

Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Overvie

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patient de 36 ans, sans antécédent pathologique particulier, victime d'un accident de travail avec traumatisme grave à point d'impact abdominal. Il présente une hématurie, en rapport avec un traumatisme du haut appareil urinaire.

Objectifs critiques :

- Reconnaître un traumatisme urinaire,
- Comprendre la physiopathologie,
- Considérer les examens complémentaires,
- Mettre en œuvre les thérapeutiques adéquates.

Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	36 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 80 Kg, Taille = 176 cm
SF	:	accident de travail, point d'impact abdominal
Début	:	6 heures avant admission
Signes associés	:	douleur de la fosse lombaire, hématurie
Mode d'admission	:	ramené par la protection civile
Signes critiques	:	choc hémorragique

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 30 c/min, pas de cyanose des lèvres, pas de SLR, auscultation normale, SpO2 = 90%	
Fonction circulatoire	:	FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg, pâleur, pas de souffle à l'auscultation	
Fonction neurologique	:	GCS = 14/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion, agité	
Examen somatique	:	RAS	
Glycémie :	1,2 g/L	Hémocue : 6,1	Température : 36,5 °C

Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Chariot de soins
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique

Drogues
<input type="checkbox"/> Acide tranexamique
<input type="checkbox"/> Fibrinogène injectable

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, poussiéreux

Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : protection civile

Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Scénario

Baseline

FR = 30
SpO₂ = 90%
EtCO₂ = 30

FC = 140
PA = 70/40

Conscient, Agité
Pâle

Interventions

TTT Choc
hémorragique

RAS

FC = 140
PA = 90/60
SpO₂ = 90%

TTT du traumatisme
urinaire

Non



Oui



Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Programmation

Baseline

FR = 30 c/min, pas de cyanose, SpO₂ = 90%, auscultation normale

FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg

EtCO₂ = 30 mmHg

Critical

Détresse circulatoire

Choc hémorragique

Landing

FR = 12 c/min, SpO₂ = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/60 mmHg

EtCO₂ = 35 mmHg

Stabilité hémodynamique et respiratoire

Traumatisme urinaire

ESC_TR_007_Debriefing

Fiche

- Les lésions urologiques surviennent habituellement dans les traumatismes sévères et doivent être diagnostiquées par une attitude systématique de prise en charge des polytraumatisés dans des centres disposant de tout le plateau technique nécessaire,
- Les traumatismes rénaux peuvent générer des hémorragies sévères rétropéritonéales qui sont accessibles à un traitement endovasculaire,
- Un grand nombre de traumatismes rénaux peut actuellement être traité par traitement conservateur,
- Dans les cas de traumatisme rénal, les indications de néphrectomie éventuelle sont généralement posées à distance uniquement devant la survenue de complications : hypertension artérielle rénovasculaire, surinfection avec fonte purulente du rein ou abcès par surinfection d'un urohématome de la loge rénale,
- Le traitement endovasculaire des lésions ischémiques doit encore faire la preuve de son efficacité mais est porteur d'espoirs thérapeutiques dans ces situations nécessitant une revascularisation, particulièrement en cas de rein unique ou de lésion bilatérale,
- Les lésions urétrales et vésicales surviennent habituellement dans les traumatismes graves du bassin,
- Dans tous les cas de suspicion devant une fracture du bassin, une uréthro-cystographie rétrograde doit être réalisée avant toute tentative de sondage vésical,
- En cas de lésion urétrale, un cathétérisme sus-pubien est indiqué, au mieux guidé par échographie, pour assurer le drainage des urines en attendant la stabilisation du patient,
- Des lésions abdominales sont fréquemment associées aux traumatismes urologiques dans les fractures du bassin. Ces associations lésionnelles multiples témoignent de la violence du traumatisme.

