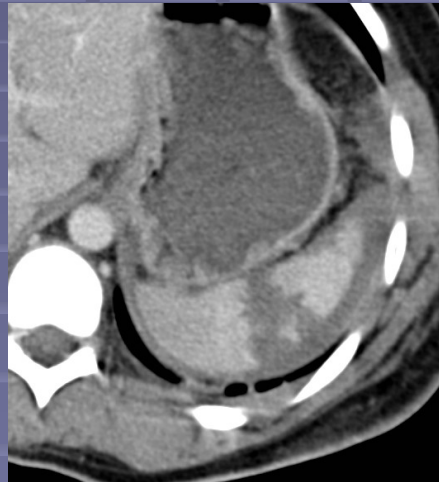


Place de l'imagerie dans la prise en charge des traumatismes abdominaux



E.Frampas ¹, N.Regenet ², G. Meurette ², S. Métairie ², F.Léauté ¹, B.Dupas ¹

¹ Service central de radiologie et imagerie médicale

² Clinique chirurgicale digestive et endocrinienne

C.H.U Nantes

Lésions digestives

- 5 % des lésions traumatiques

Dans 50% des cas, associées à d'autres lésions viscérales

- **Deux mécanismes:**

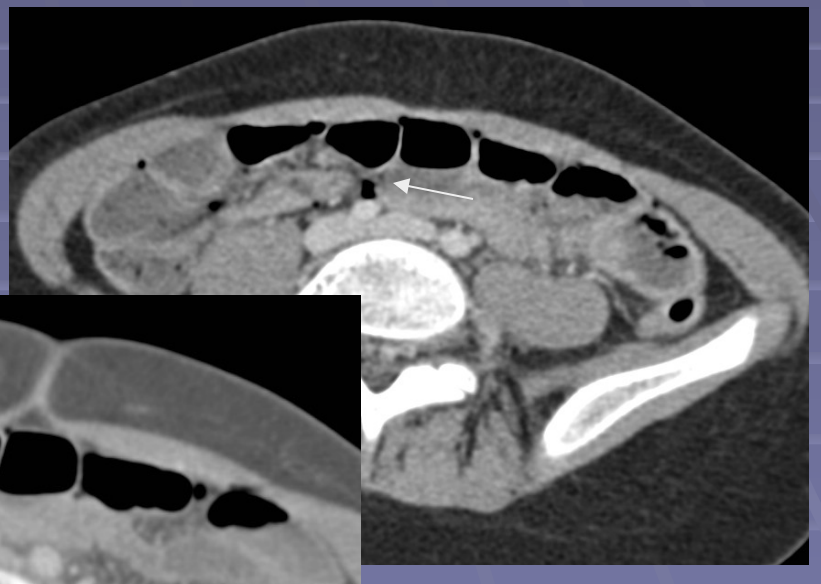
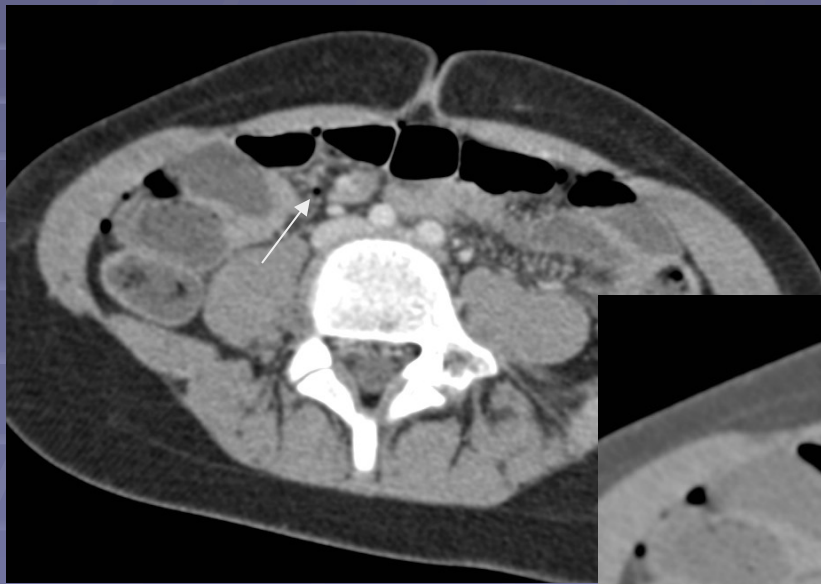
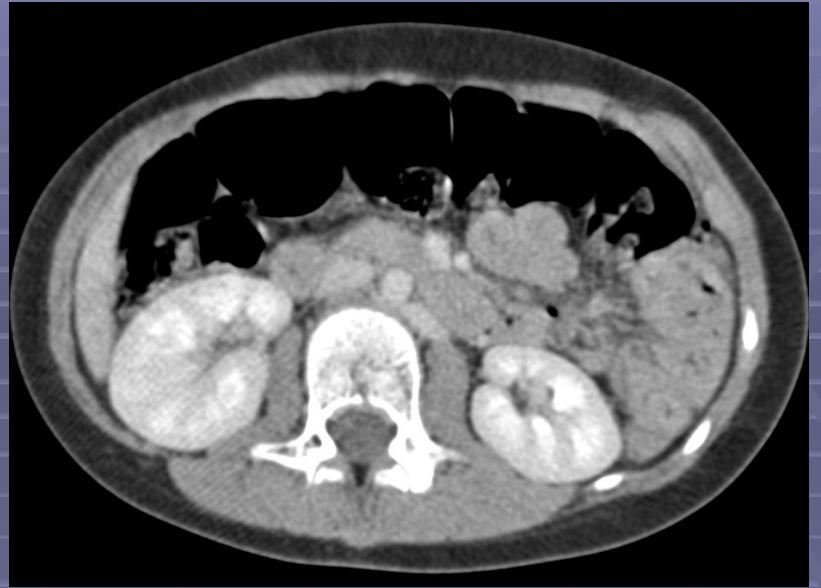
choc direct

compression sur les plans osseux

- **Diagnostic difficile:**

signes TDM	Se
pneumopéritoine	37-70%
épaississement pariétal	35-95%
Infiltration mésentère	70%
souvent mieux vu après 4h	

