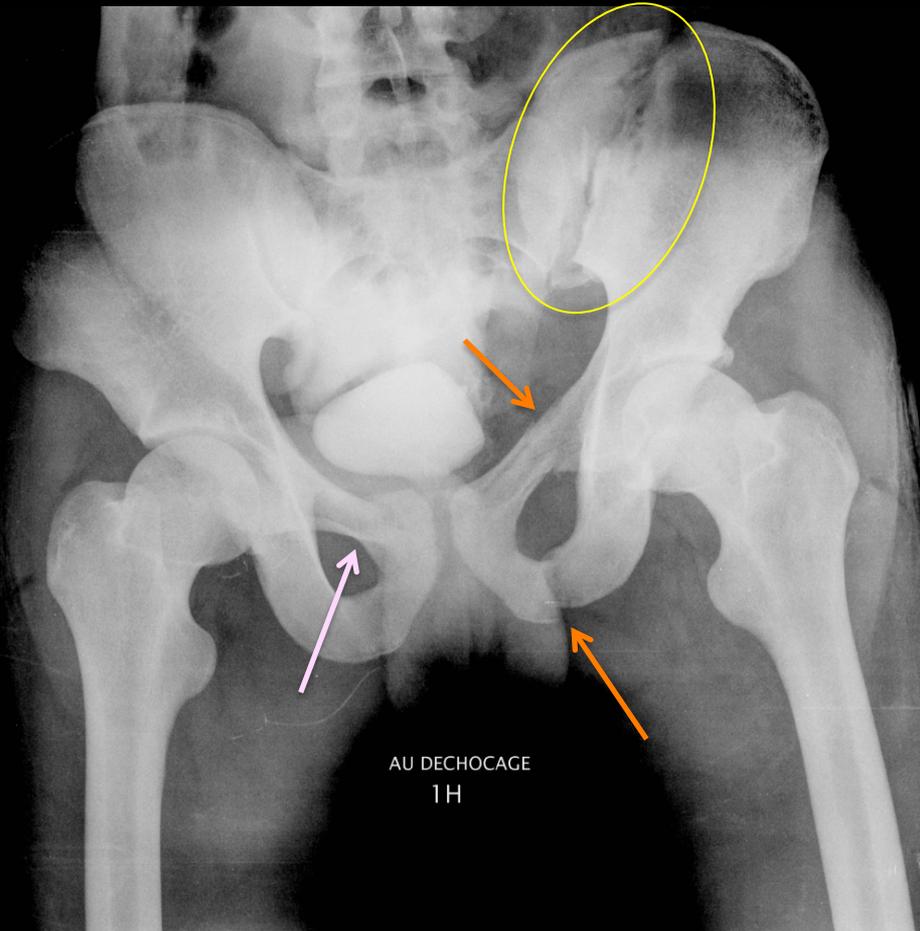


- Jeune homme de 19 ans victime d'un accident de scooter
- Pris en charge initialement dans un hôpital périphérique de la région où est réalisé un scanner injecté.
- Puis transfert en urgence au CHU pour suite de prise en charge. Un cliché standard de la ceinture pelvienne est réalisé en salle de déchoquage
- Quels sont les éléments sémiologiques importants à identifier sur cette image



