <p><b>b. Indications :</b></p> <p>→ <b>Rupture partielle</b> : Réalignement endoscopique (entre 5<sup>ème</sup>-15<sup>ème</sup> jour)</p> <p>→ <b>Rupture totale</b> : la CAT varie selon les écoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTT (entre 5ème-15ème jour).</li> <li>- Résection-anastomose ou Urétroplastie (2ème-3ème mois)</li> </ul>

	INTRO	DIAGNOSTIC		CAT
30- Fracture de la Rotule	<p>Solution de continuité patellaire, exposant à la rupture de l'appareil extenseur, avec risque de raideur et d'arthrose fémoro-patellaire → intérêt d'un traitement précoce.</p>	<p><b>Clinique</b></p> <p><b>1- Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Traumatisme :</b></li> <li>→ Mécanisme : Direct +++ = choc sur genou / indirect = contraction brusque du quadriceps.</li> <li>→ Circonstances : AVP, sport, chute de hauteur élevée,...</li> <li>→ Heure de l'accident.</li> <li>❖ <b>Traumatisé :</b></li> <li>→ Ages, tares, ATCDs</li> <li>→ <b>SF</b> : douleur vive au genou, défaut d'extension, impotence fonctionnelle.</li> </ul> <p><b>2- Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Local :</b></li> <li>- <i>Inspection</i> : + Gros genou : Hémarthrose, + Dépression inter fragmentaire</li> <li>- <i>Palpation</i> : Douleur, Hiatus inter fragmentaire</li> <li>❖ <b>Loco régional</b> : complications (cutanée, VX-N, articulaire)</li> <li>❖ <b>Général</b> : Conscience, Etat HD, L* associées (rachis, crâne, thorax...)</li> </ul>	<p><b>Paraclinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incidences :</b></li> <li>- Systématiquement : Genou (F-P) ++</li> <li>- Incidence axiale au besoin</li> <li>- Clichés comparatifs enfant</li> <li>- Bassin de face</li> <li>- Cheville homolatérale F et P</li> <li>• <b>Données :</b></li> <li>- Siège et type du trait de fracture,</li> <li>- Existence ou non d'un déplacement → <b>Classification Rocard et Moulay.</b></li> <li>- Fr associées : Fr extrémité inf du fémur.</li> </ul> <p><b>** Dg # : Patella bipartita, ostéochondrite.</b></p>	<p><b>1) Buts :</b> Réduction anatomique, Consolidation précoce → éviter complications.</p> <p><b>2) Moyens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médicaux</b> : antalgique, AINS, ATB, anticoagulant...</li> <li>• <b>Orthopédiques</b> : immobilisation par genouillère plâtrée en extension (20-30°) pendant 30 à 45 jours.</li> <li>• <b>Chirurgicaux</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conservateur : réduction + ostéosynthèse (broche, Haubanage ou cerclage, vis)</li> <li>- Patellectomie partielle ou totale : Rare</li> </ul> </li> <li>• <b>Rééducation</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Active et passive.</li> <li>- Systématique, précoce (dès 1<sup>er</sup> jours) et prolongée.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>3) Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Fractures non déplacées stables, CI chirurgie</b> : traitement orthopédique avec contrôle radiologique /semaine.</li> <li>→ <b>Fractures déplacées</b> : Traitement chirurgical (réduction + ostéosynthèse). Rarement TTT radical : Patellectomie.</li> </ul>
		31- Fractures ouvertes de la jambe	<p>- Fracture extra-articulaire (diaphysaire +métaphyso-diaphysaire) d'un ou des 2 os de la jambe (tibia et péroné), associée à une</p> <p>- Solution de continuité cutanée faisant communiquer l'os avec le milieu extérieur.</p>	<p><b>1- Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Traumatisme :</b></li> <li>→ Mécanisme : Direct ou indirect, ouverture cutanée de dehors en dedans ou dedans en dehors.</li> <li>→ Circonstances : AVP, sport...</li> <li>→ Heure de l'accident.</li> <li>❖ <b>Traumatisé :</b></li> <li>→ Ages, tares, ATCDs</li> <li>→ <b>SF</b> : douleur vive, impotence fonctionnelle totale du MI.</li> </ul> <p><b>2- Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Local :</b></li> <li>- <i>Inspection</i> : + Etat de la peau, l'ouverture et son importance → <b>Classification de Cauchoix et Duparc :</b></li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>Type I</b> : plaie punctiforme ou linéaire sans décollement ni contusion (dont la suture se fait sans tension).</p> <p><b>Type II</b> : plaie avec contusion des berges, décollement ± étendu (suture sous tension, risque de nécrose)</p> <p><b>Type III</b> : plaie avec perte de substance (non suturable).</p> </div> <p style="text-align: center;">+ Déformations (rotation ext du pied...), L* musculaires (déchirure, contusion, hématome...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Palpation</i> : Douleur, crépitation, mobilité des fragments.</li> </ul> <li>❖ <b>Loco régional</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vx</i> : Recherche poulx pédieux et tibial post + Chaleur et coloration des téguments</li> <li>- <i>N</i> : SPE : Déficit de dorsiflexion du pied // Tibial post : Déficit de flexion plantaire.</li> <li>- <i>Ostéo-articulaire</i> : Articulations sus et sous jacentes du reste du membre (Genou, hanche, cheville)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Général</b> : Conscience, Etat HD, L* associées (rachis, crâne, thorax...), décompensation d'une tare existante.</li> <p><b>3- Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incidences</b> : cliché Jambe (F-P), cliché prenant articulations sus et sous jacentes (genou, cheville)</li> <li>• <b>Données</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siège (1/3 sup ou moy ou in) , Type : simple ou complexe</li> <li>- Déplacement : Angulation (A), Baïonnette (B), Chevauchement (C), Décalage (D).</li> <li>- Fr associées.</li> </ul> </li> </ul>