- Importance du diagnostic initial car impose l'exploration chirurgicale
du suivi clinique
et de renouveler l'imagerie en cas de symptômes abdominaux



Perforation initiale du grêle



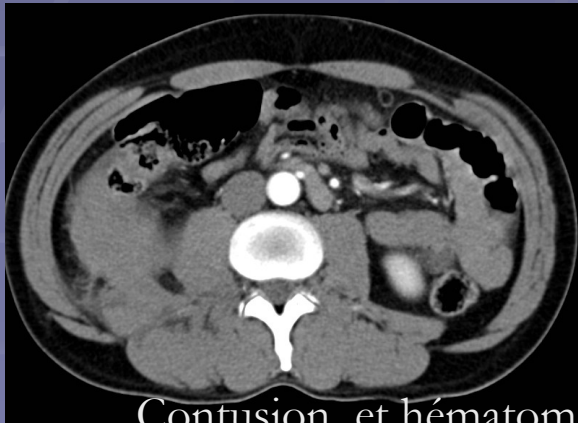
Perforation grêlique initiale



Épanchement stercoral



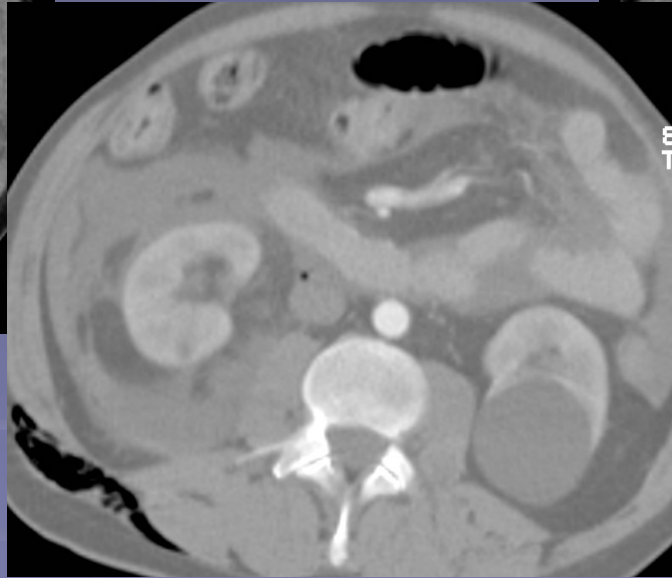
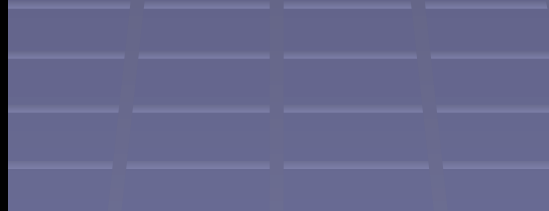
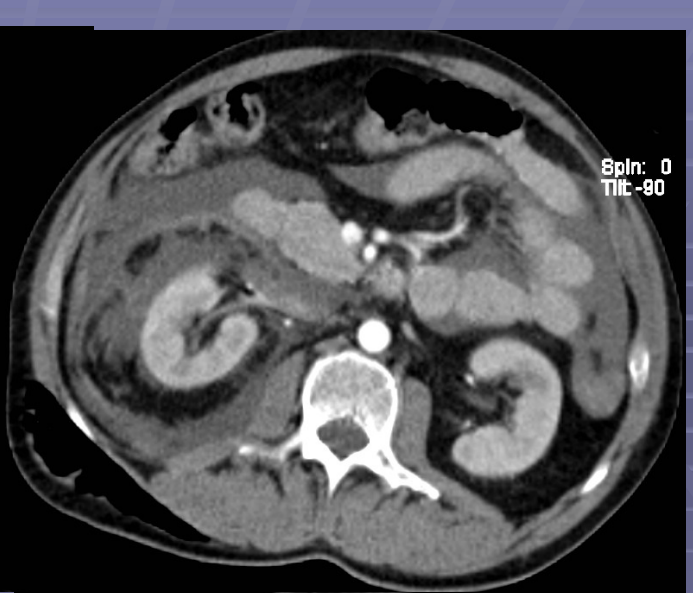
Plaie du colon transverse initiale



