

URGENCES CHIRURGICALES 2.0

Be optimistic !

→ Viscerale/Générale

- ✓ Angiocholite aigue (Q6)
- ✓ HD hautes (Q2)
- ✓ HD basses (Q3)
- ✓ Brulures caustiques (Q1)
- ✓ Contusion abdomen (Q14)
- ✓ Plaie penetrante abdomen (Q15)
- ✓ Hematome retroperitoneal (Q17)
- ✓ Hemoperitoine post trauma (Q16)
- ✓ Occlusion du colon (Q10)
- ✓ Appendicite aigue (Q7)
- ✓ Pancreatite aigue (Q8)
- ✓ Ulcere duodéнал perforé (Q5)
- ✓ Traumatismes fermés thorax (Q18)
- ✓ Traumatismes ouverts thorax (Q19)
- ✓ Plaies du cœur (Q20)
- ✓ Occlusion du grele (Q9)
- ✓ Volvulus sigmoide (Q12)
- ✓ Hernies étranglées (Q13)
- ✓ Abdomen aigue non traumatique (Q4)
- ✓ Douleur anale (Q48)
- ✓ Invagination intestinale aigue (Q11)
- ✓ Brulures (Q42)

→ Traumato

- ✓ Fractures ouvertes jambe (Q33)
- ✓ Ecrasement des membres (Q40)
- ✓ Fractures Extremite inf humerus (Q36)
- ✓ Luxation coude (Q34)
- ✓ Fractures Extremité inf radius (Q35)
- ✓ Fractures de la rotule (Q32)
- ✓ Entorses du genou (Q38)
- ✓ Entorses graves cheville (Q37)
- ✓ Rupture tendon achille (Q39)
- ✓ Panaris et phlegmon main (Q41)

→ Neurochir

- ✓ Abces encephalique (Q24)
- ✓ Hematome extradural (Q22)
- ✓ Traumatismes craniaux (Q21)
- ✓ Sd d'HTIC (Q23)

→ Vasculaire :

- ✓ Ischemie aigue MI (Q25)
- ✓ Traumatisme artériel des MI (Q26)

→ Gynéco

- ✓ Hemorragie delivrance (Q44)
- ✓ Grossesse extrauterine (Q43)
- ✓ Placenta praevia (Q45)
- ✓ Hematome retroplacentaire (Q46)
- ✓ Rupture uterine (Q47)

→ Uro :

- ✓ Grosse bourse aigue (Q27)
- ✓ Retention aigue d'urine (Q28)
- ✓ Anurie mecanique (Q29)
- ✓ Cellulite perinéo-scrotale (Q30)
- ✓ Traumatisme uretre (Q31)

VISCERALE GENERALE



ANGIOCHOLITES AIGUES (X9)

I-Définition :

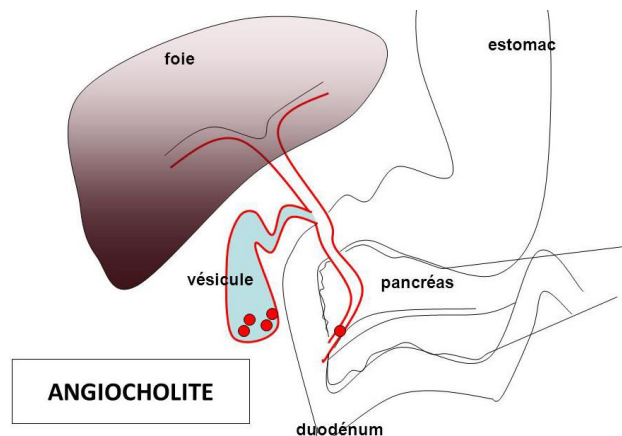
La définition de l'angiocholite aiguë est actuellement sujet à controverse, les uns la définissent comme une infection et inflammation de la bile des voies biliaires, tandis que les autres la définissent comme une infection des voies biliaires, et dans un cas comme dans un autre elle reste une urgence chirurgicale fréquente.

-Cle diag : sd clinique : Triade de Villard-Charcot, septicémie à point de départ biliaire.

-Eti principale : Lithiase ; Tm tête pancreas

-Avenement CRPE+++

-**Interet** : Urgence medicochir et affection freq du sujet âgé, dt le Pc vital est menacé



II-Physiopath :

3 conditions :

-gêne à l'écoulement

-colonisation bacterienne

-hyperpression intraluminaire

Contamination de la bile se fait par voie ascendante à partir du TD ; les voies veineuse portale ou lymphatique st exceptionnel

Germes en cause: Aerobies (BGN : E.coli, Klebsiella, Pseudomonas / CGP : Streptococcus fecalis, Staph aureus) / anaerobies

III-CAT initial :

FMM+++

IV-Diag + :

→Interro :

-ATCDs lithiase biliaire ; Coliques hepaticues

-FDR de lithiase : Age, Sexe fem, multiparité, HyperTG, Prise de medocs (oestrogene)

-Heure du dernier repas

→Clinique : Triade symptomatique classique de Villard Charcot par ordre immuable apparaissant en 24-72h .

1-Dlr abdo : de l'hypochondre droit ou epigastre, de type biliaire : Colique hepaticue intense brutal irradiant en hemicinture, entre les deux omoplates, accentuée par la respiration profonde qu'elle bloque . +/- nausées vomissements

2-Fievre >39° ac frissons intenses

3-Ictere cholestatique

NB : Parfois formes incomplètes : asymptomatique ou Association de 1 ou 2 signes uniquement

→Exam physique : **Pauvre** :

-HMG (a bord mousse) ou une grosse vesicule (signe de Murphy : Dlr a la palpation de l'hypochondre Dt au cours de l'inspiration profonde)

-Lésion de grattage, urines foncées, selles décoloré, coloration jaunatre des téguments+ muq

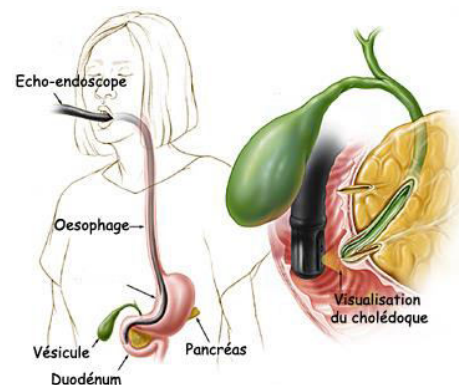
→Paraclinique :

Bio :

Bilan infectieux : NFS (hyperleucocytose a PNN), CRP, Hemoculture au cours des pics febriles (mee de germes intradigestifs)

Bilan hepaticue : Sd de cholestase (Pal, GGT,Bili), Sd de cytolysé discret et transitoire (ASAT,ALAT), Taux de prothrombine

Enzymes pancreaticues : Lipasémie, Amylasémie



Imagerie :

Le choix des moyens dépend de l'état du patient, de la disponibilité des moyens, de l'expertise des opérateurs et du choix du patient pour les examens invasifs.

Echo hépatobiliaire: Montre dilatation des VB Intra et extrahepatique + VBP>6mm + Lithiase biliaire

CPRE : gold standard visée diag et thérapeutique

TDM : Signes indirect (dilatation), Diag etio (lithiase, Kc, ADP), Complications (Pancreatite)

Cholangiopancréatographie par résonance magnétique : plus sensible que la tdm

Echoendo : + Performants : Montre les petits calculs , mais invasive

Cholangiographie transhépatique

ASP : peu d'intérêt = Lithiase radioopaque, Calcification intrahepatique ou pancréatiques , aérobilie

→**Tokyo guidelines 2018 :**

A-Inflammation :

A1 : fièvre ou frissons

A2 : données du labo : signes de réponse inflammatoire (HYPERLEUCOCYTOSE, CRP ...)

B-Cholestase :

B1 : ictère

B2 : données du labo : test hépatiques anormaux (PAL, GGT, ASAT, ALAT...)

C-Imagerie :

C1 : dilatation des voies biliaires

C2 : signes en faveur d'une étiologie sur l'imagerie (Lithiase, Stent...)

→**Dc suspecté : 1 item de A+1 item B ou C**

→**Dc confirmé : 1 item de A+ 1 item de B + item de C**

V-Diag diff :

Leptospirose, accès palustre, hémorragies digestives, ictère des septicémies

Cholecystite aiguë ; Appendicite ; Pancreatite aiguë ; Absces du foie ; Hépatite ; Phlébite du tronc porte

Autres causes d'abdomen aiguë (IDM)

VI-Diag etio :

1-Obstructives : Lithiase biliaire (60%) ; Kc VB (Ampullome vaterien) ; Fistule bilio-digestive ; Sténose de la VBP (Cholangite sclérosante) ; Parasitose (hyste hydatique, ascaridiose, douve) ; Compression (Kc tête pancréas ; Pancreatite chronique ; Sd de Merizzi)

2-Non obstructives : Mie de Caroli (Dysgénésie congénitale des VBIH) ; Kyste congénital du cholédoque ; Fibrose hépatique congénitale

3-Iatrogène : Postop ; PostCPRE ; PostCTH

VII-Diag de gravité :

-Pentade de Reynolds=triade de C-V + hypotension+ signes neurologiques

-Etat de choc septique + Collapsus

-IRF pouvant évoluer vers l'organicité = Oligoanurie

-Troubles neuropsychiques : Agitation , coma...

-Hémorragie digestive de stress

-Complications locoregionale : Pédiculite, Absces hépatique, Fistule interne, Pancreatite

NB : Angiocholite ictero-urémique = choc septique + IR+ Tr coagulation + Hémorragie dig

VIII-CAT :

→Buts :

Correction des troubles HE et hemodynamique
Contrôle de l'infection + TTT de la cause

→ Moyens :

Mise en condition : (voir plus haut) + Hospitalisation en milieu chir, a jeun +Bilan preop

TTT med :

-TTT etat de choc

-ATBie : A large spectre, par voie parentérale, instituée en urgence (apres hemoculture)
active contre les germes habituellement reponsables par triple association Bactamines +
Aminosides + Metronidazole puis adaptée a l'antibiogramme

-VitK injectable surtout si malade sera opéré ou aura sphinctérotomie

-S'il porte un drain : le mettre en siphonage et le déclamer cas échéant

TTT chir :

Drainage ext : Drain de Kehr (plvmts)+ Cholecystectomie + Desobstruction

Drainage int : Anastomose choledoco-duodenale et anastomose hepatico-jejunale

TTT endoscopique :

Sphincterotomie endoscopique

Prothese endocholedocienne

Drainage ext : par CTH (plvmts) si CI a la chir

→ Indications :

TTT med +

En l'absence de signes de gravité :

→ Si instabilité HD → Drainage 12-24h apres : chir ou endoscopique

→ Si amelioration → Drainage 24-72H apres : chir ou endoscopique

En presence de signes de gravité :

→ Drainage biliaire 6-12H / Sphincterotomie endo / Endoprothese

+ Cholecystectomie par voie coelio ou laparo pr eviter les recidives

+ TTT etio

→ Surveillance : Classique

CC :

-Urgence medicochir freq, de Pc generalement favorable en l'absence de signes de gravité

-Diag des angiocholites est clinique (triade) et echo

-PEC multidisciplinaire : TTT instauré précocement en raison des complications

-IEC : Hygiene de vie (eviter repas gras, sauces, suralimentation)...

HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES (X7)

I-Définition :

- Hémorragie qui survient en amont de l'angle de Treitz (oeso, estomac, duodénum)
- Malgré des avancées énormes ds les moyens diag (fibro) et ttt (med) , le pc restes encore réservé au vue du retard diag.
- D'emblée l'etio principale est l'UGD
- Mortalité : 5-10%

Interet : Urgence medicochir freq menacant le Pc vital par son abondance, persistance et récidive.

II-CAT initiale :

Hospitalisation obligatoire qqe soit l'abondance de l'hémorragie + FMM

III-Diag + :

→Mode de revelation clinique de l'HDH:

1-Hémorragie macroscopique → TR ++++

Hématémèse : rejet de sang rouge par la bouche par un effet de vomissement

Mélena : rejet de sang digéré par l'anus ss forme de selles noires

Réctorragie (hematochézie) : rejet de sang rouge vif non digéré par l'anus en cas d'hémorragie abondante ou accélération du transit.

2-Anémie ferriprive ac hémorragie occulte :

- Paleur+ asthénie + Cephalées + vertige
- Ds ce cas il est permis de faire le test a la sonde

3-Etat de choc : en cas d'hémorragie abondante, ac : tachycardie, marbrure, oligurie...

IV-Diag diff :

- Distinguer l'origine haute-basse
- Autres origines : Epistaxis dégluti, gingivorragies, hémoptysie, prise de médicaments (fer, charbon, rifampicine), prise de betteraves, hématurie, métorrhagie chez la femme

V-Diag etio : Recherche etio sous rea :

→Interro :

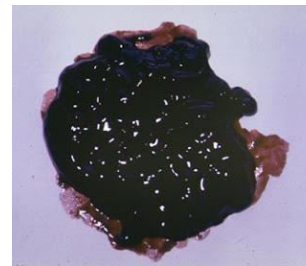
- ATCDs ulcere, RGO, HTP, Patho hepaticque, hémorragie ant, epigastralgie
- ATCDs chir : prothese aortique
- Prise medicamenteuse : AINS, Aspirine, Anticoagulation, Corticoides
- Alcoolisme
- Vomissement ayant précédé le saignement

→Examen clinique :

- Signes HTP :** CVC, SMG, HMG, ascite
- Signes d'IHC :** Angiome stellaire, erythroze palmaire, ictere, ascite
- Sensibilité epigastrique ;** Masse abdo ; Sd hémorragique diffus
- TR :** Recherche Melena +++

→ Paraclinique :

- Test a la sonde gastrique :** Si aspiration >1L → Hémorragie grave
Si melena sans hematemesse ou Si lavage gastrique ac saignement persistant
- FOGD :** Exam de 1ere intention, réalisé en urgence apres rea + lavage gastrique
Siege, nature, nombre de lésions ; evaluer risque de récidive ; effectuer des gestes ttt (Hemostase ou ligature de VO)
- Artério coelio-mesenterique :** indiqué si FOGD n'arrive pas a poser le diag.
Role diag et ttt par embolisation
- Bio :** Bilan de crase (TP, TCA, INR si AVK), Cholestase, cytolysse, NFS, Sero hepaticque



→ Etio :

1-UGD : Sd dlr connu ou nn connu, typique ou atypique, hemorragie est une complication freq

-FOGD : peut preciser siege du saignement (ant ou post), et classification de FORREST :

Type 1 : Saignement actif : a (saignement arteriel en jet) / b (hemorragie par suintement)

Type 2 : Saignement recent : a (vx visible ne saignant plus)/ b (caillots adherent) / c (taches pigmentees)

Type 3 : Cratere ulcereux propre

2-HTP : Rupture varices oesophagiennes + Signes rouges + signes HTP

3-Gastropathie d'HTP : secondaire a la prise de medocs gastrotoxique / stress

4-Oesophagite peptique

5-Autres : Sd Mallory-Weiss, Tm, Fistule aortodigestive, Trauma, Hemobilie

VI-Diag de gravité :

1-Evaluation de l'abondance de l'hemorragie :

-Minime / Moyenne/ Grave

-Signes de choc hypovolémique : Tachycardie, Hypotension, signes d'hypoperf (oligurie, soif, marbrures..)

-Bio : Dim hematocrite (att qqes h le tps de la reabsorption pr evaluer l'etat de dilution ou d'hemoconcentration) + dim Hb

-L'element le + important est le nb de culots globulaires necessaire pr etablir l'hematocrite et hemodynamique correcte

2-Terrain : Age, Tares (IResp, IR, IC, Sd septique)

3-Evolution de l'hemorragie : Persistence ; recidive ; inefficacite de la rea a retablir l'equilibre HD traduisent une hemorragie massive

VII-CAT :

→ **Buts** : Stabiliser le patient, Stopper l'hemorragie, TTT etio

→ **TTT G** : TTT etat de choc par remplissage et transfusion de concentre globulaire (apres bilan pretransfusionnel)

→ **TTT specifique** :

1-UGD :

Med : Alcalinisation du contenu gastrique = AntiH2 : 50mg ou IPP

Lavage gastrique a l'aide de serum glace + Eradication HP (prophylaxie secondaire)

Endo : **Si echec** : Sclerotherapie (alcool absolu ; adre)/ Electrocoagulation/ Photocoagulation au laser/ Sonde thermique

Chir : Hemostase : Suture, ligature arterielle, gastrectomie d'hemostase

+ TTT mie ulcereuse : vagotomie + pyloroplastie / Antrectomie

Indique si : Sujet age, morbidite, saignement arteriel, apres echec du ttt endo

Autres : Embolisation

2- HTP par rupture VO :

Med : Vasopressine (Glypressine) ou Somatostatine + TTT infection ascite (C3G ou fluoroquinolone)

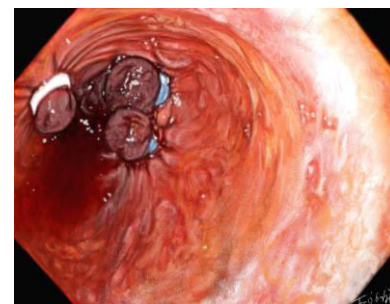
Hemostase per endo : Ligature des varices / Sclerose ou injection de colle/ Tamponnement gastro-oesophagien par sonde de Blackmore

Moyens radio : Shunt intrahepatique portosystemique par voie transjugulaire (TIPS)

Chirurgie : Derivation porto-cave ou transection de l'oesophage

3-Gastropathie : Pansement gastrique (IPP, AntiH2) + Interet de la prevention +++

4-TTT des autres etio



CC :

-Urgence medicochir freq, necessitant une PEC multidisciplinaire

-L'enquete etio repose sur la fibro qui permet de poser le diag apres stabilisation du malade

-Mortalite a diminue ac avnement des IPP + Moyens d'hemostase vasoactifs et endoscopique

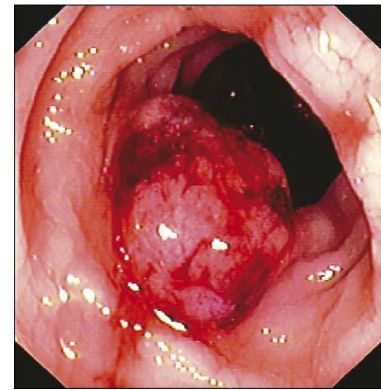
-La chir reste necessaire en cas d'echec du ttt med et endoscopique.

-IEC : Si hematemese ou melena → Consulter en urgence / Prevention : Eradication HP, Gastrite stress...

HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES

I-Définition :

Correspond au saignement d'une lésion située en aval de l'angle de Treitz par l'orifice anal, ceci en absence de saignement de la partie sup tu TD. Habituellement modérée ou minime, mais peut être foudroyante engageant le Pc vital.



II-Diag + :

Hémorragie extériorisé : Rectorragies / Melena

Hémorragie nn extériorisé : Sd anémique (anémie occulte) , Etat de choc

III-Diag etio :

→ **CAT :**

Interro + Exam clinique : ATCDs de mies digestives, chir, masse abdo , TR , prise de temprature rectale

Evaluation pertes sanguines = Bio : TP/TCA, NFS, taux de plaq, Iono

Paraclinique : FOGD , Colo , Anuscopie, Transit du grele, Artériographie mes. sup et inf

→ **Etio :**

Lésions procto: hémorroides, fissures

Lésions recto-coliques : cancer, diverticulose colique ou rectales, angiodysplasies, colite inflammatoire, ischémique, radique, infectieuse, corps étranger.

Lésions du grêle : diverticule de Meckel, entérite radique, ischémique, infectieuse, tumeur bénigne ou maligne, ulcérations tuberculeuses.

Hémorragies digestives de cause indéterminée

IV-PEC :

→ **Hémorragie de faible abondance :**

S'arrete generalement spontanément permettant la recherche de l'etio.

L'exam procto est systematique mais la coloscopie reste tt de meme systematique Lorsque ses exams ne permettant pas de porter le diag, une gastroscopie doit etre pratiquée.

Les autres exams ne st indiqués qu'en cas de negativité des precedents = videocapsule, enteroscopie...

→ **Hémorragie de grande abondance :** Est rare et peut temoigner d'une HDH

L'absence de sang a la pose d'une sonde gastrique ou a la fibro elimine la HDH

L'état hemodynamique est contrôlé :

Coloscopie doit etre pratiqué en urgence apres prepa rapide par lavements

Hémorragie persiste et reste abondante : Coloscopie doit etre tentée.

L'arteriographie mesenterique sup et inf est une alternative = permet de localiser l'hémorragie + embolisation.

La scintigraphie aux hematies est necessaire mais ne permet pas de faire de geste hemostatique

Si l'ensemble des exams est negatif, il est necessire de faire une laparo en urgence +

Endoscopie perop qui pourra aider a localiser l'hémorragie.

TTT chir :

Resection colique ou grele cuneiforme si : adenome, diverticule de Meckel, Tm benigne

Resection segmentaire + anastomose : Hemicolectomie Dte ou G, colectomie segmentaire transverse , Kc colon, diverticulose colique, angiodysplasie colique

Resection colique étendue : Colectomie totale ac anastomose ileo-rectale, coloproctectomie totale ac anastomose sur un reservoir iléal si : RCH, colites ischémiques...

CC :

HDB est freq surtt chez sujet agé

DS la majorité des cas, le saignement s'arrete spontanément et progressivement.

BRULURES CAUSTIQUES (x6)

I-Définition :

-Ensemble de lésions évolutives, digestives, depuis l'oropharynx jusqu'aux dernières anses iléales secondaires à l'ingestion volontaire ou non, de substance corrosive (acide ou alcalin, rarement liq brûlant)

-Etendue et sévérité des lésions dépendent de : nature, quantité ingérée, concentration, durée du contact ac les muq

Interet : Urgence diag et ttt freq chez l'adulte, généralement bénigne mais pouvant engager le Pc vital et fonctionnel si grave.



II-Physiopath:

→ **Produits responsable + meca d'action :**

Acides forts : pH<1 = Acide chlorydrique, nitrique =

Lesions predominants au niveau de l'estomac

Necrose de coagulation : Empeche la diffusion du produit caustique en profondeur

Bases fortes (+grave) : pH>12 = Potasse, Soude caustique

Lesions oesophagiennes

Necrose de liquéfaction par saponification des lipides membranaires , a l'origine d'une diffusion pariétale du caustique + thrombose des vx → Diffusion extradigestive (mediastinale ou peritonéale) si durée de contact longue

NB : Si ingestion massive : atteinte oesogastrique diffuse a predominance antrale en raison d'un pylorospasme reflexe.

Produits caustiques moyens : oxydants (eau de javel), sel sodique (produit vaisselle)

→ **Conséquences physiopath :**

Etat de choc : Secondaire a la fuite plasmatique

Etat d'agitation : secondaire a douleur, baisse TA, acidose metabolique

Acidose metabolique : du a l'ingestion d'acide fort

CIVD : Activation de la coagulation par destruction tissulaire

Atteinte tracheobronchique par inhalation contemporaine ou secondaire (vomissements) et propagation de la mediastinite : hypersecretion bronchique, surinfection polymicrobienne, fistule, sténose

Brulures du jejunum et diffusion extradigestive (mediastinite, peritonite, foie)

III-Evaluation de la gravité :

→ **Evaluation initiale :**

FMM+++

→ **Gestes a ne pas faire :**

Faire vomir patient/ Pose SNG+ lavage gastrique/ Donner du lait a boire/ Mettre victime en decubitus dorsal/ Prescrire emetique

→ **Evaluation clinique :**

Interro :

Circonstances d'ingestion : heure, accidentel ou volontaire, nature du pduit, pH, quantité ingérée (Ingestion >150 ml d'acide ou de base forte → critere de gravité)

Terrain : Age, ATCDs

SF : Dlrs oropharyngée, retrosternales ou abdo, dysphagie, Dyspnée, hypersialorrhée, eructation, agitation

Examen physique :

Signes G : Voir plus haut : FMM

Exam cutaneomuq : brulures labiales, buccales, cutanées (mains, menton)

Exam resp : Sd d'épanchement pleural, Pneumopathie, DR (oedeme glottique ou sus glottique), Emphyseme sous cut (si perf oeso)

Exam abdo : signes de peritonite + TR

→ Evaluation paraclinique :

1-Biologie : Pr apprécier le retentissement G de la brûlure et préparer le patient à une éventuelle intervention : NFS, Iono, Bilan de crase, Gaz du sang, Gpage sanguin, toxico (sg et urines) **Criteres de gravité :** Acidose, Hypoxie

2-Radio :

Radio thorax : Pneumo-mediastin ; pneumoperitoine, atteinte respiratoire

ASP centré sur les coupoles : Pneumoperitoine et elargissement des espaces inter anses

Radio du cou : recherche l'air en prevertébral

Echo abdo : epanchement intraperitoneal

TDM thoracoabdo : lésions tracheales, mediastinite, peritonite....

Opacification digestive : phase tardive pr mee de stenose

3-Endoscopie :

FOGD: A faire en urgence (3-24eh) ss Anesthesie en dehors d'une detresse vitale ou d'une perforation → Interet diag, therapeutique, evolutif, permettant une classification des lésions (Decostanzo)

Stade 0 : Exam normal

Stade 1 : Erytheme muq (critere de gravité)

Stade 2 : Ulcerations muq : superf, lineaire et ronde(a) ; profonde, circulaire, confluyente (b)

Stade 3 : Necrose locale (a) ou étendue + hemorragies (b)

NB= Cette classification peut etre difficile a obtenir lors du 1^{er} exam, elle sera répété si doute

Fibro Tracheo-bronchique : Indiquée des qu'il existe des lésions digestives de stade 2

Le Pc vitale a court terme est conditionné par la necrose de l'arbre aérien

Stade I : Destruction superf de la muq

Stade II : Destruction profonde de la muq

Stade III et IV : destruction des couches ssmuq +/- étendues

→ Criteres de gravité :

Interro : Ingestion massive >150cc d'un acide/ base forte

Clinique : Trouble neuropsychique ; hematemese ; hypothermie ; DResp, EDC

Mediastinite ; Emphyseme ss cut ; Peritonite aigue ; Perforation bouchée

Bio : Hypoxie, Acidose, Trouble de l'hemostase ; IRenale

Endo : Stade 3 oesogastrique ou gastrique

IV-Indications de la chir en urgence : En presence d'un ou de +eurs criteres de gravité :

Brulures stade 3 gastrique (ac atteinte oeso moins importante) :

Si œsophage bien vascularisé : Gastrectomie totale + anastomose oesojejunale sur anse en Y+ jejunostomie d'alimentation

Si oeso mal vx : Recoupe oeso ou oesogastrectomie par stripping

Brulures stade 3 oesophagienne (ac atteinte gastrique moins importante) :

3b : Oesophagectomie par stripping ac conservation gastrique + oesophagostomie cervicale et jejunostomie d'alimentation

3a : Reevaluation endo apres 24H :

Si lésions restent stables → Jejunostomie d'alimentation

Si extension → Oesophagectomie

Brulures stade 3 diffus oesogastrique :

Bronchoscopie → Gastrectomie totale par stripping ou par thoracotomie en cas d'atteinte tracheo-bronchique.

→ **Surveillance post car risque de :** Stenose, Cancerisation, Sequelles ORL

CC :

-Brûlures caustiques sévères de l'appareil dig demeurent une urgence grave, nécessitant le recours à des tech chir spécifiques + réa parfois lourde.

-La difficulté réside cependant ds la juste appréciation des lésions digestives, et ds la décision opératoire qui en découle.

-La PEC fonctionnelle se fait à long terme, par une approche endo ou chir nn dénuée de risques.

-Ne pas oublier la PEC psy si TS ++++ → Hospitalisation obligatoire

-Saisir l'interet d'une prevention basé sur la reduction du pourcentage d'alcalin + conditionnement des produits

CONTUSION ABDOMEN (x4)

I-Définition :

Ensemble des lésions produites au niveau de l'abdomen, de son contenu ou de ses parois par un traumatisme ayant respecté la continuité pariétale.

Mécanismes : choc direct, Ecrasement, cisaillement, Décélération

-Examen clé= Echo

Intérêt: Urgence chir dt la freq est en aug cste en rapport ac le nb des AVP

Grave car entraine une mortalité dans 10-30%

L'indication chir doit être posée a tps grace aux examens cliniques répétés et la surveillance rapprochée.

II-CAT initiale:

→Sur les lieux de l'accident : Role des secours (sapeurs pompiers+++); Ramassage prudent + Couverture isotherme + Pantalon antichoc

→Transport médicalisé

→FMM+++ :

NB : ac le F sous forme de ABCDE (D : deficit neuro/ E : Exposure : deshabiller le malade + exam cutanéomuq)

Sonde vésicale après avoir éliminé une lésion urétrale

→ Relever les critères d'alarme traumatique: obligent à hospitaliser le blessé

Patient nécessitant une désincarcération

Chute d'une hauteur de plus de 6 mètres

Ejection d'un véhicule automobile

Choc piéton véhicule à plus de 35 km/ heure

Plaie pénétrant la tête, le cou, le thorax ou l'abdomen

TA inférieure à 90 mm hg

Fréquence respiratoire inférieure à 10 ou supérieure à 30 c/mn

Score de Glasgow < 12

Déficit neurologique ou paralysie

Brûlures > à 15% de la surface corporelle



III-Diag + :

A l'issue de cette première évaluation, 2 situations:

Si patient reste instable malgré reanimation et contrôle des causes évidentes de l'hémorragie, une hg interne importante et non contrôlée est fortement suspectée, chirurgie en extrême urgence.

Si patient stabilisé sous réanimation :

→ Exam clinique initial = en mm tps que la rea :

Interro :

Traumatisme : Heure, mécanisme, pt d'impact.