34- Fracture de l'extrémité inf de l'Humérus	<p>Solution de continuité concernant la zone située entre le bord inférieur de l'insertion distale du muscle brachial antérieur et l'interligne du coude.</p>	<p><b>1- Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Traumatisme :</b></li> <li>→ Mécanisme : direct = choc direct sur le coude / indirect = chute sur paume de main, coude en flexion.</li> <li>→ Heure, circonstances (AVP, accident de travail ou de sport...)</li> <li>❖ <b>Traumatisé :</b></li> <li>→ Age (souvent sujet jeune), profession, ATCD médicaux et chirurgicaux.</li> <li>→ SF : douleur vive du coude, impotence fonctionnelle du MS.</li> </ul> <p><b>2- Examen physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Local :</b></li> <li>▪ <b>Inspection :</b></li> <li>- Attitude du traumatisé du membre supérieur : patient soutient le membre lésé avec le membre sain.</li> <li>- Déformation parfois évidente : Gros coude avec œdème, ecchymoses</li> <li>- Aspect de membre raccourci= déplacement</li> <li>▪ <b>Palpation :</b></li> <li>- Point douloureux au niveau du foyer de fracture.</li> <li>- Modification des repères anatomiques habituels (Ligne de Hunter et triangle de Nelaton).</li> <li>❖ <b>Locorégional</b></li> <li>▪ Cutané : ouverture</li> <li>▪ Vasculaire : pouls, chaleur et coloration distale.</li> <li>▪ Nerveux : sensibilité et mobilité de la main et des doigts (tester les nerfs radial +++, cubital, médian).</li> <li>▪ Ostéo-articulaire.</li> <li>❖ <b>Général :</b> recherche de lésions associées.</li> </ul> <p><b>3- Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Rx du coude face + profil.</b> : Confirmer le diagnostic</li> <li>➤ <b>TDM du coude</b> : pour la stratégie opératoire</li> </ul>	<p><b>1) Buts :</b> Consolidation précoce / Récupération d'une articulation stable, mobile et indolore.</p> <p><b>2) Moyens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médicaux :</b> antalgiques, AINS...</li> <li>• <b>Orthopédiques :</b> Plâtre brachio-anté-brachio-palmaire (BABP) coude à 90° pendant 4 à 6 sem.</li> <li>• <b>Chirurgicaux :</b></li> <li>→ A foyer fermé sous contrôle radioscopique : Réduction et ostéosynthèse par Embrochage, Vissage.</li> <li>→ A ciel ouvert après abord chirurgical : Réduction du foyer de fracture articulaire ou extra-articulaire et stabilisation par un matériel d'ostéosynthèse: vissage simple, embrochage, ou souvent plaque vissée.</li> <li>• <b>Rééducation +++ :</b> Maintien de la trophicité musculaire, de la mobilité articulaire, et rééducation de la proprioception.</li> </ul> <p><b>3) Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Traitement orthopédique :</i> fractures extra-articulaires non déplacées.</li> <li>• <i>Traitement chirurgical :</i> Fracture déplacée, Fracture ouverte, Complications neuro-vasculaires, Lésions polyfracturaires associées.</li> </ul>
35- Entorses graves de la cheville	<p><b>Toute lésion ligamentaire de cheville :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tibio-tarsiennes : LLE++, LLI</li> <li>- Péronéo-tibiale inf.</li> <li>- Médio-tarsiennes et sous astragaliennes</li> </ul> <p><b>**Entorse grave :</b> rupture totale avec brèche capsulaire.</p>	<p style="text-align: center;"><b>TDD : Entorse grave du LLE</b></p> <p><b>1- Interrogatoire +++</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Traumatisme :</b></li> <li>→ Mécanisme : en varus équin +++)</li> <li>→ Heure, circonstances, intensité.</li> <li>❖ <b>Traumatisé :</b></li> <li>→ Age, ATCD (accident similaire,...)</li> <li>→ SF : craquement ou sensation de déchirure, douleur intense de la cheville, impotence fonctionnelle totale du MI.</li> </ul> <p><b>2- Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signe de la coquille d'œuf de Roberte-Jaspar = hématome en « œuf de pigeon ».</li> <li>• Œdème ou ecchymose.</li> <li>• Sillon péronéo-astragalien externe en varus équin = signe de Clayton (difficile à rechercher en phase algique).</li> <li>• Points douloureux.</li> <li>• Lésions associées.</li> </ul> <p>• <b>Radiologie indiquée si Critères d'Ottawa :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Age &lt; 18 ans et &gt; 55 ans.</li> <li>2. Douleur localisée exquise à la palpation</li> <li>→ De la base du 5<sup>ème</sup> métatarsien.</li> <li>→ Du scaphoïde tarsien.</li> <li>→ De la face postérieure des malléoles.</li> <li>3. Incapacité d'un appui monopodal ou de faire quelques pas.</li> </ol> <p>• <b>Incidence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie standard de cheville : face en RI de 20° + profil.</li> <li>- Clichés dynamiques.</li> <li>- Echographie +/- arthroscanner +/- IRM.</li> </ul> <p>• <b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirme la rupture ligamentaire (classification de Castaing)</li> <li>- Recherche fractures ou lésions ostéochondrales associées.</li> </ul>	<p><b>1) Buts :</b> Avoir cheville mobile, stable et indolore en évitant complications.</p> <p><b>2) Moyens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médicaux :</b> antalgiques, anti-œdémateux, protocole GREC, anticoag</li> <li>• <b>Orthopédiques :</b> Atelle aircast pendant 6 semaines.</li> <li>• <b>Chirurgicaux :</b></li> <li>→ Suture ligamentaire = ligamentoplastie +++)</li> <li>→ Réinsertion d'un ligament inversé.</li> <li>→ Ostéosynthèse d'une fracture associée.</li> <li>→ Ablation d'un fragment osseux intra articulaire.</li> <li>• <b>Rééducation :</b> Proprioceptive, renforcement des tendons péroniers.</li> </ul> <p><b>3) Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Protocole GREC (Glace, Repos, Elevation, Contention par orthèse) :</b> Absence de signe de gravité.</li> <li>▪ <b>Traitement orthopédique :</b></li> <li>- Signes de gravité immédiats</li> <li>- Laxité après 5j de GREC</li> <li>▪ <b>Traitement chirurgical :</b></li> <li>- Laxité chronique confirmée à la radiographie.</li> <li>- Entorse grave chez sportif de haut niveau.</li> <li>- Lésions associées(fractures,...)</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>36- Entorses du genou</b></p>	<p><b>*Lésions ligamentaires du genou :</b>  <b>- Bénignes :</b>  simple distension ligamentaire.  <b>- Graves :</b>  rupture totale ou partielle.</p> <p>*La lésion des ligaments croisés (Pivot central) est toujours grave.</p> <p>*La lésion des ligaments latéraux est la plus grave.</p>	<p><b>1- Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traumatisme :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heure, circonstances (sport de contact...)</li> <li>- Mécanisme (orienté vers les ligaments concernés) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valgus – Rotation externe € LLI + MI + LCA.</li> <li>○ Varus – rotation interne € LLE + ME + LCA.</li> <li>○ Hyperextension (Shoot raté) € LCA isolé.</li> <li>○ Choc antérieur – postérieur sur tibia supérieur € LCA.</li> <li>○ Choc postérieur – antérieur sur tibia supérieur € LCP.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Traumatisé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age, profession, ATCD,...</li> <li>- Signes fonctionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En faveur de l'entorse bénigne : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Douleur modérée</li> <li>○ Reprise possible de la marche</li> <li>○ Possibilité de continuer l'activité sportive en cours.</li> </ul> </li> <li>✓ En faveur de l'entorse grave : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Douleur vive avec impotence fonctionnelle.</li> <li>○ Sensation de déboîtement du genou.</li> <li>○ Craquement audible.</li> <li>○ Impossibilité de continuer l'activité en cours.</li> <li>○ Sensation d'instabilité à la reprise de la marche.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li></ul>	<p><b>2- Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inspection</b> = Examen comparatif + minutieux <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marche possible, mais difficilement.</li> <li>- Genou en position antalgique (semi Fléchi)</li> <li>- Articulation tuméfiée</li> <li>- Peau ecchymotique par endroit.</li> </ul> </li> <li>• <b>Palpation</b> : recherche <ul style="list-style-type: none"> <li>- Point douloureux sur le trajet du LLI +++.</li> <li>- Choc rotulien (hémarthrose) +++.</li> <li>- Laxité générale (genou détendu à 20° de flexion) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En valgus → lésion LLI.</li> <li>○ En varus → lésion LLE.</li> </ul> </li> <li>- Tiroir :</li> </ul> </li> </ul> <p>→ Antérieur à 10° = Test de Lachmann + → rupture LCA.  → Postérieur avec avalement de la TTA → rupture LCP ;  - Ressaut rotatoire = Jerk test € rupture LCA.</p> <p><b>3- Radiologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Rx standard du genou F+P</b> : souvent normale, bilan des lésions associées (fracture, luxation,...)</li> <li>➤ <b>IRM du genou</b> : +++ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic positif.</li> <li>- Lésions méniscales associées.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>1. Lésion du LLI :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorse bénigne : traitement de la douleur (immobilisation de qlq jours)</li> <li>• Entorse grave : Attelle pendant 45J + Rééducation quotidienne dès que la douleur le permet.</li> <li>• Arrachement osseux :  Non déplacé €genouillère 45 jours.  Déplacé €réinsertion chirurgicale.</li> </ul> <p><b>2. Lésion du LCA (presque tout le monde) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de douleur = attelle qlq j (3 semaines à 1 mois).</li> <li>• Puis : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit traitement fonctionnel 3 mois, et si instable à la reprise des activités (sport +++ ) → ligamentoplastie.</li> <li>- Soit « refroidir » genou par physiothérapie 3-4 sem et ligamentoplastie d'emblée (sportif de haut niveau, très jeune)</li> </ul> </li> <li>• Arrachement osseux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non déplacé → plâtre 6 semaines.</li> <li>- Déplacé → réinsertion chirurgicale.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>3. Les autres lésions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LCP, LLE, PAPI (point d'angle postéro-interne), PAPE (point d'angle postéro-externe).</li> <li>▪ Traitement difficile.</li> <li>▪ Affaire du spécialiste.</li> </ul>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>37- Ruptures du tendon d'Achille</b></p>	<p>Solution de continuité du tendon d'Achille = tendon terminal des 3 muscles (2 jumeaux + 1 soléaire).</p>	<p><b>1- Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Traumatisme :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Heure, circonstances (accident domestique, accident de sport)</li> <li>→ Mécanismes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hyperflexion dorsale : faux pas dans un trou, pointe du pied qui glisse sur une marche.</li> <li>○ Automatisme trompé : démarrage brutal, changement de pied.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>❖ <b>Traumatisé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Agé, sexe (homme +++), ATCD (prise médicamenteuse = FQ, produits dopants, tendinopathie)...</li> <li>→ SF : craquement et douleur vive</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>2- Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Inspection :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La marche se fait sur toute la plante du pied.</li> <li>- Impossibilité de se tenir sur la pointe du pied.</li> <li>- Tuméfaction + ecchymose.</li> <li>- Signe de Brunet : déficit de l'équin physiologique.</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Palpation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiatus sur le relief du tendon d'Achille</li> <li>- Signe de Thomson : la contraction du mollet par la main de l'examineur n'entraîne aucune réaction au niveau du pied</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>3- Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Rx standard</b> : cheville de profil (rayons mous) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élimine une fracture.</li> <li>- montre arrachement de l'insertion du tendon d'Achille sur calcanéum (très rare)</li> <li>- montre comblement du triangle de Kager +++</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Échographie</b> : Aide au diagnostic positif, mais source de Dc erroné de rupture partielle.</li> <li>➤ <b>IRM +++</b> : confirme le diagnostic.</li> </ul>	<p><b>1) Buts :</b> récupération de l'extension de la cheville.</p> <p><b>2) Moyens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traitement médical</b> : antalgique, AINS si nécessaire.</li> <li>• <b>Traitement orthopédique</b> : Immobilisation par botte plâtrée en équin x4sem puis en flexion dorsal de cheville à 90° x4sem</li> <li>• <b>Traitement chirurgical +++ :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suture à ciel ouvert.</li> <li>- Suture percutanée.</li> </ul> </li> <li>• <b>Rééducation</b> : suit ces traitements.</li> </ul> <p><b>3) Indications :</b>  En urgence ; il faut immobiliser la cheville en équin. Puis :</p> <p>→ <b>Sujet jeune et très sportif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suture à ciel ouvert ++++</li> <li>- Ou Suture percutanée</li> </ul> <p>→ <b>Sujet âgé et /ou sédentaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement orthopédique ++++</li> <li>- Ou Suture percutanée</li> </ul>