Contusion et hématome du colon droit: suites simples



Contusion colon droit
coronal



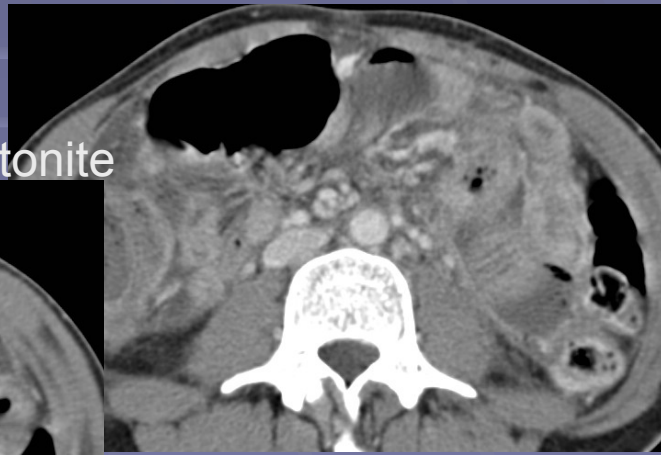
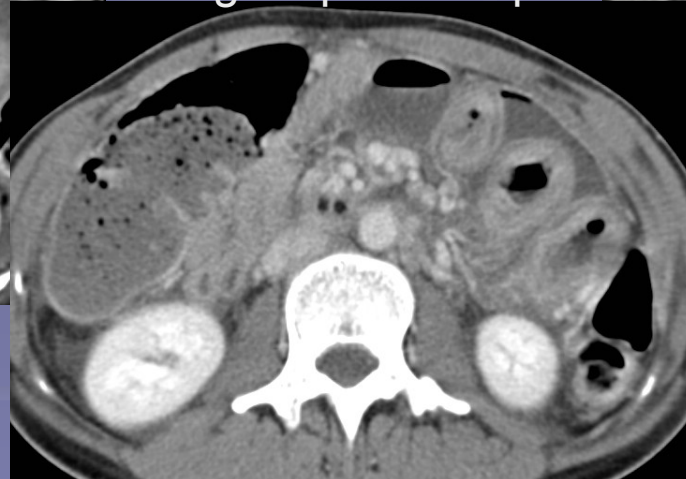
Rétro pneumo péritoine
Perforation duodénale
Hématome péri rénal

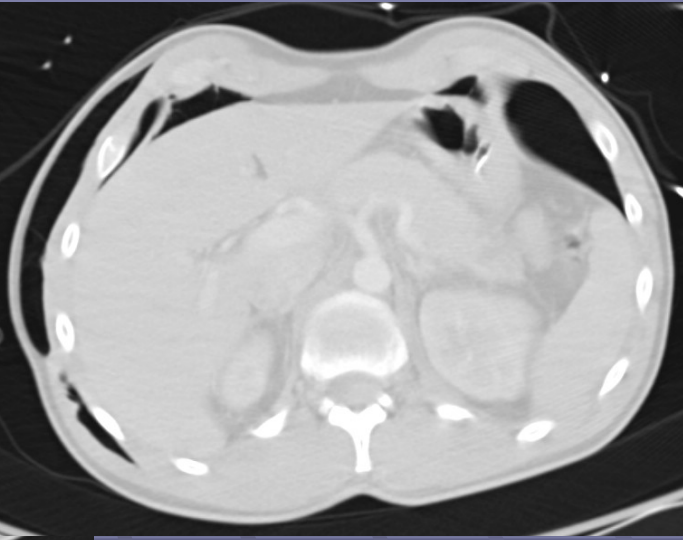
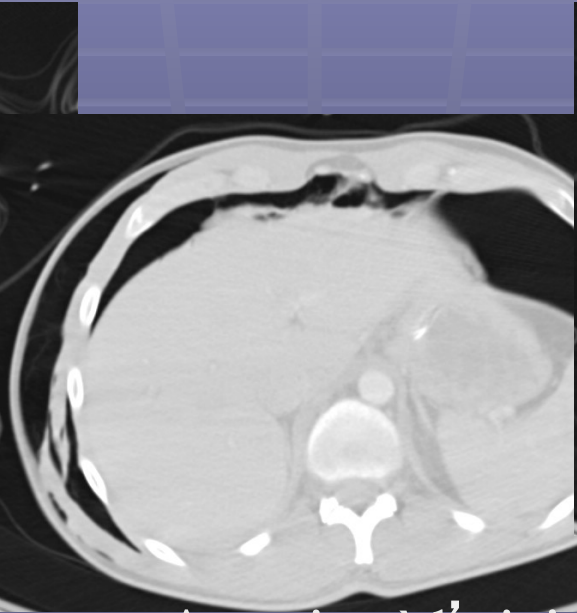
À J 0
Épanchement