Objectifs techniques

- Reconnaître un traumatisme urinaire,
- Comprendre la physiopathologie,
- Considérer les examens complémentaires,
- Mettre en œuvre les thérapeutiques adéquates.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	6.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	19.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	14.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	7.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	91 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	42 %	(70-140)
INR		
TCA		
Temps témoin	30 sec	
TCA		
Temps patient	50 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	5,1 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	70 mg/L	(90-105)
Phosphore	60 mg/L	(30-50)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.70 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	18 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	60 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	60 UI/L	(5-40)
CRP	20 mg/L	(< 10)
Albumine	35 g/L	(35-55)

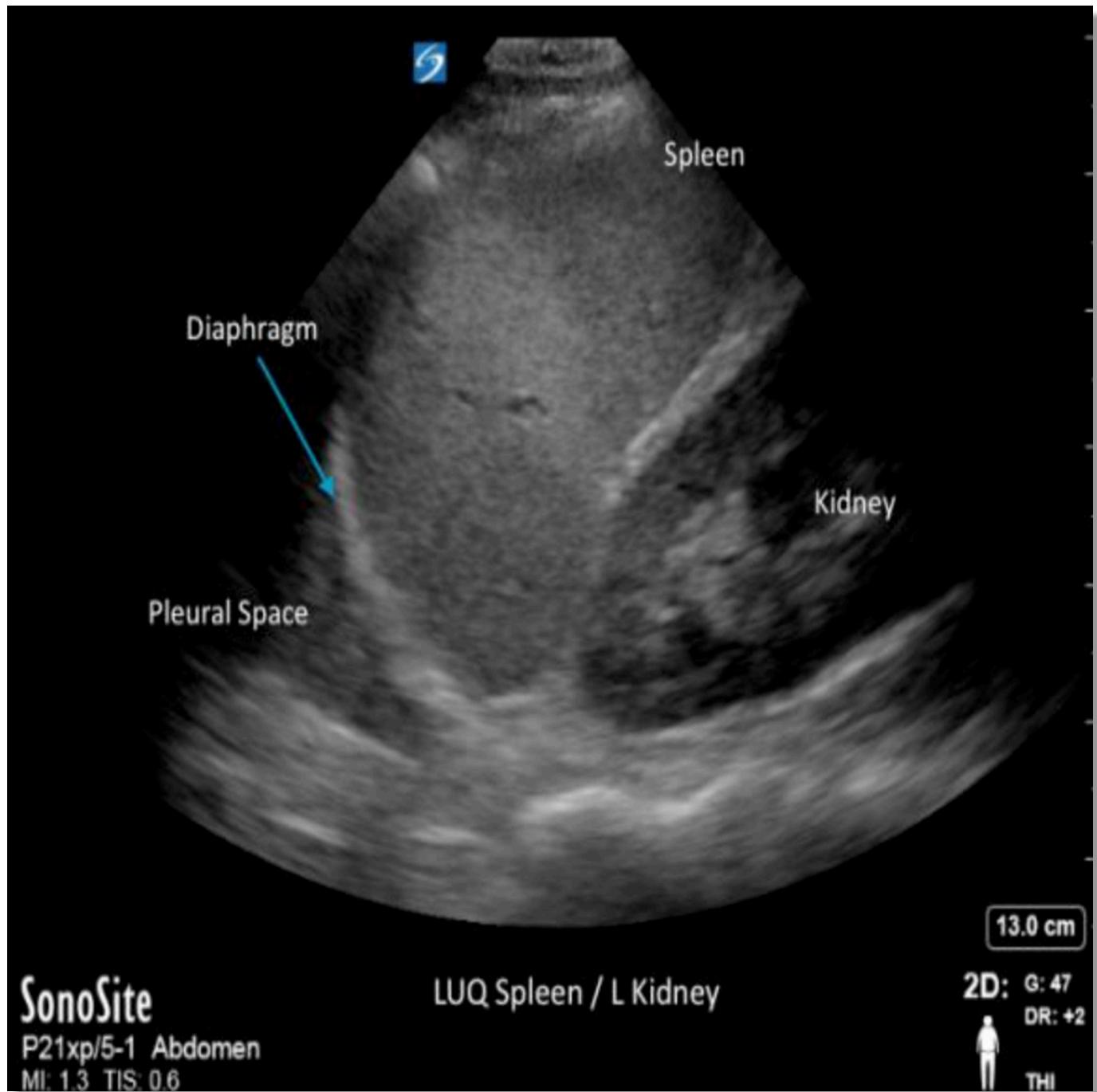
Ionogramme

	Résultat	Références
LDH	800 UI/L	(190-400)
CPK	500 UI/L	(< 150)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	18 mmol/L	(22-26)
PaO ²	75 mmHg	(> 85)
SaO ²	81 %	(95-100)
Lactates	2 mmol/L	(< 2)