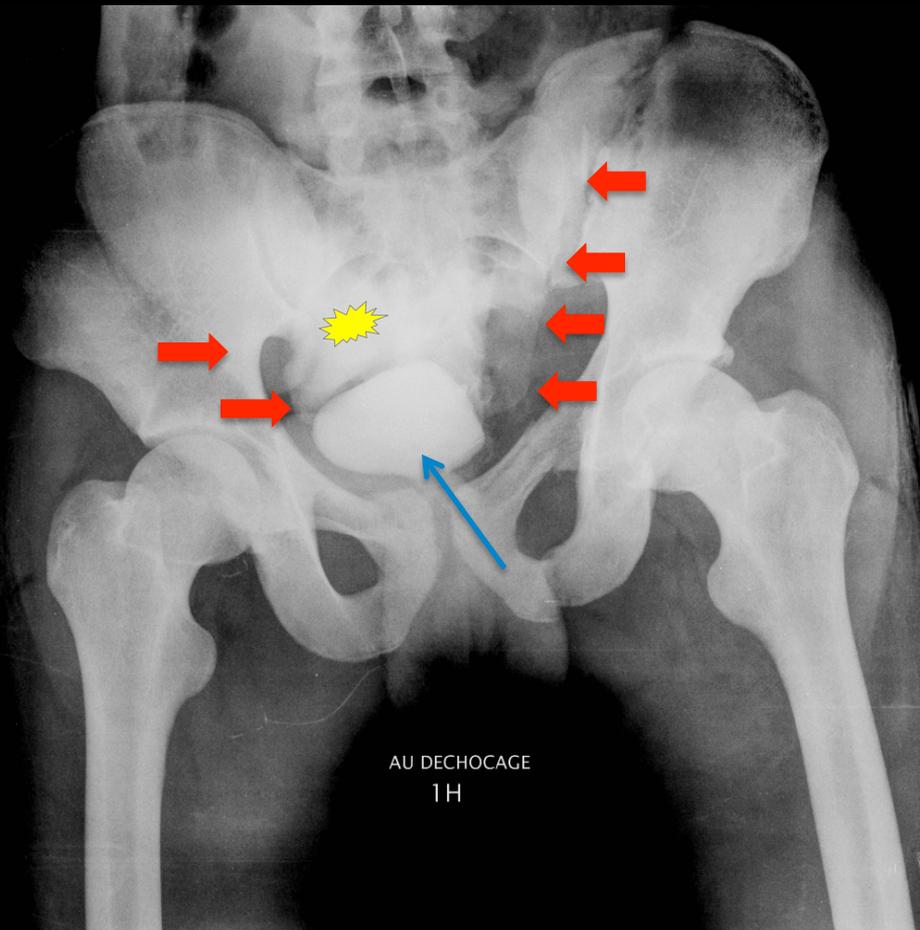
- Sur le plan des lésions ostéo-articulaires



fracture verticale de l'aile iliaque gauche, discret déplacement.

disjonction sacro-iliaque ; cette lésion comme la précédente doivent faire rechercher un second point de rupture du détroit supérieur..

ici c'est le cadre obturateur gauche qui est fracturé.. Ainsi que la **branche ilio-pubienne droite** , dans la région para-symphysaire..



- Pour les tissus mous:
- **Opacification attendue de la vessie** liée à l'injection de PCI réalisée quelques heures auparavant pour le scanner.
- Opacité peu dense, homogène, suivant la disposition anatomique du péritoine: épanchement péritonéal..
- Zone de densité élevée 'mais un peu moins que le contenu vésical , homogène à contour externe arciforme régulier qui doit faire affirmer le diagnostic ..; **pouvez vous localiser avec précision cette région**



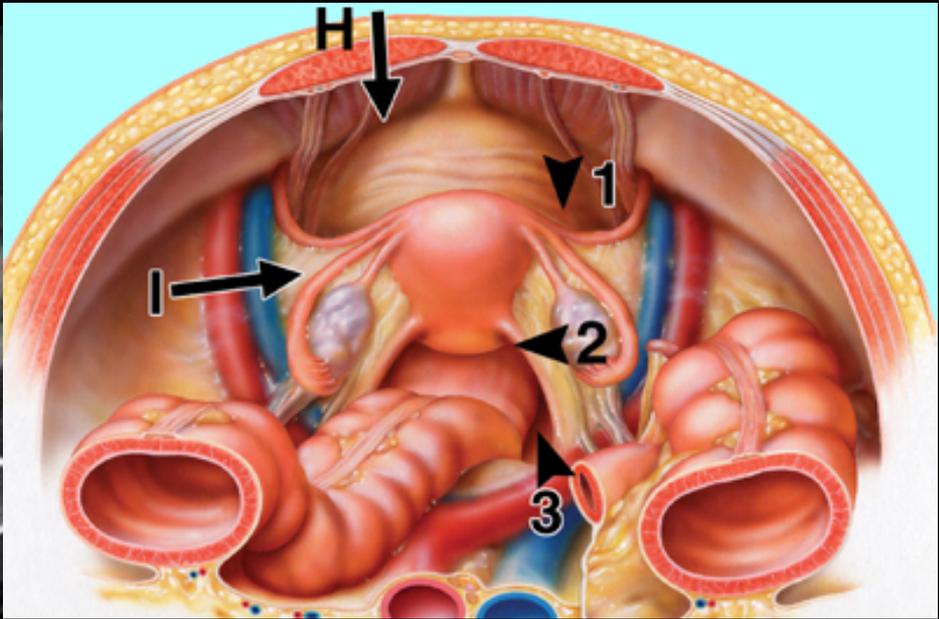
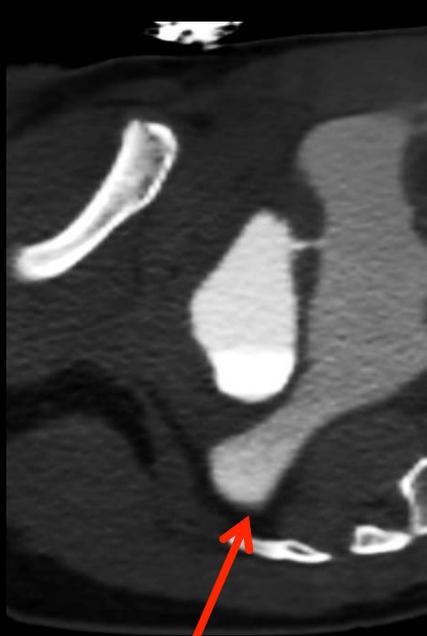
Le scanner confirme la présence d'un épanchement péritonéal massif opacifié par le produit de contraste injecté quelques heures auparavant. (**uropéritoine libre**).