Traumatisé : Age, ATCDs, Tares éventuelles, heure dernier repas, dernière miction

Signes de choc :

Tableau de choc hémorragique : Tachycardie, hypoT, soif, polypnée

Tableau de péritonite par perforation : Dlr abdo + vomissement + Troubles de transit

Examen physique : complet

Exam abdomen : 2 tableaux :

Tableau de choc hémorragique (hémopéritoine): ballonnement abdo, matité des flancs, TR douloureux : contraste entre l'intensité de la douleur au TR et l'absence de la contracture est caractéristique de l'hémopéritoine dans ce contexte

Tableau de péritonite par perforation : Abdomen qui ne respire pas à l'inspection ;

Disparition de la matité préhepatique à la percussion

Contracture pariétale, Silence abdo, Sonorité pré hépatique, TR douloureux

Exam G : Aspect des urines (hématurie macro + BU) + Globe vésical

Recherche de lésions associées : Plaie scalp ; Ecchymose en lunettes ; Epistaxis ;

Otorragies ; Luxation mandibule ; Emphyseme sscut ; Volet thoracique ; PNO ;

Hémopéritoine ; Exam des membres à la recherche de fracture

Au terme de ce 1^{er} bilan clinique , 3 situations peuvent se présenter :

Contusion abdo severe ac tableau d'hémoperitoine ou peritonite : Aucune investigation n'est nécessaire / Mise d'une VVP et transfert au bloc

Stabilité hemodynamique apres rea : Explorations st possibles

Tableau clinique douteux : Explorations complémentaires

→Explorations complémentaires :

Imagerie :

FAST ECHO+++ : Au lit du malade, exam de choix : Recherche les 3P ++++ (pneumothorax, épanchement péricardique, épanchement péritonéal)

ASP : Ileus paralytique, grisaille diffuse (hemop) parfois pneumopéritoine ou retro pneumoperitoine

Radio thorax : Épanchement pleural, pneumopéritoine, fracture de côtes, lésions diaphragmatiques (flou d'une coupole, clarté gazeuse sus-diaphragmatique) , contusion parenchymateuse.

Radio du bassin : recherche fracture de l'anneau pelvien

Echo abdo : Recherche épanchement intra-peritoneale ou des lésions parenchymateuses : hépatiques, spléniques, pancréatiques/ Zone transsonique témoignant de l'épanchement dans une loge péritonéale / +/- lésions hépatiques, spléniques, renales

TDM abdo C-,C+ : Exam clé réalise que lorsque l'état HD est stable , ne doit pas retarder l'intervention Hyperdensité(hémoperitoine ou hematome retroperitoneal), PNP (perforation organe creux), retroPNP (perforation duodenale) .

Lésions des organes : rate, foie (classification de moore), rupture diaphragmatique.

TDM bodyscan en temps rapide avec bilan complet des lésions

Autres imageries en fonction des signes d'appels.

Ponction lavage du peritoine : examen obsolète , indique si absence d'imagerie .

Coelio exploratrice a visee dg et tt

Bio : NFS, GROUPE, Lipasémie, ionogramme, bilan hépatique, bilan de crase

IV-TTT :

→Buts :

Stabiliser le malade

Contrôler une éventuelle hg

Trt des lésions en cause et associées.

→Moyens :

-Abstention chirurgicale + Surveillance

-Ttt instrumental : par embolisation

-Chirurgie par laparotomie écourtée : Decision prise en concertation rea-anest pour éviter **Triade fatale de moore** (DAMAGE CONTROL : hypothermie, coagulopathie, Acidose) et réaliser un inventaire complet des lésions.

Elle comporte resection sans retablisement de la continuité (48h apres) de preference par des pinces auto , assure l'hémostase (ligature, tamponnement, splenectomie), suture provisoire de tte plaie dig.

L'intervention terminée par une laparostomie aspirative pr éviter le sd du compartiment abdo

+ Toilette péritonéale par du sérum physio (+plvmt liq péritonéal et envoi en bacterio)

+ Drainage de la cavité peritoneale

→Indications : Si patient instable : laparo écourtée en urg

Si patient stable : abstention associée ou nn a l'embolisation , ou indication a la chirurgie qui est autant que possible conservatrice.

→Surveillance : Clinico-radio et biologique prolongée (ASP, Rx du thorax, écho abd, ± PLP),

La surveillance dure pendant les 10 premiers jours vu le risque d'accident secondaires (rupture de la rate , abcès sous phrenique...)

CC :

-Urgence grave nécessitant une exploration chir au moindre doute.

-PEC multidisciplinaire, basée sur le principe de l'éco du tps et des opérations , diffère selon que le patient soit stable , instable .

-La gravité est liée à : de l'organe atteint / délai de l'intervention/ Multiplicité des lésions viscérales...

PLAIE PENETRANTE ABDOMEN (x1)

I-Définition :

Les plaies de l'abdomen st des trauma entrainant une solution de continuité de la paroi abdo.
Est dite pénétrante qd elle atteint la cavité péritonéale.

L'agent vulnérant le + utilisé est l'arme blanche

Etio : Aggression, AVP, Accidents domestiques

Interet : Urgence medicochirurgical freq menacant le Pc vital



II-CAT :

→ Sur les lieux de l'accident :

Rôle des secours (sapeurs pompiers+++)

Ramassage prudent, hémostase par pansement compressif + Couverture isotherme

→ Transport médicalisé

→ FMM+++ : Sonde vésicale après avoir éliminé une lésion urétrale

→ Exam clinique initial = en mm tps que la rea :

Interro :

Traumatisme : Heure, mécanisme, pt d'impact.

Traumatisé : Age, ATCDs, Tares éventuelles, heure dernier repas, dernière miction.

Signes de choc :

Tableau de choc hémorragique : Tachycardie, hypoT, soif, polypnée

Tableau de péritonite par perforation : Dlr abdo + vomissement + Troubles de transit

Exam physique :

Etude des plaies au doigt ganté : Topographie (orienté vers les organes atteints), Aspect

(franche ou contuse), nb, orifices d'entrée et de sortie (en cas de balle),

Eviscération (grele +/- colon), issue par la plaie de matières fécales, bile, urines, liq intestinal.

Exam abdomen :

Tableau de choc hémorragique (hémopéritoine): ballonnement abdo, matité des flancs, TR douloureux : contraste entre l'intensité de la douleur au TR et l'absence de la contracture est caractéristique de l'hémopéritoine dans ce contexte

Tableau de péritonite par perforation : Abdomen qui ne respire pas à l'inspection ;

Disparition de la matité préhepatique à la percussion

Contracture pariétale, Silence abdo, Sonorité pré hépatique, TR douloureux

Exam G : Aspect des urines (hématurie macro + BU) + Globe vésical

Recherche de lésions associées : Plaie scalp ; Ecchymose en lunettes ; Epistaxis ; Otorragies ; Luxation mandibule ; Emphyseme sscut ; Volet thoracique ; PNO ; Hémopéritoine ; Exam des membres à la recherche de fracture

→ Au terme de ce bilan clinique, 4 situations peuvent se présenter :

Plaie abdo ac tableau d'hémopéritoine ou péritonite aigue G : Aucune investigation n'est nécessaire, après une courte rea → Bloc opératoire

Stabilité hémodynamique après rea : Surveillance clinique et paraclinique + Indication chir en cas de complications

Plaies ac signes indiquant d'emblée une laparotomie : Ecoulement de liq digestif à travers la plaie, Grande éviscération, Hémorragie digestive.

Plaie ac bon état hémodynamique : Exploration au doigt ganté et si besoin, exploration chir

→ Explorations complémentaires :

Imagerie :

FAST ECHO : Au lit du malade, exam de choix. Recherche les 3P+++ (pneumothorax, épanchement péricardique, épanchement péritonéal)

ASP : Ileus paralytique, grisaille diffuse, pneumopéritoine ou retro pneumoperitoine + Reconstitution trajet agent vulnérant

Radio thorax : Épanchement pleural, pneumopéritoine, fracture de côtes, lésions diaphragmatiques (flou d'une coupole, clarté gazeuse sus-diaphragmatique), contusion parenchymateuse + Reconstitution trajet agent vulnérant

Radio du bassin : recherche fracture de l'anneau pelvien

TDM abdo C-/C+ : Exam clé, réalisé si état HD est stable, ne doit pas retarder l'intervention : Hyperdensité (hémopéritoine ou hématome rétroperitoneal), PNP (perforation organe creux), rétro-pneumopéritoine (perforation duodénale).

Lésions des organes : rate, foie (classification de Moore), rupture diaphragmatique.

TDM bodyscan en temps rapide avec bilan complet des lésions

Autres imageries en fonction des signes d'appels.

Ponction lavage du péritoine : examen obsolète, indique si absence d'imagerie.

Coelio exploratrice à visée dg et tt

Biologie : NFS, Groupage, Lipasémie, ionogramme, bilan hépatique, bilan de crase

NB : Pneumopéritoine indique une laparo d'urgence+++

→ TTT :

Buts :

Stabiliser le malade

Contrôler une éventuelle hg

TTT des lésions en cause et associées.

Moyens + indications :

-Abstention + surveillance

-TTT med : ATB à large spectre si suspicion de perforation d'organe creux puis adapté en fct de l'antibiogramme + SAT/VAT

-Chir par laparo écourté : Sous AG. Incision médiane à cheval sur l'ombilic.

Decision prise en concertation re-a-nest pour éviter **Triade fatale de Moore** (DAMAGE CONTROL : hypothermie, coagulopathie, Acidose) et réaliser un inventaire complet des lésions. Elle comporte resection ss retablisement de la continuité (48h après) de préférence par des pinces auto, assure l'hémostase (ligature, tamponnement, splénectomie), suture provisoire de tte plaie dig.

L'intervention terminée par une laparostomie aspirative pr éviter le sd du compartiment abdo + Toilette péritonéale par du sérum physio (+plvmt liq péritonéal et envoi en bacterio)

+ Drainage de la cavité péritonéale

-Parage de la plaie pariétale

Surveillance :

Surveillance clinico-radio et bio prolongée (ASP, Rx du thorax, écho abd, ± PLP),

Surveillance dure pdt les 10 1ers jrs vu le risque d'accident secondaires (rupture de la rate, abcès sous phrénique...)

CC :

-Urgence grave nécessitant une exploration chir au moindre doute.

-PEC multidisciplinaire, basée sur le principe de l'éco du tps et des opérations, diffère selon que le patient soit stable, instable.

-La gravité est liée à : nature de l'agent vulnérant / de l'organe atteint / délai de l'intervention / Multiplicité des lésions viscérales...

HEMOPERITOINE POST-TRAUMATIQUE

I-Définition :

Urgence chir secondaire à une contusion ou plaie de l'abdomen (surtout foie et rate).
Est suspecté chez un traumatisé pale, couvert de sueurs, agité, pouls filant, TA basse, tachycardie, oligurie, marbrures, cri de Douglas.

La cause la plus fréquente est l'AVP. Nécessité d'une PEC urgente+++.

II-Diag + :

→ **Interrogatoire :** Il se renseigne sur le traumatisme et le traumatisé

Traumatisme : Date et circonstances / Traumatisé : ATCDs et tares

→ **Fonctions vitales :**

Liberté des VAS, Equilibre HE, Etat de csce

→ **Exam abdo :**

Inspection : contusion , porte d'entrée / **Percussion :** matité des flancs

Palpation : Defense, contracture / **TR :** cri de Douglas

→ **Exam G :** Fracture osseuse, épanchement des sérosités

→ **Paraclinique :**

Bio : NFS, Gpage, Iono, Bilan hepatique, Bilan renal, Lipasémie, Bandelettes urinaires

Imagerie :

ASP :

Signes d'hémopéritoine n'y sont jamais évidents : disparition des M psoas, grisaille diffuse.

Radio du thorax : lésions associées (HémoPNO, fracture osseuse).

Echo abdo : détecte une faible quantité d'épanchement liq intrapéritonéal ou rétro-péritonéal

TDM : donne le diag lésionnel précis, et mee l'hémopéritoine et ses causes.

Artériographie : montre les lésions des Gros Vx et permet de réaliser une embolisation.

PLP : met en évidence l'épanchement intrapéritonéal:

Le lavage devient rouge ou ramène du sang rouge (L'échographie abdominale est impossible après une PLP).

Est + si GR > 100000/mm³



III-CAT :

Rea : Regle des 4 sondes + SAT + ATBie + immobilisation si fracture associée + Surveillance

Secondairement : Etablir la gravité du traumatisme grace a : Etat des fcts vitales + Exam abdo (dlr spontanée ou provoquée)

Principes du ttt :

Etat hemodynamique stable : TTT conservateur ac TDM a la fin de la 1^{ere} sem

Etat hemodynamique instable : Hemostase conservatrice :

Rate = Splenectomie partielle + vaccination contre pneumo + Penicilline au long cours

Foie = Tamponnement par champs

Reparation vx, ligature des vx hypogastriques

Suture : si rupture des coupoles diaphragmatiques

CC :

L'état de choc causé par l'hémopéritoine engendre un décès immédiat ds la plupart des cas, et retentit sur les organes nobles, ce qui entraîne des lésions irréversibles en absence de ttt ou en cas de ttt mal adapté = Nécessité d'une PEC urgente+++.

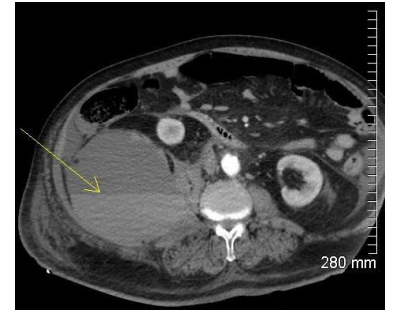
HEMATOME RETRO-PERITONEALE POST TRAUMATIQUE

I-Définition :

Presence de sang ds l'espace retroperitoneale (en avt du rachis et en arriere du peritoine parietale post). St principalement dus à des lésions vx secondaires aux trauma abdo fermés violents et surtout aux fractures du bassin.

Ces lésions sont en règle secondaires à des AVP ou à des chutes d'une gde hauteur

Interet : Urgence medicochirurgical freq menacant le Pc vital



II-CAT :

→ Sur les lieux de l'accident : Role des secours (sapeurs pompiers+++); Ramassage prudent + Couverture isotherme + Pantalon antichoc et contention orthopédique

→ FMM+++ : Sonde vésicale après avoir éliminé une lésion urétrale ,

→ Exam clinique initial = en mm tps que la rea :

Interro :

Traumatisme : Heure, mécanisme, pt d'impact, violence de l'impact

Traumatisé : Age, ATCDs, Tares éventuelles, heure dernier repas , dernière miction .

Ainsi tte victime d'un trauma du bassin est atteinte d'une HRP jusqu'à preuve du contraire

Signes de choc :

Tableau de choc hémorragique sans cause intra-peritoneale, thoracique, périnéale évidente : Tachycardie, hypoT, soif, polypnée, paleur, marbrures → Penser a l'HRP +++

Exam physique :

- Tumefaction lombaire, iliaque ou hypogastrique
- Ecchymose extensive des flancs (**Signe de Grey Turner**) / Ecchymose periombilical (**Signe Cullen**) + Ecchymoses OGE
- Protrusion osseuse ou hematome
- Recherche systematique d'une hematurie ou d'une asymetrie des pouls
- Recherche des trauma penetrants : Pt d'entree lombaire ou des flancs est evocateur
- Touchers pelviens ++



Exam G : Aspect des urines (hematurie macro) + recherche de lésions associées : Plaie scalp ; Ecchymose en lunettes ; Epistaxis ; Otorragies ; Luxation mandibule ; Emphyseme sscut ; Volet thoracique ; PNO ; Hemoperitoine ; Exam des membres a la recherche de fracture

→ Exams complementaires :

Imagerie :

FAST ECHO : Au lit du malade, exam de choix. Recherche les 3P+++ (pneumothorax, épanchement pericardique, épanchement peritonéal).

ASP : Asymetrie des contours du psoas + refoulement des clartés digestives vers l'avant sur le profil

Radio thorax : Epanchement pleural, pneumopéritoine, fracture de cotes, lésions diaphragmatiques (flou d'une coupole, clarté gazeuse sus-diaphragmatique), contusion parenchymateuse

Radio du bassin + Rachis dorsolombaire : Recherche fracture

Echo abdo : Mee difficile de HRP

TDM abdo C-/C+ : Exam clé, réalisé si état HD est stable , ne doit pas retarder l'intervention : Hyperdensité (hémoperitoine ou hematome retroperitoneal), PNP (perforation organe creux), retropneumopéritoine (perforation duodenale) .

Lésions des organes : rate, foie (classification de moore), rupture diaphragmatique.

TDM bodyscan en temps rapide ac bilan complet des lésions

UIV : etude indirect de l'HRP

UCR : lésions des voies urinaires basses

Angiographie : Exam de choix pr l'étude des lésions vx + Geste ttt

Bio : NFS, Groupage, Lipasémie, ionogramme, bilan hépatique, bilan de crase

→ TTT :

Buts :

Stabiliser le malade
Contrôler une éventuelle hg
TTT des lésions en cause et associées.

Moyens :

-Abstention + surveillance

-**TTT med** : ATBie a large spectre si suspicion de perforation d'organe creux puis adapté en fct de l'antibiogramme + SAT/VAT

-**Embolisation artérielle** : Embolisation plaies artérielles du petit bassin

-**TTT chir (par laparotomie écourtée)** : Decision prise en concertation rea-anest pour éviter triade fatale de moore (DAMAGE CONTROL : hypothermie, coagulopathie, acidose)

Geste d'hémostase : héorragie incontrôlable / Lésions d'un gros vx inaccessible a l'embolisation

TTT lésions associées

Indications : 3 types de catégorie :

-**Catégorie 1** (Etat de choc héorragique ne répondant pas au remplissage) : Laparotomie urgente + Artériographie ac embolisation si persistance d'un saignement

-**Catégorie 2** (Sd héorragique ac PA maintenue par remplissage) : Artériographie a visée diag et ttt

-**Catégorie 3** (Stable) : Bilan complet avec surveillance si nécessaire chir ++

Surveillance : Clinico-bio-radio rapprochée ++

NB : 3 types de blessés :

Catégorie 1 = Etat de choc héorragique, remplissage vx ne permet pas de remonter PA

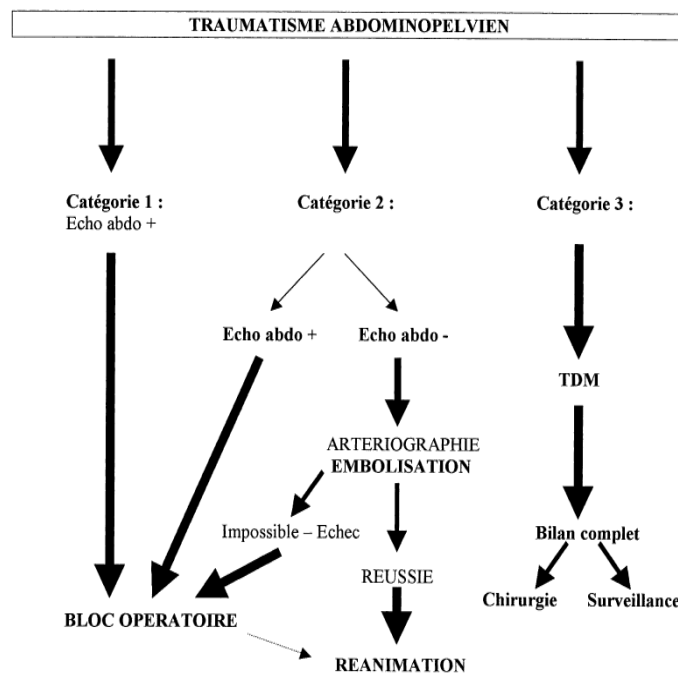
Catégorie 2 : Sd héorragique, PA maintenue par remplissage mais chute lorsqu'il diminue

Catégorie 3 : Hémodynamique stable

CC :

-Urgence grave nécessitant une exploration chir au moindre doute.

-PEC multidisciplinaire, basée sur le principe de l'éco du tps et des opérations , diffère selon que le patient soit stable , instable .

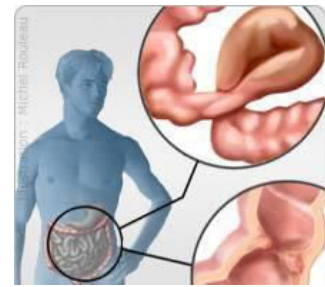


OCCLUSION DU COLON (x4)

I-Définition :

-Arret complet et persistant du transit intestinal responsable d'un arrêt des matières et des gaz au niv d'un segment colique
-Etiol diverses et variées, dt le diag a été facilité par les progres du scanner.

Interet : Urgence chir mettant en jeu le Pc vital et necessitant une hospitalisation afin d'établir un diag etiol, apprecier le retentissement local et G et prendre les mesures therapeutiques adéquates.



II-Physiopath :

→Obstruction :

-Dilatation intestinale en amont de l'obstacle → Hyperperistaltisme → Distension par les gaz et secretions digestives → Vomissements + 3^e secteur → Hypovolémie → IR + DHEC + Trouble HE (hypoNa, hypoK, hypoCl)

-Aug pression intraluminal → Ischémie paroi digestive → Gangrene intestinale et perforation digestive → Choc toxique + Peritonite

-L'importance du ballonnement int entraine une gêne respiratoire voire I resp.

→ Strangulation : En plus des éléments sus mentionnés :

-Compression de l'axe vx → Stase veineuse → Extravasation de plasma et de sang ds l'anse exclu dans le peritoine

-Choc septique par passage d'endotoxines ds la cavité peritonéal et réseau capillaire`

III-Diag + :

→ Interro :

Age du patient

ATCDs : Neoplasies, intervention chir abdominal, tares associées, MICI, polypose

Debut et evolution

→ SF : Triade :

Dlr abdo : diffuse, d'apparition progressive ac ou sans paroxysme , peu intense

Arret MG : Freq et precoce

Vomissements : rares, tardifs

→SG : Etat G longtemps conservé +/- Signes d'hypovolémie (Tachycardie, hypot, oligurie) ou signes d'ischémie intestinale (fièvre)

→SP :

Inspection : meteorisme en cadre, diffus, important/ Cicatrice abdominal / Ondulations peristaltiques

Palpation : Sensibilité provoquée au mm endroit que les dlrs spontanées / Masse abdo

Palpation systematique des orifices herniaires

Percussion : Tympanisme

Auscultation : Exageration des bruits hydroaériques ou silence abdo (peut annoncer la gangrene d'une anse occluse)

TR : Indolore, ampoule rectale vide, peut mettre en evidence un fecalome ou une Tm

→Imagerie :

ASP : NHA colique , peu nombreux, periph, volumineuses + hautes que larges, +/- importantes ac l'empreinte des haustrations coliques + gaz ds le colon

Lavement opaque aux produits hydrosolubles :

Si doute : Confirme l'obstacle + precise son siege et sa nature

TDM AP :

Exam de ref : niveau HA, precise meca, siege, etiol et rechercher signes d'ischémie intestinale.

Bio : Pr retentissement= Iono (IR), NFS ...



IV-Diag différentiel : HIHI PATCH :

Hémopéritoine / Infarctus du mésentère

Hématome retroperitoneal / IDM

Pancréatite aigue+ Patho pleuropulmonaire/ Appendicite aigue

Torsion annexielle, ovarienne / Colique nephretique/ Hepatite

V-Diag etio :

1-Organique (mécanique): Mise en evidence de disparité de calibre

Par strangulation :	Par obstruction simple :
SF : Debut brutal , sans prodromes + Dlr intenses SG : Etat G altéré SP : Meteorisme discret + Silence auscultatoire ASP : Image en arceau, ac niv liq a chaque pied Etio : Volvulus sigmoide/Caecum ; Etranglement herniaire ; Bride postop	SF : debut progressif, ac prodromes (Sd de Koenig) + dlr – violente SG : Etat G conservé SP : Meteorisme diffus, Bruits hydroaerique conservé voir exagérés ASP : NHA nombreux Etio : Tm, Fecalome, Carcinose, Sigmoidite pseudotumorale, Parasitoses

2-Fonctionnel : par faillite du peristaltisme : distension gazeuse ou liq globale et diffuse a tt l'intestin sans zone de disparité de calibre.

Ileus reflexe : secondaire a un trauma, abdomen aigue, sepsis abdo (appendicite mesocoliaque)

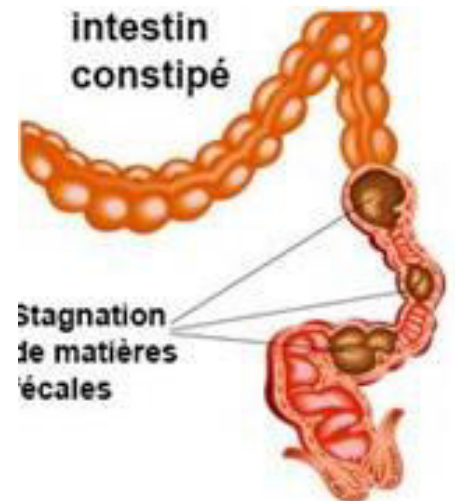
Pseudo-obstruction intestinale : medocs (morphine), metabolique (hyperCa), Mies G (hypothy), Sd d'Ogilvie, Hirschprung

VI-Diag de gravité :

Signes G : Fievre, DHEC, EDC

Signes peritoneaux : Defense abdo, Cri de douglas au TR

Signes radio (TDM) : Paroi abdo nn rehaussée par le PC, Siege de pneumatose, perforation



VII-PEC :

→ Buts :

Corriger les troubles HD, Lever l'obstacle

→ Moyens :

-**TTT med** : FMM ac patient a jeun+++

-**TTT endoscopique** : Stent, Exsufflation des torsions

-**TTT chir** : Laparotomie mediane : lever l'obstacle, vidange retrograde intestin, resection tissus nécrosés, retablisement continuité ds un 2^e tps

→ Indications :

TTT med : TJRS +++

TTT cause :

Volvulus du sigmoide :

Sans signe de nécrose : Detorsion de l'anse ac sonde rectale (De faucher)

Si signe de necrose/echec/recidive : Sigmoidectomie ac anastomose colorectal

Volvulus du caecum :

Hemicolectomie Dte + anastomose ileotransverse

Obstruction neoplasique :

Resection du Kc obeissant aux regles carcino

Retablisement de continuité par anastomose immédiate, protégée ou nn par une stomie

Sd d'Ogilvie :

Exsufflation par colonoscopie, sinn montée prudente d'une sonde rectale de gros calibre, si echec = Caecostomie ou colostomie transverse de decompression ac surveillance reguliere

Fecalome :

Evacuation manuelle / Lavement evacuateur

Etranglement herniaire :

Dissection sac + Exploration contenu → reintegration ou resection selon vitalité + refection pariétale

Occlusion fonctionnelle : TTT de la cause

→ Surveillance : Constantes, Dlr, Evolution du transit intestinal

CC :

-Urgence medicochir freq

-Diag facile, reposant sur la tetrade (AMG+ Vomissement + Dlr + Meteorisme) confirmé par ASP voir TDM.

-Devt tt sd occlusif, il faut repondre a 3 questions : Signes de choc ou de souffrance intestinale / Niveau anatomique de l'occlusion / Mécanisme.

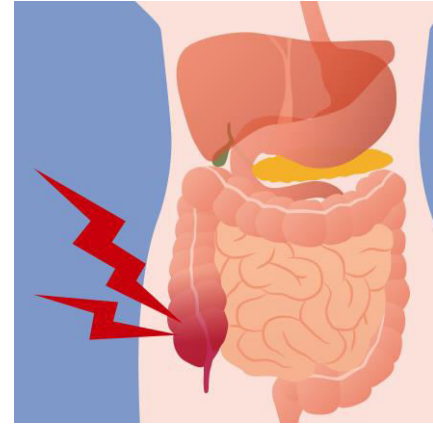
-Interet de la réa dans la PEC +++

-IEC : Consulter en urgence devt tt Sd occlusif +++

APPENDICITES AIGUES (x4)

I-Définition:

- L'appendicite aiguë est une inflammation de l'appendice vermiculaire.
- Aspects cliniques variés liés à la topographie de l'appendice
- Pc est lié à la précocité de son diag et de la PEC chir.
- Aujourd'hui, le "tout chirurgie" dans l'appendicite aiguë est bousculé par la possibilité de TTT par ATB certaines de ces infections.
- Physiopath** : Inflammation en amont d'un obstacle → Stase → Aug de la P intraluminaire → Favorise la prolifération bactérienne à l'origine des lésions pariétales.
- Anapath** : 4 stades : Catarrhale, Ulcèreuse, Abscédée, Gangréné
- Interet** : Urgence abdo chir la + fréq, rencontré à ts les âges.



II-CAT initiale :

FMM+++

III-Diagnostic positif :

→ **Signes cliniques** : Forme typique iliaque Dte +++

Interro : Prise d'ATB

SF : Dlr abdo d'installation brutale au niveau de la FID, lancinante et permanente, sans irradiation

Signes associées : Nausées/ Vomissements (alimentaires puis bilieux)/ Constipation / diarrhées (forme toxique)

SG : Etat G est conservé ac un léger febricule, le pouls est modérément accéléré et la langue est saburrale.

SP : -Défense de la FID

-Dlr FID : provoquée à la palpation douce et progressive au niv du pt de Mac Burney

-Dlr à la flexion de la cuisse ou à la décompression brutal de la FIG

-TR +/-TV : **douleur du cul de sac de Douglas** vive accentuée à droite.

-Signes accessoires : Signe de Bloomberg, Signe de Rowzing

-Palpation des orifices herniaires : libres

Diag de l'appendicite aiguë = Dlr FID (Spontanée et provoquée) + fièvre + défense.

→ **Formes cliniques :**

Selon la localisation :

Appendicite retrocoecale: Dlr lombaires droites unilat + Psoitis + Pollakiurie parfois

Appendicite pelvienne: Dlr sus-pubienne + Signes **génito-urinaires par irritation**

locale= pollakiurie, dysurie, rétention d'urine ac BU négative + Signes rectaux : Ténésme, diarrhée.