**Importance de renouveler
l'examen si modification clinique**

A J 3
Pneumopéritoine
Perforation grêlique avec péritonite

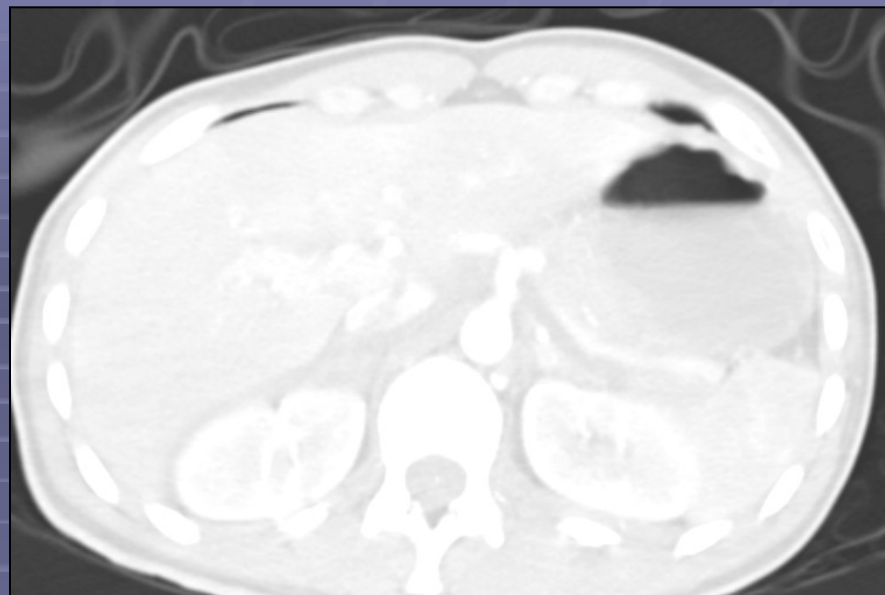
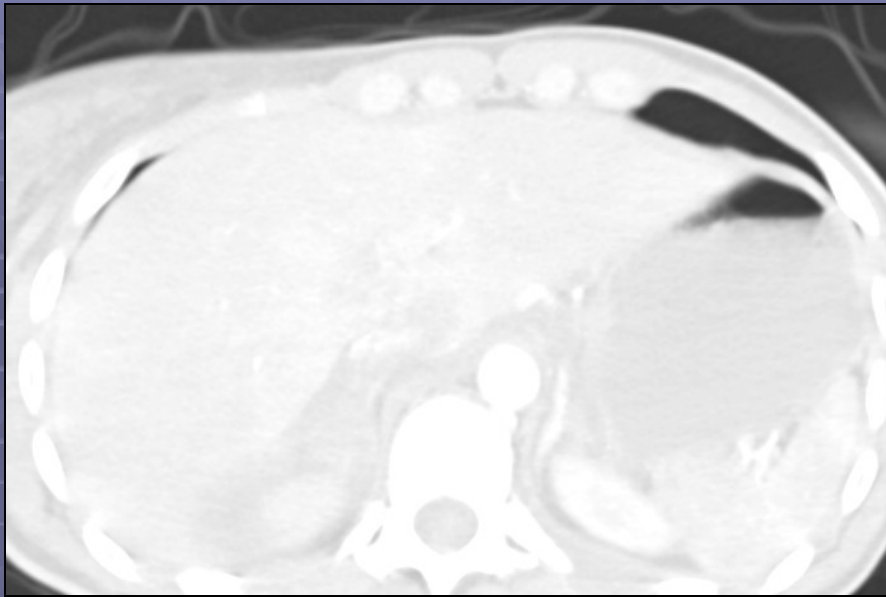




Attention à l'air !

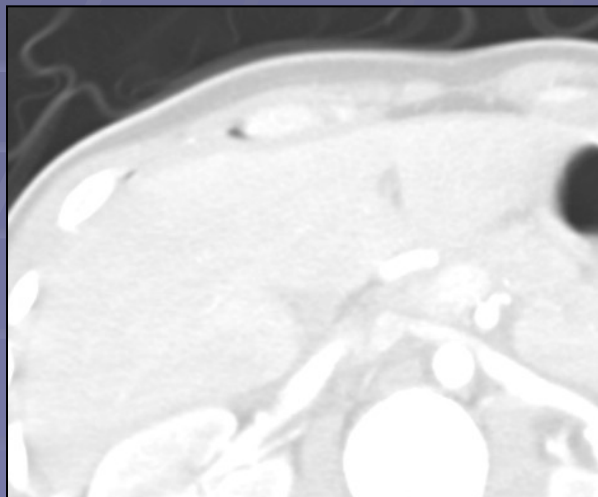
Se méfier des faux pneumopéritoines
par diffusion d'air
(pneumothorax ou pneumomédiastin
Emphysème sous cutané)



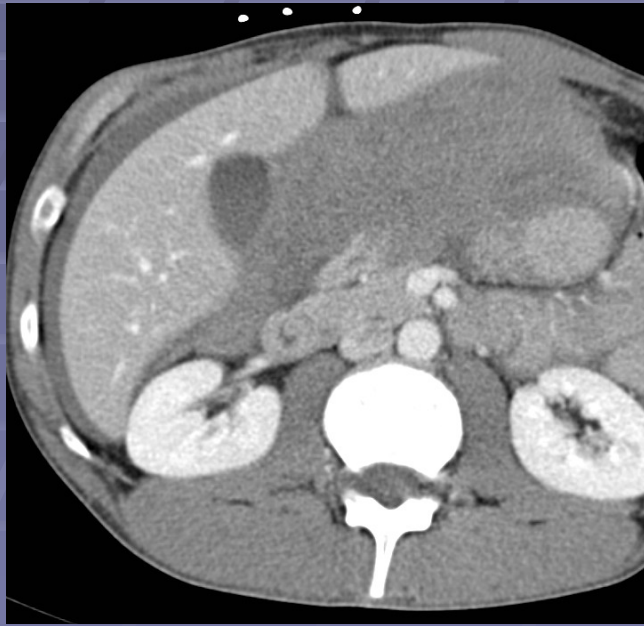
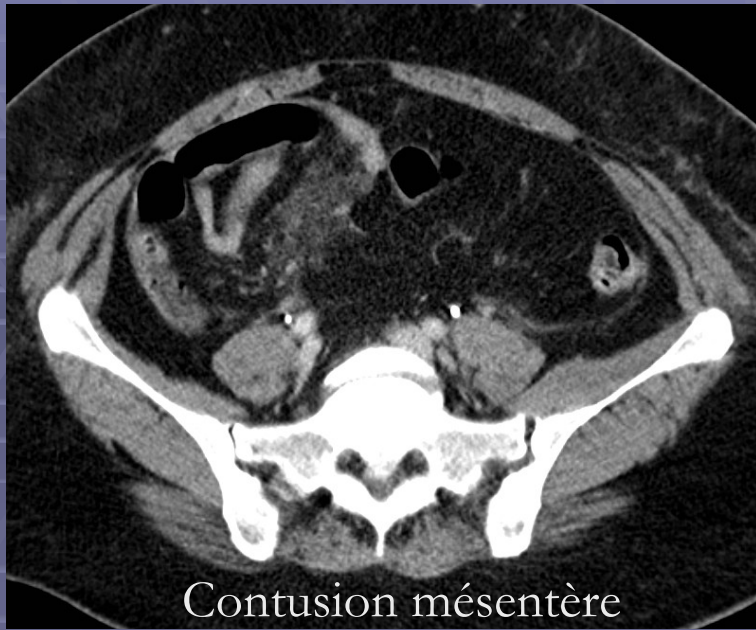