FAST écho



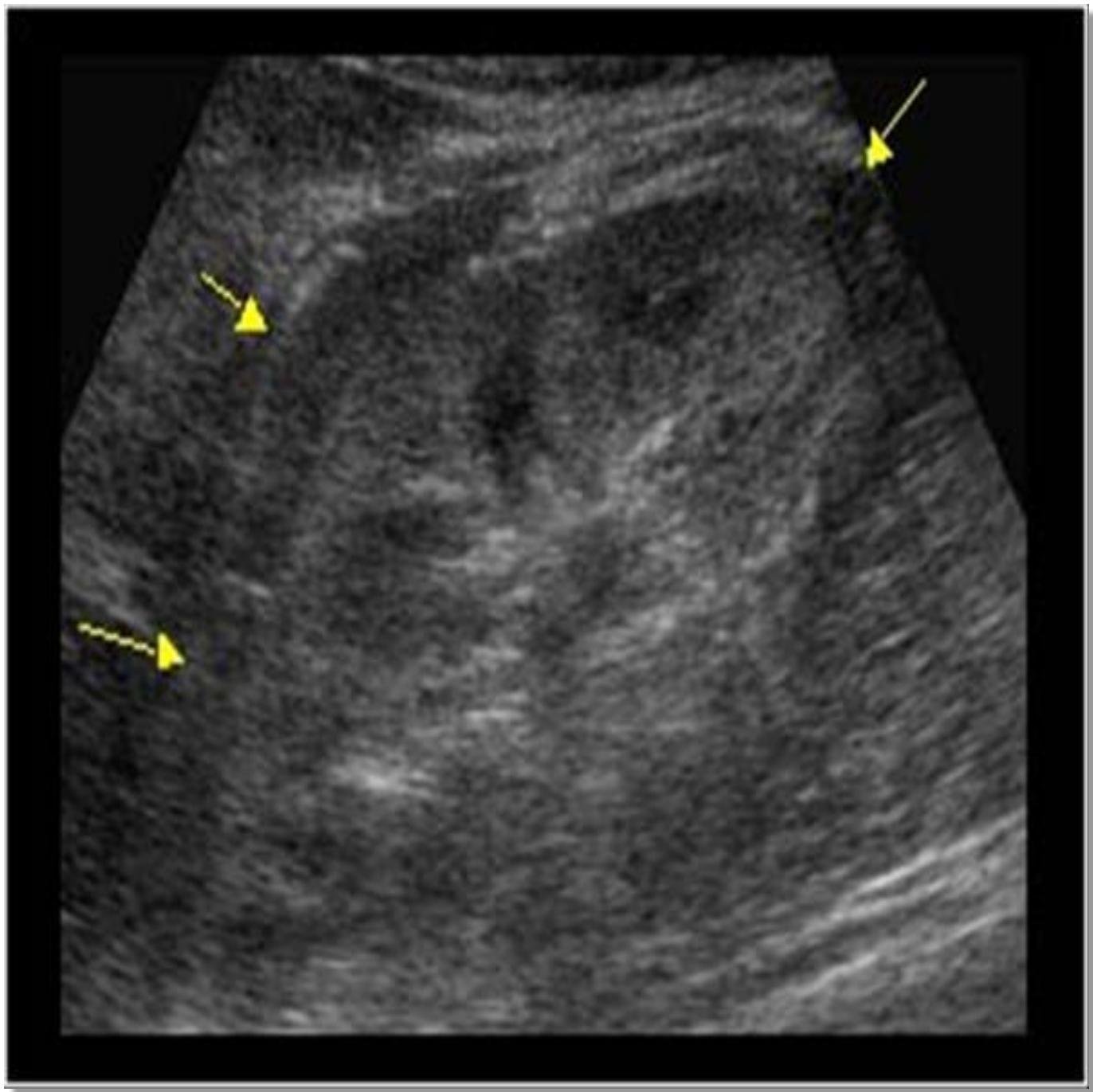
Interprétation :

Hémopéritoine de moyenne abondance.