**Cours 38 : Ecrasements des membres :**

**Dg + CAT :**

- ❖ Il peut s'agir d'un :
  - **Fracas ouvert** avec lésions importantes des parties molles.
  - **Broisement des membres** ou tout les éléments sont atteints (Vx, Nfs, et masses musculaires).
  - **Contusion fermée avec compression prolongée**, réalisant un effet de garrot artériel entraînant ischémie et nécrose musculaire (Crush syndrome).

**I- Dg :**

<p><b>1) Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Traumatisme : heure, lieu, circonstances, mécanismes : écrasement instantané (AVP), Crush Sd...</li> <li>❖ Traumatisé : âge, profession, tares surtout CV et rénales, conditions d'évacuation...</li> </ul> <p><b>2) Examen physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat HD: pâleur, tachycardie, hypotension, Etat respiratoire, Etat de conscience, Diurèse.</li> <li>• <b>Examen local</b> : état vasculo-nerveux (bilatéral et comparatif)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloration, chaleur, pouls périphériques.</li> <li>- Motricité et sensibilité.</li> <li>- Etat cutané, des parties molles et des lésions osseuses.</li> </ul> </li> <li>• <b>Examen général</b> : recherche de lésions associées (crâne, rachis, thorax, abdomen)</li> </ul>	<p><b>3) Bilan biologique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urée créatinine – Ionogramme (K+) – Groupage – hémostase – GDS</li> <li>• Myoglobémie et myoglobinurie – Enzymes (CPK, LDH, GOT et GPT).</li> </ul> <p><b>4) Bilan radiologique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Radiographie du membre atteint</b> : Afin d'apprécier les dégâts ostéo-articulaires.</li> <li>• <b>Echo doppler – Artériographie</b> : Exploration des axes vasculaires en cas d'abolition des pouls.</li> </ul>
---	---

**II- CAT :**

Sur les lieux de l'accident		A l'hôpital	
L'écrasé non enseveli	L'écrasé est enseveli → Dégagement + Remplissage + alcalinisation + Ca++	Mesures de réanimation	TTT local
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémostase provis /pansement compressif, éviter garrot.</li> <li>- 2 VVP de bon calibre pour remplissage.</li> <li>- Contention du membre atteint.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le garrot</b> : Discuté → Intérêt : Prévenir l'arrêt cardiaque par hyperkaliémie. - Limiter l'aggravation de l'insuff rénale. → Utilisé si :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inefficacité du pansement compressif, sur une hémorragie importante.</li> <li>○ Broiement des parties molles, quand l'amputation est d'indication évidente.</li> </ul> </li> <li>• <b>Evacuation médicalisée</b> : Surveillance : TA, diurèse, activité cardiaque.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Remplissage si état de choc :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Macromolécules et solution isotonique</i> : en cas de compression prolongée fermée.</li> <li>- <i>Sang iso groupe, iso Rh</i> : en cas d'écrasement ouvert avec hémorragie importante.</li> </ul> </li> <li><b>2. Lutte contre l'acidose</b> : par sérum bicarbonaté 14%.</li> <li><b>3. Relancer la diurèse par du furosémide</b> : jusqu'à 1g/jour (Lasilix*).</li> <li><b>4. Lutte contre l'hyperkaliémie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Alcalinisation</i> : bicarbonate de sodium.</li> <li>- <i>Furosémide</i> : augmentation de l'excrétion urinaire du K+.</li> <li>- <i>Gluconate de Ca++ 1%</i> : sous surveillance scopique.</li> <li>- <i>Sérum glucosé hypertonique + insuline</i></li> </ul> </li> <li><b>5. Prévention de l'insuffisance rénale</b> : toutes les mesures précédentes pouvant aller jusqu'à l'hémodialyse.</li> <li><b>6. Lutte contre l'infection</b> : SAT + ATB en IV (péni G + métronidazole).</li> <li><b>7. Héparine</b> : pour prévenir les thromboses.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Stabilisation des foyers de fracture</b> (1<sup>er</sup> geste à faire). <i>La fixation externe</i> est la méthode de choix ++</li> <li><b>2. Aponévrotomies</b> : en cas de compression prolongée, avec œdèmes des masses musculaires et effet de garrot interne.</li> <li><b>3. Excisions musculaires</b> : ↓ le grenier de K+, et ↓ la septicité en éliminant les masses musculaires nécrosés</li> <li><b>4. Restauration vasculaire</b> : (après angiographie préopératoire ou peropératoire).                     <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Fogartisation des 2 bouts artériels et leur héparinisation.</li> <li>→ Suture termino-terminale si section artérielle franche.</li> <li>→ Résection, suture si plaie contuse.</li> <li>→ Greffon veineux autologue si perte de substance.</li> </ul> </li> <li><b>5. Amputation</b> : en cas de phénomènes septiques incontrôlables par ATB et excision, et en cas de dégâts très importants incompatibles avec un traitement conservateur.</li> <li><b>6. TTT des lésions associées.</b></li> </ol>

