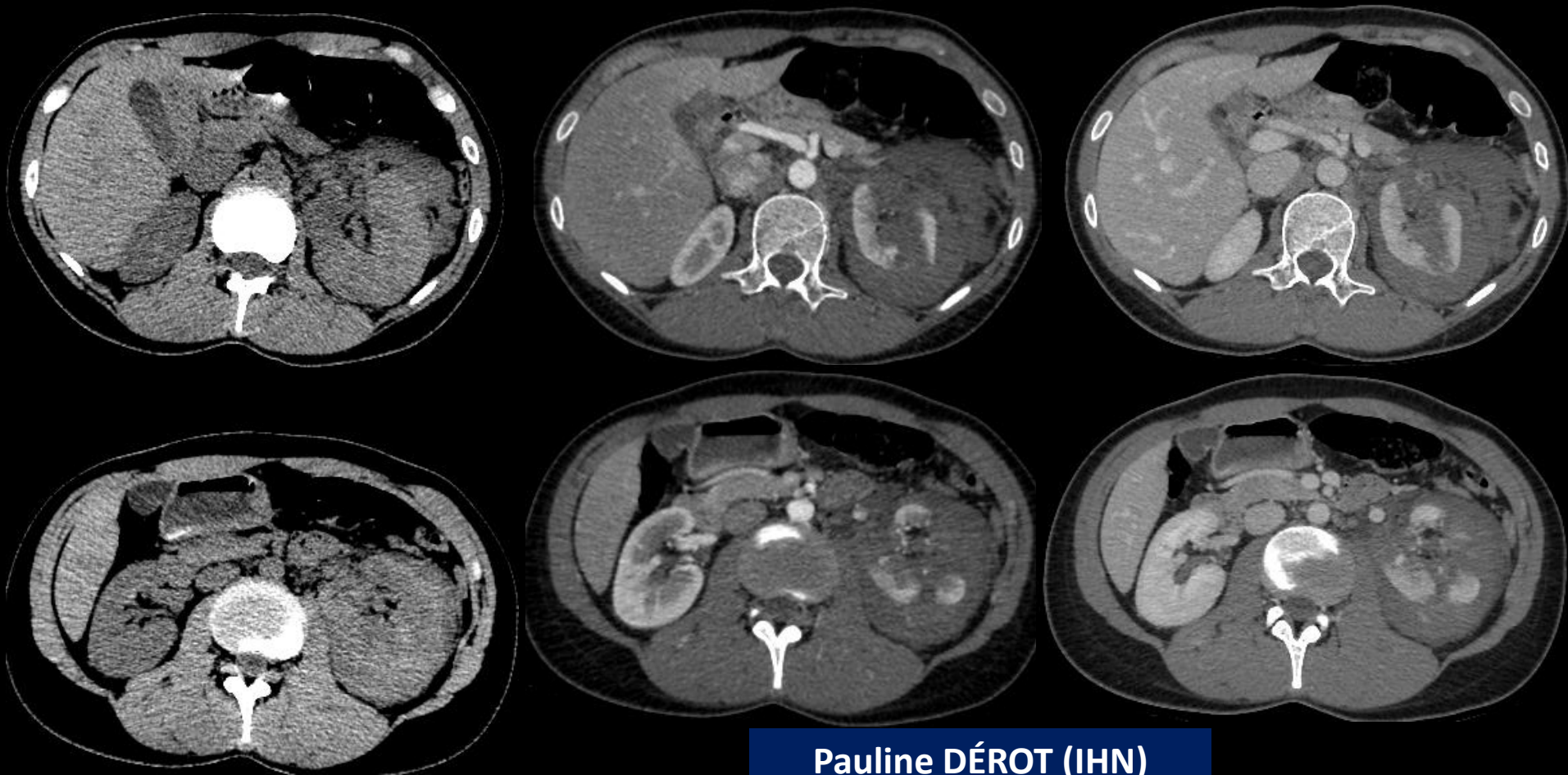


- Femme de 27ans
- **Chute de cheval** avec réception sur une barre d'obstacle sur le flanc gauche
- **Douleur abdominale** avec **défense** de l'hypochondre et du flanc gauches



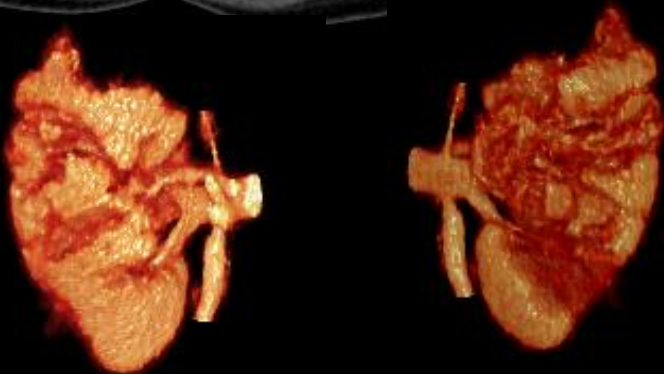
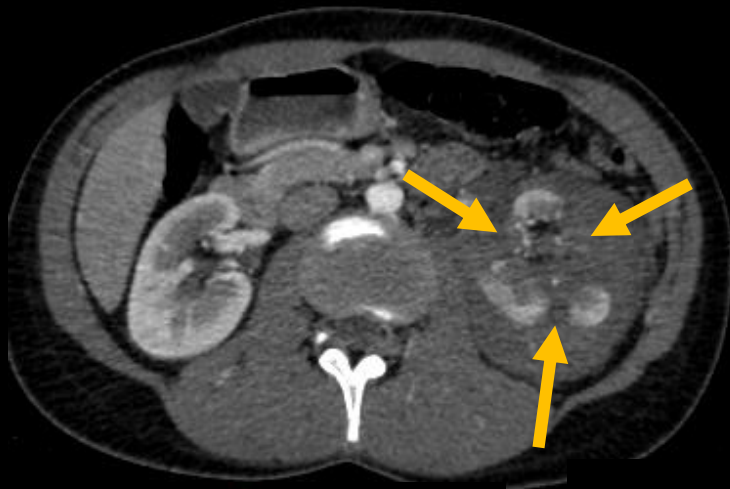
Pauline DÉROT (IHN)