Appendicite mésocoeliale: Tableau **d'occlusion intestinale aigue fébrile.**

Appendicite sous- hépatique: Evoque une cholécystite aiguë

Appendicite iliaque G : SF + SP au niv de la FIG

Selon le terrain :

Chez le nourrisson : tableau d'une gastroentérite → diag svt tardif

Chez le vieillard : tableau atténué et **pseudotumoral**

Chez la femme enceinte : Diag difficile, Risque Accouchement prématuré ou avortement

→ **Paraclinique :**

Signes bio :

***NFS** : Hyperleucocytose modérée à prédominance de PNN (>80%)

***CRP** : élevée

Signes radio :

***ASP** : signes évocateurs : **NHA** dans la FID / **Opacité** = stercolithe appendiculaire.

***Echo abdo** : permet d'évaluer le diamètre appendiculaire = augmenté (>6mm)

***TDM** : **Goldstandard** : Appendice aug de taille/ stercolithe /épanchement

Elimine les diag diff

***Coelio** : Diag + thérapeutique.

IV-Diag diff :

Digestives : Perforation d'UGD, Cholecystite aiguë, Angiocholite, Pancreatite, Occlusion, Ileite de Crohn, Kc du caecum, Adénite mésentérique, Diverticule de Meckel,

Gyneco : salpingite, rupture GEU, torsion de kyste ovarien, Sd du 15^e jr

Urinaire : Cystite, PNA, Colique nephretique dte

Affections pulmonaires : Pneumonie de la base droite ou pleurésie droite

Autres : IDM ds sa forme digestive ; Diabète décompensé ; Sepsis ; Affections pariétales (Hernie de Spiegel ; Hématome du grand dt)

V-Diagnostic de gravité :

→ Peritonites localisées :

Plastron appendiculaire : Agglutination anses grêles :

Masse abdo dlr mal limité adhérente a la paroi + Image echo en pseudorein

Peut évoluer vers l'abcédation

Abcés appendiculaire :

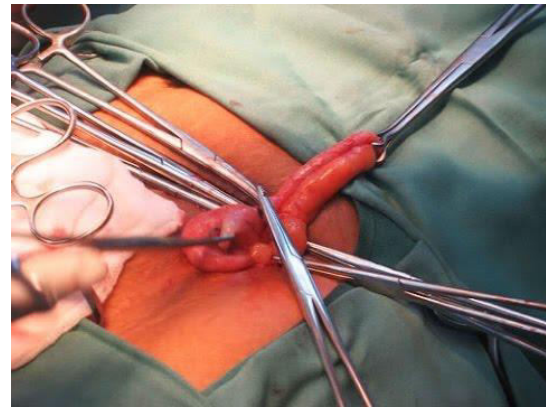
Dlr lancinante et pulsatile de la FID, Sd inflammatoire important (GB>15000) +

Masse dlr fluctuante FID,

Evolution vers rupture si non opérée

→ Peritonites généralisées : Mise en jeu du Pc vital

Dlr abdo diffuse + Ventre de bois + Cri douglas + Sd infectieux important + Epanchement intraperitoneal a l'echo



VI-CAT :

→ Buts :

Stabiliser le malade ; Appendicetomie ; Eviter les complications

→ Moyens et indications :

-Bilan preop : Patient a jeun strict + Gpage, demande de sang + NFS + Iono + Radio + ECG...

-TTT des complications (si presentes) :

Drainage si abcès par voie iliaque Dte + ATBie → Appendicetomie 6 mois apres

Plastron : Hospitalisation + ATBie + Vessie de glace → Appendicetomie ulterieure

Peritonite : Voie d'abord large (mediane) + Large toilette peritonéale +ATBie →

appendicetomie

-Appendicetomie : Anesthesie G → Voie d'abord au pt de McBurney ou par coelio → Exploration de tte la cavité abdo (a la recherche d'un diverticule de Meckel chez l'enfant) + Toilette peritoneal au serum physio → Envoi de la piece anapath (car ds 1/1000 il peut s'agir d'une Tm carcinoide qui >1cm → Colectomie Droite carcino)

-ATBie periop : Augmentin + Ciflox ou Metronidazole : Eviter complications infectieuses

-Surveillance : Constantes (Temp, TA, FC, FR....) + Dlr + Transit + Drain

-Complications postop : Occlusion sur bride, Fistule, Eventration, Abces du Douglas...

Ordonnance de sortie : Antalgiques + Soins locaux + Dispense de sport et ecole + Surveillance temperature et dlr

CC :

-Urgence chir tres freq caracterisé par son polymorphisme clinique et son absence de parallélisme anatomoclinique

-Nombreux diag diff sont a eliminer → Interet echo ++

-TTT exclusivement chir = simple a condition d'intervenir avt l'installation de complications tjrs graves.

-Avenement de la coeliochirurgie a simplifié les postop

-Bon Pc si ttt a temps

-IEC : Eviter ATBie devt tte dlr FID febrile car risque d'appendicite decapitée + Consulter en urgence des tableau typique.

PANCREATITES AIGUES (X3)

I-Définition :

-Inflammation du pancréas suite a son autodigestion ainsi que celle des tissus avoisinants, par une activation accidentelle de ses enzymes

-De Diag bio

-Caractérisée par sa gravité et son évolution imprévisible.

-2 principales etio : Lithiase/ Alcool

Interet : Urg medical freq, pvant être benigne (oedemateuse) ou grave (necrosante=60% de mortalité)

II-Diag + :

→ Clinique :

Terrain : Femme, Obese, 60ans, Dyslipidémique ;

Asiatique +/- Alcoolique ; Diabete

ATCDs de lithiase, de cholecystectomie...

SF : Forme typique : Drame abdominal de Dieulafoy

Dlr abdo : Epigastrique, HCDt, ou diffuse à tt l'abdomen

Violente, transfixiante, s'aggrave progressivement en qqes h ; irradie dans le dos en inhibant la respiration ; Position antalgique en chien de fusil ; prolongée, résiste aux antalgiques habituels.

FF : Aliments copieux, Alcool

L'accalmie ne survient qu'au bout de plusieurs jours.

Vomissements : alimentaires puis bilieux ; Abondants, répétés ;

Iléus réflexe: arrêt des matières et gaz + météorisme.

SP :

Météorisme + Défense abdo diffuse ou localisée

Ictere= Orientation etio

TR/TV : Normal

Orifices herniaires libres

Recherche signes de gravité = Défaillances viscérales : polypnée, signe de DHEC, instabilité tensionnelle et tachycardie, désorientation, AEG...

NB : Discordance entre gravité des SG et pauvreté des SP +++

→ Paraclinique :

Bio :

Dosage enzymes pancréatiques ds le sang :

Dosage de la lipase : Elévation de la lipasémie est précoce, parfois fugace, pour atteindre un max en 24 à 48 h

Le diag certain si : Dlr typique + élévation > 3 N de la lipasémie.

NB : Amylasémie est abandonnée

NFS : Hyperleucocytose precoce / Anemie

Troubles ioniques : Hypocalcémie, hyperG

+/- Cytolyse

Bilan lipidique

Imagerie :

ASP : Permet d'éliminer d'autres urgences

Echo :

Renseigne sur taille, forme, echostructure pancréatique, et recherche etio biliaire (lithiase, dilatation VBP)

Echoendo : Microcalcul biliaire inaperçu par echo ; Sludgde biliaire

TDM pancréatique (+inj PC si pas de CI) : Pr etablir score Pc de Balthazar + Recherche etio

Indiqué a l'admission devt doute diag

3-4ej : si severité, aggravation clinique, nn reponse au ttt, doute diag

Pancreato-IRM : Recherche une tm intracanalair si >50ans.



III-Diag diff :

Affections médicales : crise ulcéreuse , IDM, embolie pulm

Affections chir : perforation d'ulcère, infarctus mésentérique, occlusion intestinale aiguë , cholecystite aiguë, Appendicite..

IV-Diag etio :

Freq :

Lithiasique : Migration d'un calcul biliaire dans la VB principale (mise en évidence par l'imagerie)

Alcoolisme chronique et important

Autres :

Iatrogène (postop/postCRPRE/ trauma)

Médicamenteuse

Tms malignes ou bénignes du pancréas

Infectieuse : Oreillons

Metabolique : Hypertriglycéridémie/ HyperCa

Autoimmunes

Inflammatoire : MICI...

Idiopathique

V-Diag de gravité :

→ Score de Ranson = Clinico-bio :

A l'admission (GALLA) : Age >55 ans, GB>16000, Glycémie >2g/l , ASAT >250UI/l , LDH >350 UI/l

Après 48H (BOUCHE): Sequestration liq >6l, PaO₂<60mmHg, aug urée >0,5 g/l

Dim Hématocrite de + de 10% , Chute des bicarbonates >4meq/l, Hypocalcémie <80mg/l

Si <3 criteres → PA modérée / Si >= 3 criteres : PA sévère

→ Score de Balthazar : Necrose ne prends pas le Pc contrairement au parenchyme sain

TDM :

A= Oedème glande pancréatique : 0pt/ **B=** A+ infiltration loge pancréatique : 1pt /

C= B+ atteinte perirénale G : 2pts / **D=** C+ atteinte des 2 loges rénales : 3 pts/

E= D+ infiltration du méso colon et du mésentère : 4 pts

TDM ac injection >=48H : Pas de necrose = 0pt ; Necrose <1/3 glande = 2 pts

Necrose >1/3 et <1/2 = 4 pts ; Necrose >1/2 = 6 pts

Entre 0-3 : 8% de sévérité

4-7 : 35% de sévérité

7-10 : 92% de sévérité

→ Score SIRS : nouveau score +++ : Si admission + persistance >48H → Mauvais Pc

Temp > 38 ou <36°

Fc >90

FR >20/min ou PCO₂ <32mmHg

Leuco >12000 (<4000)

Complications : En cas de PA nécrosante :

Choc hypovolémique ; IResp ; IRA obstructive ; CIVD ; Sepsis

Surinfection des coulées de necrose, Angiocholite, Abces, Peritonite

VII-PEC :

→ Buts:

Stabiliser le malade
Calmer la douleur
TTT etio

→ Moyens et indications :

-FMM +++

- **Correction du choc** : Remplissage + Drogues vasoactives

- **Nutrition artificielle** : alimentation normale reprise apres 48h sans douleur

-**Prevention surinfection** : Si suspicion de surinfection de la necrose, on doit realiser une pct pr etude bacterio = ATBie probabiliste suivie par ATbie adapté au germe.

-**TTT etio** :

Alcoolique : Alcool a arreter definitivement + Vitaminotherapie B1,B6 + Rehydratation importante. NB : Risque de delirium tremens

Biliaire : TTT lithiase :

1-Cholecystectomie : precoce si PA benigne / A froid si PA severe ac disparition des coulées inflammatoires + Extraction des calculs VBP par cholangiographie perop + Drain Kehr

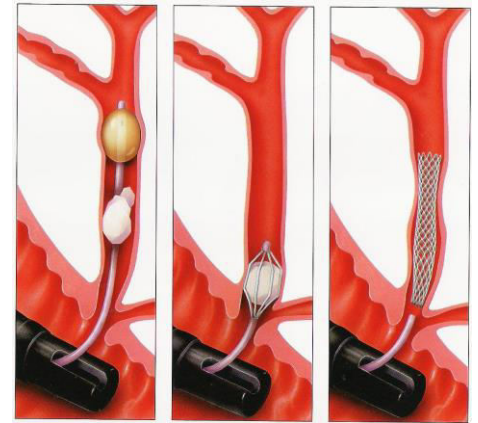
2-CPRE + sphincterotomie endo en urgence si angiocholite associée ou obstruction biliaire

-TTT complications :

TTT necrose infectée = Necrosectomie par drainage radio ou endo
voir drainage chir

Drainage des abcès ; faux kystes...

-**Surveillance** : Constantes ; Dlr ; Bio (lipasemie + CRP) ; Radio



CC :

-Urgence medicale de reanimation

-Diag guidée par la clinique et confirmé par la bio et la radio.

-TDM a permis de definir les diff stades de l'evolution + indications chir

-TTT est essentiellement medical, la chirurgie est reservé aux complications et au ttt de la lithiase.

-L'evolution est imprévisible : risque de complications viscérales

-IEC : Alcool +++

ULCERE DUODÉNAL PERFORÉ (x1)

I-Définition :

-Complication grave, parfois révélatrice de l'ulcère duodénal, nécessitant un diag précoce et un ttt chir urgent.

-Les ulcères duodénaux évoluent + svt que les ulcères gastriques vers la perforation

-Réalise un tableau de péritonite (infection de la sereuse péritonéale) par rupture de la barrière péritonéale du tube digestif.

-Peut se faire localement ou ds la grande cavité péritonéale.

-Interet : Urgence chirurgicale diag et ttt pouvant mettre en jeu le Pc vital (par choc septique); intéressant surtout l'adulte jeune. Est l'une des principales causes de péritonite.

II-CAT initial :

-FMM +++++

III-Diag + : Tableau de péritonite aiguë généralisée

→ Interro :

Age (sujet jeune) ; tares éventuelles, heure du dernier repas, notion de prise médicamenteuse (AINS)

ATCDs : ulcère connu, dlr épigastrique rythmés par les repas et périodiques

→SF :

Douleur abo : Epigastrique, brutale, très intense, d'emblée max en coup de poignard, rapidement généralisés

Vomissements : Inconstants, précoces, répétés, alimentaires, bilieux puis fécaloïdes ; parfois nausées

Troubles du transit : Arrêt matières et gaz ; parfois diarrhée

→SG :

-Conservé au début

-Puis : Sujet anxieux ac un faciès péritonéale (angoisse, yeux cernés, teint terreux) ; Pouls accéléré, TA normal, Fièvre précoce en cas de péritonite bactérienne tardive

→SP : Contracture abdominale :

Inspection : respiration courte, de forme costale, abdomen immobile lors des mvts resp, retraction de l'abdomen ac saillie des grands droits.

Palpation : Ventre de bois prédominant à l'épigastre :

Paroi abdo rigide (rigidité pariétale) : permanente, invincible et douloureuse, tonique.

Percussion : sonorité préhépatique, matité déclive

Auscultation : Absence de bruits hydro-aériques car ileus paralytique.

TR : douloureux, par tension du CDS de Douglas (cri de Douglas) = mm valeur que les signes pariétaux.

NB : Péritonite asthénique : se voit surtout chez le sujet âgé, taré, dénutri et/ou ID = Absence de contracture abdo ac signes généraux grave.

→Paraclinique :

Bio : Hyperleucocytose (absent au début), CRP, Bilan hémostase, Iono (IR), Hémoculture, GDS (acidose métabolique)

Radio thorax de face : pneumopéritoine

ASP (de face, couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques en expiration) :

Grisaille diffuse de l'épanchement intra-péritonéal ; Distension gazeuse du grele

(aérogrelie) et du colon (aérocolie) ac NHA de l'ileus réflexe

Pneumopéritoine +++

Echo : Confirme le diag de l'épanchement péritonéal + comblement de l'espace hépatorenal

TDM : + sensible pr la mée pneumopéritoine + ds certaines. En cas de perforation bouchée

→ absence de pneumopéritoine

TOGD : obsolète.

III-Diag diff :

Autres etio des peritonites aiguës généralisées : Peritonite biliaire, appendiculaire, génitale
Etio d'abdomen aiguë : Pancréatite aiguë, Infarctus entéromésentérique, hémopéritoine
Mais véritable danger est de méconnaître une urgence médicale : IDM, Colique hépatique ou néphrétique, Ascite néphrétique, Pneumopathie basale.

IV-Diag de gravité :

La peritonite risque d'évoluer vers un **choc toxico-infectieux** qui se caractérisera par : AEG, Fièvre, Frissons, HypoT, Hypothermie

V-CAT :

→Buts :

- Soulager + Stabiliser le malade
- Traiter l'infection péritonéale
- Eviter les complications

→ Moyens + Indications :

Délai entre le Diag et décision thérapeutique doit être court, car la mortalité post-op augmente significativement au-delà de 24 h.

-TTT médicale :

Mise en condition : voir en haut

Bilan pré-op

ATB à large spectre probabiliste: triple association synergique par voie parentérale puis adapté aux résultats bactériologiques.

IPP

-Méthode de Taylor : pratiquement abandonnée sauf chez les malades à haut risque chir.

-TTT chir : TTT peritonite + mie ulcéreuse

TTT peritonite :

Voie d'abord par coelio ou laparotomie médiane → Exploration complète de la cavité abdo → Plvmt du liq péritonéal pr exam bactériologique → Toilette péritonéale abondante au serum physiologique tiède. Parfois : drainage aspiratif au contact de la suture

TTT ulcère duodénal : Simple suture de la perforation avec épiploplastie ou associée à un ttt définitif de la mie ulcéreuse dt une bivaotomie tronculaire et une pyloroplastie.

-Surveillance : SG : fièvre/ HD/ fct respiratoire

Signes locaux : Reprise du transit ; Disparition des signes péritonéaux.

Signes bio : normalisation des PNN et fct rénale

CC :

-Urgence chir dt le diag essentiellement clinique (contracture) doit être précoce, car mise en jeu du Pc vital

-Endoscopie digestive est formellement CI +++

-TTT nécessite collaboration medico-chirurgicale et inclut trois étapes : symptomatique, ATB et chir.

-Nécessité d'une surveillance rapprochée

-IEC : Eviter l'utilisation abusive d'AINS +++

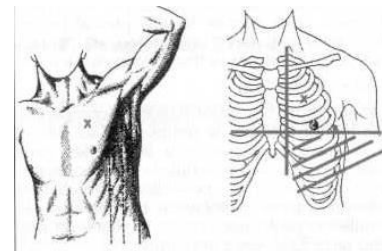


TRAUMATISMES FERMES DU THORAX (x1)

I-Définition :

-Lésions intéressant la paroi et/ou le contenu viscéral du thorax produites par un traumatisme non pénétrant.
-Causes les + freq : AVP, Chutes, Aggressions.
-Il n'existe pas de corrélation entre les lésions pariétales et les lésions endothoraciques qui peuvent être initialement occultes et s'exprimer secondairement.

-Interet : Patho relativement freq et svt grave (atteinte des organes nobles) menaçant le Pc vital par atteinte a la fois des fcts circulatoires et respi.



II-Physiopath :

→Mecanismes :

1-Choc direct: par écrasement

2-Choc par décélération

3-Lésions par blast (souffle)

→2 conséquences :

Détresse respiratoire:

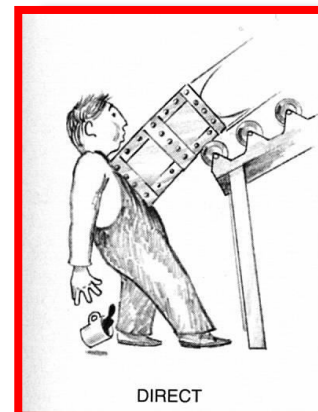
-Résulte d'une atteinte de la mécanique ventilatoire et/ou d'une inadéquation ventilation/perfusion secondaire a une atteinte des m. de la paroi thoracique → hypoventilation alvéolaire : aggravé par épanchement.

-Collapsus pulm ou contusion + oedème pericontusionnel → Effet shunt aggravant hypoxémie + Atelectasie.

Détresse hémodynamique: Choc hémorragique et/ou cardiogénique :

Choc hémorragique : sommation d'hémorragie de moyenne abondance → TRIADE LETALE DE MOORE : Hypothermie + Acidose+ Troubles coagulation

Choc cardiogénique par trauma direct du cœur (contusion myocardique), d'un pédicule coronaire, d'une valve cardiaque ou à la luxation du cœur voir lié a une tamponnade péricardique → Dim precharge.



III- CAT initiale :

→Sur les lieux de l'accident : Role des secours (sapeurs pompiers+++); Ramassage prudent + Couverture isotherme

→Transport médicalisé

→FMM+++ : + Couverture isotherme + Ecarter une urgence vital : PNO ou hemothorax suffocant

IV-Diag + :

→Interro :

Traumatisme : Heure, mécanisme (compression, deceleration, blast), pt d'impact

Traumatisé : Age, tares, heure du dernier repas

NB : Recherche de la notion de haute vélocité (piéton projeté, véhicule à grande vitesse, chute d'une grande hauteur) est un élément anamnestique fondamental.

→Exam clinique : Complet

→Paraclinique :

Bilan bio : Gpe Rh, NFS, Hémostase, Iono, GDS

ECG : Systématique chez tout polytraumatisé ; en cas de contusion myocardique

Bilan radio :

Rx thorax face : pr le diag +

Scanner spiralé: En cas de suspicion de lésions extra thoraciques

FAST-ECHO : Polytraum = 3P +++ (péricarde, peritoine, poumon)

ETO/ETT : Contusion myocardique ; Épanchement péricardique ; Fct cardiaque

Echo abdo : Suspicion de lésions abdo



Fibro bronchique : Suspicion de rupture tracheo-oesophagienne + Localiser hémorragie alvéolaire (contusion pulmonaire)

V-Tableaux radioclinique :

→ Lesions pariétales :

-**Fractures costales**: pt dlr, diag par radio thorax, peut se compliquer d'un hemoPNO ou emphyseme ss cutanée

-**Fractures clavicule** : Sans consequence

-**Fracture sternum** : si trauma direct severe.

-**Volet thoracique** : respiration paradoxal, dlr, diag par radio thorax

-**Ruptures diaphragmatiques** : Bruits hydroaerique thoracique, respiration abdo paradoxal + Radio avec image hydroaerique intrathoracique

→ Lesions viscérales :

Lesions parenchymateuses :

Contusion pulmonaire : Opacités flous a la radio, risque d'évolution vers SDRA++

Hematome pulmonaire : Opacites homogene a contours flous/ TDM thoracique ++++

Pneumatocèle

Lésions pleurales :

Pneumothorax : Sd d'épanchement gazeux

Hemothorax : Sd d'épanchement liq

Contusion cardio-pericardique :

Troubles du rythme ; Hemopericarde ; lésions valvulaires... Diag par ECG + Enzyme cardiaques + ETO + TDM

Ruptures trachéo-bronchiques :

Precocement : Hemoptysie, Pneumomediastin (emphyseme sscut, 2 bandes clairs de chaque cote du mediastin a la radio),

Tardivement : Atelectasie par Radio + TDM + Fibro

Ruptures isthme aortique : La + grave

Dim pouls femoraux + Aug PA aux MS + SS

A la radio pulmonaire :

Elargissement médiastinal + Disparition bouton aortique + Hemothorax

Rupture canal thoracique:

Chylothorax → Pct : TG élevé a la chimie +++

Rupture oesophage : Emphyse ss cutanée

VI-TTT :

→ Buts :

Soulager et stabiliser le malade

TTT des différentes lésions

Eviter les complications (Choc septique, embolie gazeuse, mediastinite..)

PEC rapide afin d'éviter triade fatale de moore (DAMAGE CONTROL : hypothermie, coagulopathie, Acidose)

→ Moyens et indications :

-**TTT med** : FMM + VNI

-**Drainages** : Thoracique (pneumothorax, hemothorax ou les 2) ; Pericardique (tamponnade)

-**Thoracotomie en cas** : Hemothorax > 1L ; Tamponnade intrapericardique, Fuite aerienne majeure apres drainage ; Lésions des gros vx intrathoracique (Prothese aortique)

-**En cas de rupture diaphragmatique** : reintegrer les visceres + fermer breche

→ Surveillance : Clinico-bio-radio + ECG

CC :

-Trauma thoracique est une lésion grave, necessitant une PEC rapide car peut évoluer de maniere pejorative.

-Ils sont très fréq associés à d'autres lésions viscérales et extra-thoracique majorant leur gravité

-L'amélioration de la connaissance de sa physiopath et l'avènement de thérapeutiques moins invasives permettront sans doute de réduire ses conséquences sur le Pc des patients traumatisés sévères.

TRAUMATISMES OUVERTS DU THORAX

I-Définition :

Solution de continuité de la paroi thoracique faisant communiquer la plèvre ac le milieu extérieur.

II-Physiopath :

St provoqués par : des armes blanches, des projectiles divers (balles, éclats), parfois des cornes d'animaux.

Lors d'une plaie thoracique, il y a ouverture de la cavité pleurale et si l'orifice est volumineux, cette cavité peut communiquer directement ac le milieu ext, on parle alors de plaie thoracique soufflante.

Ces lésions peuvent intéresser la paroi du thorax, les poumons et l'arbre trachéo-bronchique, le médiastin

Ses conséquences sont doubles : l'hémorragie et le risque respiratoire.

2 types :

Penetrante : effraction pleurale / Non penetrante : Sans effraction pleurale



III-Clinique et CAT :

→ Plaies ouvertes :

Si larges : Souffle a chaque mvt respiratoire ac projection d'air et de sang ; Asphyxie grave

Si petites : Signes dépendent des lésions intra-thoraciques

→ Plaies transfixiantes : Orifice d'entrée et de sortie

Plaies nn pénétrantes : simple suture

Plaies penetrantes peu profondes : Drainage si épanchement ; Thoracotomie si reprise hémorragique ou fuite aérienne

Plaies penetrantes profondes : Rapidement mortelles par hemothorax massif

→ Plaies du cœur :

Blessé blanc : Etat de mort apparente ; Pouls absent ; TA effondrée

Blessé bleu : Agitation, obnubilation, distension des v.jugulaires, cyanose, Patient ne supportant pas la position couchée, Pouls rapide,

Dans tt les cas :

Rea : Oxygenotherapie, voies veineuses

Thoracotomie ant G : Exploration + réparation des lésions

PLAIES DU COEUR

I-Définition :

Ce st des lésions de la paroi cardiaque qui pvent etre consécutives a une plaie pénétrante du thorax, surtt par arme blanche (ou arme a feu, iatrogene) ou a un trauma fermé du thorax. Ds + de 50% des cas, le blessé meurt avt l'arrivée a l'hopital et le diag est fait a l'autopsie.



II-Clinique et PEC :

→ Etat de mort apparente :

Sujet en collapsus cv extrême

Indication d'une thoracotomie de sauvetage :

massage cardiaque interne, clampage de l'aorte descendante

Une fois l'état hemodynamique amélioré : le geste chir curatif pourra être envisagé

→ Tamponnade cardiaque : Blessé bleu :

Interro : Circonstances du traumatisme , ATCDs du traumatisé

Exam physique : Orifice d'entree , malade agité ou dyspnée intense , Signes de choc, Turgescence des jugulaires, position couchée aggrave la symptomato

Exam cardiaque = Assourdissement des bruits du cœur a l'auscultation , dim du choc de pointe a la palpation, aug de l'aire de matité cardiaque a la percussion

Paraclinique :

ECG : Troubles du rythme et de repolarisation , microvoltage

Radio thorax : CMG, lésions pp associées

Echocoeur : Epanchement pericardique, lésions associées

TTT :

Mesures de rea a l'admission : Oxygenation , regle des 4 sondes, Remplisage, surveillance..

Ponction pericardique : Voie ss xiphoidienne, evacuation de l'épanchement induit = Dim PVC, aug TA, ralentissement du pouls, Radio thorax de contrôle est nécessaire

Drainage chir : Pericardotomie sous xiphoidienne = Pr maintenir l'amélioration hemodynamique en attendant l'intervention

TTT chir : Thoractomie / Ouverture du pericarde et evacuation épanchement / Exploration soigneuse du coeur/ TTT de ttes les lésions associées/ Surveillance de l'état cardio circulatoire et respiratoire en postop

→ Tableau de choc hémorragique = Blessé blanc

Clinique :

Paleur extreme, obnubilation , agitation, coma, polypnée superficielle , extrémité glacée

Mesures de rea en urgence :

Si état hemodynamique stabilisé : surveillance clinique et paraclinique

Si état hemodynamique nn amélioré : thoracotomie en extrême urgence pr assurer l'hémostase

CC :

L'amélioration du Pc des plaies cardiaques passe d'abord par l'amélioration des conditions de ramassage et de transport car l'évolution dépendra du délai de la PEC.

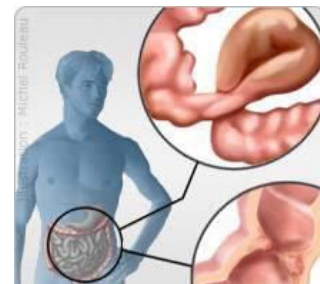
A l'hôpital, il ne faut pas hésiter à faire la thoracotomie d'urgence en cas de non amélioration de l'état hemodynamique apres mesures de rea.

OCCLUSION DU GRELE

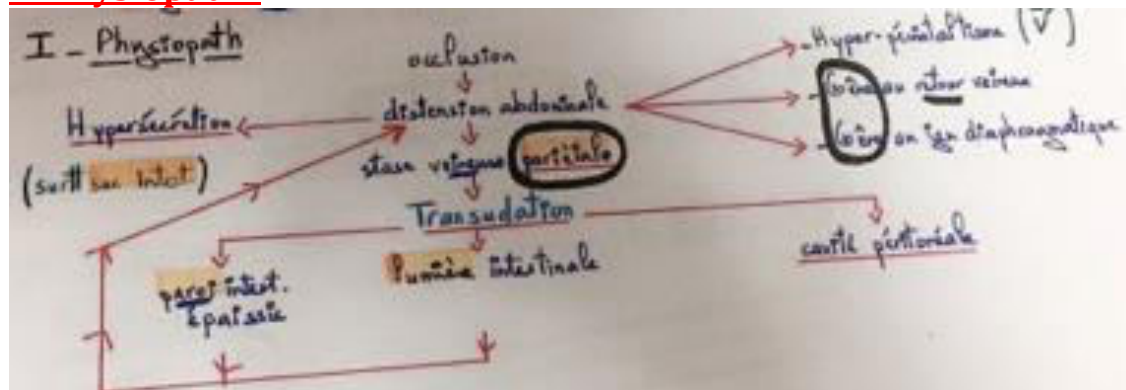
I-Définition :

Il s'agit d'un arrêt complet et persistant des matières et des gaz au niveau d'un segment de l'intestin grêle.

C'est une urgence médicale dont la gravité est liée aux troubles hémodynamiques et vasculaires aboutissant à l'ischémie puis nécrose.