Radiographie du poumon



Échographie abdominale



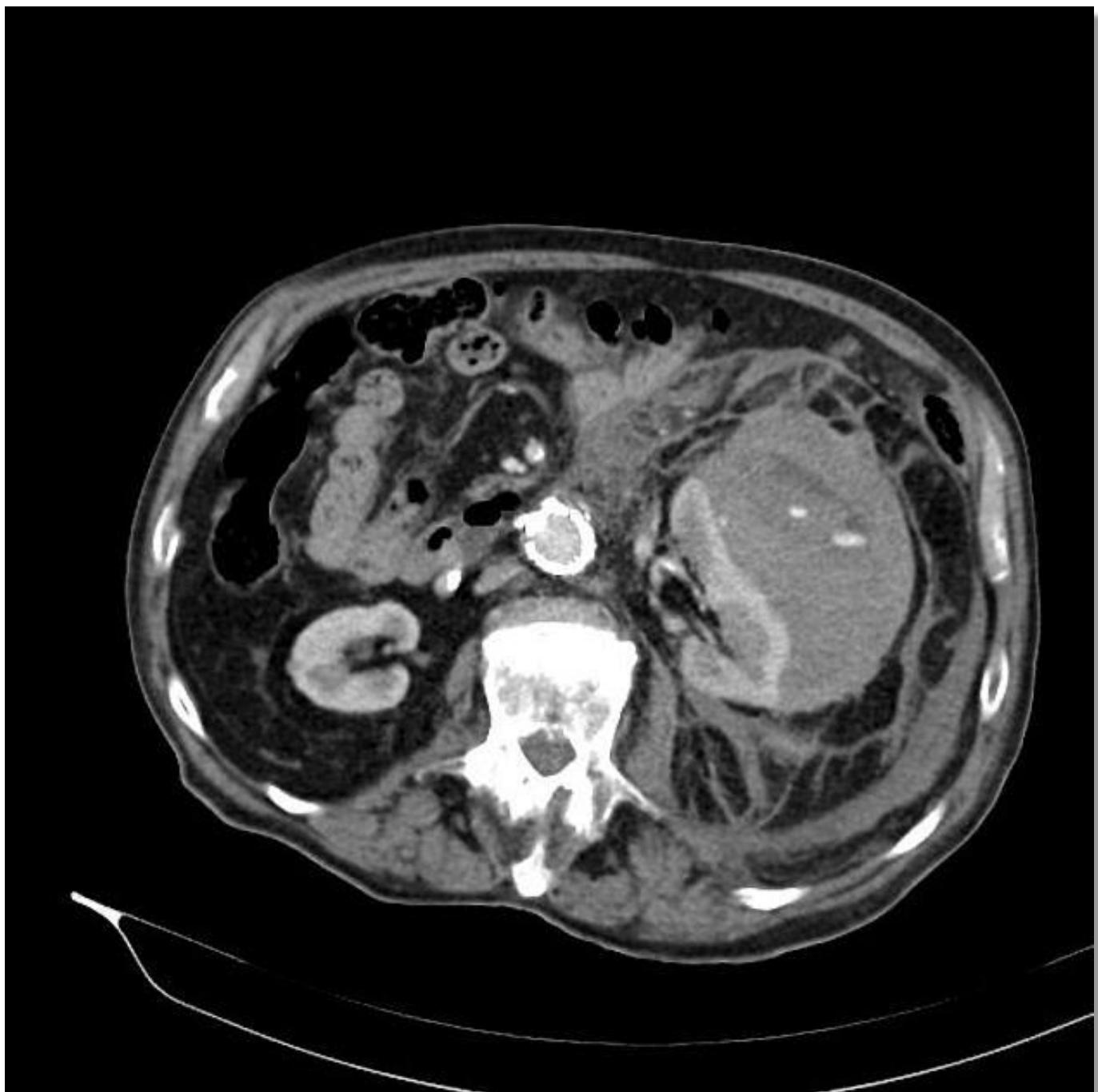
Interprétation :

Lacération du pôle inférieur du rein gauche avec un hématome péri-rénal.