Risques de faux positifs de pneumopéritoine:
air en situation extrapéritonéale

Intérêts de changer les fenêtres et des reconstructions
pour visualiser le feuillet péritonéal

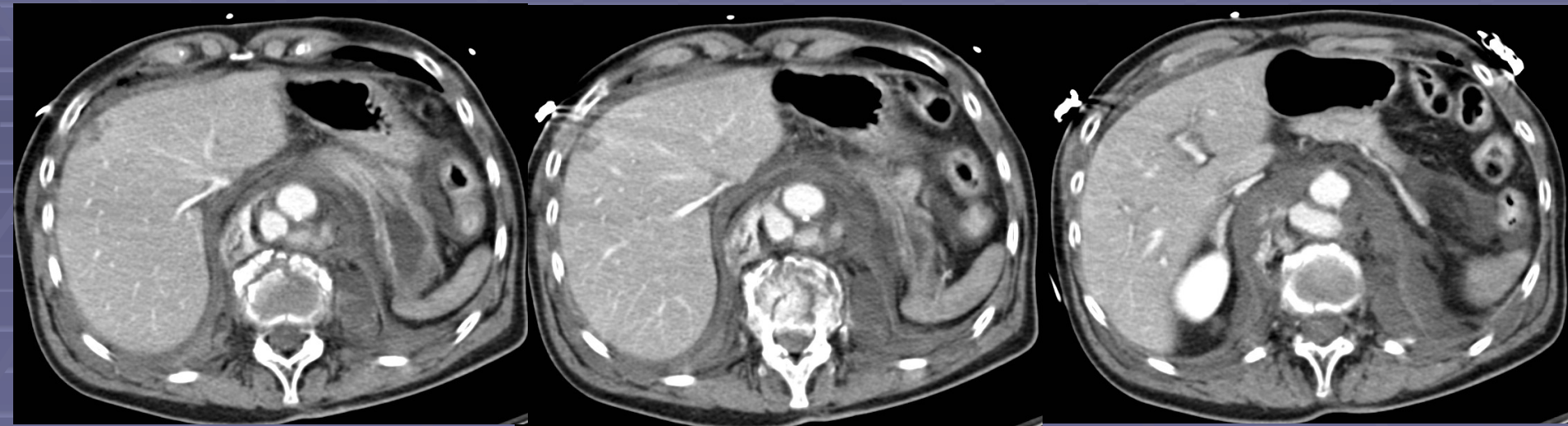


Traumatismes mésentère et épiploon

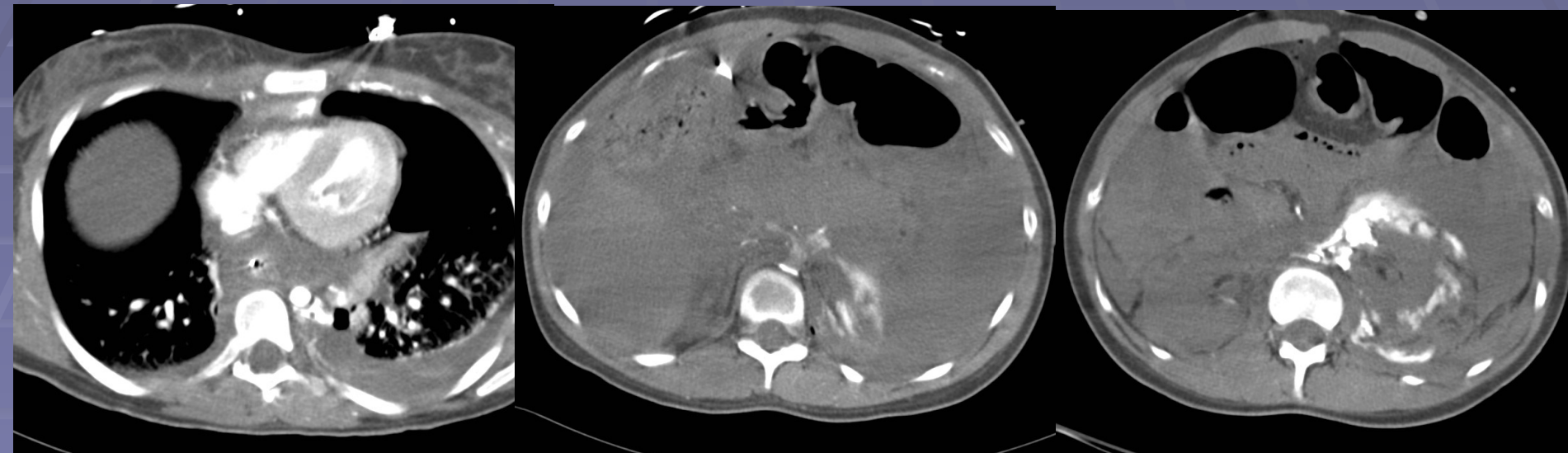