**\*\* Surveillance → Eviter les complications secondaire** : Infection (ATB), ischémie secondaire, IRA, embolies graisseuses.

## Cours 39 : Ischémie aiguë des membres inférieurs :

### Dg + CAT :

❖ Oblitération aiguë d'un axe artérielle du MI responsable d'une anoxie des territoires sous jacents

#### I- Dg :

Dg + (Clinique ++)	Dg étiologique (Ne doit pas retarder la PEC)		
Tétrade de Griffith 4P :	Clinique	Paraclinique	Etiologies
- <b>Pain</b> : Douleur brutale intense++ avec impotence fonctionnelle totale. - <b>Palor</b> : membre pâle, froid. - <b>Paralysis</b> : membre engourdi - <b>Pulsness</b> : pouls abolis ou absents.	<p style="text-align: center;"><b>1. Interrogatoire :</b></p> → <b>FDR</b> : tabac, diabète, HTA, dyslipidémie... → <b>ATCD</b> : cardiopathie, troubles de rythme, troubles de coagulation... → <b>Début</b> : brutal (en faveur d'embolie) - progressif (thrombose) → <b>Douleur</b> : intense (embolie) - variable (thrombose) → <b>Claudication intermittente</b> : absente (embolie) - présente (thrombose)	<p style="text-align: center;"><b>1- Aorto-artériographie :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>+++</b></p> - Détermine le siège exact des lésions - Oriente le choix de la voie d'abord et la tactique opératoire.	<p><b>A- Embolie</b> : souvent sur artère saine.</p> <p style="text-align: center;"><b>Origine cardiaque :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Troubles du rythme (ACFA),</li> <li>Valvulopathie, IDM.</li> <li>Myxome de l'oreillette,</li> <li>Endocardite infectieuse...</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Origine artérielle :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Aortite emboligène,</li> <li>Lésions anévrysmales,</li> <li>Pièges vasculaires,</li> <li>Plaque ulcérée...</li> </ol> <p><b>B - Thrombose</b> : souvent sur artère pathologique.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Athérome (Artériopathie chronique) avec FDRCV</li> <li>Artérite inflammatoire</li> <li>Dissection aorto-iliaque</li> <li>Troubles de coagulation (hypercoagulabilité)</li> </ol>
Dg de gravité	<p style="text-align: center;"><b>2. Examen local :</b></p> → <b>T° cutanée</b> : très diminuée (embolie) - diminuée (thrombose) → <b>Pouls du MI controlatéral</b> : souvent perçus (embolie) - souvent absents (thrombose)	<p style="text-align: center;"><b>2- Biologie :</b></p> K+ (+++), fonction rénale, CPK et autres enzymes musculaires, glycémie, bilan lipidique...	
Dg #	<p style="text-align: center;"><b>3. Examen général :</b></p> → <b>Palpation de tous les pouls périphériques.</b> → <b>Auscultation cardiaque + ECG</b> : à la recherche de troubles de rythme, ou de signes en faveur d'une cardiopathie.		
<ol style="list-style-type: none"> <li>Délai &gt; 6h.</li> <li>Déficit SM complet,</li> <li>Douleur à la palpation des masses musculaires,</li> <li>Troubles trophiques.</li> </ol>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Phlébite bleue de grégoire.</li> <li>Sciaticque paralysante.</li> <li>Traumatisme.</li> </ol>			

#### II- CAT :

Mesures générales	Gestes de revascularisation	Surveillance
- Hospitalisation en chir vasculaire - Mise en condition : VVP, repos au lit...	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Thrombose athéromateuse :</b>                          → Pontage (saphène ou prothèse)                          → Thrombolyse in situ si lit d'aval médiocre ou si peu sévère                          → Thrombo-aspiration qui peut remplacer ou être associée à la fibrinolyse.</li> <li><b>Embolie sur artère saine :</b> Embolectomie rétrograde à la sonde de Fogarty (artériographie per-opératoire).</li> <li><b>Dans tous les cas :</b>                          → Aponévrotomie de décharge (évite syndrome des loges)                          → Lavage per-opératoire du membre                          → Fibrinolyse per-opératoire sur les micro-thrombus inaccessibles à la Fogarty                          → Dans les cas dépassés (nécrose,...) : indication malheureuse d'amputation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Clinique :</b> douleur, pouls, trophicité...</li> <li><b>Biologique :</b> PQT, TCA (anticoagulant), créatinine...</li> <li><b>Echo-doppler à J15.</b></li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>TTT initial</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Héparinothérapie efficace : HNF bolus puis 500 UI/Kg/j en IVSE pour limiter l'extension de la thrombose.</li> <li>Vasodilatateurs en IV</li> <li>Antalgiques en IV (Morphine)</li> <li>Réchauffer le membre</li> <li>Correction des troubles métaboliques : alcalinisation, Kayexalate ...</li> <li>+/- Digitalique ou BB si ACFA mal toléré.</li> </ol>		<p style="text-align: center;"><b>TTT étiologique</b></p> - TTT Tb du rythme - Correction des FDR - Chirurgie (myxome de l'OG...)

**Cours 40 : Traumatismes vasculaires des membres :**

**Dg + CAT :**

ETIOLOGIE ET MECANISME	
Pénétrant	Non pénétrant
→ <b>Plaie</b> : instruments contendants, armes blanches et armes à feu, AVP, morsure... → <b>Iatrogène</b> : cathétérisme, ponctions répétées, injection de produits toxiques, chirurgie orthopédique...	→ <b>Choc direct</b> : écrasement d'une A superficielle contre l'os, coup de sabot... → <b>Choc indirect</b> : luxation, décélération...