II-Physiopath :



III-Diag + :

→ Diag de niveau :

Interro : Notion de chirurgie récente ou ancienne, Age, Tares éventuelles, Début et évolution des signes

SF : Douleur épigastrique avec paroxysmes répétés, vomissements précoces, AMG tardifs et incomplets

SG : État G conservé au début, ne s'altère que tardivement

SP :

Inspection : météorisme central, périombilical, ondulation péristaltique

Palpation : Douleur provoquée au même endroit que les douleurs spontanées, palpation systématique des orifices herniaires

Percussion : Tympanisme

Auscultation : Gargouillement, silence abdominal (peut annoncer la gangrène d'une anse occluse)

Bio :

NFS : Hémococoncentration, hyperleucocytose

Ionos : Recherche des troubles hémodynamiques, urée et créatinine augmentées par hémococoncentration ou suite à une IRA fonctionnelle

Radio :

ASP : Niveaux hydro-aériques de type grêlique, nombreux, centraux, plus larges que hauts, petits, indépendants avec empreinte des valvules

Autres : transit du grêle, TDM → diagnostic étiologique et viabilité de l'anse



→ **Diag de mecanisme :**

Occlusion mecanique :

Par strangulation :	Par obstruction simple :
SF : Debut brutal , dlr permanente SG : Etat de choc precoce et severe SP : Pas de peristaltisme, asymetrie du meteorisme ASP : Anse etranglé unique, NHA au dessus, cadre colique normal	SF : debut progressif, dlr – violente SG : Etat G conservé SP : peristaltisme constant, meteorisme modéré, gargouillement a l'auscultation ASP : NHA + large que hauts, centraux, multiples

Occlusion fonctionnelle :

Clinique : notion de prise medicamenteuse , sd ulcereux abdo, occlusion postop, hypokaliemie

Radio : Distension gazeuse diffuse (grele + colon) sans NHA

Occlusion inflammatoire :

Signes en faveur de : cholecystite aigue, appendicite aigue, pancreatite aigue, Crohn

ASP : Distension importante de l'estomac ; les lignes de niveau st franches

IV-Complications:

Locales : Anoxie parietale → Paralysie intestin → Gangrene et perforation

Generales : DHEC, Spoliation ionique , Peritonite , Deces

V-Diag differentiel :

Infarctus du mesentere/ IDM

Pancreatite aigue/ Appendicite aigue

Hemoperitoine/ HRP

Torsion annexielle, ovarienne

Colique nephretique ou hepatite

VI-TTT :

→ Reanimation = TTT med

Oxygenotherapie

Suspension alimentation orale + aspiration gastrique continue

Reequilibration HE et hemodynamique

Sonde urinaire ac controle de la diurese

ATBie si risque infectieux + antalgiques + antispasmodiques

→ Laparotomie = TTT chir

Exploration

Section d'une bride

Resection anastomose

TTT etio

Fixation du grele pr eviter les recidives

VOLVULUS DU SIGMOÏDE

I-Définition :

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

La gravité est liée au terrain et aux délais thérapeutiques.

Les indications thérap dépendent de l'état général, du risque vx et du risque récidive.

II-Diag + :

→Interrogatoire :

Age

ATCDs : constipation, crises subocclusives spontanément résolutive, distension abdo, dlrs abdo paroxystiques, délai de consultation p/r a l'installation des SF

→SF :

Fond douloureux permanent ac de violentes coliques paroxystiques.

Douleurs maximales au niveau de la fosse iliaque gauche.

Etat nauséux + Arrêt des matières et des gaz +++.

→SG :

Etat général relativement conservé.

Température le + svt normale.

Pouls bien frappé ; Faciès à peine altéré

Si diag tardif → Etat de choc.

→SP :

Inspection : météorisme énorme, asymétrique.

Palpation : zone de météorisme lisse tendue et rénitente. Les orifices herniaires sont libres. Parfois, douleur et défense abdominales.

Percussion : tympanisme dans la région météorisée

TR : Ampoule rectale vide.

Exam somatique complet rapidement effectué

→ Paraclinique :

Biologie : Gpage ABO-Rh, NFS, crase sanguine, Iono

Radiologie :

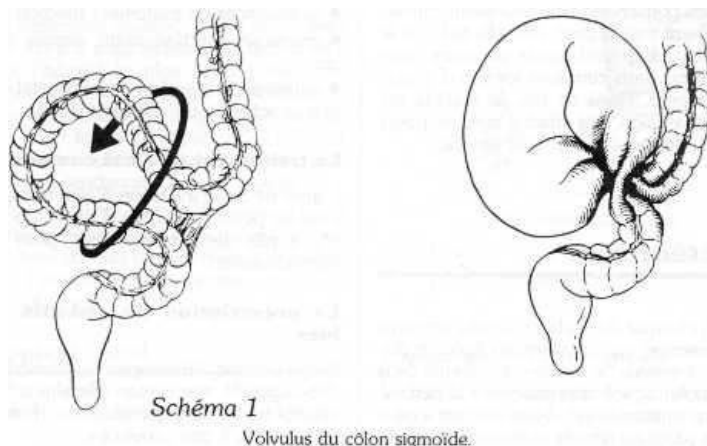
ASP debout et de face : Anse sigmoïde dilatée, Aspect en arceau volumineux médian, NHA au pied de chaque anse séparé par une cloison axiale , pas de pneumopéritoine

Lavement opaque aux HS : Doit être prudent, après élimination d'une perforation : Spire de torsion / Image en bec d'oiseau correspondant à la charnière recto-sigmoïdienne. Parfois le produit franchit la torsion & inonde l'anse sigmoïdienne tordue.

III-Diag diff :

Cancer recto-sigmoïdien.

Iléus biliaire



IV-CAT :

→ TTT med :

Rea :

Aspiration gastrique , O2, Sonde urinaire , VVC

Suspension de toute alim orale.

Rééquilibration HE

ATB préventive contre les BGN et les anaérobies.

Intubation recto-sigmoïdienne : sous rectoscopie,

Après avoir éliminé un sphacèle ou une occlusion du grêle.

Doit entraîner l'épreuve de détorsion : Débâcle de matières et de gaz + Reprise du transit +

Réduction radio.

Elle peut constituer le seul TTT si l'acte chir est formellement CI

Tps préliminaire a la resection

→ TTT chir :

Indications :

En urgence : SI :

Malade vu tardivement ; Diag incertain ; Suspicion de sphacèle ou de péritonite ; Echec de l'intubation.

En différé : Quand le succès de l'intubation autorise une préparation satisfaisante.

Principe : Voie d'abord est médiane sous ombilicale

Si anse saine : détorsion et vidange du contenu intestinale par sonde rectale + résection-anastomose ac ou sans stomie de protection (Hartmann/ Bouilly Volkman) +

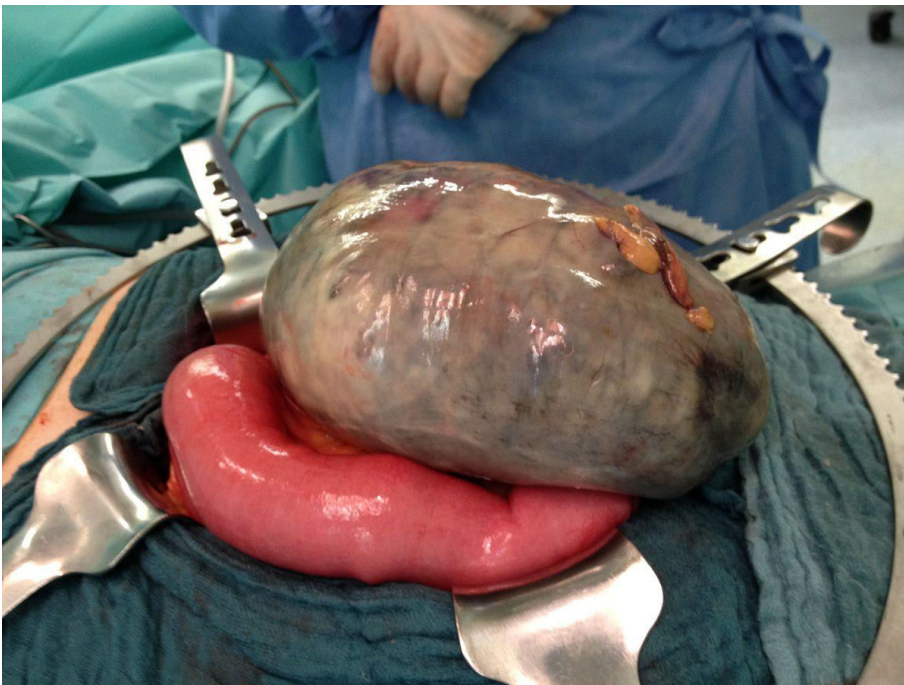
Retablisement continuité 2 ou 3 mois apres

Si anse sphacélée ou douteuse :

Résection de l'anse volvulée sans détorsion puis anastomose ac stomie de protection

= Bouilly Volkman ou Hartmann par la suite

Si cavité péritonéale souillée : Toilette péritonéale abondante et drainage.



CC :

Affection grave atteignant les sujets ages multitarés

Symptomato insidieuse fait que son diag est svt tardif

Meilleur ttt reste preventif = Resection a froid des dolicho-sigmides ayant entraîné des accidents sub-occlusifs

HERNIES ETRANGLÉES

I-Définition :

Striction serrée et rapide des organes contenus dans un sac herniaire responsable d'environ 10% des Sd occlusifs.

Urgence chir exigeant un diag et une intervention sans délai, sinon l'évolution se fera vers des complications mortelles (9% des mortalités)

II-Diag + :

→ Clinique :

SF :

Forme de début : Brutal a la suite d'un effort ou d'un acces de toux

Dlr continue, siégeant au niv abdo, pvant etre localisée : a la racine de la cuisse

(H.inguinale, crural) ; a l'ombilic (h.ombilical, de la ligne blanche)

Nausées et vomissements

Forme tardive : Dlr abdo diffuse, vomissements, arret des matieres et gaz, meteorisme abdo

SP :

Palpation : Decouvre une tumefaction herniaire, resistente, tendue, non impulsive, irreductible et surtt douloureuse :

Inguinal : contenu herniaire emerge au dessus de l'arcade crurale

Crurale : contenu herniaire emerge en dessous de l'arcade crurale

Ombilical : contenu herniaire sort par l'anneau ombilicat

TR : Normal

SG : Discrets au debut, evolution par la suite vers une DHA du fait des vomissements.

Fievre , etat de choc en cas de perforation d'une anse

→ Paraclinique :

Bio : NFS, iono

Radio :

ASP = Distension gazeuse, NHA

Radio poumon

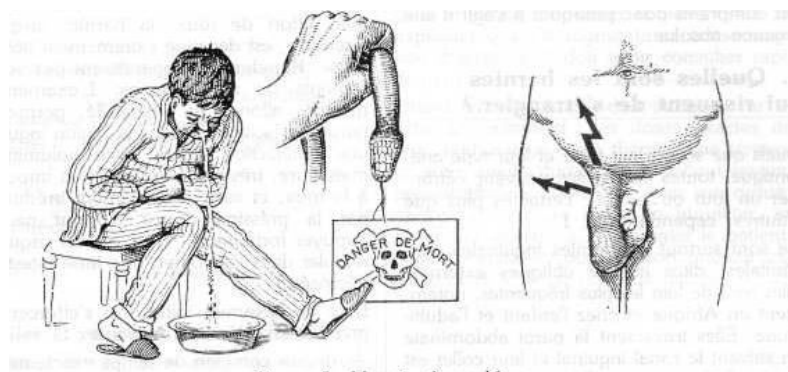


Figure 2. Hernie étranglée.

III-Diag diff :

Hydrocèle, Testicule ectopique, Torsion testiculaire,

Lipome, kyste épидидymaire, hématome, ADP , Tm, Anévrisme fémoral.

IV-Evolution :

Sphacèle + Gangrène par ischémie de l'anse intestinale incarceration.

Infection + complications metaboliques

Etat de choc ...

V-CAT :

Rea : Règle des 4 sondes + Rehydratation + ATbie + Antalgiques + VVP

Intervention chir :

Abord électif :

Transversal ou médian : H. ombilical ou ligne blanche

Inguinal transversal ou oblique : H. inguinal

Direct par incision longitudinale ou inguinal classique : H. crurale

Ouverture du sac herniaire :

Contenu exclusivement épiploïque : résection grasse infarcie

Anses greles ou segment colique dt la couleur devient rapidement normal :

reintégration

Intestin violacé, noirâtre ou perforé : Résection ac retablisement de la continuité/stomie

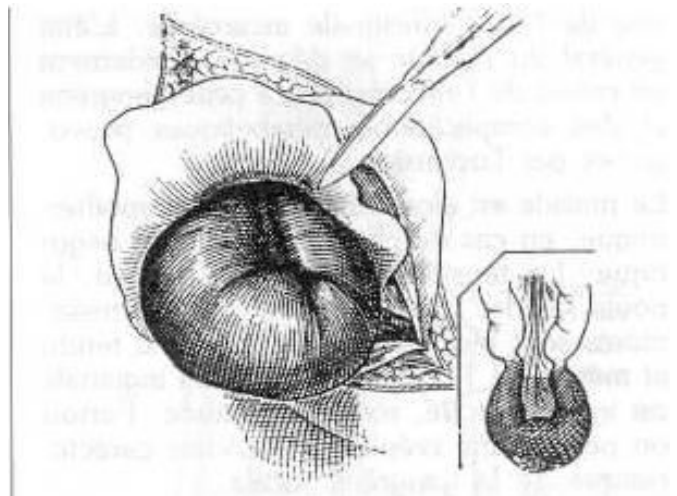
Intestin douteux : Serum chaud + infiltration du meso par la novocaïne, si au bout d'un certain tps l'intestin reprend une coloration normale → Reintégration

Cure de la hernie : Résection du sac et refecion pariétale

CC :

La hernie étranglée est une des urgences les + fréq.
Le diag est simple mais le TTT chir ne doit souffrir d'aucun retard.

La gravité potentielle, liée au risque d'occlusion intestinale aiguë et de sphacèle intestinal, est imprévisible et tout doit donc être fait pour permettre à ces patients d'être opérés dans les + brefs délais.

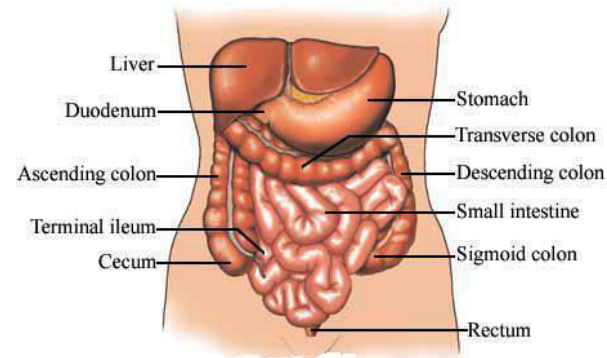


ABDOMEN AIGUE NON TRAUMATIQUE EN DEHORS DE LA PERIODE POSTOP

I-Définition :

Sd freq en salle d'urgence.

Il s'agit d'une dlr abdo évoluant en - de 7jrs. L'objectif principal est de poser le diag le + précis possible, tt en respectant les impératifs de l'urgence.



II-Diag + :

→Clinique:

Interro :

Terrain : age, tares, prise medicamenteuse

ATCDs : dlr abdo de mm type, ATCDs fam

Semio dlr : Siege, irradiation, type, intensité, FF, evolution, signes associés

Douleurs d'origine hépatique :

Siège: hypochondre droit / Irr : Epaule droite, dos / Type: colique /

FF: aliments gras

Douleur d'origine pancréatique :

Siège: épigastrique, sus ombilical / Irr: dorsale transfixiante / Type : crampe

FF : alcool, aliments gras

Douleurs d'origine colique :

Siège: en cadre diffuse/ Irr: le dos, le long du cadre colique / Type : colique

Signes associées : Generaux , digestive, extradiag

Exam physique : Complet ac 4 tps de l'exam clinique, orifices herniaires, TV-TR, exam G

→ Paraclinique :

Bio : NFS, Iono, CRP, Bilan hepatique, Lipasémie, BHCG, Hemoculture si temp >38°

Morphologie : ASP, Echo abdo, Radio poumon, ECG, Echopelv, TDM, Explorations chir

III-Diag etio :

→ Dlr abdo d'origine digestive :

Sd ulcéreux : UGD, Gastrite aigue, Peritoine aigue , Lymphome/Kc gastrique

Dlr HCDt : Cholecystite, angiocholite, abcès hepatique, appendicite sshepatique

Dlr fosses iliaques : Appendicite a dte, sigmoidite a G, amoebome, BK ileocaecale, Crohn

Sd de Koening : diverticule de Meckel, Ileus biliaire, invagination intestinale, lymphome..

Distension abdo : Occlusion, volvulus du sigmoide, peritonite Tuberculeuse

Contracture : Peritonite, infarctus mesenterique

→ Dlr abdo d'origine extra-digestive :

Cv : IDM ds sa forme post **Metabolique :** Decompensation AC, porphyrie aigue

Mie G : Purpura rhumatoide, PAN

Origine genito-uro : PNA, GEU, Pyonephrose

Origine psycho-fonctionnelle : Digestive surtt

Origine pariétal : hematome du m. droit

IV-CAT :

Attitude initiale : Surveillance en rea, garder a jeun +/- aspiration digestive si ileus,

reequilibration HE, Demander l'avis d'un chir, Antalgiques : Antispasmodiques ou

Morphine si un Diag chir a été éliminé ou si l'indication operatoire est posée.

TTT spécifique : Intervention chir d'urgence, TTT med etio (ATBie) , Surveillance parfois en presence d'un Sd intermenstruel

CC : Le problème de l'abdomen aigu nn traumatique est difficile et se prête mal à la mise en place d'une stratégie générale : un fx d'arg est necessaire pr evoquer le diag / decider du bon moment d'intervention

I-Définition :

Devant une douleur proctologique aigue -apparue depuis qlq h ou sem ; la conduite pratique consiste à la rattacher à son étio grâce à un interro et un examen clinique bien conduits, afin de pouvoir proposer un traitement adéquat.

II-Diag + :

→Interro : permet de rechercher :

Circonstances de survenue de la dl, son intensité, le mode d'installation, les facteurs déclenchants(épisodes de défécations), l'existence d'une position antalgique éventuelle, sa durée, et l'existence d'autres symptômes fonctionnelles.

ATCD proctologiques, digestifs, urinaires, traumatologiques.

→Exam physique :

Réalisé sous un bon éclairage, le malade étant placé en genu pectoral ou en décubitus lat G (chien de fusil). 4 temps immuables :

Inspection de la marge anale au repos et à la poussée.

Palpation du périnée et déplissement de la marge anale à la recherche d'une anomalie de surface : ulcération, tuméfaction, orifice, écoulement anormal.

Toucher ano-rectal.

Anuscopie : permet de confirmer des lésions suspectées au TR.

L'examen doit être achevé par la palpation des aires ggaires pr éliminer une affection spécifique (syphilis).

III-Diag etio :

Thromboses hémorroïdaires.

Fissure anale.

Suppurations ano-rectales.

Mies sexuellement transmissibles : Herpes,

Papillomatose anale

Autres papillites, cryptites, corps étrangers, fécalomes.



IV-CAT :

Depend de l'etio :

→Thromboses hémorroïdaires :

TTT simple et peut être médicamenteux= régularisation du transit, veinotoniques, AINS

Chir sous AL = Incision ou excision du paquet hémorroïdaire thrombosé

→Fissure anale :

Régulariser le transit + Appliquer des topiques locaux= Pommades ayant des effets antalgiques et cicatrisants

En cas d'inefficacité du trt de 1ere intention= Applicat° de pommade à base de dérivés nitrés ou une inj de toxine botulinique pvt être réalisées.

TTT chir = Si inefficacité TTT med = fissurectomie ± anoplastie muqueuse ± sphinctérotomie

→Suppurations ano-périnéales :

Incision ss AG ou AL ac exam bactériologique du pus + ATB + AINS

→ MIST :

Infection à herpès= Acyclovir per os ou / voie IV + Soins locaux

→ CE enclavé dans le rectum :

Extraction= Manoeuvres bimanuelles, anse diathermique ou sonde à double ballonnet.

→Fécalomes :

Lavements huileux + fragmentation digitale.

Evacuat° manuelle ss AG = réalisé ac prudence car risque de rupture sphinctérienne

CC : Dlr procto est un motif fréq de consultation. Son diag repose exclusivement sur un examen clinique bien conduit. Les étio st dominées par la fissure anale + thromboses hémorroïdaires.

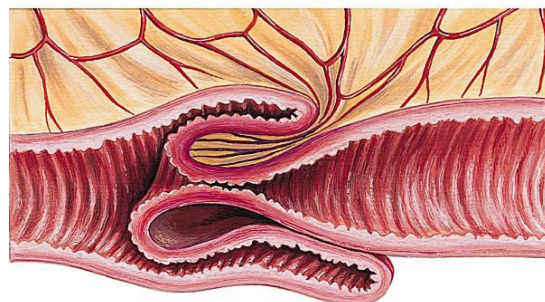
INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

I-Def:

Se définit comme une pénétration d'un segment intestinal dans le segment immédiat sous-jacent.

Pathologie du nourrisson, est idiopathique ds 90% des cas, mais peut être secondaire (surtt grand enfant/ adulte)

Urgence medical qui risqué de devenir chir.



II-Etio:

I.I.idiopathique : les plus freq:

Hyperplasie des plaques de Peyer → obstacle → hyperperistaltisme

I.I.A secondaires :

Diverticule de Meckel ; purpura rhumatoïde ; invaginations post-op

Autres: duplications digestives; autres tumeurs digestives / hémangiome ; mucoviscidose chimio.

III-Diag + : Forme habituelle : I.I.A. idiopathique du nourrisson +++

→SF: Triade classique: Dlrs paroxystiques (cris incessants) + Vomissements (alimentaires) + Rectorragies (si massive= signe de gravité)

→SG:

Fièvre : légère est en rapport avec l'affection virale causale.

Etat général : conservé au début.

→Signes physiques :

Palpation du boudin d'invagination : masse allongée, siégeant sur le cadre colique.

TR+++ : avec l'auriculaire doit être systématique= présence de sang + la tête de boudin.

→ CAT initiale : Avt tt exam complémentaire

TTT la douleur + VVP + Sonde gastrique + TTT etat de choc et DHA + Effectuer plvmts sanguins (calcémie, iono...)

→Imagerie :

ASP : cliché de face debout et en position couché: opacité en masse allongé = boudin

Echo : Exam de 1^{ère} intention devant : image de boudin d'invagination :

En coupe transversale : image en cocarde ou en cible avec une plage centrale hyperéchogène et une couronne périph hypoéchogène.

En coupe longitudinale : L'aspect est celui d'un sandwich ou d'un pseudo-rein.

Lavement opaque: diag + method de ttt de l'I.A. CI: suspicion de ncrose int/ AEG/ occlusion int.

IV-CAT :

→ Buts : Reduire invagination intestinal aigue

→Methodes :

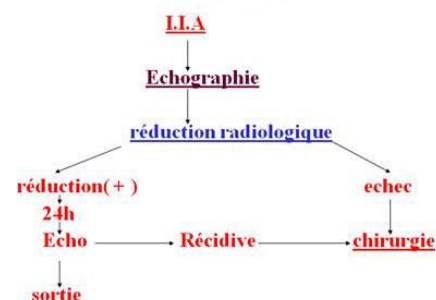
Reduction radio : hydrostatique; pneumatique (par insufflation gazeuse); hydrique

Reduction chir: ac resection suivie d'anastomose termino-terminale.

→Indications:

Reduction radio : <48H, BEG, Pas d'occlusion, Pas de peritonite

Reduction chir : Echec de la reduction radio, formes compliquées, formes secondaires.



BRULURES

I-Définition :

Destruction du revêtement cut, voire des tissus sous-jacents, consecutive a l'action d'agents : **thermiques ; électriques ; chimiques ; radiations**
 Urgence medicochir, esthétique, mettant en jeu le Pc vital ou fonctionnel: par son étendue, sa localisation, ses conséquences sur les fcts vitales et l'association a d'autres lésions.
 PEC precoce et adaptée + nécessité d'une prevention



II-Physiopath :

2 phases chronologiques :

→ **Phase initiale** : Flux de liq riche en protéines vers les tissus:

Sd œdémateux et état de choc hypovolémique.

→ **Phase secondaire** : Tissus brûlés sont le siège de :

Réactions inflammatoires locales → Cicatrisation

Réaction inflammatoire systémique (SIRS) → Défaillance hémodynamique et resp, risque évolutif vers un Sd de défaillance multi viscérale

→ Intérêt d'une excision chir précoce.

→ **Phase tardive**:

- **Hyper métabolisme & déséquilibre hormonal** (élévation des hormones catabolisantes)

- **Immunodépression cellulaire & humorale**

- **Troubles métaboliques et Endocriniens** → **Dénutrition** → **Risque septique**

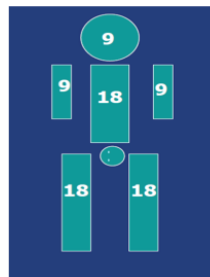
III-Bilan initiale :

→ **Evaluation de la surface** :

Adulte = 9 regles de Wallace

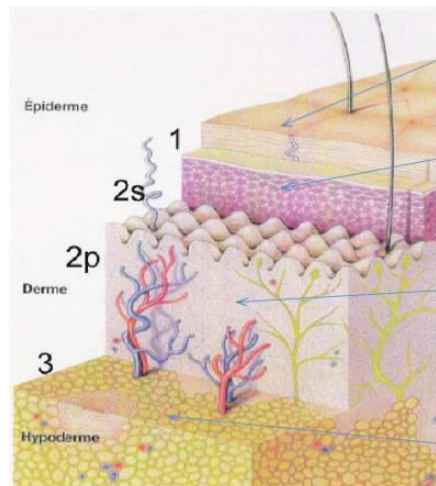
Enfant = Regle de Lund et Browder

→ **Evaluation de la profondeur** :



Règle des 9 de Wallace :

- Tête et cou = 9%
- Tronc face ant. = 18%
- Tronc face post. = 18%
- Membres sup. = 9% x 2
- Membres inf. = 18% x 2
- Périnée et o.g.e. = 1%
- Total = 100%



atteinte superficielle épidermique

atteinte totale de l'épiderme
 écrêtement de la membrane basale
 atteinte du derme papillaire

destruction de l'épiderme excepté au niveau des follicules pileux destruction de la membrane basale plus ou moins complète
 atteinte du derme réticulaire

destruction de la totalité de l'épiderme
 destruction complète de la membrane basale
 atteinte profonde du derme et parfois de l'hypoderme

	Brulures 1 ^{er} degré	Brulures 2 ^e degré superf	Brulures 2 ^e degré profond	Brulures 3 ^e degré	Carbonisation
Clinique	Simple erytheme	phlyctènes volumineuses, peau sous-jacente rouge et chaude, très douloureux+++ , hémorragique à la scarification.	peau rouge vineux, peu douloureux+++ , peu hémorragique à la scarification, poils adhérents	peau cartonnée qui va du blanc nacré au rouge vineux, nn dlr peu sensible, nn hémorragique à la scarification, poils nn adhérents	aspect brunâtre, les poils ont disparus les vaisseaux superficiels sont thrombosés

→ Signes de gravité :

Age : Indice de Baux : âge (ans) + surface brûlée (%)

>75 mauvais pronostic

>100 très mauvais pronostic

Localisation :

risque vital : face (oedème+++ , inhalation , épiglottite...)

risque infectieux : périnée

risque fonctionnel : face (paupières exposition des globes oculaires , microstomie)

mains , pieds (expositions articulaires et tendineuses , amputations)

membres : garrot des brûlures circulaires (escarrotomies , aponévrotomies)

risque esthétique : toutes les zones découvertes

Lesions associées : Polytraumatisé/ Blasté/ inhalation/ Electrisé/ Irradié

IV-PEC ds les 1eres 48H :

→ En prehospitalier = Sur les lieux

Extraire le patient du lieu du danger

Retirer les vêtements sauf s'ils sont adhérents au revêtement cutané.

Analyser du contexte de survenue

Evaluation clinique rapide: Hémodynamique – Respiratoire - Neuro - Gravité des brûlures

→ Assistance respiratoire :

Oxygénothérapie est **systématique**.

Intubation: ds certains cas

→ Expansion volémique :

Perfuser 20 ml/kg de cristalloïdes (Ringer Lactate) au cours de la **1ere h qqe soit la surface brûlée**

→ Lutte contre l'hypothermie :

Couverture des lésions à l'aide de **champs stériles et d'une couverture de survie.**

→ Lutte contre la dlr : Morphine

→ Hospitalière :

Accueil et mise en condition :

Lieux propres , chauffés , mesures d'hygiène

Evaluation des gdes fonctions

VV : 2VVP si >70% SCB , VVC si >30%

Sonde urinaire , monitoring

Bilan paraclinique initiale : NFS , Iono , GDS , recherche de toxiques , radio thorax

Rea du brûlé :

Rea resp : Oxygénothérapie ; indications de l'intubation : DR patente , tr de csce , inhalation de fumée prouvée , brûlures cervico-faciales

Remplissage vx : par du SS ou Ringerlactate et en cas de besoin : macromolécules

Formules de Parkland (Adulte) : 40mg/kg/% SCB , la moitié ds les 8H , le reste ds les 16H

Formule de Carvajal (Enft) : 5000ml/m²/% SCB + 2000ml/m² de SCT , la moitié en 8H

Surveillance du remplissage : PAS >10mmHg , PAD >4mmHg , diurèse >0,5 ml/kg/h , hémocrite <50%

Soins locaux : salle prechauffée , pansements gras , flamazine , lavage , phlyctènes excisés ...

CC :

Lésions du 1^{er} degré : guérison spontanée en 48H

Lesions de 2^e degré superf : guérison en 15j

Lesions de 2^e degré profond : cicatrisation spontanée en 3sem de mauvaise qualité

Lesions de 3^e degré : pas de cicatrisation spontanée , nécessite greffe si >1% de la SCB

TRAUMATO

I'm a Surgeon



FRACTURES OUVERTES DE LA JAMBE (x5)

I-Définition :

-Fracture diaphysaire et metaphyso-diaphysaire, extra articulaire, d'un ou des 2 os de la jambe (tibia, fibula) associée a une solution de continuité cut faisant communiquer l'os ac le milieu extérieur

-Sujet jeune, AVP, généralement par trauma direct.

-Interet : Urgence traumatologique extrême freq menaçant le Pc vital (infections) et fonctionnel (Sd des loges)

II-CAT initial :

→Sur les lieux de l'accident : Role des secours (sapeurs pompiers+++);

Ramassage prudent, Hemostase par pansement compressif + Immobilisation jambe ds une attelle +/- réduction ou réalignement si absence pouls distaux

Couverture isotherme

→Transport médicalisé

→FMM+++ : Sonde vésicale après avoir éliminé une lésion urétrale

-Antalgiques+++

-Desinfection + lavage plaie + SAT + rappel VAT + ATBprophylaxie a large spectre

III- Diag + :

Diag evident devt un blessé qui se plaint d'une dlr + IF apres un trauma du segmt jambier

→Interro: concerne:

Traumatisme: type de traumatisme, circonstances, le mécanisme, l'heure, l'intensité...

Traumatisé: âge, ATCDs, médication reçue, heure du dernier repas...