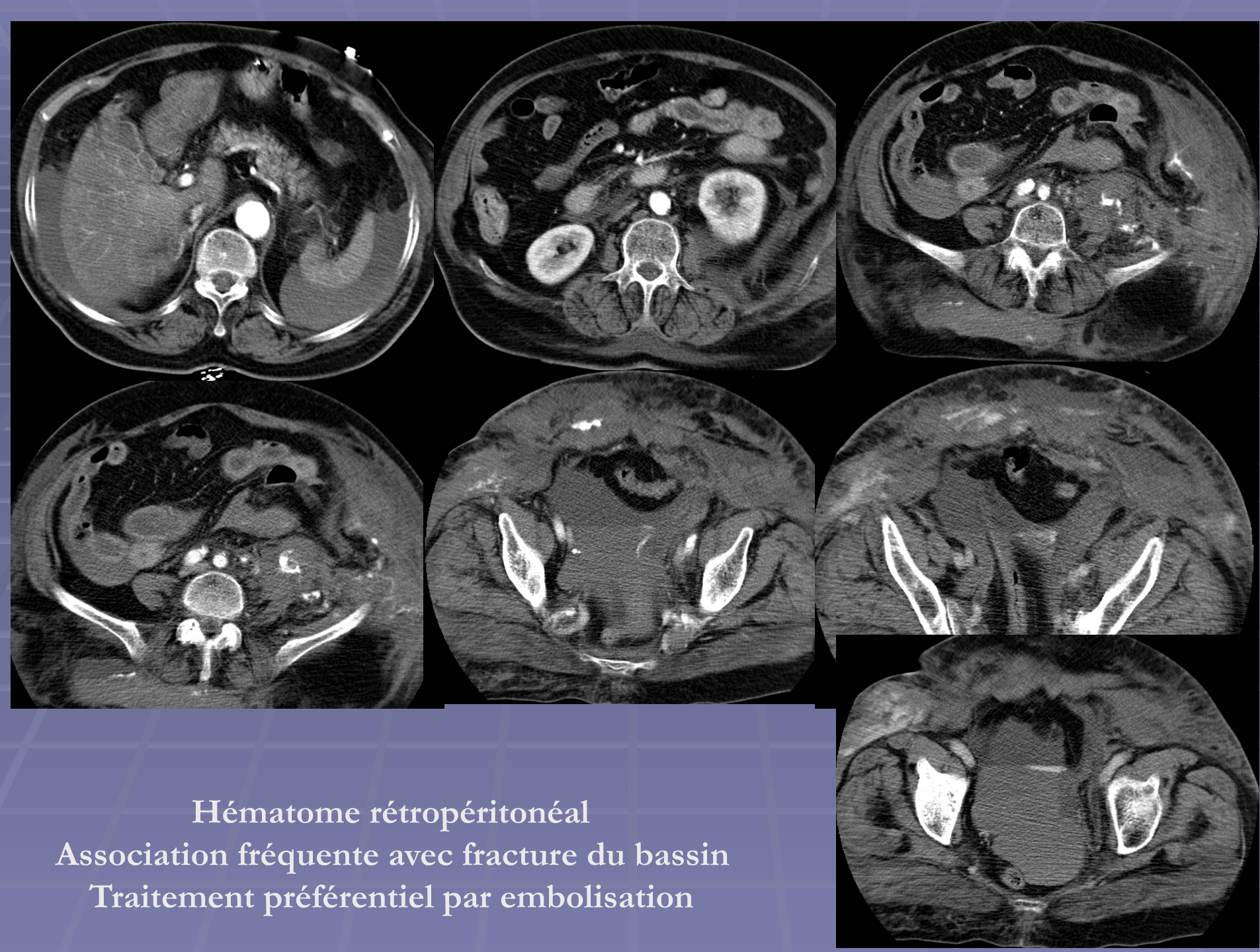
Hématome grand épiploon: suites simples

Hémorragies diverses et variées

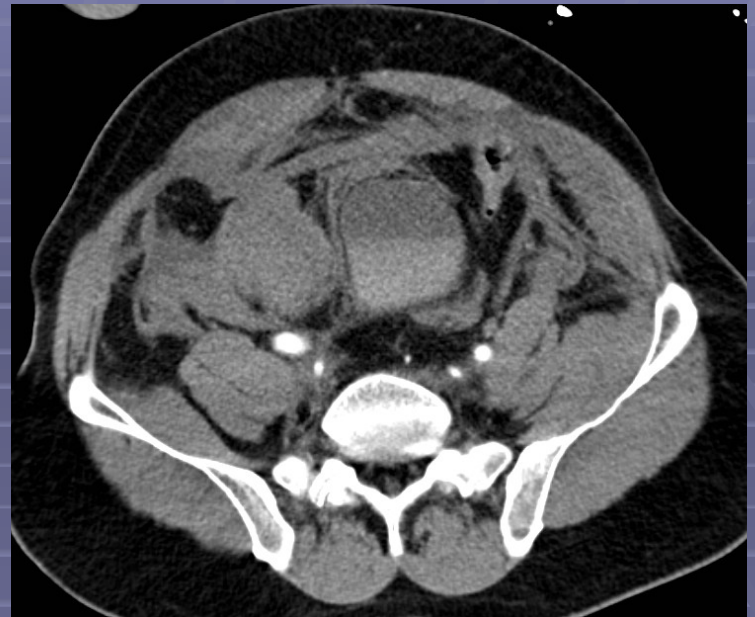


Lésions aortique: décès





Hématome rétropéritonéal
Association fréquente avec fracture du bassin
Traitement préférentiel par embolisation