**I- Dg :**

Dg +	Dg de gravité +++
<p><b>A- Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interrogatoire</b> (du blessé et de l'entourage) : circonstances de survenue, mécanisme du traumatisme, heure, ATCD...</li> <li>• <b>Examen clinique :</b></li> <li>→ <b>Examen général</b> : pouls, TA, FRA, état de conscience...</li> <li>→ <b>Examen local</b> : Comparativement avec le Mb controlatéral :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloration et chaleur du membre.</li> <li>- Trajet en cas de lésion ouverte</li> <li>- Palpation des pouls en aval +++</li> <li>- Auscultation des trajets vasculaires</li> <li>- Examen neurologique : sensibilité, motricité</li> <li>- Examen ostéo-articulaire et des parties molles.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>B- Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Radiologie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Echodoppler</li> <li>- Artériographie +++</li> <li>- TDM, IRM en cas de lésions associées</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Biologie</b> : NFS, ionogramme, crase sanguine, urée-créatinine...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Type du traumatisme (contusion, écrasement...)</b></li> <li>• <b>Importance de l'hémorragie</b> : état de choc</li> <li>• <b>Syndrome de Bywater ou syndrome des Ensevelis</b></li> <li>• <b>Syndrome ischémique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ischémie complète</i> = tétrade de Griffith : 4P</li> <li>▪ <i>Ischémie focalisée</i> = syndrome des loges.</li> </ul> </li> <li>• <b>Siège de la lésion vasculaire</b> : A poplitée (mauvaise artère)</li> <li>• <b>Délai d'ischémie &gt; 6h</b></li> <li>• <b>Lésions associées :</b></li> <li>→ Instabilité osseuse</li> <li>→ Plaie veineuse, interruption du retour veineux</li> <li>→ Lésions nerveuses : plexus brachial,...</li> <li>→ Importance de la perte de substance cutanée et des parties molles : réparation artérielle difficile, risque infectieux...</li> </ul>

**II- CAT :**

Sur les lieux de l'accident	En milieu chirurgical	
<p><b>1. Si hémorragie extériorisée :</b> compression par bandage compressif ou garrot (immédiatement au dessus des lésions et non à la racine du membre).</p> <p><b>2. PEC des détresses vitales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Circulatoire</b> : VVP et remplissage.</li> <li>→ <b>Respiratoire</b> : liberté des VAS, O2.</li> </ul> <p><b>3. En cas de fracture ou de luxation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Immobilisation temporaire du membre.</li> <li>→ Traitement antalgique.</li> </ul> <p><b>4. Transport médicalisé ou sécurisé rapide.</b></p>	<p><b>1. Mesures générales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Réanimation en fonction des données cliniques et biologiques</li> <li>→ Devant polytraumatisme, la lésion engageant le pronostic vital est traitée en premier</li> <li>→ Prévention du tétanos et de la gangrène gazeuse</li> <li>→ Parage + lavage du membre par solution bicarbonaté</li> </ul> <p>→ Voie d'abord large et élective avec un membre controlatéral dans le champ (VSI)</p> <p><b>2. Traitement des lésions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La Ligature</b> : doit être l'exception, seuls les troncs distaux peuvent en bénéficier : avant bras, jambe.</li> <li>▪ <b>La réparation artérielle :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suture simple ou complétée par angioplastie ou patch</li> <li>- Suture en termino-terminal avec ou sans résection</li> <li>- Interposition d'un greffon veineux (VSI, céphalique...). Si non disponible, greffon prothétique (PTFE).</li> <li>- Pontage extra-anatomique si contusion tissulaire importante.</li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Une restauration artérielle tardive (&gt;6h d'ischémie complète) peut être inefficace voire dangereuse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lésions associées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recouvrement tissulaire</li> <li>- <b>Veine</b> : Meilleure perméabilité artérielle. - Précède la réparation artérielle.</li> <li>- <b>Nerf</b> : Svt retardée sauf si section franche. - Repérer les extrémités et les fixer au fascia pr éviter une rétraction</li> <li>- <b>Os</b> : Privilégier l'ostéosynthèse extrafocale après réparation artérielle.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Les aponévrotomies</b> : Loge prof + sup. Obligatoire si ischémie totale ou retardée.</li> <li>▪ <b>Amputation</b> : Ischémies tardives, Délablement importante, Pc vital en jeu (septicémie, néphropathie ...), Désincarcération.</li> </ul>



**Cours 41 : Grossesse extra-utérine (GEU) :**

**Dg + CAT :**

❖ Nidation et développement ectopiques de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine.

Dg	CAT
<p><b>1- Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF :</b></li> <li>- Douleurs pelviennes : maitre symptôme +++</li> <li>- Métrorragies : sépia (brunâtres), minimes, noirâtres.</li> <li>- Retard des règles = Aménorrhée : inconstante (car la survenue de métrorragies est confondue avec les règles)</li> </ul> <p><i>Toutes métrorragies douloureuses chez femme jeune en activité génitale il faut penser à la GEU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interrogatoire :</b></li> <li>- DDR, caractéristiques des règles, cycles, contraception,...</li> <li>- <i>Facteurs de risque :</i> ATCD de GEU, ATCD de salpingite ou d'infection sexuellement transmissible, ATCD de chirurgie tubaire, utilisation de stérilet, endométriose tubaire, FIV, tabac...</li> <li>• <b>Examen physique :</b></li> <li>- Tolérance hémodynamique : Pouls, TA, signes de choc...</li> <li>- Au spéculum: col violacé, origine+nature du saignement</li> <li>- Toucher vaginal :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Utérus&lt;AG, col fermé, masse latéro-utérine (MLU) sensible, mais souvent empâté douloureux</li> <li>o « La petite chose latéro-utérine de Mondor »</li> <li>o Etat du Douglas.</li> </ul> </li> <li>- Palpation abdominale : recherche signes d'irritation péritonéale.</li> </ul> <p><b>2- Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Biologie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- βHCG plasmatique +++ (test quantitatif) : positive dès 10<sup>ème</sup> j après la fécondation - intérêt Dc et Pc</li> <li>- NFS, groupage-Rh, RAI</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Echographie : voie abdominale et endovaginale +++</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sx directs : sac gestationnel avec écho embryonnaire, parfois même activité cardiaque en extra-utérin (tubaire+++)</li> <li>- Sx indirects : Utérus vide, Anomalie annexielle non spécifique, Epanchement du douglas, Image de pseudo sac central.</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Coelioscopie :</b> diagnostic de certitude + visée thérapeutique +++ (avant le stade d'hémorragie interne qui CI)</li> </ul> <p><b>3- Dg # :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec toutes les causes de métrorragie de T1+++ : Avortement, Grosse molaire, corps jaune hémorragique</li> <li>• Douleur : Appendicite aiguë, Salpingites, Kyste ovarien.</li> </ul>	<p><b>1- Mesures générales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation en urgence</li> <li>• Mesures de réanimation si nécessaire</li> <li>• Prévention de l'allo-immunisation Rh chez femme Rh - : injection de gamma globulines anti-D.</li> </ul> <p><b>2- Traitement spécifique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Expectative</b> discutée si décroissance du taux de β-HCG, GEU &lt; 5cm.</li> <li>• <b>Traitement médical :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moyens : Méthotrexate + surveillance du taux de β-HCG)</li> <li>- Indications :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>o En 1<sup>ère</sup> intention : en absence de CI absolues, cas particuliers (GEU sur trompe unique, GEU interstitielle).</li> <li>o En 2<sup>ème</sup> intention : persistance de trophoblaste après TTT chirurgical conservateur.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>→ CI absolues au traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etat hémodynamique instable</li> <li>▪ Epanchement péritonéal</li> <li>▪ Mauvaise compliance de la patiente au suivi, Absence de compréhension des signes de rupture</li> <li>▪ Immunodéficience</li> <li>▪ Maladie hépatique ou rénale...</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traitement chirurgical :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Moyens :</b> Radical (Salpingectomie), conservateur (Salpingotomie, résection-anastomose, expression tubaire).</li> <li>- <b>Indications :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Rupture tubaire</li> <li>o GEU avec β-HCG &gt; 10000 UI/ L.</li> <li>o GEU avec activité cardiaque</li> <li>o GEU hétérotopiques (GEU + GIU)</li> <li>o Patiente non compliant</li> <li>o Récidive de GEU</li> <li>o Si diagnostic nécessite la réalisation d'une coelioscopie</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## Cours 42 : Hémorragie de la délivrance :