Radiographie du bassin



TDM abdominale



TDM cérébrale



© 2005 Neuroradiologie Grenoble

Radiographie du rachis cervical



TDM du rachis cervical



Interprétation :

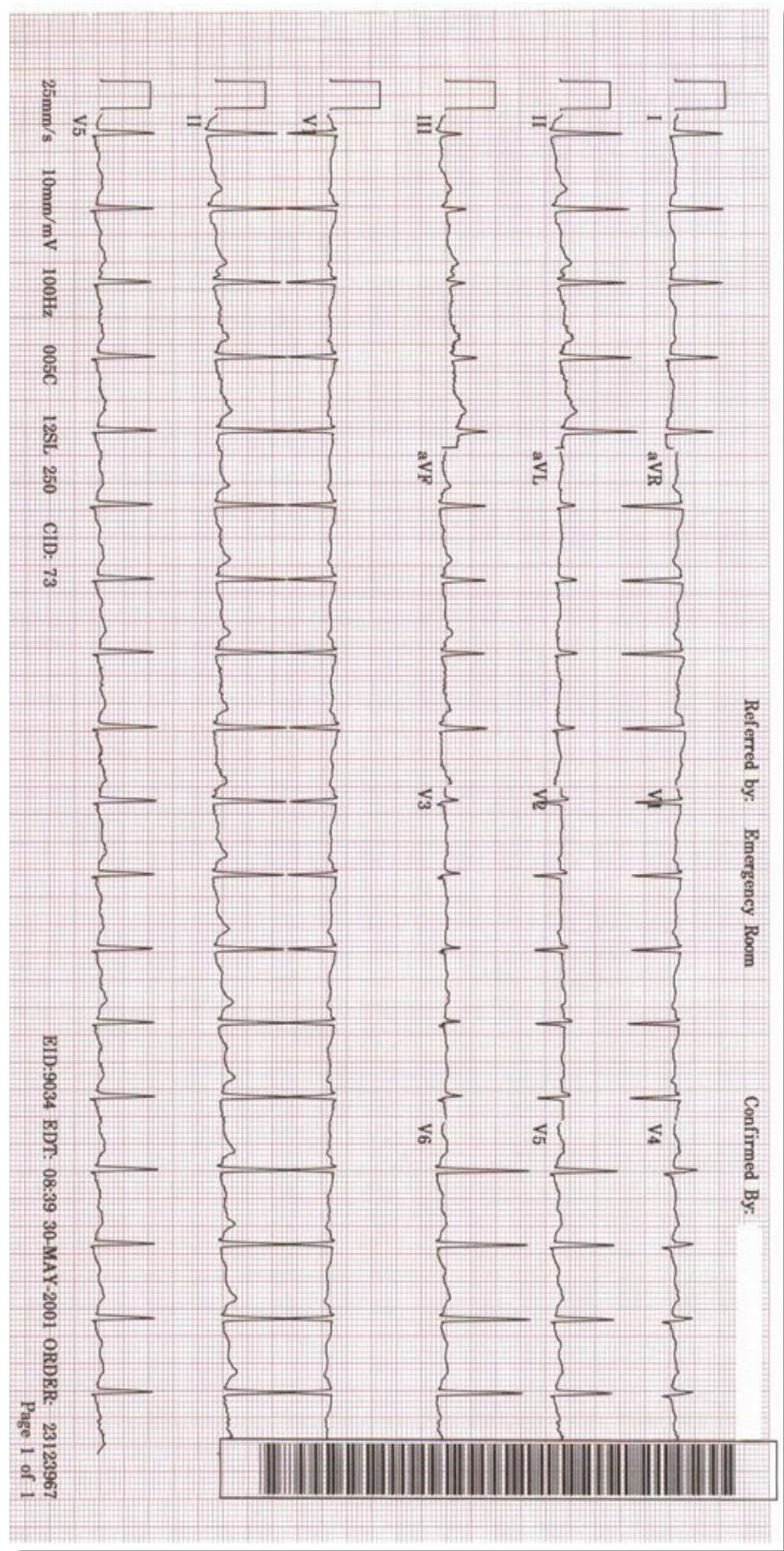
Rachis cervical normal.