Vous pouvez affirmer le siège de la communication entre les cavités excrétrices urinaires et le péritoine ; pourquoi



Lorsqu'un **uropéritoine** est observé après une contusion abdominale basse ,généralement sur une vessie pleine , la brèche se peut situer qu'au niveau du dôme vésical , 'partie du detrusor au contact du péritoine pariétal pelvien .

Les traumatismes intéressant le plancher vésical et/ou l'urètre entraineront un **urinome** ou un **uro-hématome** ,sous péritonéal , pelvien .



Quelle sont la dénomination et la situation anatomique exactes de cette **zone la plus déclive de l'excavation pelvienne en décubitus** ; la bonne réponse n'étant pas le cul de sac de Douglas



Ce sont les **fossettes para rectales (3 sur le schéma)** et **paramésorectales** du rectum supérieur qui sont les régions les plus déclives de toute la cavité péritonéale ; leur partie la plus postérieure est plus basse que le fond de la poche de Morison (point déclive de l'étage sus mésocolique.)

Le cul de sac de Douglas (2) est médian et pré-rectal ; il est donc seulement la zone cliniquement la plus accessible de l'excavation pelvienne

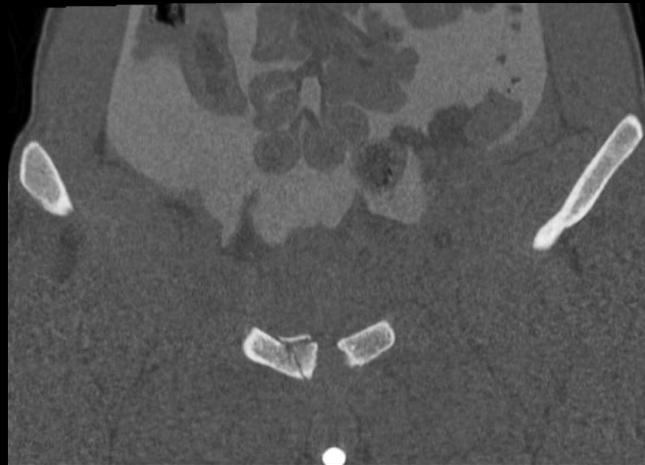
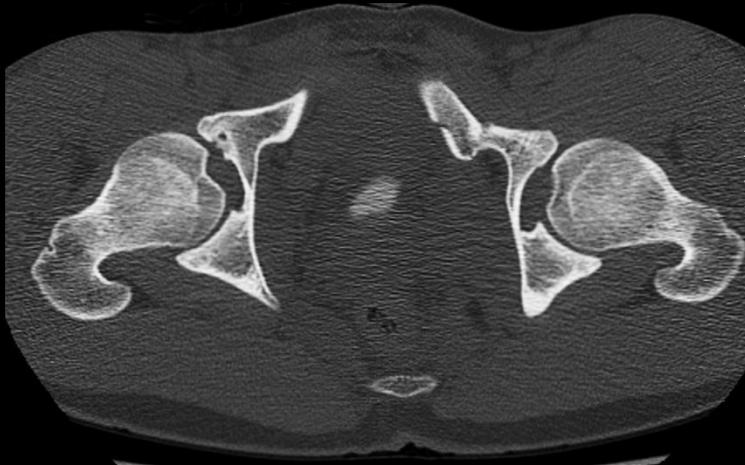