### Dg + CAT :

- ❖ Pertes sanguines survenant au moment de la délivrance et les 24h qui suivent (HPP) : >500 ml pour un AVB et >1000 ml pour une césarienne

Dg	CAT
<p style="text-align: center;"><b>1) <u>Diagnostic positif :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Signes fonctionnels :</b> hémorragie                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• extériorisée ou non,</li> <li>• très brutale et très abondante ou insidieuse et persistante,</li> <li>• survenant immédiatement après l'accouchement (&lt;24h).</li> <li>• Indolore (excepté en cas de rupture utérine ou d'hématome),</li> <li>• faite de sang rouge avec de nombreux caillots.</li> <li>• Son volume doit être apprécié de façon exacte.</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Signes généraux :</b> Depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'à l'état de choc hémorragique (TA effondrée, pouls accéléré, sueurs, soif intense, angoisse...).</li> <li>❖ <b>Examen clinique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Avant l'expulsion du placenta :</b> il existe une rétention totale du placenta. La remontée du corps utérin provoque une ascension du cordon ombilical, ce qui signe l'absence de clivage placentaire.</li> <li>→ <b>Après l'expulsion du placenta :</b> tableau d'inertie utérine</li> </ul> </li> <li>- Vérification du placenta pour affirmer qu'il est complet</li> <li>- Examen sous valves de la filière génitale</li> <li>- Révision utérine</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2) <u>Diagnostic de gravité :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume : &gt; 1000 ml pour AVB, &gt; 1500ml pour césarienne</li> <li>• Signes de choc hypovolémique</li> <li>• Syndrome de défibrination</li> <li>• Atteinte rénale</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>3) <u>Etiologies :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Causes utérines :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atonie utérine +++</li> <li>- Rétention placentaire, anomalies d'insertion du placenta</li> <li>- Rupture utérine</li> <li>- Inversion utérine</li> </ul> </li> <li>• <b>Lésions de la filière génitale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déchirures cervicales, vaginales ou vulvaires</li> <li>- Thrombus vulvo-vaginal</li> </ul> </li> <li>• <b>Troubles de l'hémostase.</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>1) <u>Mesures de réanimation :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVP de bon calibre</li> <li>• Sonde à O2, mise en position de Trendelenburg</li> <li>• Sonde urinaire à demeure</li> <li>• Remplissage par cristalloïdes</li> <li>• Transfusion de CG, avec au besoin PCF ou CP</li> <li>• Monitoring tensionnel et cardiaque, saturomètre</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2) <u>Mesures pour l'Arrêt de l'hémorragie: TTT étiologique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3 gestes à faire systématiquement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Massage utérin.</li> <li>- Délivrance dirigée : perfusion d'ocytocine (syntocinon*) 5UI en IVD puis 10 UI dans du SG 10% en 30 min.</li> <li>- Examen sous valves : si lésions de la filière génitale → suture, tamponnement.</li> </ul> </li> <li>• <b>Placenta non expulsé :</b> vérifier s'il est décollé.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si oui : il faut l'expulser</li> <li>- Si non : délivrance artificielle</li> </ul> </li> <li>• <b>Placenta expulsé :</b> révision utérine en urgence ++++                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si placenta incomplet : compléter vacuité + utérotoniques</li> <li>- Si placenta complet :</li> </ul> </li> <li>○ Inertie utérine : perfusion d'ocytocine, si échec prostaglandines (Nalador*) en IVSE.</li> <li>○ Rupture utérine : laparotomie, suture voire hystérectomie</li> <li>○ Inversion utérine : réduction manuelle sous AG, si échec → hystérectomie</li> <li>• <b>Si hémorragie persiste ou aucune cause retrouvée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radio-embolisation sélective des artères utérines : si femme stable et geste possible rapidement /ou</li> <li>- Chirurgie : ligature des artères utérines ou hypogastriques, si femme instable.</li> <li>- Si échec : hystérectomie d'hémostase (dernière alternative)</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>3) <u>Mesures supplémentaires :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention thromboembolique pendant 6 mois.</li> <li>• Prévention de l'allo-immunisation rhésus chez femme Rh - : anti-D</li> <li>• Supplémentation en fer</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>4) <u>Prévention :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Délivrance dirigée +++ systématique en cas de FDR par administration de 5UI de syntocinon en IM</li> <li>• Dépistage des situations à risque.</li> <li>• Surveillance systématique d'au moins 2h en salle de naissance.</li> </ul>

## Cours 43 : Placenta Praevia :

### Dg + CAT :

❖ Un placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur

#### I- Dg :

<p><b>1) Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF</b> : métrorragies</li> <li>- Précoces (24-32 SA) : faite de sang rouge vif, spontanée, indolore +++, récidivante.</li> <li>- Au court du travail : hémorragie dès les premières CU.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facteurs favorisants</b> : ATCD de PP, Antécédents d'avortements et de curetages, Cicatrices utérines, Fibromes sous muqueux et malformations utérines, Gémellité, multiparité, âge maternel avancé...</li> <li>• <b>Examen physique :</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Examen général</b> : TA, température, pouls, conjonctives...</li> <li>- <b>Examen abdominal</b> : Utérus souple bien relâché souvent présentation anormale, BCF+</li> <li>- <b>Spéculum</b> : origine endo utérine du saignement</li> <li>- <b>Toucher vaginal</b> : <b>contre indiqué</b> car il peut entraîner une hémorragie foudroyante.</li> </ul>	<p><b>2) Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Echographie pelvienne+++</b> : En urgence avant de faire le TV.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirme le diagnostic et précise le type du PP :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>PP non recouvrant</i> : marginal et latéral</li> <li>○ <i>PP recouvrant</i> : s'étale au centre de l'orifice cervical</li> </ul> </li> <li>- Vitalité foetale, biométrie.</li> </ul> </li> <li>→ <b>Eléctrocardiographie</b> : retentissement sur le fœtus (SFA)</li> </ul> <p><b>3) Dg # :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Causes cervicales</b> : polypes cervicaux, ectropion, cervicite, dysplasie, cancer du col</li> <li>• <b>Causes endo-utérines</b> : hématome rétroplacentaire (HRP), rupture utérine, hématome décidual marginal et hémorragie de Benckizer.</li> </ul>
--	---

#### II- CAT :

Mesures générales : Hospitalisation + Mesures de réanimation si nécessaire.

CAT avant 34 SA	CAT après 34 SA	CAT au cours délivrance	Suites de couches
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repos au lit, abstention de tout examen obstétrical</li> <li>2. Accélération de la maturation pulmonaire foetale par les corticoïdes</li> <li>3. Tocolyse par inhibiteurs calciques si contractions utérines.</li> <li>4. Surveillance maternelle et foetale.</li> <li>5. Si ces mesures sont suffisants → atteindre 36 SA pour interrompre la grossesse.</li> <li>6. Si hémorragie grave → extraction foetale par césarienne.</li> </ol>	<p>❖ <b>AVB accepté si</b> : formes non recouvrantes, avec présentation sommet bien centrée et RCF normal.</p> <p><b>Le 1er geste à effectuer</b> : rupture large des membranes + perfusion ocytocique</p> <p>❖ <b>Césarienne si</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Placenta prævia recouvrant</li> <li>2. Hémorragie abondante persistante après rupture de la PDE</li> <li>3. SFA, procidence du cordon</li> <li>4. PP+présentation anormale ou toute autre dystocie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Délivrance dirigée</li> <li>2. Révision utérine si l'hémorragie persiste</li> <li>3. Utérotoniques pour la rétraction utérine</li> <li>4. Massage utérin, sac de sable</li> <li>5. Si l'hémorragie persiste → hystérectomie d'hémostase</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuivre la correction de l'anémie</li> <li>2. ATB</li> <li>3. Anti-D si Rh-</li> <li>4. Prévention des accidents TE : anticoagulants</li> </ol>

## Cours 44 : Hématome rétroplacentaire :

### Dg + CAT :

- ❖ Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré DPPNI
- ❖ Accident paroxystique imprévisible du 3<sup>ème</sup> trimestre qui complique 1% des grossesses.