Hématome rétropéritonéal pelvien sur fracture du bassin

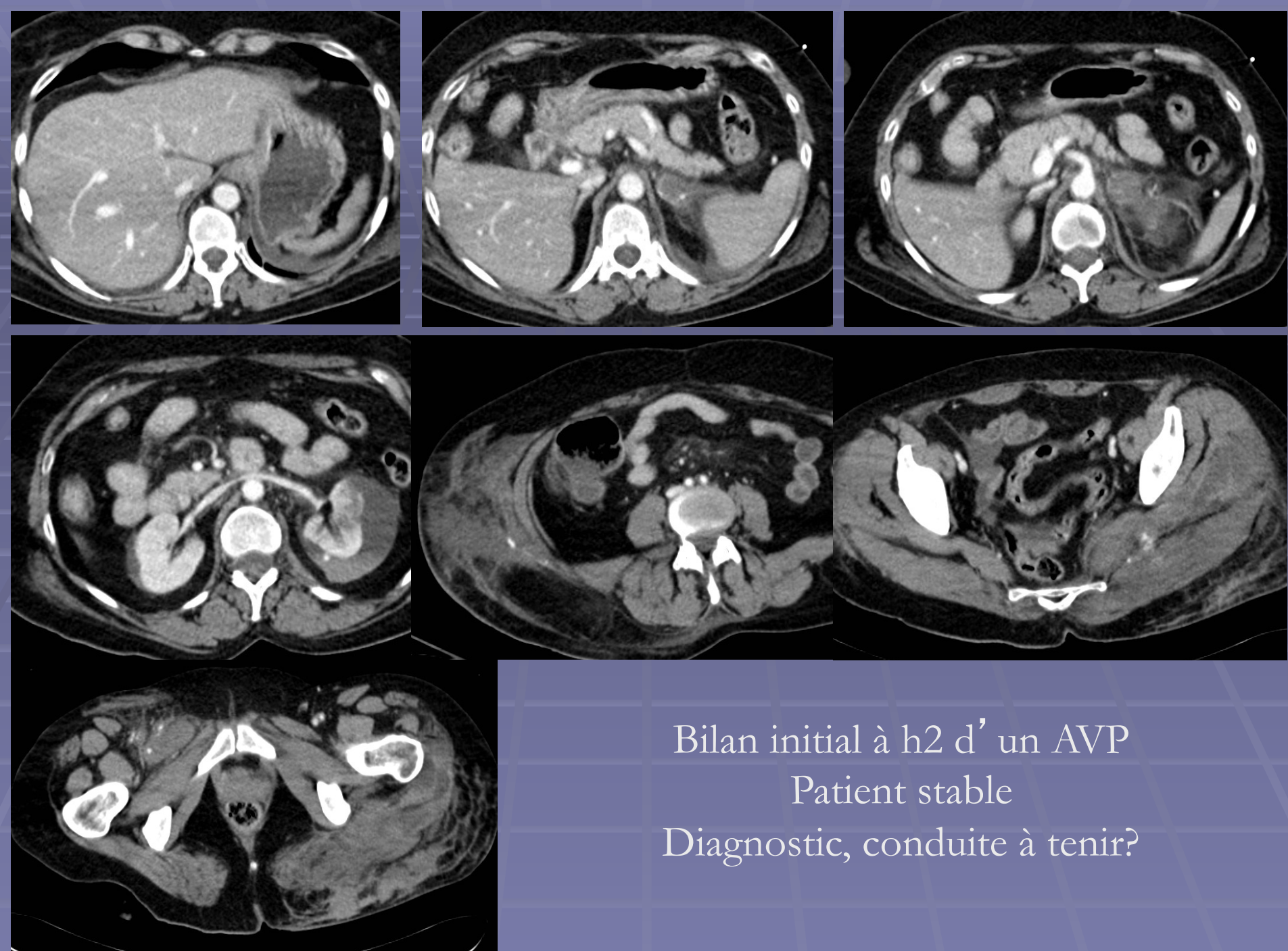




Hématomes de paroi



Cas Clinique



Hématome sous-capsulaire rénal G avec extravasation vasculaire

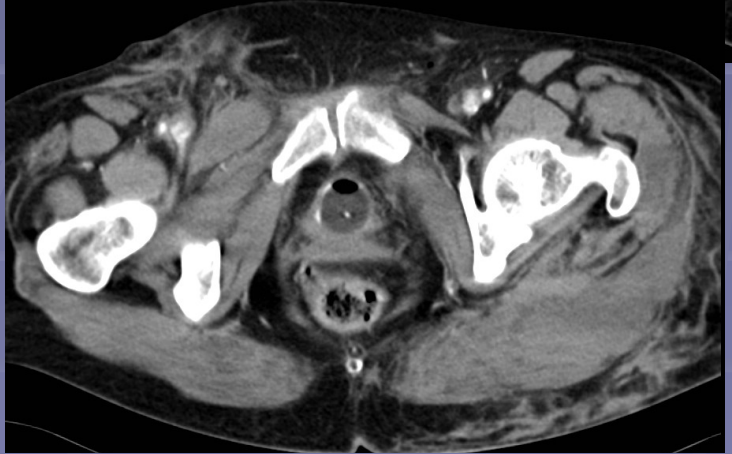
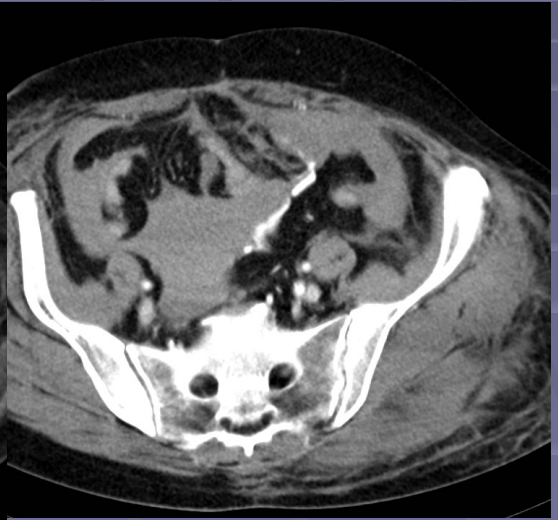
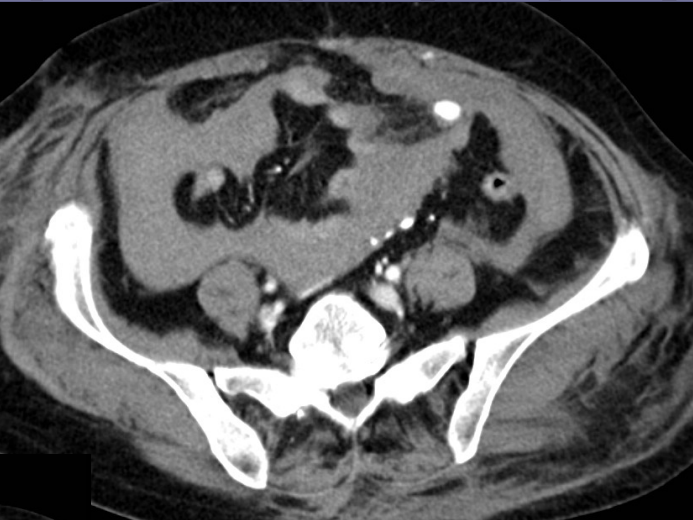
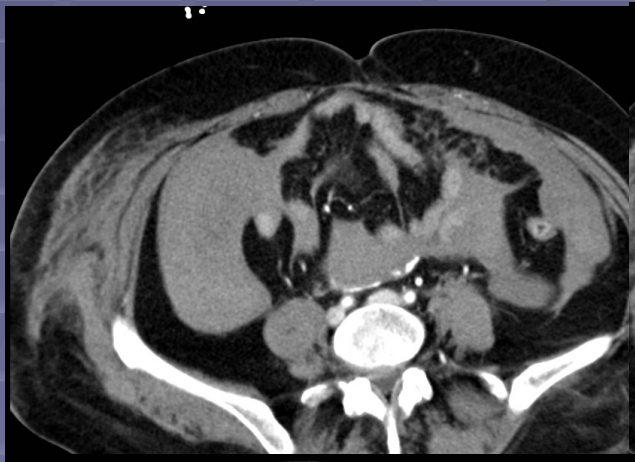
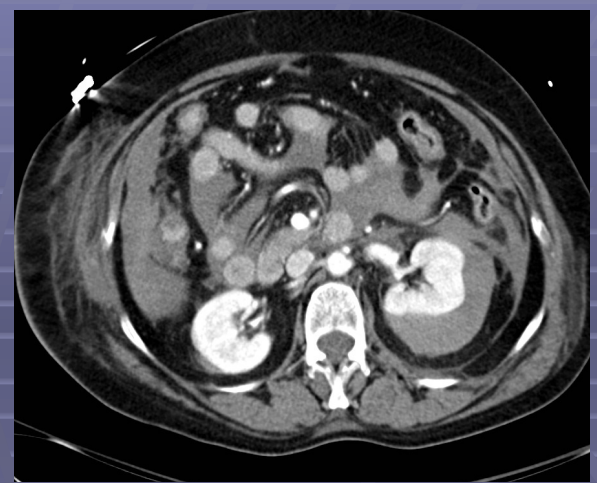
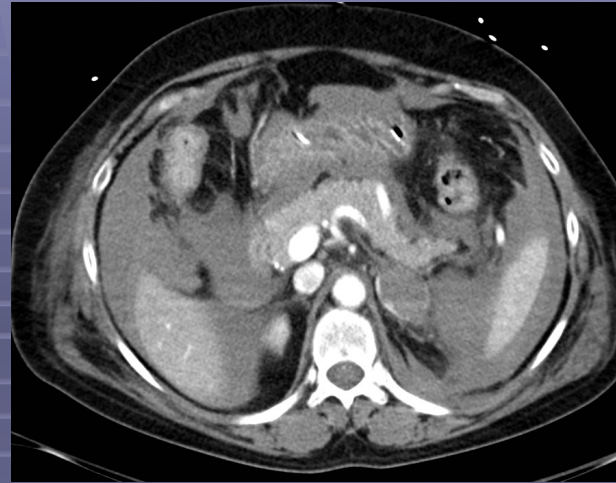
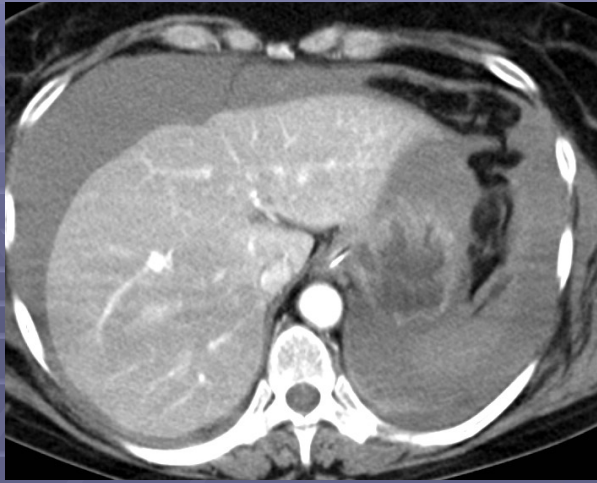
Hématome parties molles du flanc droit avec extravasations

Hématome fessier gauche avec extravasation

Surveillance compte tenu d'une situation hémodynamique stable

A h4, la situation hémodynamique se dégrade rapidement, que faire?

Compte tenu du caractère multifocal des saignements potentiels,
réalisation d'un nouveau scanner pour rechercher le site hémorragique
Dans l'optique d'une éventuelle embolisation.



Apparition d'un hémopéritoine abondant
Stabilité des lésions initiales
Plaie vasculaire épiploïque
Traitement chirurgical