SF : Dlr, IF totale du MI apres un trauma du segment jambier.

→ Exam physique :

Examen local :

Inspection:

-Etablit la presence d'une ouverture cut qu'il faudra classer selon Cauchoix Duparc:

Type I: plaie linéaire ou punctiforme, suturale sans tension, ss decollement ni contusion

Type II: plaie ac contusion de berges, decollement +/- étendue, ac risque de nécrose cutanée,

Type III: plaie ac perte de substance cut en regard ou à proximité du foyer de fracture, non suturable, nécessitant un geste de couverture.

-Recherche déformations (rotation ext du pied, raccourcissement jambe, angulation), lésions musculaires, perte de substances osseuses ; Oedeme, ecchymoses...

Palpation: dlr exquise, crépitations osseuses

Mobilisation: douloureuse et aggrave la deformation.

Exam locoregional :

Musculaire : Hematomes, déchirures, contusions

Vasculaire : pouls pedieux et tibial post, chaleur et coloration téguments

Nerveux : SPE (deficit a la dorsiflexion pied) ; tibial post (deficit flexion plantaire et etude sensibilité du pied)

Arti : arti sus et sous jacentes...

Osseuse : Lésions associées

Exam G: Aspect des urines (hematurie macro + BU) + Globe vesical

Recherche de lésions associées : Plaie scalp ; Ecchymose en lunettes ; Epistaxis ;

Otorragies ; Luxation mandibule ; Emphyseme sscut ; Volet thoracique ; PNO ;

Hemoperitoine ...

→Paraclinique :

-Radio jambe F+P prenant arti sus et sous jacentes (genou et cheville) : Diag positif

Etude anato-radio : Type fracture : simple (2 fragments : transversale, spiroïde) / Complexe (>2 fragments : en aile de papillon, bifocal, comminutive)

Siege : Diaphyse/ Metaphyse

Deplacement : Angulation ; Baionnette, Chevauchement, Decalage (rotation), nn déplacée

-Autres radio si signes d'appel

-Bio : Recherche Sd infectieux + Bilan preop (NFS, Gpage ...)

IV-Diag diff : Fracture fermés de la jambe

V-Diag de gravité :

-Sd ischémique du MI (4P de griffith), Complications thromboemboliques, Embolie graisseuse,

-Sd des loges , Cal vicieux, Pseudarthrose, Déplacement 2daire, Raideur

-Infection locale, Necrose cutanée, Osteite chronique, Troubles trophiques

VI-PEC :

→Buts :

Soulager le malade

Retablir la solution de continuité cutanée et osseuse

Eviter les complications

→ Moyens :

-TTT des lésions osseuses :

Orthopédique : immobilisation par Plâtre cruropedieux pdt 6-8sem puis botte plâtrée pdt 6-8 sem

Chir : Reduction + contention / Osteosynthese

-TTT des lésions associées : Parage de la plaie , reparation des lésions vasculo-nerveuses, incisions de décharge

-Reeducation tjrs de mise ++ : précoce et prolongée.

→ Indications :

Type I :

-Fermeture ouverture cutanée +

TTT orthopedique Ou TTT chir = Osteosynthese par enclouage centro-medullaire, vis ou plaque vissée

Type II :

-Parage de la plaie

-TTT fracture : Peu souillée vue avt 6h → Enclouage centro-medullaire

Tres souillée ou vue tardivement → Fixateur externe

Type III : Fixateur externe + Couverture des foyers de fracture et de l'os par des parties molles : Suture directe ou par lambeau locale ou a distance.



CC :

-Urgence traumatologique freq

-Diag facile, nécessité de classifier la fracture (Cauchoix du Parc)

-Complication majeur : Sd des loges/Sd infectieux

-PEC rapide par une réanimation si nécessaire ; Parage plaie obligatoire ; TTT traumato (ortho ou chir)

-IEC : Prevention des AVP ++++

CAT DEVANT UN ECRASEMENT DES MEMBRES (x3)

I-Définition :

Patho traumatique, généralement accidentel, touchant principalement les MI (os, peau et vx) dt la gravité dépend de l'importance des masses musculaires atteintes.

Etio : AVP, Accident travail...

Différents types :

Fracas ouvert ac lésions des parties molles

Broiement des membres

Crush Sd : Contusion fermée ac compression prolongée réalisant un effet de garrot artériel entraînant ischémie et nécrose musculaire.

Interet :

Urgence medico-chir menaçant le pc vital (EDC, Hyperkaliémie...) et fonctionnel (par des dégats locaux)



II-CAT :

1-Sur lieux de l'accident :

Rôle des secours (sapeurs pompiers+++); Couverture isotherme

-Examen rapide à la recherche d'une détresse vitale

-Rea de base :

Si écrasé nn enseveli : Hémostase provisoire (par pansement compressif) + 2 VVP pr remplissage + Contention membre fracturé

Si écrasé enseveli : Dégage ment prudent (car risque d'hyperkaliémie foudroyante) ac remplissage, alcalinisation et gluconate de Ca²⁺

-Mise en place du garrot :

Permet : Prévenir l'arrêt cardiaque par hyperkaliémie + Limiter l'aggravation de l'IR

Ind : Inefficacité pansement compressif sur hémorragie importante/ Broiement des parties molles qd amputation est d'indication évidente

NB : En cas d'arrêt cardiaque = Démarrer la chaîne de survie



2-Transport médicalisé :

Respect de l'axe tête-cou; Immobilisation des membres fracturés; Maintenir garrot en place.

Surveillance de la TA, Fc, FR, Etat de csce, diurèse

Prévenir l'hôpital+++

3-Reanimation de base à l'hôpital :

-FMM+++

-TTT symptomatique :

Remplissage si EDC :

Macromolécules et solution isotonique en cas de compression fermée

Transfusion sanguine en cas d'écrasement ouvert avec hémorragie

Lutter contre acidose métabolique: Serum bicarbonaté à faire passer lentement pr éviter la charge en CO₂

Lutter contre IRF : Hydratation importante voir hémodialyse si urgence dialytique

Lutter contre hyperkaliémie : Insuline ac SG + Gluconate de Ca⁺ + Bicarbonate de sodium + Kayexalate (pr un effet retardée) + Lasilix

Lutter contre infection : Antiseptiques locaux pr les plaies + SAT + VAT (rappel) +/- ATBie prophylactique parentérale

Relancer la diurèse : Lasilix

4-Diag + : Après avoir stabilisé le patient :

→ **Interro:**

Traumatisé : Age, profession, Tares surtout cv + rénales.

Traumatisme : heure, lieu, circonstances,

Mécanismes :

Ecrasement instantané par des forces vives (AVP)

Notion de Crush Sd : ensevelissement, compression lente et prolongée des membres ac garrot artériel

→SF : Douleur, IF d'un membre ...

→ Exam physique :

Examen local :

Etat vx-nerveux (bilat et comparatif) : Coloration, chaleur, pouls périphériques, Tps de recoloration capillaire, recherche de marbrures, froideurs...

Motricité et sensibilité

Etat cutané (plaies), des parties molles (Cauchoix du Parc)

Lésions osseuses

Exam G : Pli de DH

Recherche de lésions associées (crâne, rachis, thorax, abdomen) = Polytraumatisé

Diurèse : coloration et débit (Myoglobulinurie)

→ Bilan bio :

Iono : A la recherche d'une hyperkaliémie suivie par ECG +++ / Bilan renal : IRF

Bilan rhabdomyolyse : CPK, LDH, Myoglobulinémie, Myoglobulinurie

Bilan d'hémostase : TP ; TCA + Gpage sanguin pr éventuelle transfusion

GDS : Recherche acidose métabolique

→ Bilan radio :

Radio F+P des membres atteints : Apprécier les dégâts ostéo-articulaires

Autres radio : Radio crane, rachis, bassin, thorax = Recherche de fractures

ASP : Pneumopéritoine...

Echo doppler vx : Permet de montrer : Interruption circulaire au sein du Vx

Hématome qui peut être pulsatile

Arteriographie : Quand un trauma art est suspecté, devt des signes d'ischémie et absence de pouls :

Extravasation du produit de contraste (PC) en cas de faux anévrisme.

Arrêt brutal ou progressif du PC = Plaie, thrombose

Rétrécissement progressif et filiforme= Spasme, étirement

Fistule artério-veineuse (FAV) post traumat

Qualité de la circulation collat



5-TTT chir :

Fermeture des plaies : suture directe ou lambeau locale ou a distance.

Stabilisation des foyers de fracture : fixation externe

Aponévrotomies de décompression: en cas de compression prolongée, ac oedèmes des masses musculaires et effet de garrot interne

Excisions musculaires : Si tissus musculaires nécrosés

Restauration vasculaire : Après angiographie préop ou perop =

1-Fogartisation des 2 bouts art. et leur héparinisation.

2-Suture termino-terminale si section art franche.

3-Résection, suture si plaie contuse.

4-Greffon v. autologue si perte de substance.

Amputation : en cas de phénomènes septiques incontrôlables par ATB et excision, et en cas de

Broiement

TTT des autres traumatismes +++ = neurochir, visceraliste, chir plastique...



6-Surveillance : Guetter les complications secondaires =

Infection / Ischémie secondaire / IRA / Embolies graisseuses / Trouble de conscience / DRA / Purpura pétéchiial + Leur ttt

CC :

-Les écrasements des membres menacent aussi bien le Pc fonctionnel que le Pc vital.

-Si les progrès de la réa ont permis d'améliorer le Pc le dvlpmt de la médecine pré-hospitalière jouent un rôle fondamental ds la PEC de ces malades.

- Eviter triade fatale de moore (Hypothermie, coagulopathie, acidose)

FRACTURE EXTREMITÉ INFÉRIEUR DU RADIUS (x2)

I-Définition :

-Fractures du poignet, situées entre l'interligne radio-carpienne en bas et une ligne passant à 2,5 cm au dessus de cet interligne.

-Touchent le sujet âgé (ostéoporose) ou femme ménopausé suite a une simple chute sur la main

-Mecanisme :

Indirect : chute sur la main ac poignet en extension (Pouteau Colles) ou en flexion (Goyrand)

-Avenement arthroscopie +++

-Interet : Urgence traumatolo freq pouvant se compliquant d'un Sd algodystrophique.



II-Diag + :

→Interrogatoire :

-Traumatisme:

Type de traumatisme, circonstances, le mécanisme, l'heure, l'intensité...

Typiquement : Femme âgée victime d'une chute de sa hauteur sur le poignet

Parfois jeune victime d'un AVP, Acc sport, AT

-Traumatisé: Douleur intense+ IF totale + Craquement lors de la chute

Connaître la main dominante, l'autonomie...

→Examen physique :

-Inspection: Attitude du traumatisé du membre supérieur +

En cas de Fracture à déplacement post (Pouteau colls):

De face: Poignet déformé en baïonnette (main dévié en dehors)/ Main botte radiale

De profil: Déformation en dos de fourchette (Main déviée en arrière)

En cas de fracture à déplacement ant (Goyrand smith):

De face: Poignet déformé en baïonnette (main dévié en dehors)/

De profil: Déformation en ventre de fourchette (main dévié en avt)

-Palpation: Douce sans réveiller la douleur

-Point douloureux au niveau du foyer de fracture.

-Horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne

-Mobilités: flexion/extension: +/- possibles mais très douloureux; Pronosupination impossible

→Examen locorégional : Ouverture cut ; lésion vasculaire ; lésion nerveuse (n.médian : fourmillement au niv des 3 premiers doigts)

→Examen general: Polytraum ++

→ Radio:

-Radiographie du poignet : Face, Profil + **Radiographie du coude :**

Permet de déterminer :

Type de déplacement du fragment distale du radius :

En arrière en cas de Pouteau colles, en avt pr Goyrand Smith

Siege du trait de fracture : Trait de fracture métaphysaire horizontale extra-articulaire de l'EIR/
Oblique intraarticulaire/Complexe ou comminutive

Classification (recherche des lésions associées) :

Sus articulaire :

Fracture Pouteau-Colles

Fracture Goyrand-Smith

Fracture Gerard Marchand : Pouteau-Colles + Fracture styloïde cubital

Fracture Galezzi : Fracture distale du radius + Luxation radiocubital inf

Intra articulaire :

Marginale ant, post, cunéenne interne ou externe (Hutchinson)

Comminutive

-Bio : Bilan preop



III-Diag de gravité:

-Déplacement secondaire ; Cal vicieux ; Raideur ; Arthrose ; Déformation

-Sd du canal carpien ; Sd Volkman ; Sd algodystrophique

IV-PEC:

→Buts :

Soulager le malade
Obtenir arti stable, mobile, indolore
Retablir la solution de continuité osseuse
Eviter les complications

→ Moyens:

Medicaux :

Hospitalisation orthopédique+ Sujet a jeun++++
Attelle antalgique
VVP + Rehydratation
Antalgique IV puis relais par voie orale des sortie de l'hopital

NB : Retirer bagues et bracelets

Orthopedique : Reduction ss AG + Contention par platre brachio antebrachiopalmaire, poignet en flexion et inclinaison cubitale pdt 4-6sem

Chir : Reduction chir de la fracture de l'extremité inf du radius / Fixation de la fr distale du radius par des broches, plaques vissées, fixateur ext

Reeducation : precoce, passive au début puis active

→ Indications :

Pouteau-Colles :

Peu ou pas déplacée + sujet âgée : Reduction simple si besoin + Immobilisation platre brachio-ante-brachiopalmaire pdt 6 sem

Déplacée +/- Sujet jeune : Reduction par manœuvres ext + Contrôle scopique de la stabilité → Osteosynthese par brochage percut (3 broches intrafocales selon Kapandji) +/- plaques ant +/- fixateur ext → Immobilisation en position de fct x 6 sem

Goyrand Smith : Tjrs instable → Reduction + Osteosynthese par plaque console ant +/- liberation n.median par section du ligament annulaire du carpe

Fracture Marginal ou Hutchinson : TTT chir

Fracture articulaire nn déplacé : TTT orthopédique

Ds ts les cas : Reeducation + Prevention algodystrophie par vit C orale x6 sem
Enlever les broches et le platre apres 6 sem ac radio de contrôle a J8, J21, J45

CC :

-Urgence traumato freq chez le sujet âgé et femme ménopausé ; dominé par fracture Pouteau-Colles
-Le ttt dépend du type de fracture et est basé sur la chir et ttt orthopédique
-La rééducation est importante afin d'éviter les complications (raideur)
-IEC : Prevention osteoporose+++

LUXATION DU COUDE (x1)

I-Définition :

-Arti du coude est une arti superficielle et vulnérable, passage d'éléments vx nerveux de la main importants

-Déplacement permanent de l'extrémité sup des 2 os de l'avant bras (radius, cubitus) sur l'extrémité inf de l'humérus.

-**Mécanisme :** Chute sur la paume de la main, coude en extension

-**Interet :**

Luxation la + freq chez l'enfant.

Grande urgence orthopédique, nécessitant une réduction rapide



II-Diag + :

→**Interro:**

Traumatisme: type de traumatisme, circonstances, le mécanisme, l'heure, l'intensité...

Traumatisé: Douleur intense+ IF totale + Craquement lors de la chute

Connaître la main dominante, l'autonomie...

→**SP :**

-**Inspection:** Oedème (d'installation rapide lié à la rupture ligamentaire) avec:

Luxations post:

-Avt bras parait plus court

-Attitude en flexion + pronation

-Elargissement anteropost (saillie post olécrane)

-Saillie de la palette humeral en avt

Luxation ant:

-Aspect pseudoallongé du membre sup

-Membre en extension

-**Palpation:**

En avant: aspect mousse de la trochlée

En arriere: Saillie de l'olecrane en crochet

3 repères du coude (epitrochlée, olécrane, epicondyle) modifies

-**Mobilisation :** limité

-**Bilan vasculo-nerveux:** Vx (pouls radial, chaleur, coloration doigts) ; Nerveux (sensibilité, motricité)

-Recherche autres lesions associées.

→**Paraclinique :**

-**Radio coude F+P :**

Confirme la luxation + Déplacement post du cubitus + Recherche lésions associées

(Fracture de l'apophyse coronoïde / tête radiale ou du col/ l'épitrochlée)

-**TDM :** bonne evaluation des lesions osteo-articulaires

-**IRM :** permet d'étudier les lésions ligamentaires

→**Formes cliniques:**

-Luxation conjointe des 2 os de l'avant bras : post ext (+ freq)/ post int/ déplacement ant svt associé à une fracture de l'olécrane/ Déplacement lat

-Luxation divergente du coude : le cubitus et le radius se luxent de part et d'autre de l'humérus

-Luxation isolée tête radiale ou au cours d'une fracture du cubitus (fr. de Monteggia)

III-Complications :

→**Immédiates:**

-**Cutanée :** Ouverture

-**Compression vx** (a.humeral et ses branches) : Compression osseuse ou par un hématome

-**Compression nerveuse:** nerf cubital et du nerf radial

-**Lésions osteoarti associées :** Fr tête radiale, apophyse coronoïde, olecrane...

→**Secondaires (LEOS):** Osteome du brachial ant/ Enraidissement du coude/

Luxations recidivantes du coude / SD de Volkman

IV-PEC:

→ Buts :

Soulager le malade

Obtenir une arti stable, mobile, indolore apres reduction articulaire

Eviter et ttt les complications

→Moyens :

Medicaux : Sedation et antalgiques

Orthopédique :

Reduction ss AG + Traction sur l'avt bras, flexion du coude et contre extension du bras

Contention : Attelle plâtrée post coude a 90° pdt 2-3sem (Jamais platre circulaire car grd risque de Volkman)

Reduction active ss massage ni mvts passifs forcés (generateurs d'osteomes du brachial ant et de raideurs)

Chirurgicaux : Réduction articulaire +si necessaire :

- Réparation ligamentaire
- Ostéosynthèse si fracture par embrochage percutanée
- Réparation vasculaire et nerveuse si nécessaire
- Ablation des fragments incarcerated

→ Indications :

-TTT orthopédique : Si luxation réductible et stable

-TTT chir :

Si luxation irréductible : suture ligamentaire + fixation fracture

Si luxation instable : embrochage et stabilisation

Si luxation divergente

Si luxation tête radiale +/- Fracture cubitus

Si lésions ouvertes ou vasculo-nerveuses associées

CC :

-Urgence freq chez l'enfant

-Diag facile basé essentiellement sur l'inspection

-TTT est simple mais doit être fait précocement

-IEC : Eviter le platre circulaire +++



FRACTURE EXTREMITÉ INFÉRIEUR DU RADIUS

I-Définition :

Fractures du poignet, situées entre l'interligne radio-carpien en bas et une ligne passant à 2,5 cm au dessus de cet interligne.

Touchent le sujet âgé suite à une simple chute sur la main.

Mécanismes = chute sur la main au poignet en extension (Pouteau Colles) ou en flexion (Goyrand)

II-Diag + :

→ Interrogatoire :

***Traumatisme**: femme âgée victime d'une chute de sa hauteur sur le poignet en extension

Parfois jeune victime d'un AVP, Acc sport, AT

***Traumatisé**: Douleur intense+ IF totale + Craquement lors de la chute

→ Examen physique

***Inspection**: Attitude du traumatisé du membre supérieur +

En cas de fracture à déplacement antérieur (Pouteau Colles):

De face: Poignet déformé en baïonnette / Main désaxée en dehors/ Saillie interne de la tête cubitale

De profil: déformation en dos de fourchette/ Main déjetée en arrière/ Saillie postérieure de l'épiphyse distale du radius

En cas de fracture à déplacement antérieur (Goyrand Smith):

Aspect déjeté en avant de la main par rapport au plan de l'avant-bras et saillie du fragment épiphysaire :déformation « en ventre de fourchette ».

***Palpation**: Douce sans réveiller la douleur

Point douloureux au niveau du foyer de fracture.

Repères osseux: horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne + ascension styloïde radiale .

***Mobilités**: flexion/extension: +/- possibles mais très douloureux;

Pronosupination impossible

→ Examen locorégional :Ouverture cutanée: lésion vasculaire: lésion nerveuse

→ Examen général: traumatisme abdominal, thoracique...

→ Radio:

Radiographie du poignet : Face, Profil, ¾ + **Radiographie du coude.**

Selon le siège du trait de fracture et le type de déplacement du fragment distal du radius, on classe fracture sus articulaire et intra articulaire

De la fracture de Pouteau Colles :

Fracture extraarti , bascule post de l'épiphyse radiale de profil , Horizontalisation de la ligne bistyloïdienne de face, Réduction ou inversion de l'index radio-cubital

Rechercher les lésions associées : Fractures de Gerard Marchand / Fracture de Galeazzi

III-Complications : Déplacement secondaire / Sd de Volkmann / Sd algodystrophique / Cal vicieux / Sd du canal carpien...

IV-PEC:

→ Moyens:

Orthopédique : Réduction ss AG par traction main en bas et en dedans ac pression sur épiphyse radiale / Contention : par plâtre brachio antebrachio palmaire, poignet en flexion et inclinaison cubitale

Chir : Réduction chir de la fracture de l'extrémité inf du radius / Fixation de la fr distale du radius par des broches, plaques vissées, fixateur ext

Reéducation

→ Indications :

Fr nn déplacée: TTT ortho

Fr a déplacement post : Pouteau Colles = stable (ortho) / Instable : Osteosynthese par brochage

Fr a déplacement ant : qqe soit le cas, ttt chir = plaque ant



FRACTURES DE LA PATELLA

I-Définition:

Les fractures de la patella (rotule) entraînent une interruption de la continuité de l'appareil extenseur du genou (tendon quadricipital-patelle-tendon rotulien).

Mécanisme direct (Sd du tableau de bord) ou indirect

II-Etiologies:

Chez sujet jeune: Accident de sport (extension contrariée lors d'un shoot...);

AVP (piéton heurté par pare-choc); **Accident de moto** (collision frontale)

Chez le sujet âgé :

Accident domestique : chute de sa hauteur

III-Clinique: Fracture transversale rotule après chute aux escaliers

Interrogatoire :

Traumatisme : précise cause, mécanisme, heure, violence du traumatisme

Traumatisé : âge, antécédents, heure du dernier repas...

SF: Douleur ant exacerbée à chaque mouvement+ IF totale du genou

Inspection : tuméfaction du genou due à l'hématome intra-articulaire; disparition des méplats para-articulaire; flexion du genou modérée; Recherche ecchymose, écorchure ou plaie cutanée

Palpation : appuyée entraîne une douleur exquise

On palpe un sillon transversal ou hiatus sur le relief de la rotule correspondant au trait fracturaire

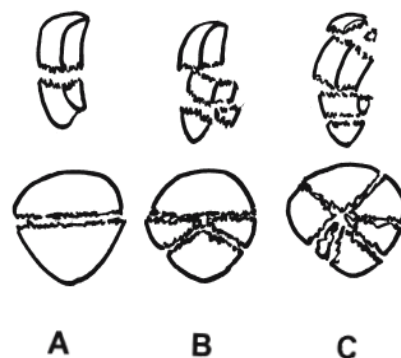
Mobilisation du genou : douloureuse; flexion passive du genou est possible mais douloureuse; extension active est impossible

Examen locorégional : comprend un temps

Cutané : ecchymose, écorchure ou plaie abarticulaire

Lésions ostéo-ligamentaire associée sus ou sous jacente (traumatisme tableau de bord)

Examen général: élimine une urgence vitale (cadre polytraumatisme) et évalue l'état physiologique général du patient.



IV-Imagerie:

Radios de genou face et profil : mettre en évidence la fracture, présence d'1 ou de plusieurs traits, et leurs directions, l'importance de déplacement, la présence d'une comminution

Le bilan radiologique élimine une fracture associée.

En cas de trauma de tableau de bord = **radios de fémur** Incidence femoropatellaire **et de la hanche** + Cheville homolat F +

V-Diag diff:

Patella bipartita ; Osteochondrite de la rotule

VI-Diag de gravité :

Immédiates :

Cutanées ; vasculo-nerveuses ; ostéo-articulaires ; générales

Secondaires :

Nécrose cutanée secondaire ; Arthrite genou (fr ouverture, post-op) ; **Démontage ostéosynthèse; Déplacement secondaire trait fracturaire ; Phlébite jambe**

Tardives :

perte de force ; Cals vicieux ; Pseudarthrose ; Raideur ; Arthrose

VII-CAT :

But : rétablir l'anatomie d'une rotule congruente et obtenir une articulation du genou mobile, indolore et stable.

Moyens:

Medicale : Correction des troubles majeurs + anticoagulation prophylactique

Orthopédique : Immobilisation du genou en extension dans une attelle pendant 4 ou 6 sem + Rééducation du genou et de récupération de la force du quadriceps.

Chirurgical:

Réduction du foyer chir et ostéosynthèse stable et solide (rééducation précoce)

Ostéosynthèse par embrochage-haubanage, broches multiples, vissage

Patellectomie partielle ou totale peut être envisagée dans les grandes comminutions avec ouverture et risque septique majeur.

Rééducation : capital, précoce des les 1^{er} jrs, reprise de l'appui, active, longtemps poursuivie

Indications :

Fracture non déplacées : traitement orthopédique

Fractures médio-patellaires, transversale, stellaires, comminutives déplacées:

ostéosynthèse par une combinaison de broches ou de vis, et de cerclages.

La patellectomie partielle ou totale : est réservée au cas de comminution extrêmes ou il est impossible de conserver une surface articulaire congruente et des cas compliqués d'un sepsis important.

ENTORSES DU GENOU

I-Définition:

Lésion d'un ou plusieurs ligaments (liga croise+++)

Peut être bénigne = simple distension ligamentaire avec évolution favorable

Grave = rupture totale ou partielle d'un ligament

Les lésions du LCA et du LCP sont toujours graves, et les lésions du LCA et LLI sont les + fréquents

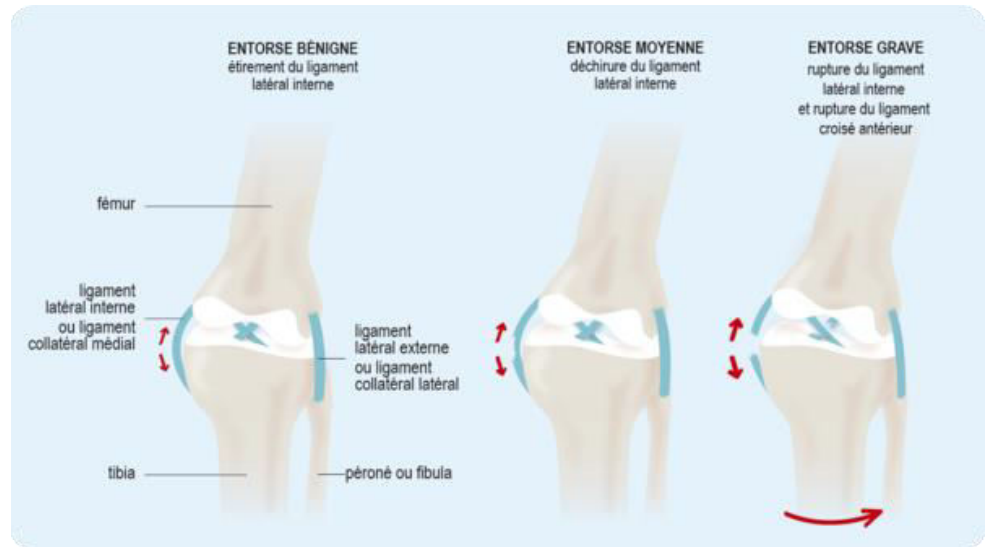
II-Etiologies:

Accidents sport: dits "en pivot" football, ski, rugby, les sports de combat ...

A.V.P: piéton fauché, tableau de bord, moto...

Accident Travail: chutes en déséquilibre sur un pied, écrasement ...

Chute de sa hauteur (escalier)



III-Clinique:

Interrogatoire : âge (20-30 ans); étiologie; mécanisme indirect ;

Entorse bénigne : Dlr modéré + reprise possible de la marche + possibilité de continuer l'activité en cours

Entorse grave du genou = **triade du vécu**: craquement lors traumatisme = rupture LCA+ sensation d'instabilité immédiate après traumatisme + sensation de déboîtement

Inspection : Aug de volume de l'articulation (hématome) ; ecchymoses; rechercher une déformation visible (luxation, déviation frontale importante) / Lésions cut / Marche difficile

Palpation :

Epanchement intra-articulaire = meec choc rotulien = hémarthrose

Points douloureux: sur le trajet du LLI

Mobilité articulaire: teste la mobilité normale et pathologique.

Recherche de laxité : mise en évidence d'un mouvement anormal au niveau de l'articulation. Elle est recherchée et interprétée de façon comparative par rapport au côté controlatéral sain:

Laxité frontale :

Valgus forcée sur genou fléchi à 30° = explore le LLI

Varus forcé sur genou fléchi à 30° = explore le LLE

Laxité sagittale :

*Signe de Lachman-Trillat: laxité ant à 10-20° de flexion du genou = pathognomonique rupture LCA

Laxité rotatoire : recherche un ressaut rotatoire antérolatéral (Jerk-test) pathognomonique rupture du LCA

Exam locorégional: Signes de fracture associée + Exam vx vasculaire dans entorses graves (luxation +++) + Déficit sensibilité territoire du nerf SPE lors du traumatisme en varus

Examen général : systématique et en fonction du contexte et des points d'appel

IV-Imagerie:

Le diagnostic d'une entorse du genou est clinique.

Radio conventionnelles du genou F+P : pour éliminer une fracture, désinsertion osseuse

Radiographies dynamiques = en stress

De face : varus et valgus forcés = rupture LCL / LCM

De profil : en tiroir ant / post = rupture LCA / LCP

Arthro-TDM: lésion ménisque, cartilage, ligaments

V-Diag diff:

Fractures épiphysaires du femur inf et du tibia sup / Luxations de rotule

VI-Complications :

Immédiates :

Cutanées / Neurologiques (atteinte du nerf fibulaire commun)

Vasculaires / Lésions méniscales, osseuses souvent associées

Secondaires :

Thrombophlébites / Raideur du genou/ Arthrite septique/ Algodystrophie

Tardives :

Laxité chronique du genou/ Lésions méniscales/ Lésions cartilagineuses

Lésions ligamentaires/ Arthrose du genou

VII-Traitement:

But: Rétablir une articulation stable mobile et indolore.