### I- Dg :

<p><b>1) Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SF :</b> Début brutal + évolution extrêmement rapide, comparé « un coup de tonnerre dans un ciel serein »             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur abdomino-pelvienne d'apparition brutale, intense en coup de poignard</li> <li>- Métrorragies du T3 : de faible abondance, faite de sang noirâtre.</li> </ul> </li> <li>• <b>FDR :</b> HTA chez la primigeste , âge &gt; 35 ans, tabac, certaines carences (vitamine C , acide folique) , Influence des saisons (plus fréquent en automne), ATCD d'HRP, anémie maternelle, traumatisme</li> <li>• <b>Examen clinique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Examen général :</b> à la recherche d'un état de choc qui s'installe rapidement contrastant avec le saignement extériorisé qui est minime.</li> <li>- <b>Examen abdominal : +++</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Palpation :</b> Contracture utérine généralisée permanente réalisant un utérus de bois</li> <li>→ <b>Mesure de la HU :</b> HU ↑ d'un examen à l'autre</li> <li>→ <b>Auscultation :</b> BCF sont presque toujours inaudibles, le plus souvent, ils sont absents car le fœtus a déjà succombé ; parfois ils sont masqués par la contracture de la paroi utérine</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Spéculum :</b> origine endo-utérine du saignement</li> <li>- <b>Toucher vaginal :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le segment inf est dur, tendu en « sébile de bois »,</li> <li>• le col est rigide et son orifice interne est spasmé voir comme « cerclé » par un fil de fer</li> <li>• les membranes sont tendues,</li> <li>• le doigtier revient souillé de sang</li> </ul> </li> <li>- <b>Rechercher les signes de pré éclampsie :</b> œdèmes et protéinurie</li> </ul> <p><b>2) Paraclinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Echographie pelvienne :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirme le diagnostic, en visualisant ce décollement sous la forme d'une zone anéchogène ou hypoéchogène, sous forme de croissant ou fusiforme interposée entre la face maternelle du placenta et la paroi utérine.</li> <li>- Apprécie l'état fœtal</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Électrocardiographie :</b> si le fœtus est vivant, elle recherche une souffrance fœtale aigue.</li> </ul> <p><b>3) Dg # :</b> se fait avec les autres étiologies des hémorragies du T3</p> <p><b><i>Le diagnostic est porté définitivement après la délivrance par l'existence d'un caillot et de son emprunte en cupule sur la face maternelle du placenta</i></b></p>
---	---

### II- CAT :

Mesures de réanimation	Rupture large de Mbs	TTT obstétrico-chirurgical
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 VVP de bon calibre avec remplissage par macromolécules et transfusion si nécessaire.</li> <li>• Oxygénothérapie, sonde urinaire.</li> <li>• Monitoring : TA, pouls, diurèse, état de conscience.</li> </ul>	<p>→ Diminuer l'hyperpression ovulaire provoquée par le caillot (qui favorise le passage dans la circulation maternelle de thromboplastines), et de déclencher ou d'accélérer le travail</p>	<p>La décision est fonction de l'état materno-fœtal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si l'enfant est vivant et viable</b> → extraction fœtale en urgence par césarienne +++</li> <li>• <b>Si l'enfant est mort :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etat maternel altéré → césarienne</li> <li>▪ Etat maternel stabilisé → voie basse, mais à la condition d'une expectative armée et courte. en cas d'échec, le recours à la césarienne s'impose pour sauvetage maternel</li> </ul> </li> </ul>

## Cours 45 : Rupture utérine :

### Dg + CAT :

- ❖ Solution de continuité de la paroi utérine, complète, intéressant les 3 tuniques, ou incomplète, respectant la séreuse.

#### I- Dg : TDD : Rupture sur utérus sain

SD de pré rupture = SD de lutte ou SD de Bandi frommel	SD de rupture utérine
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Douleurs sus-pubiennes</li> <li>2. Utérus en sablier par la constitution d'un anneau de rétraction séparant le SI étiré aminci du corps utérin rétracté</li> <li>3. Augmentation de la hauteur utérine</li> <li>4. Tension douloureuse des ligaments ronds perçus à la palpation comme 2 cordes symétriques, tendus des orifices inguinaux jusqu'au fond utérin</li> <li>5. La SFA est constante (BCF+), la mort fœtale est fréquente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Douleur vive en coup de poignard.</li> <li>2. Fœtus sous la peau, ascension de la présentation.</li> <li>3. Saignement rouge +/- abondant avec état de choc.</li> <li>4. BCF (-).</li> <li>5. Disparition de la douleur et des contractions (fausse accalmie)</li> <li>6. TV : présentation inaccessible</li> </ol>

#### Etiologies :

##### **1. Ruptures d'utérus sain:**

- Ruptures spontanées:
  - Dystocies mécaniques+++ : bassin rétréci, macrosomie, présentation dystocique.
  - Utérus fragilisé : Grande multipare, Antécédent de curetages répétés, Utérus malformé; pseudo unicorne
- Ruptures provoquées:
  - Utero toniques : Utilisation inadéquate d'ocytociques ou Prostaglandines de synthèse
  - Manœuvres obstétricales : expression utérine, version par manœuvre externe ou interne, forceps.

##### **2. Rupture d'utérus cicatriciel:** conséquence d'une mauvaise qualité de cicatrice ou aux contraintes exercées sur la cicatrice

#### II- CAT :

Mesures de réanimation	Laparotomie exploratrice	TTT préventif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV pour remplissage (solutés, macromolécules), transfusion si nécessaire.</li> <li>• Oxygénothérapie, Sonde urinaire</li> <li>• Monitoring : TA, Pouls, Diurèse, Etat de conscience.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraction du fœtus.</li> <li>• Faire le bilan lésionnel (siège, aspect, extension des lésions, intégrité des pédicules) :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si berges nettes, paucipare : réparation.</li> <li>- Si lésions importantes ou multipare : hystérectomie.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de toutes les causes de dystocie</li> <li>• Respect des règles et pratique de l'obstétrique</li> <li>• Apprécier la qualité de la cicatrice ; type, indication suites opératoires</li> <li>• Une épreuve utérine n'est réalisée que si :                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une seule cicatrice utérine segmentaire transversale de bonne qualité.</li> <li>2. Fœtus de volume normal et en présentation de sommet.</li> <li>3. Aucune dystocie surajoutée.</li> <li>4. Le travail est surveillé par monitoring continu.</li> </ol> </li> </ul>

## Cours 46 : Brûlures : Physiopathologie, bilan initial, PEC dans les 1ères 48h :

- ❖ Destruction du revêtement cutané et des structures sous jacentes, secondaire le plus souvent à un agent thermique.
- ❖ **Brûlure grave** = brûlure mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel par son étendue, sa profondeur, sa localisation, ses conséquences sur les fonctions vitales et l'association à d'autres lésions.