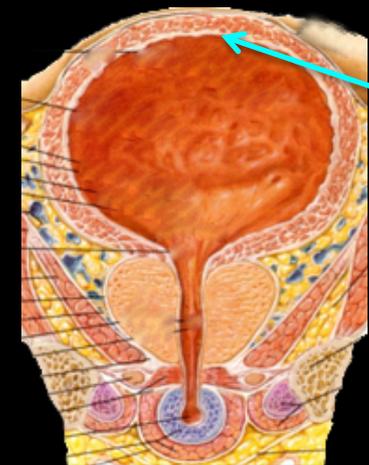
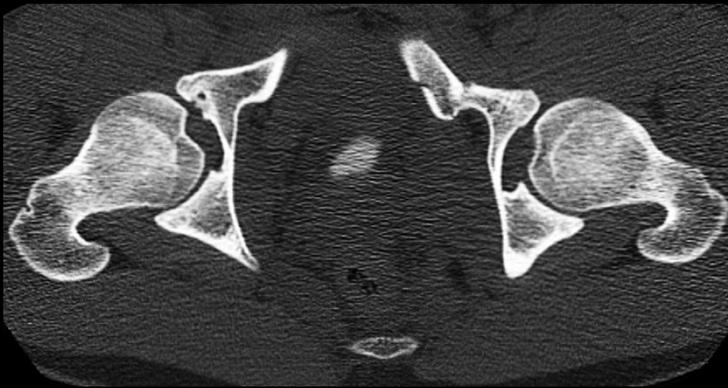


Le scanner précise les lésions osseuses et montre une disjonction sacro-iliaque gauche associée à la fracture de l'aile iliaque.

Il confirme la fracture du cadre obturateur gauche et la fracture para-symphysaire droite.

Le patient est pris en charge en urgence au bloc opératoire où est réalisé une laparotomie permettant un lavage de la cavité péritonéale et une suture du dôme vésical. Les lésions osseuses sont traitées dans un second temps.





Dôme vésical
accolé au péritoine

- Les traumatismes vésicaux sont **favorisés par une vessie en réplétion lors de l'accident.**
- Cliniquement **l'hématurie est toujours présente** et elle doit faire rechercher une lésion une lésion de l'appareil uro-génital.
- La présence d'un **épanchement péritonéal libre** doit faire rechercher une rupture vésicale du dôme ; on réalise donc une acquisition tardive au moins 10 min après l'injection de produit de contraste après avoir favorisé la diurèse en perfusant rapidement 250 ml de sérum physiologique ou en injectant une ampoule de Lasilix (conversion du scanner en uroscanner avec une dilution de l'urine endoluminale évitant les artefact liés aux hyperdensités et permettant d'optimiser la distension et l'homogénéité de l'opacification cavitaire ++++)
- Les ruptures vésicales sous-péritonéales et urétrales sont les plus fréquentes, elles représentent 65% des lésions et sont à 95% associées à des fractures du bassin. Le traitement est le plus souvent conservateur.
- Les **ruptures intra-péritonéales** sont plus rares, **35% des cas**, et sont prises en charge chirurgicalement. (suture simple de la brèche)

Take home message:

- Les plaies vésicales post-traumatiques sont favorisées par une vessie en réplétion lors du traumatisme et sont **le plus souvent associées à une fracture du bassin.**
- Les **ruptures du dôme vésical** provoquent un **uropéritoine** en raison de la proximité anatomique du feuillet péritonéal pariétal pelvien. Les plaies vésicales des parois latérales et du plancher se traduisent par un épanchement sous-péritonéal.
- La constatation d'un **épanchement péritonéal libre après contusion abdominale sans lésion des parenchymes pleins de l'étage sus mésocolique**, doit faire réaliser une conversion en uroscanner (diurèse induite par perfusion rapide de 250 ml de sérum physiologique ou injection d'une ampoule de Lasilix IV) pour optimiser l'opacification des voies excrétrices, confirmer l'uropéritoine et localiser la fuite urinaire!

