

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Traumatisme abdominal fermé : Fractures rénales	Version : 2 Date d'application : 16/02/2022

I - OBJET DU DOCUMENT :

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique des fractures rénales traumatiques.

1. Evaluation initiale

A – Interrogatoire :

- **Contexte :** AVP haute cinétique ? Traumatisme direct ? Notion de décélération ?
- Existe-t-il des **signes associés** ? (Hématurie macroscopique, ecchymose lombaire, fractures costales, fracture T12/L1...)
- Recherche de lésions urogénitales associées
 - Traumatisme de l'uretère : souvent associé aux traumatismes rénaux, notamment en région lombaire et à la jonction pyélo-urétérale.
 - Traumatisme de la vessie : douleur sus-pubienne et hématurie macroscopique, souvent dans un contexte de fracture du bassin et souvent associé à des lésions de l'urètre.
 - Traumatisme de l'urètre : urétrorragie, RAU réflexe, hématome périnéale en ailes de papillons (fracture du bassin avec lésion de l'urètre postérieur). Drainage des urines en urgences par KT sus-pubien ou sondage sous fibroscopie par l'urologue.
 - Traumatisme testiculaire
- Recherche d'autres lésions associées si polytraumatisé (80% sont associés à d'autres lésions)

B – Diagnostic positif

Cliniquement :

Douleur abdominale flanc gauche ou droit **et/ou lombaire** +/- hyperalgique

Ecchymose de la fosse lombaire

Hématurie macroscopique. A noter que l'importance de l'hématurie n'est pas corrélée au degré de la lésion. L'hématurie microscopique n'est pas un critère d'imagerie si elle est isolée. **L'hématurie macroscopique impose la**

réalisation d'un scanner avec temps tardif.

Recherche à la BU une hématurie macroscopique pouvant motiver un TDM AP
APC

Des fractures des côtes 8 à 12 et/ou des apophyses transverses de T12/L1 doivent faire suspecter des lésions rénales.

Rédigé par : Dr BASTOUIL M.

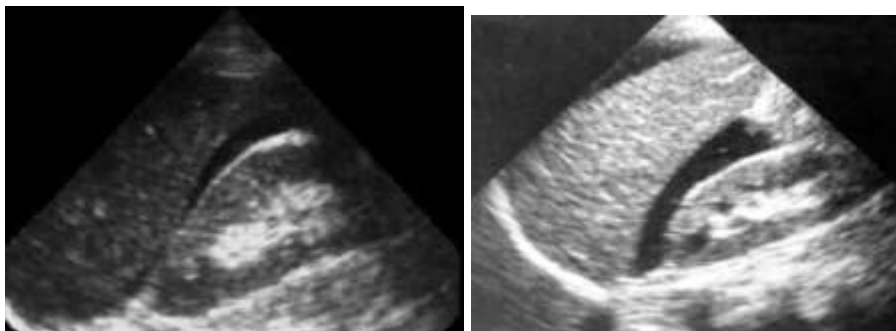
Vérifié par : Dr VERCELLONE T, Dr FOULONNEAU V, BOILEAU A (interne urologie)

Approuvé par : Dr LE GOURRIEREC T, Dr HOUZE CERFON CH

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Traumatisme abdominal fermé : Fractures rénales	Version : 2 Date d'application : 16/02/2022

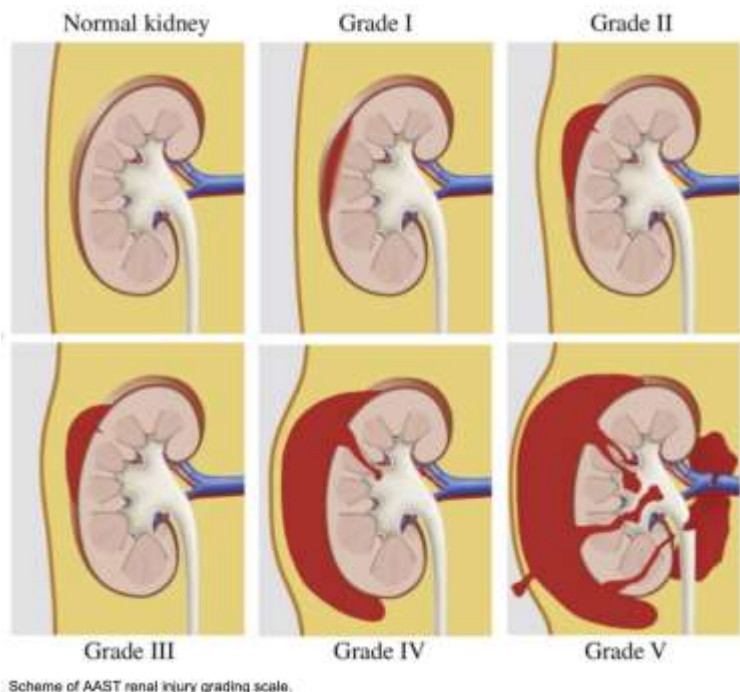
Echographie faite par l'urgentiste : Présence d'un épanchement dans le Morrisson ou dans le Kohler.