NB= Ligaments croisés ant et post ne cicatrisent jamais

Ligaments collat cicatrisent

Moyens :

Medicale : lutte contre la douleur

Orthopédique : Immobilisation plâtrée cruro-pédieuse ou par une genouillère plâtrée pendant 45 jours.

Fonctionnel : Immobilisation partielle et légère par une attelle articulée ou non

Chirurgical :

En urgences : Reinsertion d'un arrachement osseux, suture du PAPE (ménisque ext)

En différée : ligamentoplastie

Chir méniscale

Rééducation : Physiothérapie antalgique

Indications thérapeutiques :

Entorse bénigne stade I : antalgiques, AINS, Taping, strapping pdt 2 sem + Rééducation

Entorse stade II :

Désinsertion ligament latéral: réinsertion osseuse;

Rupture plein corps LCM: TTT orthopédique, fonctionnel, Attelle amovible pdt 6 sem + Rééducation

Entorse grave stade III :

Si lésion LCA:

Arrachement des épines tibiales: réinsertion osseuse

Rupture isolée: ligamentoplastie

Association lésionnelle: chirurgie en différé

+ Rééducation fonctionnelle pendant 6-8 sem

Si lésion LCP :

Désinsertion osseuse: chirurgie

Genou tjs instable ou sportif haut niveau: chirurgie

+ Traitement fonctionnel pd 6-12 semaines

CC :

Entorses du genou tres freq. Si mal ttt → Instabilité invalidante chez le sportif

Rôle du med G = Gerer SF immediats + TTT entorses benignes + Distinguer les entorses graves et les orienter vers l'orthopédie

ENTORSES GRAVES DE LA CHEVILLE

I-Définition :

Accidents les + freq de la traumatologie sportive de l'adulte.
Predominance de l'atteinte du ligament collatéral latérale.
Mécanisme étant le + svt un varus forcé se produisant en équin

II-Diag + :

→Interro :

Mécanisme : le + souvent varus équin forcé.
Circonstances du traumatisme : faux pas, chute de sa hauteur, AS, AT, AVP
Critères de gravité de l'entorse du LLE:
Notion de craquement ou d'une sensation douloureuse de déchirure

Présence d'œuf de pigeon post trauma immédiat

→Exam physique : Svt difficile

Inspection :

Ds l'immédiat : œuf de pigeon ; Signe de Clayton

A distance :

Attitude anormale en varo-equinisme ; Ecchymose

Recherche les 6 pts douloureux classiques

Mvt articulaire anormaux : Baillement talo-crural en varus, choc rotulien, tiroir ant

NB : Devt tte suspicion d'entorse grave, un bilan radio sera fait en 1^{er}

Rechercher une possible complication nerveuse

→Paraclinique :

Permet d'éliminer les lésions associées : fracture, lésions ostéochondrales du talu

Radio standard : Face en rotation de 20°, profil strict, ¾ déroulé lat du pied

Application de critères d'Ottawa (Si 1 des critères présents) :

<18ans, >55ans, ou grossesse / Incapacité de faire + de 4 pas / Dlr à la palpation de l'une des 2 malléoles, os naviculaire, ou 5^e métatarses

Clichés dynamiques : Éléments de gravité = ATC (angle tibio-calcanéen) >15° ; Tiroir ant >10mm

Echo +/- TDM +/- IRM

III-Diag diff :

Rupture du tendon d'Achille / Fractures malléolaires / du pilon tibial / 5^e meta / Luxation astragale

IV-Complications :

Instabilité chroniques / Arthrose tibio-tarsienne / Sd algodystrophique / Raideur et douleur séquellaires

V-PEC :

TTT fonctionnel :

Protocole GREC : Glace, repos, élévation, contention (entre J2-J4)

Immobilisation rigide phase initiale (4-5jrs) ac marche ss appui

Mise en place attelle amovible pr 6 sem

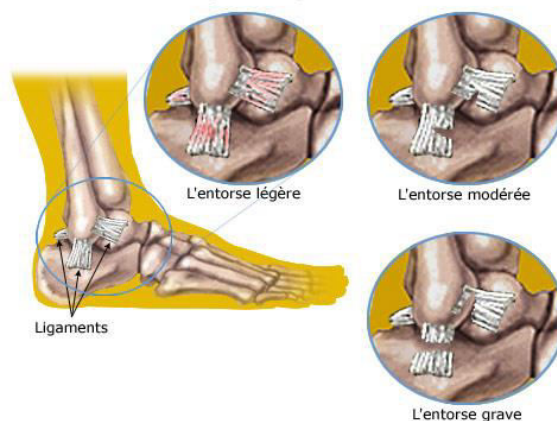
Début précoce de la rééducation fonctionnelle

Indications chir : Entorse grave chez le sportif haut niv (suture LCL puis immob plâtrée)

Décoaptation en varus

Si lésions associées

Les trois degrés de gravité de l'entorse



RUPTURE TENDON ACHILLE

I-Définition :

Le tendon d'achille est le tendon terminale de 3 muscles : 2 jumeaux + 1 soléaire, permet la marche sur la pointe des pieds. Le mécanisme peut être par hyperflexion dorsale ou par automatisme trompé.

II-Diag + :

→ Interro :

Terrain +++: Homme, 35-40 ans, sportif +/-, FF = Medocs, tendinopathies

Circonstances de l'accident :

Faux pas ou démarrage brutal → blessé a ressenti un coup de fouet au niveau du talon, il se retourne pr identifier son agresseur. il ne trouve personne.

En mm tps, il a ressenti un craquement et une douleur vive qui allait entraîner la chute.

Rapidement, les signes ont diminué, il a repris la marche.

→ Exam physique :

Inspection:

Marche se fait sur toute la plante du pied ; Impossibilité de se tenir sur la pointe du pied en décubitus ventral ; Tuméfaction + ecchymose

Signe de Brunet: déficit de l'équin physiologique.

Palpation : Hiatus sur le relief du tendon d'Achille

Signe de Thompson : la contraction du mollet par la main de l'examineur n'entraîne aucune réaction au niveau du pied.

→ Bilan radio :

Rx standard : cheville de profil (rayons mous) :

Élimine une fracture ; peut montrer arrachement de l'insertion du ta sur calcanéum

Comblement du triangle de Kager +++

Échographie: aide Dc , mais source de Dc erroné de rupture partielle

IRM : + Dc de certitude

III-Diag diff :

Entorse de la cheville , Desinsertion du jumeau interne (Tennis leg)

IV-PEC :

→ Moyens

Ttt orthopédique:

Immobilisation 8 à 12 sem + Botte plâtrée en équin pdt 4 sem puis à 90° pendant 4 sem

Ttt chir : Suture à ciel ouvert + Suture cut

→ Indications

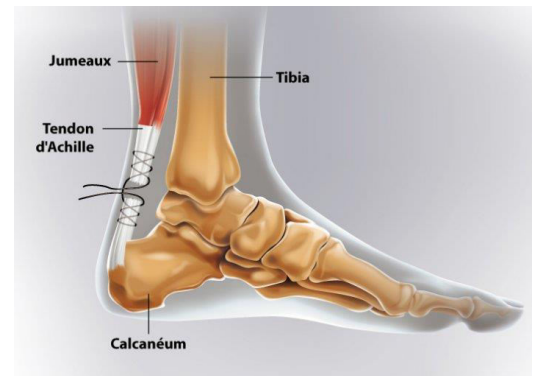
En urgence ; il faut immobiliser la cheville en équin. Puis :

Sujet jeune et très sportif :

Suture à ciel ouvert + Suture percutanée

Sujet âgé et /ou sédentaire :

TTT orthopédique + Suture percutanée



INFECTIONS DE LA MAIN

I-Définition :

Infection d'une quelconque partie constitutive du doigts. Son diag est facile et son ttt est univoque = Excision chir

II-Panaris :

Infection aiguë primitive superficielle (cut +/- ss-cut) d'un doigt : à staph aureus surtt

→ Diag :

Interro :

FF : Cortico , immunodepression, diabete

F. declenchant : piqure septique, soins de manucure

Exam physique :

Signes locaux : chaleur, rougeur, dlr vive pulsatile, devient insomniante, collection purulente

Signes regionaux : trainée lymphangitique, ADP epitrochléenne ou axillaire

Signes G : fièvre

Paraclinique :

Radio des doigts : recherche infection osseuse ou osteo arti

Bio : VS accélérée , Hyperleucocytose a PNN

→ TTT :

Serotherapie antitetanique systematique +++

Stade inflammatoire : pansement alcoolisé, ATBie (PeniM), AINS

Stade de collection : excision chir des tissus necrosés ou infectés, plvmts bacterio, ATBie



III-Phlegmon de la main :

Infection développée au sein des cavités naturelles de la main (gaines synoviales digitales digito-carpiennes, espaces cellulux) secondaire à complication septique ou à un panaris non traité

→ Diag (phlegmon de la gaine radiale)

Exam physique :

Signes locaux : Dlr, oedeme, rougeur du pouce

Dlr spontanée et provoqué a la palpation du LFP ac dlr provoqué au niv du pli de flexion ant du poignet

Au max : pouce se presente en flessum dt la moindre tentative de reduction est douloureuse

Signes regionaux : Lymphangite, ADP epitrochléenne et/ou axillaire

Signes G : fièvre

Paraclinique :

Radio: recherche atteinte osteoarti ou corps etranger

Bilan complet : recherche de tares associées : Diabete, cortico, ID

NB : Autres formes clinique : des espaces cellulux

→ TTT : Urgence chir

Sous AG et garrot pneumique

Voie d'abord digitalo-palmaire large

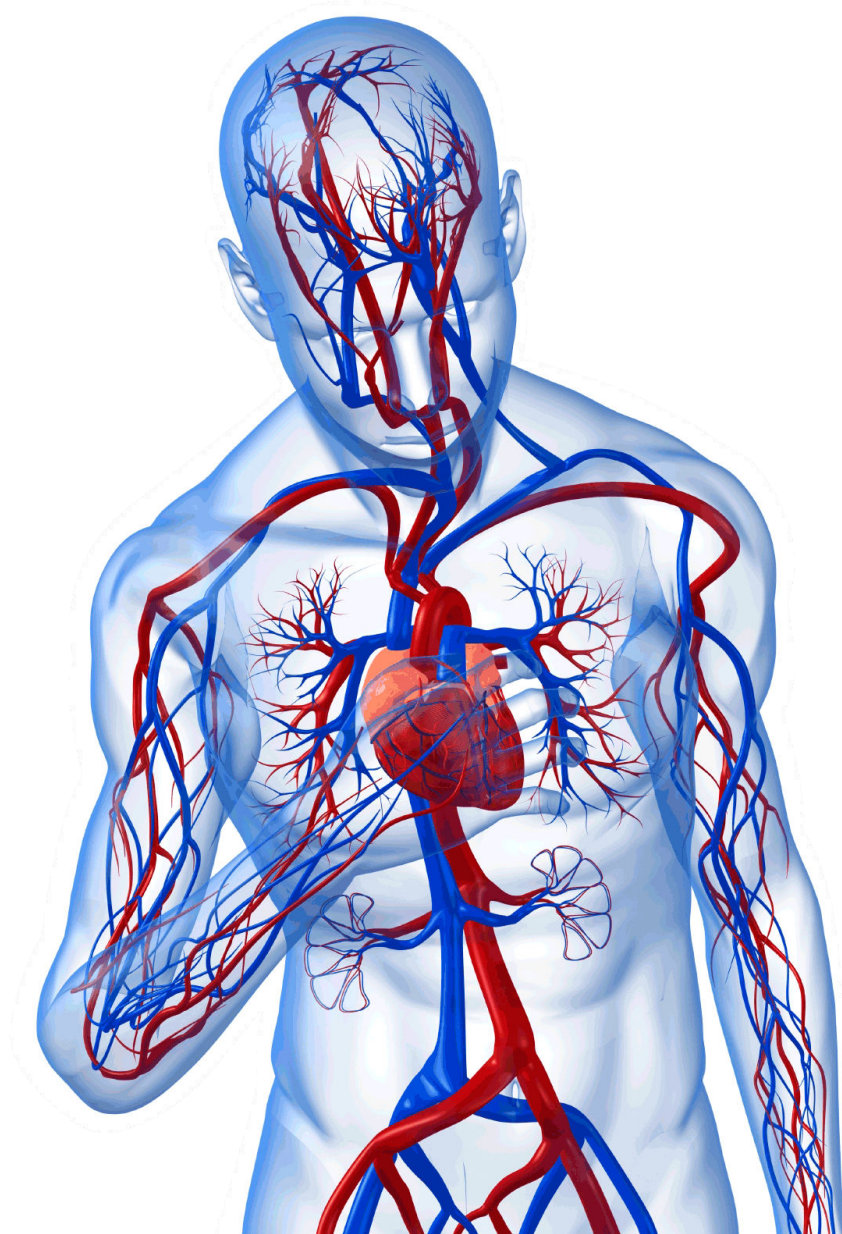
Mise a plat et excision des zones necrosées

ATBie si signes G ou regionaux ou au stade pre collecté a condition d'une surveillance rigoureuse

Reeducation precoce



VASCULAIRE



ISCHEMIE AIGUE DES MI (x2)

I-Définition:

-Interruption brutale de l'apport de sang oxygéné au niveau d'un membre en aval d'une obstruction d'un tronc artériel principal = **fémoro-poplitée ; ilio-fémorale ; carrefour aortique**. Il en résulte une souffrance tissulaire secondaire à l'anoxie

-L'approche diag doit avoir comme obj de répondre à 2 Q clés : Mécanisme de l'ischémie et le terrain du patient

Intéret : Urgence type en patho vasculaire : Tt retard à la mise en route d'un ttt adapté engage le pc vital et expose le patient au risque d'une ischémie dépassée et dc à une amputation de 1ère intention.

II-Diagnostic +

→Interro:

-Age, FDR cv (Diabète, Dyslipidémie...)

-Heure du début de la symptomatologie

-Cardiopathies,

-SF : Douleur brutale (en coup de fouet), Impotence fonctionnelle totale

→Examen clinique : Tjrs comparatif aux 2 MI +++

Inspection: Paleur peau + décoloration des lits unguéaux

Palpation:

-Refroidissement cut + Insensibilité cut au pincement

-Dlr à la P du mollet

-**Pouls** artériels ne sont pas perceptibles au delà du niveau de l'obstruction artérielle.

-Recherche de **masses pulsatiles** sur les trajets artériels (poplitée, fémorale...)

Auscultation: recherche un **souffle** à localisation cardiaque ou sur les trajets des axes artériels des membres, de l'abdomen et du cou.

Recherche de signes neuro : paralysie, paresthésie...

Exam G : Cardiaque, ..

Le diag est posé devant les 4P de Griffith : Pain + Palor + Paralysis + Pulsness = Membre devient douloureux, froid, pale, insensible ac des troubles sensitifs puis moteurs

NB : L'ischémie peut être stadifiée :

0) Pouls abolis ; 1) Dlr + froideur ; 2) Déficit sensitivomoteur ; 3) Dlr à la palpation des membres ; 4) Nécrose

→ Paraclinique : Aucun → Extrême urgence

Bio : NFS, Iono (Kaliémie et fct rénale), Bilan d'hémostase +/- CPK et enzymes musculaires

ECG: systématique pour déceler les troubles du rythme.

Echo doppler : aucun intérêt

Aortoartériol (AngioTDM): permet de **préciser la cause :**

Arrêt cupuliforme est en faveur d'un embolus

Arrêt irrégulier avec des **calcifications diffuses** est en faveur d'une thrombose athéromateuse.

+ Siège exact occlusion / TTT (geste d'angioplastie)

+ Evaluer circulation collatérale

Autres: pr bilan étiologique = échocoeur, bilan coagulabilité...



III-Diag diff:

Ischémie critique

Sciatique paralysante

TVP

Traumatisés : personne avec fracture ou luxation

EDC

IV-Diag etio:

FATADA	EMBOLIE (40%)	THROMBOSE (60%)
Âge	Plutôt jeune	Agé
Apparition	Brutale	Progressive ou rapide
Douleur	Aiguë, sévère	Plus modérée
Température cut	Fortement diminuée	Diminuée inégalement
Anomalie cardiaque	Présente	Absente
Facteurs favorisants	Passage en Arythmie	Bas-débit cardiaque

→Mécanisme embolique :

Origine cardiaque : ACFA, valvulopathie, prothèses valvulaires, IDM, cardiomyopathie, EI, myxome

Origine artérielle : anévrisme de l'aorte, ulcération athéromateuse de l'aorte, plaque ulcérée, aortite emboligène, piège vx

→Mécanisme thrombotique :

Sur a. path : Artériopathie degenerative, inflammatoire ; Dissection ; Artérite radique

Sur a. saine : Trouble coagulation ; Compression extrinsèque (phlébite bleue de Gregoire), DH, Hemoconcentration

V-Diag topographique :

Aorte : 1/3 cuisse bilat

Iliaque : 1/3 sup cuisse

A.femorale commune : 1/3 moyen, ou inf de la cuisse

A.femorale superf : 1/3 sup jambe

A.poplitée : Cheville ou 1/3 inf de la jambe

VI-Diag de gravité

-Déficit sensitivo-moteur ; Dlr a la palpation des masses musculaires ; Troubles trophiques

-Delai>6H ; Sd de revascularisation (Acidose métabolique hyperkaliémique + Rhabdomyolyse)

-Néphrose tubulaire aiguë, IRA

VII-TTT:

→Buts :

Soulager le patient
Revasculariser le membre
TTT etio + Prevenir complications et recidives

→Moyens:

TTT med : Hospitalisation + VVP + Bilan preop

Heparinothérapie : HNF Bolus de 50 UI/kg en IV suivi de 500 UI/kg/j a la SAP

Dose adapté au TCA

Autres : Antalgiques ; Vasodilatateurs ; Digitaliques ; Correction des troubles metaboliques (alcalinisation, Kayexalate...)

Revascularisation+++ : <6H

Chirurgical :

Thrombo-embolctomie par sonde de Fogarty via artériographie perop

Pontage artériel apres artériographie

Endovasculaire :

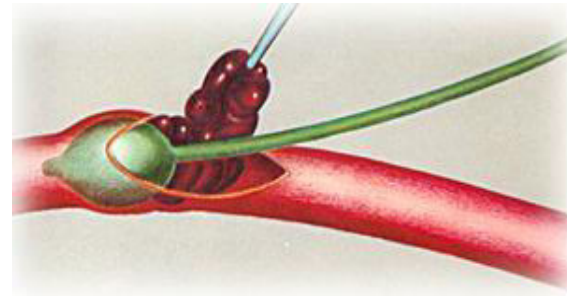
Thromboaspiration sous SCOPE

Fibrinolyse in situ

Angioplastie par pose de stent

Autres: Aponevrotomie de decharge pr eviter Sd des loges/ Lavage de membre/ Amputation

TTT etio : ACFA, chir pr myxome OG...



→Indications: Héparinothérapie à dose efficace dès le diag posé + TTT étio dès que possible

Ischémies aiguës par embolie :

Proximale : Embolectomie (si precoce) sinn thrombolyse in situ

Distale : Thrombolyse in situ ou thromboaspiration

Ischémies aiguës par thrombose :

Si viable ou menacante : Thrombolyse in situ puis chirurgie ou angioplastie

Si réversible + lit d'aval présent : Revx en urgence par pontage (veine saphéne ou prothèse)

Si irréversible sans lit d'aval (Ischémie consommée): Amputation peut être indiquée

→ Surveillance :

Clinique : Dlr, pouls, trophicité, Sd des loges

Anticoagulants : TCA, Plaq, Creatinine

Echodoppler a J15

CC :

-Urgence vx chirurgical menacant le Pc vital

-La bonne connaissance du tableau clinique d'obstruction artérielle aiguë, avec ses formes modulées par l'étiologie et le terrain, doit assurer un diag rapide ; les examens paraclinique étant plus destinés à compléter la PEC du patient après levée de l'ischémie

-L'ischémie aigue par embolie est de meilleur Pc que celle par thrombose en raison d'une revx + rapide et svt + simple.

-Ne pas oublier de ttt la cause pr eviter les recidives + Surveillance postop immédiate.

TRAUMATISME ARTÉRIEL DES MEMBRES (x1)

I-Définition :

L'atteinte artérielle peut être secondaire à un traumatisme direct ouvert ou fermé.
Prédomine au niv des MI et chez le sujet jeune.

Interet : Urgence chir mettant en jeu le pc vital et fonctionnel du membre lésé.

II-CAT initiale :

-Sur les lieux de l'accident : Ramassage prudent, hemostase par pansement compressif ou garrot a laisser en place jusqu'à l'hemostase complété (juste au dessus des lésions) + Couverture isotherme

-Transport médicalisé

-FMM++++

III-Diag + :

→Anamnèse :

Traumatisme: type de traumatisme, circonstances, le mécanisme, l'heure, l'intensité...

→Etio : Penetrant : Plaie par arme blanche, arme a feu, AVP, Morsures, Iatrogene... /

Non penetrant : Choc direct (ecrasement a. contre os ; Coup de sabot) / Indirect (Etirement a. suite a une lesion osteo-arti ; Deceleration)

Traumatisé: âge, ATCDs, ,medication reçue, heure du dernier repas...

SF : Dlr, IF , Paresthésie

→Exam clinique :

Coloration, Chaleur du membre

Trajet en cas de lésion ouverte : Orifice d'entrée et de sortie

Auscultation des trajets artériels : Thrill ou souffle

Rechercher Sd des loges.

Peut ainsi reveler la présence de :

Hemorragie : Interne (hematome) ou exteriose (jet rouge vif saccadé)

Sd ischémique : Pvant etre complet → **Tétrade de GRIFFITH** (Absence de pouls, pâleur, douleur et paralysie)

Examen G : Plaie scalp ; Ecchymose en lunettes ;

Epistaxis ; Otorragies ; Luxation mandibule ;

Emphyseme sscut ; Volet thoracique ; PNO ;

Hemoperitoine ; Exam des membres a la recherche de fracture

→Paraclinique:

Radio Membres F+P : recherche de fractures

Echodoppler des MI : Etude du flux artériel+ veineux

Arteriographie : Gold Standard: Siège, multiplicité

Angioscan et AngioIRM : Etude plus poussée

Bio : Recherche Sd infectieux + Bilan preop (NFS, Gpage ...)

→Formes cliniques :

Topographique :

A. poplité

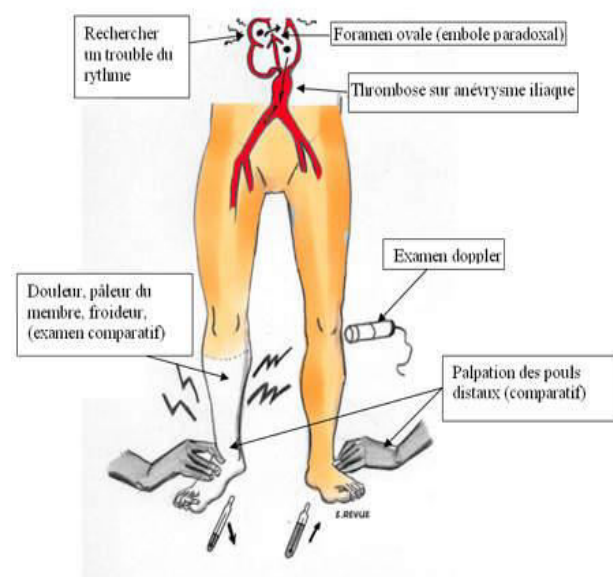
Axe axillo-sous clavier (Lesion plexus brachial)

Sd de Bye Waters (Sd des ensevellis)

Formes tardives :

F.A.V : Frémissement + souffle continu à renforcement systolique

Anévrisme



IV-TTT :

→But : Recupérer le Pc vital + fonctionnel.

→Moyen + Indications = Chirurgie :

-Devant un polytraumatisme, la lésion engageant le Pc vital est TTT prioritairement.

-A réaliser avt tte chirurgie : Parage + lavage de membre + SAT/VAT + ATB prophylaxie

-Ligature artériel : Est exceptionnel : limité aux troncs distaux

-Reparation artériel : En zone saine, sans tension, non sténosante. Tjrs prévenir la survenue du Sd ischémie-reperfusion (acidose, IRA, hyperkaliémie) par alcalinisation par VVP voir epuration extrarenale :

Suture simple/ Suture avec angioplastie ou patch/ Suture terminoterminal ac ou sans résection
Interposition d'un **greffon** veineux inversé (si non disponible →greffon prothétique)

Pontage extra-anat si contusion tissulaire imp.

-Lésions associées :

Lésions veineuses : Reparation veineuse precede l'artériel

Lesions nerveuses : Reparation retardée sauf si section franche

Lésions osseuses : osteosynthese extrafocale : Simultanément

Aponevrotomie : obligatoire si ischémie totale ou retardée.

Amputation : Ischémie tardive, delabrement important, Pc vital en jeu, desincarcération

→Surveillance : Clinico-bio-radio +++

CC :

-Urgence chirurgical menacant le Pc vital (choc hypovolémique, Sepsis, Sd ischémie-reperfusion) et fonctionnel (amputations) necessitant une PEC pluridisciplinaire rapide

-IEC : Prevention routiere

NEUROCHIRURGIE



ABCES ENCEPHALIQUES (x3)

I-Définition:+++

- Urgence medicochir peu freq
- Collection purulente développée ds le parenchyme cerebral d'origine infectieuse. Pvant etre unique ou multiple, uni ou bilat, sus ou sous tentoriel.
- De semio trompeuse, et evoluant en 4 stades : Encephalite aigue presuppurative, Abces diffus, Abces collecté, Abces encapsulé
- Pc a été amélioré par l'ATBie et l'avenement de la TDM

Interet : Lésions graves nécessitant une PEC en urgence car leur evolution peut etre rapide aboutissant a des sequelles neuro voir a un deces en qqes h.

II-CAT initial :

FMM

III-Diag + :

→ Interro :

ATCDs trauma cranien, de Tm ou d'infection (meningite++), cardiopathie cyanogène

→ Clinique : Polymorphisme clinique ; Patho de diag trompeur

Stade de début:

Brutal (pseudomeningitique): Meningites purulentes, coma d'emblée, crises convulsives, deficit neuro , HTIC rapidement evolutive

Insidieux, progressif : forme pseudo tumoral

Stade d'abcés constitué:

Triade de BERGMAN:

Sd HTIC (Céphalées, vomissements en jet,Troubles visuels et troubles de csce) par l'oedeme = Constant et svt au 1^{er} plan

Sd infectieux modere = inconstant : fievre ac frissons, Sd méningé, AEG

Sd neuro de localisation : inconstant mais de gde valeur et variable en fct de la topographie de l'abcés : Deficits moteurs ou sensitifs, hemianopsie lat homonyme, Crises convulsives, Aphasie, atteinte des paires craniennes, Sd cérébelleux.

Examen neuro complet

Rechercher la porte d'entrée+++

→ Paraclinique : JAMAIS DE PL +++

***Rx du crane (F/P) :** fracture/ osteite/ bulles d'air/ calcifications d'un abcés/ corps etranger

***Radio poumon :** Abces pulmonaire

***FO :** Signes HTIC : Oedeme/ Atrophie optique

***TDM (C-/C+) :** Gold standard :

Hypodensité arrondie homogène entourée par une capsule hyperdense spontanément ou apres injection PC

Determine le siege et le nb des abcés + Mee d'un effet de masse, d'un oedeme et d'hydrocéphalie

***IRM cerebrale:** Detecte les lésions <0,5cm

T1 : Hyposignal central + Prise de contraste periphérique/ **T2 :** Hypersignal central et hyposignal de la couronne.

***EEG:** epilepsie

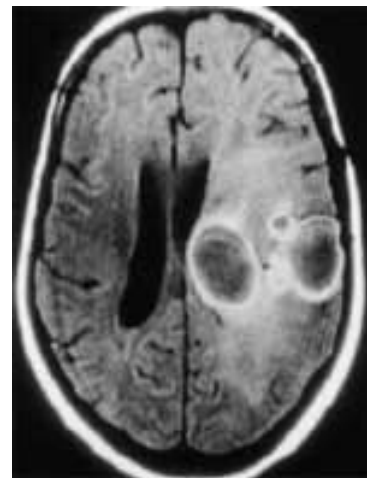
→Bio :

-**Bilan inflammatoire :** NFS (hyperleuco a PNN), VS, CRP

-Bilan d'hemostase

-**Microbio :** Examen direct + culture: isolement du germe de la porte d'entrée ou après pct chir (streptocoque/ staphylocoque/ pneumocoque)

-**Hemoculture** + Antibiogramme



IV-Diag diff :

- Empyème sous et extraduraux : pas de capsule +++
- Meningite
- Tm cérébral
- Hématome cérébral

V-Diag etio :

Abcès par infection de voisinage : Meningite, otite, sinusite, staphylococcie maligne de la face, osteomyélite du crane)

Abcès post trauma : Breche osteoméningée de la base, plaie craniocerebrale

Abcès metastatique : secondaire a un abcès pulmonaire, hepatique, abdominal profond, cutanée

Abcès cryptogénique.

Autres : Cardiopathie congénital cyanogène

VI-Diag de gravité :

- Rupture ventricules ou sous arachnoidienne
- Engagement temporal (coma et decerebration) ou amygdalien (si abcès cerebelleux) : mydriase
- Coma d'emblée = Pc sombre

VII-CAT :

→Buts: Evacuer abcès; TTT porte d'entrée, identification germes, TTT HTIC

→Moyens:

Med:

ATBie probabiliste a large spectre (C3G+Aminoside+Metronidazole) puis en fct des données de l'antibiogramme

TTT crise epileptique (BZD, Gardenal)

TTT oedeme cerebral : **corticoides**, restriction hydrique, mannitol

TTT porte d'entrée

Chir : apres un bilan preop +++

Ponction a main levée : **trepanoponction** ou stéréotaxique

Ablation en masse : Exerese de coque

Association ponction puis exerese : en 2 tps ou en un seul tps

→ Adresser le pus au labo pr examen +++

→Indications:

Dépendent du siege, taille abcès, etat du malade, caractère unique ou multiple

TTT med : Tjrs de mise = ATB 8sem + TTT foyer d'origine

1-TTT med seul : Abcès <3cm/ CI chir/ petit abcès ds un foyer d'encéphalite diffuse

2- TTT chir :

Si abcès unique superficiel : exerese en masse

Si abcès profond : ponction

Si abcès mutiple : interventions chir successive d'exerese ou methodes mixtes

Si abcès en voie d'engagement : pct evacuatrice en urgence

→Surveillance: Clinique + bio + radio

CC :

- Patho peu freq mais grave (mortalité lourde) ;
- Diag est suspecté cliniquement (Triade de Bergman), les exams complémentaires st nécessaire pr le confirmer afin de préciser la topographie de l'abcès et la mée d'une origine (progres IRM++)
- IEC : TTT des portes d'entrées, reduction de l'incidence des abcès post trauma et post op et surveillance des malades porteurs de cardiopathie congenitale cyanogène

HEMATOME EXTRADURAL (x3)

I-Définition :

-Collection de sang entre la table int de l'os du crâne et la dure-mère .
D'origine artérielle le plus souvent (Déchirure de l'a. méningée moyenne) secondaire à un traumatisme crânien .