### I- Physiopathologie :

Agents vulnérants	Conséquences
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Brûlures thermiques</b> : flamme chez l'adulte et liquide chez l'enfant.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Par contact</b> : solide (braises, fer chaud, pot d'échappement...), liquide (eau bouillante, café, huile chaude...)</li> <li>• <b>Par flamme</b> : hydrocarbures enflammés, explosion de gaz ou vapeur d'essence...</li> </ul> </li> <li>2. <b>Brûlures électriques</b> = par le passage de l'électricité dans le corps.</li> <li>3. <b>Brûlures chimiques</b> = par acides ou par bases.</li> <li>4. <b>Brûlures par rayonnement</b> : ionisants ou ultraviolet (soleil)</li> </ol>	<p>La brûlure est un traumatisme initialement local, avec des conséquences générales (troubles de l'homéostasie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Phase initiale</b> : Œdème, déperditions hydro-électrolytiques → choc hypovolémique</li> <li>2. <b>Phase secondaire</b> : Réaction inflammatoire locale et générale (SIRS) → dysfonctions viscérales</li> <li>3. <b>Phase tardive</b> : Hyper métabolisme, hyper catabolisme, dénutrition, infection</li> </ol>

### II- Bilan initial :

<p><b>A. Evaluation de l'étendue de la surface brûlée :</b> Calculée en pourcentage de surface corporelle brûlée (SCB) + Règle des 9 de Wallace + Chez l'enfant : Règle de Lund et Browder</p> <p><b>B. Evaluation de la profondeur des brûlures :</b> *1<sup>er</sup> degré : Atteinte isolée de la couche cornée de l'épiderme. - Simple érythème douloureux sans perte liquidienne - Guérison spontanée et sans séquelles en moyenne de 5 j</p> <p>*2<sup>ème</sup> degré : - 2<sup>ème</sup> degré superficiel = Seul l'épiderme est atteint ; la couche basale de Malpighi est intègre. - Phlyctènes à paroi épaisse très douloureuses - Guérison en 10 à 15 jours à partir de la couche basale.</p> <p>- 2<sup>ème</sup> degré profond = Atteinte de la couche basale de Malpighi. - Douleur moindre, phanères adhérents, vitro-pression + - Cicatrisation en 3 à 4 semaines.</p> <p>*3<sup>ème</sup> degré = Epiderme et derme détruits - Pas de douleur, couleur variable : blanc nacré, rouge vif, brun ou noir carbonné. - Absence d'élasticité, phanères non adhérents - Pas de cicatrisation spontanée → Nécessité de greffes cutanées.</p> <p><b>C. Lésions associées :</b> inhalation (CO, cyanure), traumatisme, blast (explosion)</p> <p><b>D. Terrain :</b> Age (sujet âgé ; nourrisson) - Tares sous jacentes</p>	<p><b>E. Localisation à risque :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Brûlures de la région cervico-faciale</b> : détresse respiratoire (œdème des VAS, inhalation de fumée)</li> <li>2. <b>Brûlures du périnée</b> : risque infectieux important, œdème de la verge (sondage urinaire urgent).</li> <li>3. <b>Brûlures circonférentielles</b> : *MS ou MI : Sd des loges, ischémie *Thorax : gêne respiratoire.</li> <li>4. <b>Brûlures des mains et des pieds.</b></li> </ol> <p><b>F. Critères définissant une brûlure grave :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Superficie brûlée &gt; 25% SC chez l'adulte ; et &gt; 20% SC aux âges extrêmes de la vie.</b></li> <li>2. <b>Brûlure de 3ème degré sur plus de 10%SC.</b></li> <li>3. <b>Brûlure cervico-faciale ;</b></li> <li>4. <b>Brûlure par inhalation (lésions pulmonaires associées).</b></li> <li>5. <b>Traumatisme associé ;</b></li> <li>6. <b>Brûlure chez un patient ASA ≥ II</b></li> </ol> <p><b>G. Indices pronostiques :</b> USB + Indice de baux + A.B.S.I</p> <p><b>H. Bilan paraclinique initial :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NFS ; plaquettes ; groupage</li> <li>2. Ionogramme sanguin : créatinine, glycémie, protidémie</li> <li>3. GDS, myoglobulinurie, CPK, dosage de l'HbCO en cas de suspicion d'intoxication au CO</li> <li>4. Rx thoracique ; ECG.</li> </ol>
---	--

### III- PEC thérapeutique dans les 1ères 48h :

<p><b>1) Premiers secours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Extraire le patient du lieu du danger.</li> <li>→ Retirer les vêtements sauf s'ils sont adhérents à la peau.</li> <li>→ Evaluation clinique rapide : hémodynamique, respiratoire, neurologique et de la gravité des brûlures.</li> <li>→ Refroidir la brûlure (eau à 15°C pendant 15 min environ), si pas de grande surface.</li> <li>→ LVAS</li> <li>→ Réchauffer = prévention de l'hypothermie.</li> <li>→ SAMU : remplissage vasculaire rapide, IOT + VA, antalgique.</li> </ul>	<p><b>3) Réanimation respiratoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Oxygénation systématique au masque</li> <li>→ Intubation trachéale et ventilation assistée si SCB &gt; 60%, besoins analgésiques majeurs, détresse respiratoire, lésions franches d'inhalation, troubles de la conscience, brûlures cervico-faciales menaçantes.</li> </ul> <p><b>4) Réanimation hydro-électrolytique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Nature des solutés perfusés :</li> <li>• Ringer lactate SS à 9‰</li> <li>• Albumine si SCB &gt; 30% et albuminémie &lt; 20g/l</li> <li>• Hydroxyéthylamidons (HEA) : en cas de choc.</li> </ul>	<p><b>6) Thérapeutiques associées:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sédation - analgésie : Morphine IV à la SAP (seringue autopulsée) après titration ou sous cutanée, Paracétamol</li> <li>→ Héparine : 500 U/kg/j avec contrôle du TCA</li> <li>→ ATB : péni G si plaie souillée, amoxicilline protégée si fracture ouverte ou polytraumatisé</li> <li>→ La prévention du tétanos doit être systématique : SAT+++</li> <li>→ Nutrition : Entérale +++ ; parentérale → démarrée le plutôt possible.</li> </ul>
--	---	---



## **2) Mise en condition:**

- Hospitalisation en USI/Réa.
- Evaluation des grandes fonctions vitales.
- Monitoring standard: SpO<sub>2</sub>, PA, scope
- Voie veineuse périphérique si SCB < 30%
- VVC si SCB > 30%, de préférence en zone saine. La voie fémorale est la plus adaptée.
- Sonde naso-gastrique, sonde urinaire

## → Volumes perfusés :

- Formule de Parkland (adulte) : 4ml/kg/% SCB, la moitié sur 8h, l'autre moitié sur 16h.
- Formule de Carvajal (Enfant) : 5000 ml/ m<sup>2</sup> SCB + 2000 ml/ m<sup>2</sup> SCT, la moitié sur 8h, l'autre sur 16h.

## **5) Soins locaux :**

- Lavage antiseptique (pas d'éosine)
- Mise à plat des phlyctènes
- Pansements tulle gras - La Biogaz est CI chez l'enfant: risque de convulsions (camphre).
- Topiques antibactériens (Flammazine\*)
- Asepsie rigoureuse

## **7) Gestes chirurgicaux**

- Aponévrotomies de décharge : en cas de brûlure circulaire profonde d'un membre.
- Excision- greffe précoce.
- Ostéosynthèse des fractures.

## **8) Surveillance +++:**

- Conscience, FC, FR,
- Diurèse,
- Complications