TDM Bassin

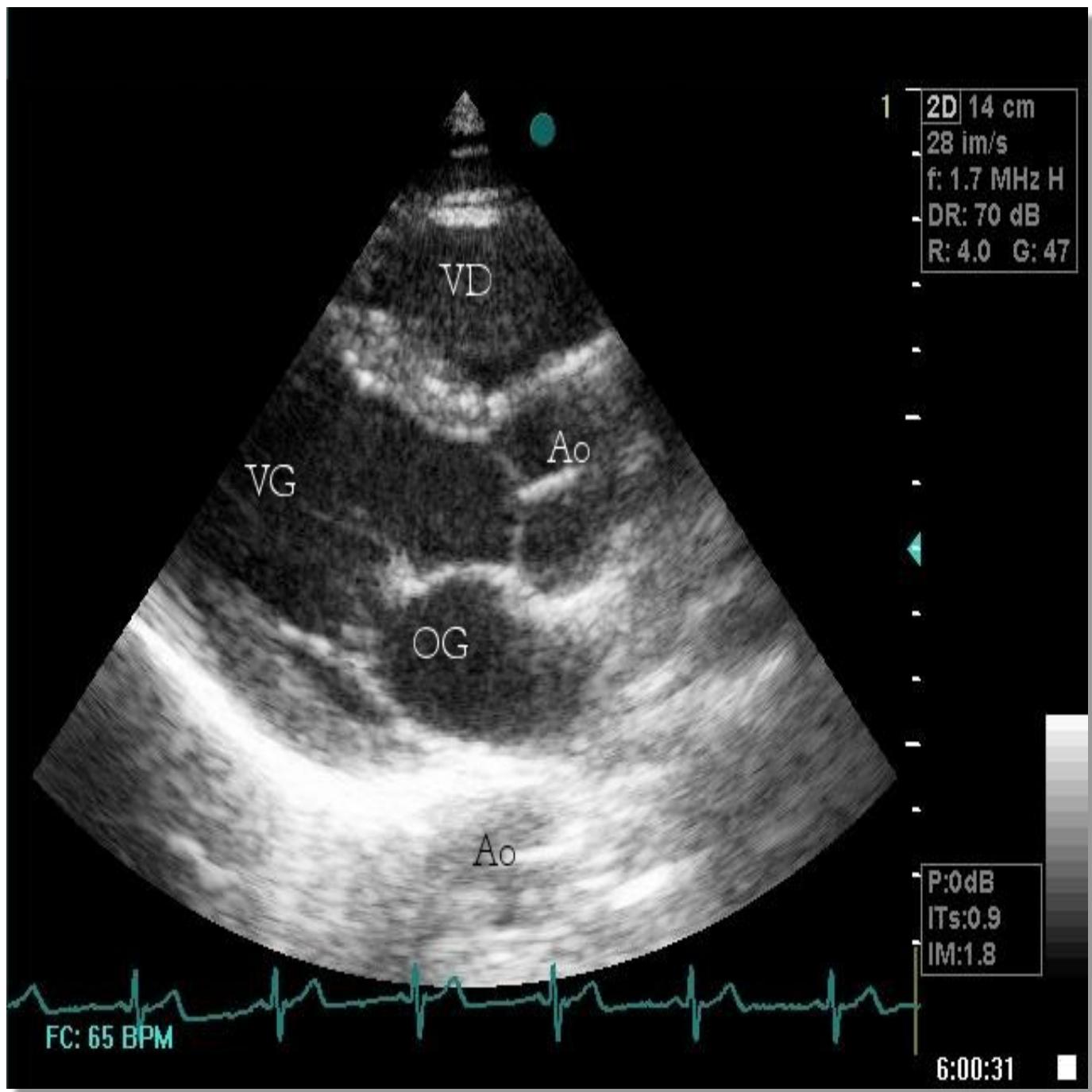


Interprétation :

TDM du bassin normale.



Échocardiographie



Interprétation :

Échocardiographie normale.