-Patho de l'homme jeune

-Diag est clinique (Valeur de l'intervalle libre) et scannographique.

Interet : Urgence neurochir extreme diag et TTT ou le saignement est rapidement important ac risque d'engagement cérébral.

II- CAT initiale :

-FMM + Couverture isotherme

-Respect de l'axe Tête- Cou - Tronc

III-Diag + : TDD : Hématome temporo-pariétal pur.

→ Clinique:

Interro : Du patient si conscient ou de son entourage:

Traumatisme : Nature , heure , mécanisme.

Traumatisé : Âge, tares, état de base, point d'impact , h dernier repas, médicaments (AC , AINS, Aspirine).

SF :

-Perte de connaissance initiale , Durée

-Notion d'aggravation après intervalle libre de qqes h pdt laquelle le patient est conscient et n'a pas de déficit (Troubles progressifs de la conscience , signes de focalisation)

-Signes d'HTIC : Nausées, vomissement, cephalées, Photophobie

Exam neuro complet .

Evaluation Etat de csce : GCS , réflexes du tronc, Exam des pupilles (anisocorie)

Recherche des signes focalisation : Déficits moteurs ou sensitifs du côté controlatéral à l'hématome,aphasie,mydriase,convulsions.

Exam G complet à la recherche de lésions associées :

-Plaies du cuir chevelu

-Hématome sous galéal

-Ecchymoses en lunettes

-Stigmates d'otorragies, Stigmates d'épistaxis.

-Examen Cardiorespiratoire

-Examen du bassin ,membres,rachis, aspect des urines

→ Paraclinique :

Radio crâne F+P: normales ou mee trait de fracture temporal croisant le trajet de l'a. méningée moyenne ou de ses branches./embarrure.

TDM cérébrale c-: confirme dc, lésion hyperdense en lentille biconvexe, bien limitée.

Parfois fractures en regard + effet de masse.

TDM de contrôle apres 6H afin d'apprécier l'évolution

Rx rachis cervical F+P : TT traumatisé crânien est considéré comme traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire.

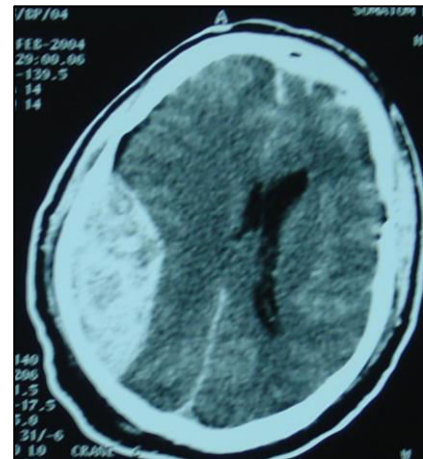
IRM : patient en état stable, est contributive pour certaines lésions : cisaillement, atteinte de la fosse post

Mesure pression intracrânienne: Surveillance= Facteur d'indication chir et permet le drainage contrôlé du LCR.

Autres: selon les données de l'examen clinique:

Rx de thorax, ASP, Rx du rachis ou des membres , Rx du bassin , echo abdominale....

Bilan bio : NFS , Ionogramme , Recherche de toxiques , bilan de crase .



IV-Formes cliniques :

Selon l'âge :- Le nourrisson et le petit enfant : Tableau d'anémie et de collapsus

Selon la topographie : Frontale (Fonction sup)

Occipitale (Hémianopsie HLH)

Contextes moins évocateurs : Intervalle libre prolongée > 24H

Signes d'aggravation modérés

V-Diag diff: Hématome sous dural / Hémorragie intracrânienne/ Hémorragie méningée / AVC

VI- Diag étio : Post trauma, Post op , Spontané (rupture d'une malformation , Tm méningée , infection de la voûte)

VII- Diag de gravité :

Intervalle libre absent ou court <6h , Signes d'engagement (Mydriase homolatérale , signes de décérébration , troubles végétatifs)

VIII-TTT :

→Buts du ttt : Stabiliser le malade

Lever la compression exercée par l'hématome

Stopper la source du saignement

Ttt les lésions associées

Éviter la récurrence

→Moyens & indications :

-FMM : Position proclive de la tête

-Bilan préop /Prévenir les ACSOS /Respecter le réflexe de cushing (l'hypertension, la bradycardie et une respiration anormale) / ATB

-Ttt med: Mannitol , diurétiques, Restriction hydrosodée, SAT VAT si plaie

-Si malade conscient avec bon EHD :

Scanner dispo en URG : Volet au niveau de la lésion + évacuation de l'hématome + hémostase des Vx méningés + Prévention des récurrences par suspension de la dure-mère au berges de la craniotomie + drainage extradural pdt 48h

Scanner non dispo en URG :

****Tableau clinique évocateur :** Trou de trépan explorateur sur le trait de fracture s'il existe ou du coté de la mydriase ou hémiparésie controlatérale.

****Tableau douteux :** surveillance clinique et radiologique rigoureuse

-Si malade vu tardivement : Sd d'HTIC, malade inconscient, avec mauvais état resp et hd →

Mesures de réanimation : Contrôle de la ventilation, Lutte contre l'HTIC : Mannitol.

Puis selon les cas : Si le transfert rapide possible en neurochir : scanner et intervention.

TTT chir en urgence : même conduite.

Abstention ttt si patient asympto et :

-Volume < 30ml pour HED supratentorielle <10ml FCP

-Épaisseur <15ml

-Déplacement de la ligne médiane <5mm

Surveillance : Tous les 1/4 h pendant les premières heures : Pouls et TA, GCS , Pupilles, Exam neuro rapide

CC :

-Urgence neurochir, qui est une complication rare mais non exceptionnelle des traumatismes crâniens, la mortalité globale est de 15 %.

-L'avènement de la TDM a nettement amélioré le Pc des TC grâce à la détection précoce des lésions intracrâniennes

-TTT est essentiellement chir en urgence.

-Pc fonctionnel est excellent si intervention avt apparition des signes cliniques.

-Pc vital mis en jeu car risque d'engagement cérébral.

TRAUMATISMES CRANIOENCEPHALIQUES

I-Définition:

Toute agression mécanique directe ou indirecte du système crano-encéphalique.
Est dit grave qd il engendre une souffrance cérébrale évaluée par un GCS ≤ 8 après correction des fcts vitales.

Causes principales : AVP, Chutes...

Interet : Urgence neurochirurgicale freq, menaçant le Pc vitale et fonctionnel = Cause majeure de décès et d'invalidité chez l'adulte jeune

II-CAT initiale :

→ Sur les lieux de l'accident : Role des secours (sapeurs pompiers+++);

Ramassage prudent ac respect axe tête-cou-tronc + Immobilisation rachis cervical

Hemostase provisoire si plaie par pansement compressif

Couverture isotherme

Buts essentiel = Prevention des ACSOS (HTA, hypotension, hyperthermie, hypoxémie, Hypo et hypercapnie, HypoG, Hypo et hyperNa, Anémie)

→ Transport médicalisé

→ FMM+++ : Hospitalisation en unité neurochirurgicale

-Sonde vésicale après avoir éliminé une lésion urétrale

-Antalgiques+++

-Desinfection + lavage plaie et **Suture immédiate** + SAT + rappel VAT + ATB prophylaxie a large spectre



III-Diag + :

→ Interro: Patient si conscient, famille ou accompagnant

Traumatisme : Heure, mécanisme, pt d'impact.

Traumatisé : Age, ATCDs, Tares éventuelles, heure dernier repas, Notion de perte de connaissance initiale

→ Examen clinique : Complet surtt s'il s'agit d'un PT.

Examen craniofaciale :

Ecchymoses orbitaire

Otorrhée, Otorragies, Rhinorrhée

Enfoncement frontale, plaie du scalp, Embarrure

Plaies crano-encéphaliques

Examen neuro : Précis et répété :

Etat de csce = GCS

Examen des pupilles : Reactivité, Symétrie, taille

Recherche des signes de focalisation : Hemiplégie, Hemiparésie...

Signes d'engagement : mydriase bilat

Examen somatique :

Examen cardiovasculaire complet

Examen du rachis a la recherche d'une lésion du rachis cervical

→ TT TC est un Traumatisé du rachis cervical jusqu'à preuve du contraire +++

Examen du bassin + Membres a la recherche de fractures

→ Paraclinique:

TDM crano-cerebrale sans injection : Lésions = osseuses, parenchymateuses, hematomes...

Permet de prendre une décision chirurgicale urgente

TDM charniere cervico-occipital

Radio du rachis cervical F+P : Recherche d'un trait de fracture

Radio crane F+P : Fracture voûte et base du crane

Echo FAST + Bodyscan : Si polytrauma

Doppler transcranien : Si patient comateux → Recherche de signes de souffrance cerebrale

EEG : Diag medicolegal de la mort encephalique

Autres : Radiothorax, Artériographie, IRM-ARM ...

Bio : NFS, Iono, Bilan d'hémostase, Gpge, Demande de sang, GDS, Alcoolémie, Toxiques...

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse Motrice
4 : Spontanée	5: Orientée	6 : A la demande
3: A l'appel	4: Confuse	5: Adaptée à la douleur
2: A la douleur	3: Incohérente	4: Retrait
1: Nulle	2: Incompréhensible	3: Flexion stéréotypée (décortication)
	1: Nulle	2: Extension stéréotypée (decerebration)
		1: Nulle

→ Formes cliniques :

Trauma de la base du crane (ouverts) : Plaie cranio-cerebral, Embarrure

Trauma cranioencephaliques (fermés): Hematome extradural/ sous dural ; Contusions

→ Complications :

Engagement, Ischémie surajoutée, Hydrocéphalie, Epilepsies...

IV-TTT :

→Buts :

Stabiliser le patient

TTT les complications

Eviter les sequelles

→Moyens et indications :

Mesures G :

-Ventilation précoce

-IOT si GCS ≤ 8 + Ventilation mecanique avec aspiration

-Tete surélevé a 30*

-Correction des troubles metaboliques et de l'hemostase : Remplissage + Transfusion

-Maintien de la PAS ≥ 90 mmHg : Drogues vasoactives si necessaire

-TTT symptomatique : Antioedemateux (Mannitol ac restriction H₂O), Antiepileptiques,

-ATB prophylaxie si fracture base crane

-Prevention des complications de decubitus

TTT neurochir :

-Evacuation hematome intracranien en urgence +/- Drainage hydrocéphalie aigue ;

Craniectomie décompressive si engagement

-Parage et fermeture des embarrures

→Surveillance : Horaire clinico-bio ac TDM de contrôle : 48h apres ou si aggravation.

→Séquelles : Deficit neuro ; Troubles moteurs et intellectuels ; Troubles vx (anevrisme) ; Sd subjectif des traumatisés...

CC :

-Urgence neurochirurgical necessitant une PEC multidisciplinaire rapide

-Role de la TDM c en urgence +++

-Un TC est un traumatisé du rachis cervical JPDC

-Prevention des ACSOS est le principal but de la PEC des TC graves

-Complications et sequelles graves

SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE

I-Definition :

Ensemble des signes et symptômes traduisant l'augmentation de la pression à l'intérieur de la boîte crânienne

Urgence neurochir dt le Pc est lié au risque d'engagement et de mort subite d'une part, et au risque imprévisible d'installation d'une cécité par atrophie optique d'autre part.

II-Diag + :

→ Signes fonctionnels :

Céphalées : tte céphalée d'apparition récente chez un sujet habituellement nn encephalique doit faire penser a une HTIC

Vomissements : brutaux, en jeu, sans effort, le matin au reveil, a l'acmé des céphalées qu'ils soulagent

Troubles visuels : BAV, Sensation de brouillard devt les yeux, diplopie

Troubles de l'humeur, crises convulsives

NB : Apparition signes de focalisation, de troubles de csce, de troubles vegetatifs → Signes de gravité ac risque accru d'engagement.

→ Exam physique :

Exam G : GCS, Etat hemodynamique, Etat respiratoire

Exam neuro : a la recherche de signes de localisation

Exam FO : Stase papillaire symetrique / FO normal = n'elimine pas le diag

→ Paraclinique :

PL = CI

TDM cerebral = a visée etio

IRM / Mesure PIC

Radio simple crane : Elargissement selle turcique, amincissement voute cranienne

III-Diag etio :

Processus expansif intracranien

Hydrocephalie

Craniostenose

HTIC benigne idiopathique

Oedeme cerebraux secondaire a : Encephalite ; thrombophlébite cerebral ; HTA maligne

HTIC en rapport ac prise de medocs ou intoxications

IV-Complications :

Engagement cerebral

Atrophie optique ac cécité definitive par ischemie du nerf optique

V-CAT :

Mise en conditon :

Liberation VAS + ventilation optimal + VVP + SCOPE + TDM cerebral en urgence

TTT med :

Mesures G : Position demi-assise + Oxygenotherapie nasal a fort debit + Intubation et ventilation assisté si coma profond ou irregularité respiratoire + Limitation des apports hydriques (eviter serum G) + TTT antipyretique si besoin + TTT crises convulsives

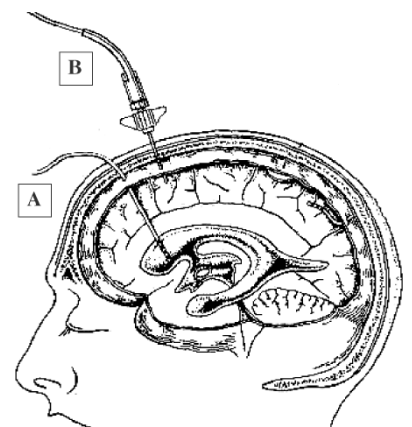
TTT Antioedemateux : varie en fct de l'etio :

Cortico(Prednisolone IV lente) = Tm cerebrales + abcs du cerveau

Antioedemateux hyperosmolaires (Mannitol): HTIC severes du a un AVC ou trauma cranien

Diuretiques / Barbituriques = si resistance aux ttt classiques

TTT chir : TTT etio + Derivation ventriculo-ext ac surveillance continue PIC



GYNECOLOGIE



HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE (x3)

I-Définition:

-Saignement du site d'insertion placentaire ac une perte sanguine >500ml si VB ou >1000ml si VH survenant ds les 24H suivant l'accouchement.

-Eti la plus frq: atonie utérine

-**Progres ttt:** embolisation

-Complicque 1 à 5% des accouchements ds les pays en developpement

-Morbidity importante

-Est dite grave si >1000-1500ml

Intérêt: Urgence diag et ttt, 1ère cause de décès maternel

II-CAT initiale:

FMM +++

III-Diag + :

→Interrogatoire:

FDR : Surdistention uterine, ATCDs d'hémorragie delivrance, Grossesse prolongée

SF :

-Hémorragie extériorisée ou nn

-Très brutale et très abondante ou insidieuse et persistante survenant immédiatement après l'accouchement

-Indolore, sauf en cas d'hématomes ou de Rupture utérine
Faite de sang rouge ac de nombreux caillots.

-Le vol doit etre apprécié de façon exacte (sac de recueil)

→SG : Reflètent la tolérance mat aux pertes sanguines

Dépendant de l'état hemodynamique préalable et de l'importance de l'hémorragie.

Les signes vt depuis **l'intolérance mat** simple au **choc hémorragique** : TA effondrée, pouls accélérée, paleur importante, sueurs, soif intense, angoisse, polypnée, cyanose, marbrures...

→Exam physique = Examen sous valve :

Avant l'expulsion du placenta : Rétention totale du placenta

Utérus mou, dépourvu de tte act contractile et perçu très largement au-dessus de l'ombilic.

La remontée du corps utérin provoque une ascension du cordon ombilical= Absence de clivage placentaire.

Après l'expulsion du placenta : Tableau d'inertie utérine.

Utérus est mou, peu contractile, ac un fond utérin nettement au-dessus de l'ombilic.

Lors de l'expression utérine, de nombreux caillots st expulsés et, à l'arrêt de cette dernière, le globe utérin de sécurité n'existe pas

Une vérification du placenta doit être faite parallèlement pour affirmer que ce dernier est strictement complet

IV-Diag etio :

→Causes utérines :

Atonie utérine

Retention placentaire

Rupture ou inversion utérine

Anomalies de la placentation

→Dechirure des parties molles : Dechirures cervicales ou vaginales au cours des accouchements laborieux

→Hématomes pelviens : Evoqués devt tte dlr périnéal importante, pulsatile en cas de saignement artériel ou continue en cas de saignement veineux

→Causes mat : Troubles de la coagulation = CIVD, Fibrinolyse



V-CAT :

→ Buts :

- Stabiliser l'état de la patiente
- Eviter les complications

Doit être immédiate sans délai et méthodique

Démarrer en même temps la démarche dg et ttt

Présence d'équipe multidisciplinaire : Rea, Gyneco ...

→ Moyens + Indications :

1-Mise en condition de la patiente = Réanimation maternelle

2- Gestes obstétricaux :

Révision utérine sous ATB prophylaxie afin de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, membrane ou caillots sanguins

Délivrance artificielle : Si absence de décollement placentaire après 30min

Conditions: Asepsie rigoureuse, ATB prophylaxie, Vessie et rectum vides, Sédation

Main abaisse le fond utérin, main intra-utérine décolle le placenta de sa zone d'insertion, ne jamais tirer sur le cordon

Examen sous valve: Permet la révision de l'appareil génital bas avec contrôle du globe de sécurité

Massage de l'utérus: Massage manuel du fond utérin pour stimuler la rétraction utérine si utérus vide.

3-TTT médicamenteux :

Urétéronique : Ocytocine ou Methergin

Analogues de prostaglandines IVSE

4-TTT invasif si échec des ttt précédents :

-**Radioembolisation sélective des a. utérines** : si stable

-TTT chir :

Conservateur : Traction sur le col, Packing utérin par méchage, Suture utérine (si RU), Capitonnage des parois utérines, Ligature vx

Hystérectomie d'hémostase = Dernière alternative, surtout si patiente instable et saignement d'origine utérine

5-Mesures supplémentaires : Ig antiD si mère rh- < 72H; Prévention thrombo-embolique x6sem; Supplémentation en fer x3mois; Antalgiques; Contraception après accouchement.

6-Surveillance : rapprochée de la patiente : Clinico-bio

7-Prévention :

Delivrance dirigée : adm prophylactique d'ocytocine au moment de l'épaule ant

Surveillance rapprochée de toute femme ayant accouché pdt 2H en salle d'accouchement

Examen systématique placenta en cas de non-décollement



CC :

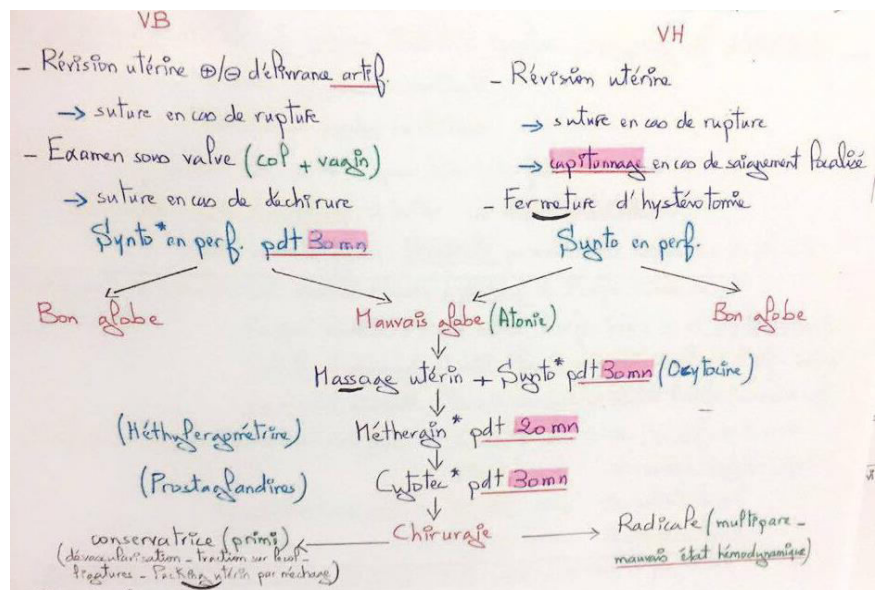
-Urgence obstétricale et anesthésique fréquente

-1ère cause de décès mat

-Évitable car la plupart des patientes à risque peuvent être identifiées avant ou pendant le travail.

-Prévention importante +++

-PEC multidisciplinaire



GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

I-Définition:

LA GEU est la nidation de l'oeuf en dehors de la cavité utérine.

Premier diag a évoquer devt tte hémorragie du 1er T. Est responsable de 9% des morts mat.

Urgence: Engage le Pc vital.

II-FDR :

IST / ATCDs de chir pelvienne

FIV/ Medocs (pilule) / Endometriose

Tabac/ Age mat élevé

III-Diag + :

→ Clinique :

GEU non rompue:

Femme en âge de procréer qui présente :

Retard des règles + Signes sympathiques de grossesse + Douleur pelvienne unilat, +

Métrorragies peu abondantes/ sépia, noirâtres

Etat général conservé (TA, Pouls normaux), Parfois vertige, lipothymie

Spéculum : Saignement en provenance de l'utérus

TV : Utérus subnormal (légèrement aug de taille); Sensibilité pelvienne; Masse lat-utérine sensible

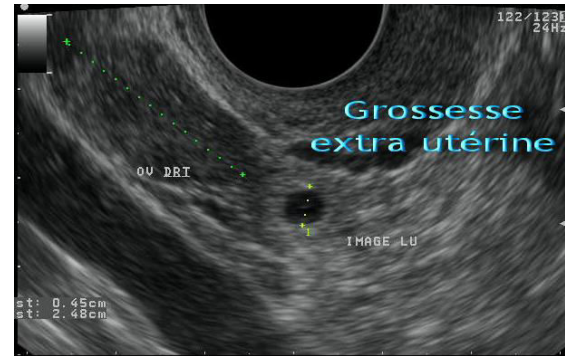
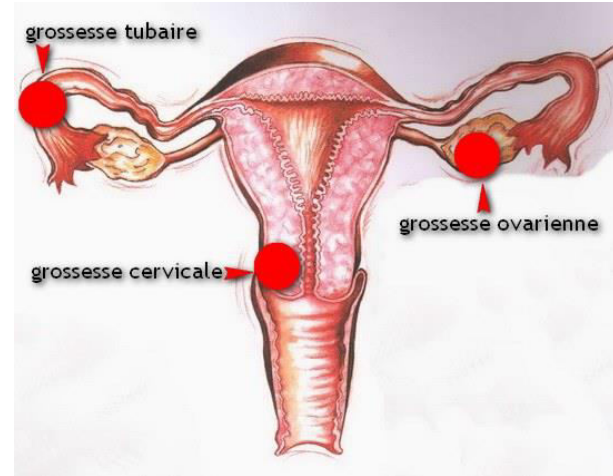
GEU rompue : Clinique plus bruyante :

Signes de choc hémorragique : TA, P, agitation

Défense pelvienne

TV : Dououreux + cri du Douglas

Signes de compression (hématocèle rétro-utérine) : Ténésmes, dysurie,...



→ Echo pelvienne endovaginale couplée a l'écho suspubienne :

Signes directs :

Sac gestationnel : en extrauterin, ac ou sans echos embryonnaires

Hematosalpinx : Image heterogene ds l'axe de la trompe

Hematocele : Image echogene, heterogene, complexe située ds le CDS

Signes indirects :

Vacuité utérine : uterus vide ac lignes cavitaires fines, endomètre échogène de type lutéal ou hypertrophique, parfois aspect de « pseudosac intra utérin »

Epanchement péritonéal

→ Autres examens paracliniques :

Dosage quantitatif Beta HG plasmatique = généralement >1500UI/L

Coelioscopie : But diag et thérapeutique = Gold standard

IV-Diag diff:

Autres causes d'hémorragie du 1T : Avortement , mie trophoblastique

V-CAT :

→ Prévention de l-Rhesus: Ne pas oublier la prévention de l'iso immunisation Rhésus par l'administration d'anti-D chez les patientes Rhésus négatif (72H).

→ Abstention thérapeutique si :

GEU asymptomato ; 2-5cm ; BHCG = 250-2500 UI/L ; Absence de signes a l'écho
Surveillance clinique-bio (béta HCG)- Echo+ Informer la patiente du risque d'échec

→ TTT med : Methotrexate

1ere intention : Absence de CI absolues ; GEU sur trompe unique ; GEU interstitielle

2e intention : persistance du trophoblaste apres ttt chir conservateur.

Surveillance par BetaHCG : 48, J4, J7 et ttes les sem jusqu'à négativation

CI = Allaitement ; Absence de compréhension des signes de rupture/

Etat hemodynamique instable ; Epanchement important / Immunodeficiency ; IR /

Mie pulmonaire ; Mie hepatique ; Mauvaise compliance de la patiente au suivi /

CI du methotrexate ; Hemopathies

→ TTT chir :

GEU heterotopique , Recidive GEU , Rupture tubaire ,

Patiente nn compliant , BHCG > 10000UI/l ...

Conservateur (salpingotomie) pr les GEU nn rompue

TTT radical (salpingectomie) pr les GEU rompues

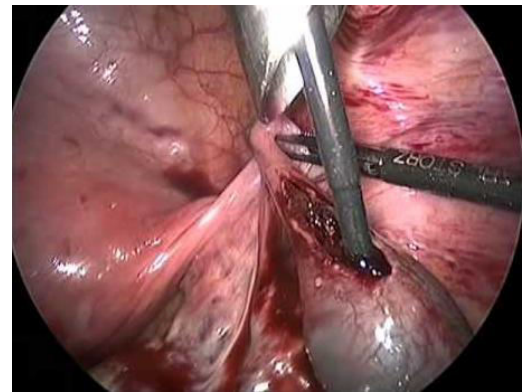
Peut se faire par coelio ou laparotomie qui est : Réservée

actuellement **pr les GEU compliquées** : Hématocèle

enkystée/ GEU abdo/ GEU cervicale

Necessite de Surveillance Béta-HCG ttes les 48h jusqu'a

négativation !!!



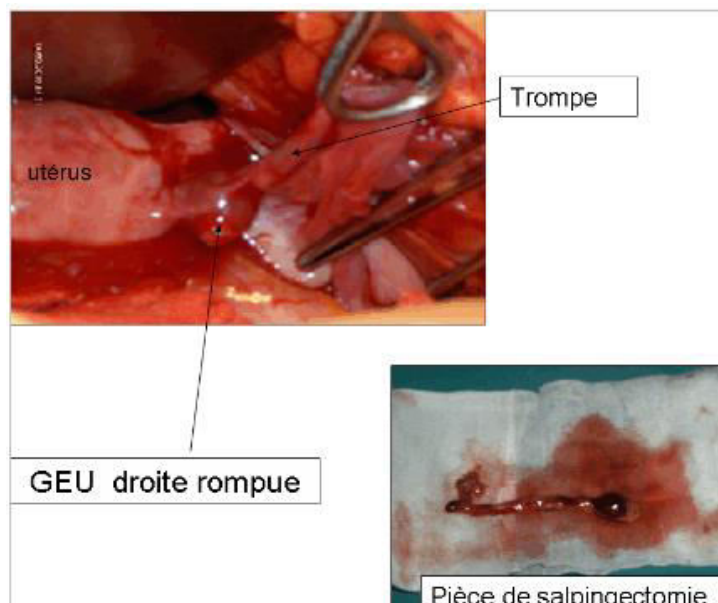
CC :

Urgence gyneco qui peut mettre en jeu le Pc vital de la patiente

Prevention Iaie : Methodes barrieres si FDR / Prevention des IST / DIU plus que les progestatifs / Limitation des inducteurs de l'ovulation

Prevention IIaie : Faire le diag a tps et PEC correctement une GEU

Prevention IIIaie : Info et surveillance de la patiente si ttt conservateur



PLACENTA PRAEVIA

I-Définition :

Le PP est définie comme l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

C'est l'une des causes de mortalité mat et sa freq varie entre 0,33 et 2,6%.

II-Diag + :

→ En fin de grossesse :

SF : Métrorragie précoce, indolore, spontanée, sang rouge vif et récidivante.

Palpation : Abdomen souple, nn contracté, ac presentation haute ou vicieuse

TV dangereux = risque letal immédiat

BCF + et RCF pr bien etre foetale

Echo a vessie pleine = Exam clé permettant la localisation du placenta.

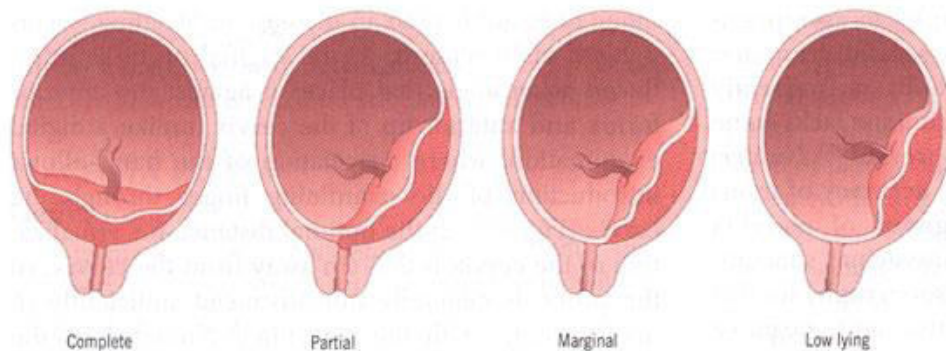
Classification anat de Macafee :

Lat stade 1 : Placenta a distance de l'orifice int du col

Marginal stade 2 : Placenta atteint l'orifice int du col sans le recouvrir

Partiellement recouvrant stade 3 : Placenta recouvre partiellement l'orifice int

Recouvrant stade 4 : Placenta recouvre en totalité l'orifice int du col



Classification de Bessis :

Placenta bas insere post : I = a 4 cm du col / II= Atteint le col/ III= 1/3 inf de la vessie / IV= recouvre globe vésical

Placenta bas inséré ant : I = 1/3 sup vessie/ II= 2/3 sup vessie / III- Atteint col/ IV= depasse col

→ Au cours du travail :

Hémorragie des les 1ere CU, provoquée par le TV

TV formellement CI

Echo obstétricale

-Etat general est fct de l'importance du saignement (Ta ; Pouls ...)