Attention : Examen qui manque de Spécificité et peut être non contributif /



Examen de référence : TDM Abdomino-Pelvien URO-TDM avec temps tardif avec produit de contraste avec stadification de la fracture AAST

! Si polytraumatisé, discussion d'un BodyTDM !



1 : Contusion rénale, Hématome sous capsulaire non expansif, pas de lacération parenchymateuse

2 : Hématome périrénal non expansif, lacération du cortex de moins de 1cm de profondeur et sans fuite urinaire

Rédigé par : Dr BASTOUIL M.

Vérifié par : Dr VERCELLONE T, Dr FOULONNEAU V, BOILEAU A (interne urologie)

Approuvé par : Dr LE GOURRIEREC T, Dr HOUZE CERFON CH

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Traumatisme abdominal fermé : Fractures rénales	Version : 2 Date d'application : 16/02/2022

3 : Lacération du cortex de plus de 1cm sans fuite urinaire

4 : Lacération s'étendant au système collecteur (fuite urinaire), lésion segmentaire vasculaire (artérielle ou veineuse) avec infarctus rénal, Lésion pédiculaire vasculaire (artérielle ou veineuse) avec hématome contenu, Thrombose artérielle pédiculaire sur dissection

5 : Avulsion du pédicule vasculaire rénal, Rein multifracturé

Traitement

Thérapeutiques et surveillance en fonction de la stadification :

80% des traumatismes fermés du rein sont mineurs (simples contusions, petites fractures).

- ⇒ Le traitement est donc souvent *conservateur*.
- ⇒ La radio-embolisation (plus rarement la chirurgie) s'envisage en cas de lésion sévère et surtout en cas d'instabilité hémodynamique. Il existe parfois une indication à un drainage des urines.
- ⇒ Chirurgie si saignement échappant à la radio-embolisation/hématome expansif

Surveillance : hémoglobine, hémodynamique, créatinine, douleur, température, et **scanner à J5-10**

Complications à dépister et traiter

- RAU sur caillottage : **sondage** avec décaillotage + **lavage**
- Saignement Actif Artériel : **Radioembolisation** première / (chirurgie)
- Lésion pédiculaire (AAST5) avec saignement actif : **Radioembolisation** première ligne (chirurgie)
- Dissection artérielle <6heures : **Angioplastie Radiologique**
- Saignement Actif Veineux : Discussion de chirurgie
- Instabilité hémodynamique non expliquée par autre cause : **Chirurgie**
- Urinome surinfecté : **Drainage radiologique** + **Antibiothérapie**
- Lésion avec projectile pénétrant : Antibiothérapie par **Pipéracilline Tazobactam (+- Flagyl)** et respect du projectile dans la majorité des cas.

Rédigé par : Dr BASTOUIL M.

Vérifié par : Dr VERCELLONE T, Dr FOULONNEAU V, BOILEAU A (interne urologie)

Approuvé par : Dr LE GOURRIEREC T, Dr HOUZE CERFON CH

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Traumatisme abdominal fermé : Fractures rénales	Version : 2 Date d'application : 16/02/2022

PEC en fonction des stades :

- Bénins = Grade 1/2 :

- traitement *conservateur*, plus de décubitus dorsal strict,
- traitement *antalgique* en fonction de la douleur

Pas de recontrôle, faible risque de mauvaise évolution des AAST 1 et 2.

Hospitalisation :

AAST 1 : *pas d'hospitalisation*

AAST 2 : Hospitalisation *dans tout service possible*, Sortie précoce à 48h si stabilité

- Graves = Grade 3/4/5 :

Scanner à J510 puis M3 et M6 ou si aggravation symptomatique

Pas de recontrôle obligatoire du AAST 3

Hospitalisation

AAST 3 : Hospitalisation *Urologie traditionnelle*, Sortie précoce à 48heures si stabilité

AAST 4/5 : Hospitalisation *en soins de surveillance continue*

SOURCE : TRAUMAFUF

Rédigé par : Dr BASTOUIL M.

Vérifié par : Dr VERCELLONE T, Dr FOULONNEAU V, BOILEAU A (interne urologie)

Approuvé par : Dr LE GOURRIEREC T, Dr HOUZE CERFON CH