Tte hémorragie du 3e T doit faire pratiquer une echo en urgence avant de faire le TV

-Bio: NFS, Bilan d'hémostase

III-Diag diff :

Autres causes d'hémorragies du 3T : HRP, RU, Hémorragie de Benckiser

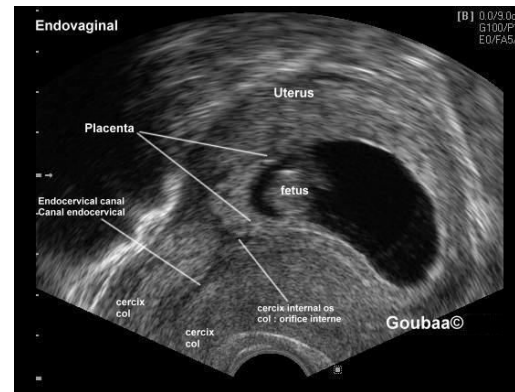
IV-Etio :

Multiparité / Age mat eleve/ Malformations uterine/ Cicatrices uterine/ Fibrome ut/ ATCDs d'avortement et de curetages/ Gemellité

V-Complications :

→ Mat : Etat de choc, anémie aigue, infection , mie thromboembolique

→ Foetal : Prematurité, SFA, Anémie, Trauma obstetricale



V-PEC :

→Si <36SA:

Sur le plan HD :

Repos au lit en Decubitus lat G ; Hospitalisation si hemorragie importante ac bilan prealable : Gpage , NFS, Transfusion, Remplissage

Sur le plan obstétrical :

Tocolyse par B2 mimetique ou inhibiteur calcique (si pas d'hemorragie importante)

TTT martial pdt tte la periode de grossesse jusqu'à 2 mois du Postpartum

AntiD si Rh negatif

Surveillance : mat : TA , biologie / fœtale : BCF, RCF , Biometrie

Programmer la cesarienne a 39SA si PP totalement recouvrant

→Si >36SA ou pdt travail:

PP recouvrant : Cesarienne des les 1ere CU + Prevoir une rea neonat

PP nn recouvrant : Rupture large des mbanes + regularisation des CU par perf d'ocytocine

Si evolution favorable : arret du saginement, sans SFA et progression travail → VB

Si evolution defavorable : persistance du saignement ou SFA → VH

CC :

Les H3G st rares et constituent une gde urgence

Devt tte H3G : TV systematiquement precedé d'une echo afin d'eliminer une PP car risque hemorragie cataclysmique

PP = 30% des metrorragies du 3T

L'echo confirme le diag et precise la loca exacte du placenta p/r a l'orifice int du col

Si hemorragie mat importante et/ou anomalies du RCF = VH en urgence

HEMATOME RETROPLACENTAIRE

I-Définition :

Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré → collection sanguine entre le placenta et la paroi utérine → interruption rapide des échanges materno-foetaux → SFA ou d'une mort foetale.



II-Diag + :

→ SF:

Debut brutal ac :

Douleur abdo intense en coup de poignard siègeant au niv de l'utérus et irradiant en arriere

Metrorragie : minime et noirâtre collectée ac une Installation rapide de **l'état de choc**

Signes de pre-eclampsie (oedemes)

→ Exam physique :

Palper abdo : Contracture utérine = Uterus de bois ne se relachant pas entre les contractions

HU légèrement aug

BCF : Irréguliers ou absents

TV : Segment inf dur, Col spasme et rigide, poche des eaux tendue.

A la deliverance = Placenta avec caillot de sang et une cupule

→ Paraclinique:

Echo: zone hypoéchogène retroplacentaire (absence de signes echo n'élimine pas le diag)

Biologie : NFS , bilan d'hémostase (pr détecter CIVD) , protéinurie si (pre eclampsie)



III-Diag diff :

Les autres causes d'H3G : PP, RU, Hemorragie de Benckiser

IV-Diag etio :

Pre-eclampsie +++/ Carence en vit C , Ac folique / Age relativement élevé

Terrain vx = Diabète, Tabac (cocaïne), alcool/ Traumatisme abdo : AVP/ Certaines manoeuvres obstétricales , manuelles ou instrumentales

V-PEC :

→ Rea mat :

Bilan d'urgence : Gpage ABO-Rh, NFS, TP/TCA, ASAT/ALAT, Ac. urique, D-Dimère, prot 24H

Remplissage = SSI + cristalloïdes ou colloïdes

Sondage vesical = rechercher IR / Oxygenothérapie / Transfusion : culot globulaire + PFC + culot plaq si hémorragie sévère ac CIVD

→ TTT obstétricale :

Si enfant vivant : Césarienne

Si enfant mort : **VB** : Declenchement artificiel du travail (par prostaglandine/ ocytocine) + Rupture artificielle des membranes (RAM) sinn césarienne pr sauvetage mat si perturbation du bilan de crase ds les 6H ou délai de 6H dépassé.

CC :

Devt tte H3G, le TV sera systématiquement précédé d'une echo afin d'éliminer PP qui CI le TV car risque hémorragie cataclysmique.

HRP = urgence extrême de survenue imprévisible

Cause principale = prééclampsie

RUPTURE UTERINE

I-Définition :

Solution de continuité du corps, ou du segment inférieur de l'utérus.

Une des principales étio des H3G, constituent une urgence.

Elle peut survenir sur un utérus sain ou cicatriciel et peut être complète ou incomplète.

II-Diag + :

→ Sd de prerupture :

Agitation et angoisse

Contractions utérines très rapprochées et très douloureuses (hypercinesie de fréquence et intensité)

Hypertonie utérine

Bradycardie ou SFA

+ **Uterus en sablier** : Sd de BANDL FROMMEL avec un **anneau de retraction**

→ Sd de rupture :

Dlr intense en coup de poignard suivie d'une fausse accalmie

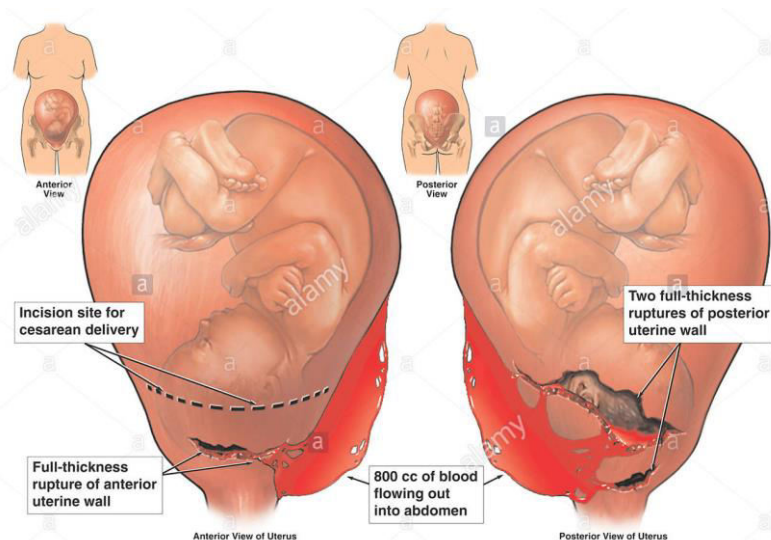
Disparition des CU

Hémorragie ext minime (rouge) et interne → Hémopéritoine

Etat de choc hypovolémique ac perte de conscience parfois et obliquité

Triade : BCF absent + Fœtus ss la peau à la palpation + Présentation inaccessible au TV

Triade + Métrorragie + Fausse accalmie → Posent le diag de RU



III-Diag diff :

Autres causes d'H3G : PP, HRP, Hémorragie de Benckiser

IV-Diag etio :

→ RU sur utérus sain :

Dystocies mécaniques +++ / Grande multipare / Uterus malformé

Curetages répétés / **Medicaments** : ocytociques, prostaglandins /

Manœuvres obstétricales : manuelles ou instrumentales (ventouse, forceps)

→ RU sur utérus cicatriciel :

Cicatrice corporelle et segment -corporeale / Intervalle inter-génésique court ou long /

Infection post-césarienne / + facteurs précédemment décrits

V-CAT :

Ac antiD si mère rhesus -

Urgence obstétricales et chir par excellence → Laparotomie exploratrice

→ Rea mat : Concomitante au ttt obstétricale

→ TTT obstétrical :

Conservateur : suture utérine si lésions limitées +/- ligature section des trompes

Radical : Hystérectomie d'hémostase réalisée en cas de lésions étendues ac réparation des

lésions associées : vésicales, urétérales, digestives...

CC :

H3G st une urgence obstétricale et médicale

Mise en jeu du Pc foetomat

Prévention repose sur :

Suivi régulier et rigoureux de toutes les grossesses consultation prénatal

PEC des grossesses à risque ds des centres spécialisés

Collaboration en cas d'H3G entre obstétricien, rea, néonate et pédiatre

UROLOGIE



GROSSE BOURSE AIGUE (x2)

I-Définition :

-Aug uni ou bilat du volume des bourses de survenue brutale et persistante secondaire a plusieurs affections (etio la + importante : torsion testiculaire)
-Urgence qui impose un exam clinique attentif pr etablir un diag positif precoce, diag etio et stratégie therapeutique adéquate (ttt chir ou simple PEC medicale)

-Interet : Urgence medicochir freq menacant la vitalité du ou des testicules (risque de necrose)

II-Diag + :

→ Interro :

Age

ATCDs med : notion infection genitourinaire recente, de traumatisme, ou ATCDs similaires

ATCDs chir : hernie inguinoscrotal, notion de sondage uretral

ATCDs fam : Notion de Kc testicule familial

Circonstances de survenue : aigue, post trauma

SF : Sd infectieux, dlr abdo, scrotal, recherche de signes digestifs ou urinaires...

→ Exam physique :

Inspection : volume, aspect de la peau, existence de fistules

Palpation (Exam scrotal): Bimanuel, bilat, comparatif, sujet debout puis couché: Apprecier consistence et volume des 2 bourses + palpation epididyme, sillon epididymo-testiculaire, cordon spermatique

Epreuve de transillumination : epanchement hematique (-) ou sereux si lumiere passe

Exam urogenital : urines, region hypogastrique, Perinée, TR (prostate)

Palpation des aires ggaires et orifices herniaires

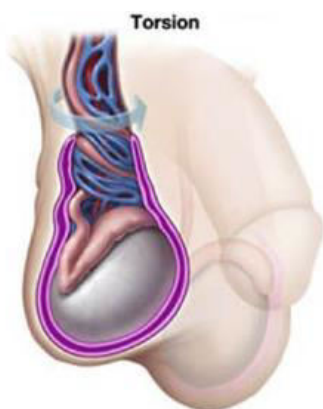
Exam G : Recherche gynécomastie, Etat G, Temp, Etat de csce, coloration cut et muq

→ Paraclinique : Selon etio ++



III-Diag diff : Grosses bourses chroniques :

Hydrocèle, varicocèle, hematocèle, Kc testicule, kyste de l'epididyme, hernie inguinoscrotal, elephantiasis du scrotum



IV-Diag etio et PEC :

→ Torsion testicule ou annexes :

Ischemie aigue du testicule par torsion du cordon spermatique = **Urgence chir : De diag clinique++**

Se voit chez l'enfant ou l'ado, rare chez l'adulte

Diag : Tableau clinique de l'orchiepididymite sans fièvre :

SF :

-Dlr au niv d'une bourse, d'installation brutale, intense a type de broiement, irradiant le long du cordon spermatique vers la région

inguinale et FI et genant la marche

A tendance a s'attenuer progressivement en qqes h

-Nausées, vomissements inconstants

SP : Grosse bourse rouge, œdémateuse

Palpation : Bourse tuméfiée et douloureuse ; Testicule ascensionnée ; Tour de spire du cordon

Signe de Prehn (negatif) : soulèvement du testicule aug la dlr / Abs de **reflexe cremastérien**

Absence de signes infectieux (Fievre, brulures mictionnelles, BU - ...) / TR : normal

Echo doppler : dim ou arret du flux art.

Echo scrotal : nn fiable pr le diag, Testicule heterogene et epanchement peri-testiculaire (signe tardif) permet de preciser le diag diff (ac Tm)

Evolution : Detorsion spontanée, necrose testicule, atrophie testicule

NB : Une fausse accalmie est un signe de gravité +++

CAT : Delai <6h : Informer le patient sur le risque d'orchidectomie

-Detorsion manuelle si conditions locales rendent impossible une intervention rapide

-Exploration contenu scrotal :

Si Viable : conservation + fixation (=orchidopexie)

Si nécrosé : Orchidectomie + prothese testiculaire ds un 2^e tps

-TTT preventif : Orchidopexie controlat a distance

→ Orchiepididymite aigue a germe banal :

Infection du testicule et de l'épididyme par voie canalaire ascendante (Chlamydiae, E.coli...)

Diag :

Interro :

ATCDs d'uretrite , d' IU, infection de voisine ou suppuration distal, de sondage ou cystoscopie, Obstruction sur le bas appareil...

SF : Dlr scrotale severe irradiant le long du cordon vers la region inguinale

Troubles mictionnelles inconstants

SP : Scrotum aug de vol + signes inflammatoires : peau lisse, luisante, tendue, chaude, dlr, oedematiée + recherche ecoulement urétral au niv du méat

Palpation : Douleuruse

Signe de Prehn (+) : Soulevement du testicule soulageant la dlr

TR : recherche dlr prostatique evocatrice de prostatite associée

SG : fièvre élevé, pyurie parfois

Paraclinique : ECBU, hemoculture (si fièvre>38,5), Plvmt uretral, Serologies (chlamydiae, syphilis, SIDA), Echo scrotal (patho associée : Tm testicule..), UIV (en cas de recidive)
+ Bilan infectieux (NFS, CRP)

Evolution : Fonte purulente testicule, Abces epididymaire, Atrophie testiculaire, Edididymite chronique, Stérilité, Septicémie

CAT : ATBie visant surtt BGN + TTT la cause (stenose uretre, ablation sonde vesical..)

→ Orchiepididymite aigue tuberculeuse :

Diag :

-Tableau clinique d'une orchiepididymite banales

-Arg en faveur du BK : Nodules epididymaires, fistules scrotales + Signes d'impregnation tuberculeux

-Radio : Signes urographiques de BK urogenitale

-Decouverte de BK ds les urines ou a l'examen anapath

CAT : TTT antibacillaire

→ Orchite ourlienne :

Infection virale du testicule au cours des oreillons survenant a la periode pubertaire

Diag :

SF : Dlr scrotal + Abs de troubles mictionnels

SP : Grosse bourse inflammé et douloureuse + Parotidite (Tumefaction parotides)

ECBU + plvmt urétral = steriles

Evolution : atrophie testiculaire, stérilité sécrétoire par oligospermie

CAT : TTT symptomatique (antalgique...)

→ Kc aigue du testicule :

Diag :

-ATCDs : Kc testicule controlat ou familial ; pas de notion de trauma

-SF : aucun = indolore

-SP : Tumefaction opaque a la translumination, lourde, brusquement constitué

Echo scrotal + Marqueurs tumoraux BHCG, AFP

CAT :

Intervention urgente = orchidectomie (ac anapath) + Prothese

→ **Grosse bourse post-traumatique :**

Secondaire a un traumatisme fermé du scrotum = contusion

Diag :

SF :

Dlr scrotale syncopale irradiant vers les FI au moment de l'accident puis aug du vol scrotale et apparition d'hématomes

SP : Grosse bourse ecchymotique, inflammatoire, s'étendant parfois jusqu'à la verge et au périnée

Echo scrotal : Hématocele ; fracture testicule, hématome testicule ; hématome épiddyme

Echodoppler : étudie vx du testicule

CAT :

Abstention ac surveillance

TTT med : repos, antalgiques, AI et contention des bourses

TTT chir :

Evacuation collections sanguines et hémostases

Reparation rupture simple et albuginée,

Orchidectomie : si fracture testiculaire ; désinsertion épiddymo testiculaire.

CC :

-Grossesse bourses aiguës relèvent d'étiologies multiples : Torsion ; Orchiépiddymite et trauma++

-L'essentiel est de pouvoir reconnaître une torsion du testicule car risque de nécrose rapide

-Examen clinique est capital et aide au choix thérapeutique : ATB ou chir

Il vaut mieux opérer une orchiepiddymite en excès que de passer à côté d'une torsion

-IEC : Tte dlr scrotale impose une consultation en urgence

RETENTION AIGUE D'URINE

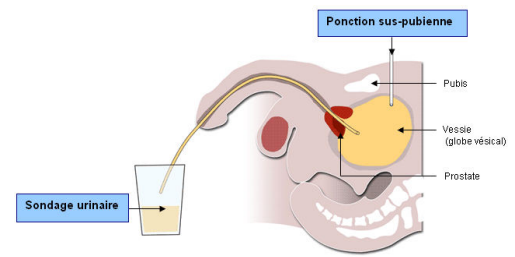
I-Définition :

Impossibilité brutale et totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

Le diag est généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical. Le drainage vésical s'impose en urgence.

Interet :

Urgence dt le diag + est facile, essentiellement masculine



II-Diag + :

→ Interro :

ATCDs uro : éléments susceptibles de déclencher une rétention aiguë d'urines = épisodes ant de rétention, hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) / Kc de la prostate, une sténose urétrale hypothétique ; une notion de prostatite ou d'infection urinaire basse, et ATCDs perso de tumeur de vessie.

ATCDs neuro : éléments susceptibles de déclencher une rétention : patients blessés médullaires, atteints de sclérose en plaques ou de spina bifida, Parkinson neuropathie diabétique.

Prise de medocs

SF : Impossibilité d'uriner depuis qqs h, contrastant ac des envies impérieuses et douloureuses d'urines + Dlrs hypogastriques.

Signes associés : Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles : hyperthermie, frissons ; hématurie.

→ Exam clinique : Globe vésical

Inspection : Voussure hypogastrique

Palpation : masse hypogastrique mate et convexe (douloureuse, reveille l'envie d'uriner)

Percussion : matite sus-pubienne dlr

TR : indispensable car il contribue à l'estimation du volume prostatique ; peut déceler une patho uro

Exam des OGE : phimosis serré, une sténose méat urétral ou une orchite-épididymite

→ Paraclinique : rarement utile

Avt drainage : Aucun en urgence

Après drainage :

ECBU

Bilan bio= créatinémie et le ionogramme sanguin.

Echographie du haut appareil urinaire = dilatation urétéro-pyélocalicielle, et de signes de pyélonéphrites

III-Diag diff :

Rétention de l'anurie (absence de sécrétion d'urine par les reins). En cas d'anurie, il n'y aura pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, et, le + svt pas de douleur pelvienne associée.

IV-Complications : IRA, Sd de levée d'obstacles, Hématurie a vacuo, Vessie claquée

V-CAT :

→But : Evacuer la vessie d'urgence afin de soulager le malade, éviter les complications aiguës du bas appareil urinaire, éviter à court terme une IR obstructive

→Moyens :

1-Drainage vésicale en urgence : Soulager le malade immédiatement par 2 méthodes.

Pr les 2 on exige : Asepsie rigoureuse, Plvmt pr ECBU, Vidange progressive de la vessie (500cc/h) afin d'éviter une hémorragie à vacuo.

Sondage vésical : Svt difficile

CI : stenose febrile (prostatite) , stenose urétrale, trauma de l'uretère et du bassin

Cystostomie suspubienne (pct suspubienne) : A 2 travers de doigts au dessus du pubis.

CI : Caillotage vésical ; ATCDs connus de Tm vésical ; Trouble hémostasie ; Cicatrice de laparotomie ou pontage vx extra anat sur le trajet de la ponction

2-Faire le bilan etio une fois le patient soulagé :

Interro + Exams paracliniques :

Echo vésico-prostatique par voie sus-pubienne :

Résidu postmictionnel ; Retentissement vésical, Diverticule, Epaissement pariétal, Lithiase vésicale ; Tms vésicales; Lobe médian prostatique ; Volume prostatique

Autres : Débitmétrie ; Urétrocystoscopie

3-Etio :

Uro (les + freq) :

Modif du contenu urinaire = Calculs, corps étrangers

Compression extrinsèque : Adénome prostate, Kc prostate, Prostatite

Compression intrinsèque : Stenose urétrale ; Tm urétrale ; Phimosis serré

Neuro : Dysfonctionnement vésicosphinctérien : Paraplégie, Postop, SEP, Psychogène

Medicaments : Morphinique anticholinergique

4-TTT etio

5-Surveillance +++

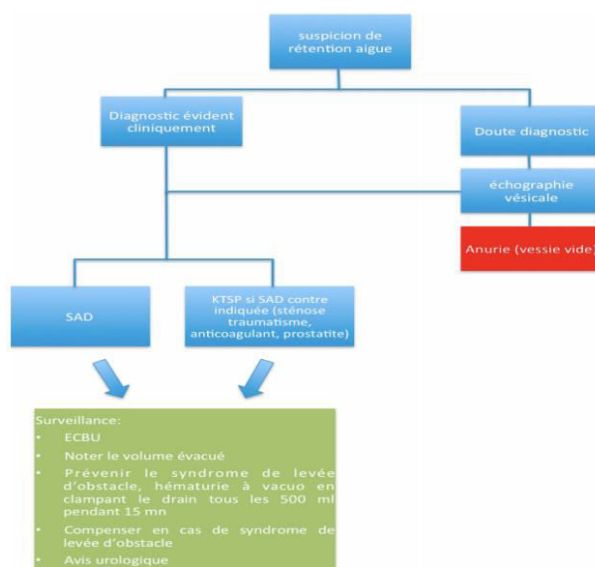
CC :

Urgence uro freq +++

Diag clinique ac TR qui est fondamental

Drainage en urgence

Nombreuses etio

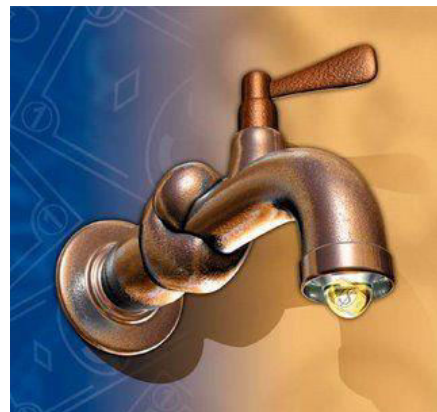


ANURIES MECANIQUES

I-Définition :

Etat d'insuffisance rénale secondaire à une obstruction des voies excrétrices sup survenant de façon bilat ou sur rein unique, anatomique ou fonctionnel.

Urgence médico-chir imposant un diag précoce et PEC urgente afin de lutter contre les troubles métaboliques qui mettent en jeu le PC vital



II-Diag + :

→ Clinique :

Interro : ATCDs de lithiase, chir uro, hystérectomie, qualité de miction, ATCDs méd (causes néphro de l'anurie)

SF : Patient n'arrive pas à uriner non pas par obstruction infravesical mais par absence d'urines dans la vessie

SP :

Inspection : Sd urémique aiguë = dyspnée de repos ac polypnée + œdème + pâleur cutané

Palpation : Masse abdomino-pelvienne ou rétro-péritonéale + absence de globe vésical

Touchers pelviens : Orientation étio

→ Paraclinique :

Bio : Hyperkaliémie, acidose métabolique, rétention hydrosodée ac hyponatrémie et hypochlorémie

Radio : Echo + AUSP : confirment obstruction et précisent sa nature

III-Diag diff : Retention aiguë d'urine

IV-Diag étio :

Anurie calculuse, Anurie tumoral (Tm vessie/prostate), Anurie sur uropathie malformative, Anurie obstructive post op, Troubles urinaires, Fibrose rétro-péritonéale

V-CAT :

→ Rea : Assistance cardio-circulatoire ; Assistance respiratoire ; Correction troubles métaboliques

→ Drainage des voies excrétrices :

Montée de sonde urétéral : Consiste en un passage d'une endoprothèse urétérale qui permettra de court-circuiter l'obstacle et de rétablir le cours normal des urines
Sondes urétérales simples ou sondes en dble J

Nephrectomie percut : Sous contrôle echo et ss AG ; permettra : déblocage des VE restituant une diurèse normale ; réaliser ultérieurement une opacification des VE antérogrades

→ Evolution apres drainage : Correction des troubles métaboliques au bout de 24-48h ; Reprise d'une diurèse normale ; Reprise d'une capacité des reins à concentrer les urines

→ TTT étio en dehors de l'urgence

CC :

Accident grave nécessitant ds un 1^{er} tps l'intervention du med rea ds les formes sévères et de l'uro pr faire un drainage urinaire, réalisé au mieux par nephrostomie percut.

CELLULITE PERINEO-SCROTALE

I-Définition :

Ensemble des affections qui traduisent l'infection du tissu cellulaire sous cut des OGE chez l'homme par des germes aérobie et anaérobie agissant en synergie.

La + importante est la gangrène de Fournier qui est une infection nécrosante caractérisée par une thrombophlébite suppurée.

Urgence médico-chir mettant en jeu le Pc vital et fonctionnel.



II-Diag + :

→ **Interro :** Chercher terrain d'ID : diabète, cortico, IS

→ **SF :** Dlr, œdème et érythème des OEG, gangrène et nécrose cut du scrotum, signes de choc septique

→ **SG :** Graves, conditionnent le pronostic de la maladie.

Hyperthermie franche avec des frissons (> 39°C), troubles de la conscience, état de choc, syndrome de détresse respiratoire, insuffisance rénale...

→ **SP :**

Confirment le caractère infectieux de la gangrène : odeur fétide, aspect infiltré du tissu cell ss cut, crépitements inconstants (emphysème S/C à anaérobie).

Recherche le pt d'entrée : urines infectées, globe, TR (abcès anal).

→ Paraclinique :

Bio : Sd inflammatoire + Recherche d'Ac antistéro

Plvmt bactériologique = Valeur diag : hémocultures, pct aspiration ss cut...

Biopsie = étude anapath

Echo + TDM : collection à drainer

IRM = évaluer l'extension en profondeur du processus infectieux + mieux guider geste chir

III-Diag diff :

Autres causes d'œdème et érythème des OGE = Nécrose et odeur fétide redressent le diag rapidement

IV-Diag etio :

Idiopathique : Miel de Fournier

Abcès anal : TR, rectoscopie

Fistule uréthrale : UIV, Echo vésicale

V-Complications : Retentissement sur l'organe + Retentissement sur l'organisme = choc septique

VI-CAT :

→ **Rea :** Correction hypovolémie + troubles HE ; Nutrition parentérale ; AG ; Ventilation mécanique :

→ **TTT med :** ATBie probabiliste puis en fct des résultats des plvmts effectuées : Amoxicilline protégée + Aminoside +/- Metronidazole

→ **TTT chir :** Excision large svt délabrante de ts les tissus nécrotiques + Suppression porte d'entrée + Colostomie de décharge + Cathe sus pubien + A distance (greffe cut)

→ **Oxygénothérapie hyperbare :** si disponible = qqes séances afin d'améliorer le Pc

CC :

Entité nosologique qui se caractérise par une thrombophlébite suppurée du t. cell S/C, ac nécrose de la peau des OGE chez l'homme dans un tableau de septicémie.

Seul un diag précoce et un geste chir urgent permettent de réduire la mortalité.

TRAUMATISME DE L'URETRE

I-Définition :

10 à 15% des fractures du bassin se compliquent de lésions uro, surtt de l'urètre et de la vessie.

La rupture de l'urètre survient quasi-exclusivement chez l'homme, et touche surtt l'urètre membraneux.

II-Diag + :

→ **Clinique :** Triade :

Urétrorragies : issue de sang par le meat urétral en dehors de tte miction

Globe vésical : peut être masqué par l'hématome sous péritonéal ou manquer s'il existe une rupture de vessie associée.

Hématome périnéal : incst (en cas de rupture de l'aponévrose moy du périnée).

Parfois : Choc hypovolémique lié au trauma du bassin

→ **Paraclinique :**

Radio du bassin

Echo Abdominopelv : Systematique chez le polytraumatisé ; Recherche globe vesical ou eventuelle rupture de vessie

Uroscan : Met en evidence des lesions associées du haut appareil

Recherche rupture vesicale associée ; Rupture urétrale isolée (vessie intacte) ; Organes intra-abdo

Urethrocytographie retrograde : Diag + de la rupture urétrale : precise le type de rupture et objective l'importance de la fuite

III-Diag etio :

-**Plaie :** accidentelles ou chir (rectal ou prostatique)

-**Rutpure post trauma :** U. membraneux (embrochage par esquille osseuse , disjonction symphysaire ac rupture ligament pubo-prostatique) / U.prostatique (eclatement prostate) / U. bulbaire (dechirure a califourchon, contusions directes.

IV-Complications :

→ **Urethre :**

Dilatation d'amont

Infection : au niv du corps spongieux (per urétrite) qui peut s'étendre aux plans superf (→ Phlegmon urinaire ; fistule cutanée)

→ **Prostate :** Prostatite aigue ou chronique

→ **Voies seminales :** épididymite

→ **Vessie :** Signes de lutte/ Cystite/ Lithiase vésicale

→ **Haut appareil :** Ureterohydronephrose bilat voir IR

V-CAT :

Eviter sondage uretral : risque de surinfection ; aggravation lesions

Faire une cystotomie suspubienne + UIV en urgence

Reduction et stabilisation des déplacements osseux

TTT immediat des : lesions vesicales, plaies rectales ; hemorragies

TTT tardif : Realignement endoscopique ;

Uretrorrhaphie termino-terminale ; Urethroplastie

→ **Indications :**

Rupture partielle : Realignement endoscopique (5-15ejr)

Rupture totale : Uretrorrhaphie termino-terminale / Uretroplastie : perte de substance uretrale ; multi-opéré.