**Hyperdensité  
spontanée péri-rénale  
gauche, associée à une  
extravasation de  
produit de contraste  
sur les acquisitions  
tardives :**

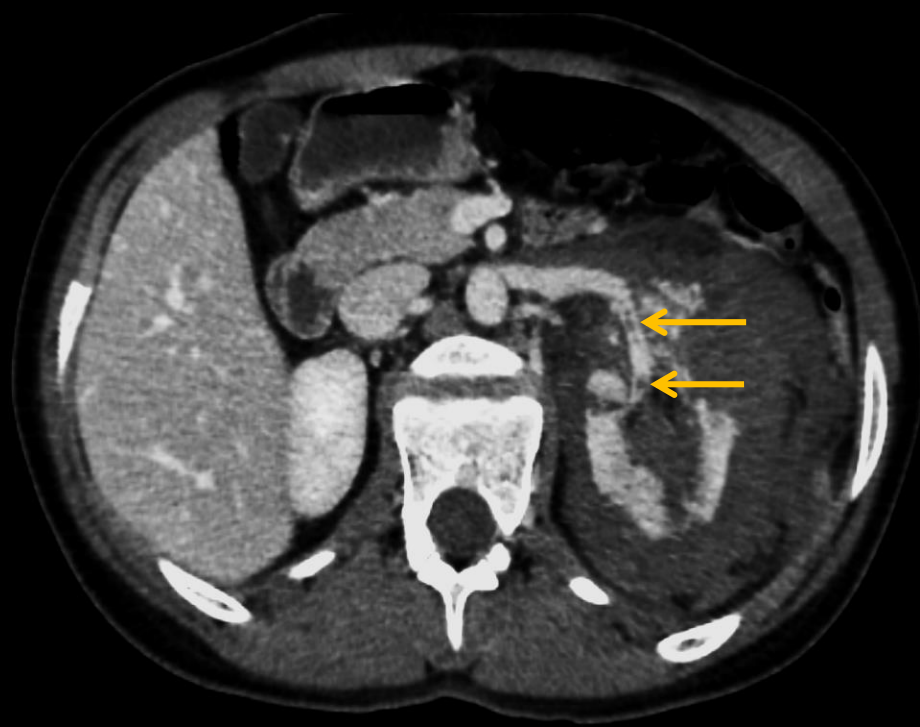
**Uro-hématome**

multiples **fractures rénales** atteignant  
 les cavités excrétrices : AAST 5





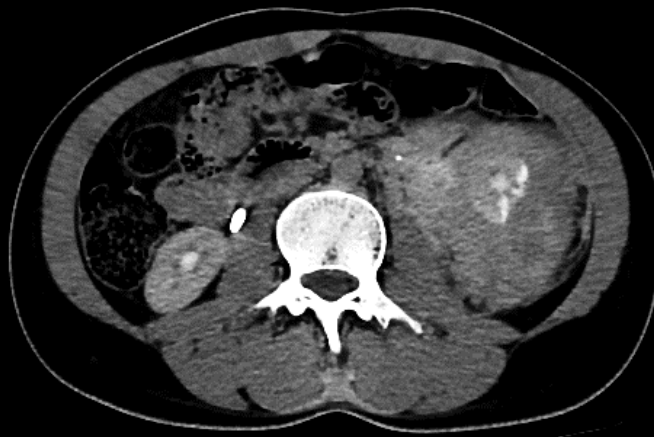
**Pas d'atteinte tronculaire des  
artère & veine rénales gauches**



**Thrombose d'une branche  
de la veine rénale**



**Excrétion rénale conservée, mais  
limitée par un hématome péri-  
pyélique et péri-urétéral compressif**





**Hypodensité du sang  
circulant : anémie**



**Multiples fractures costales**

## Contrôle à J+5

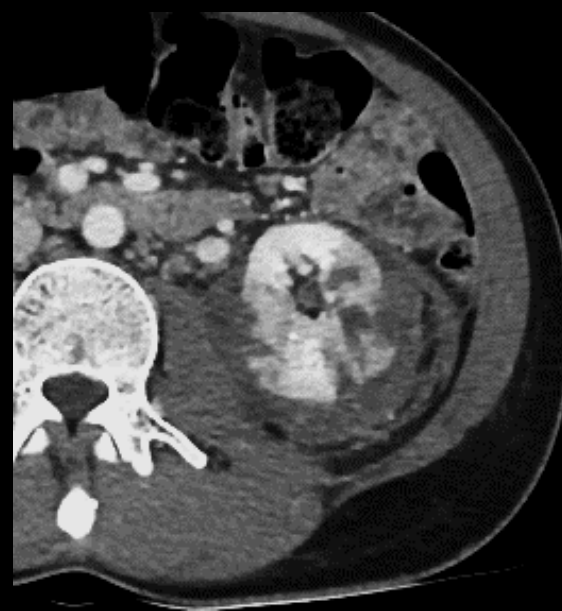
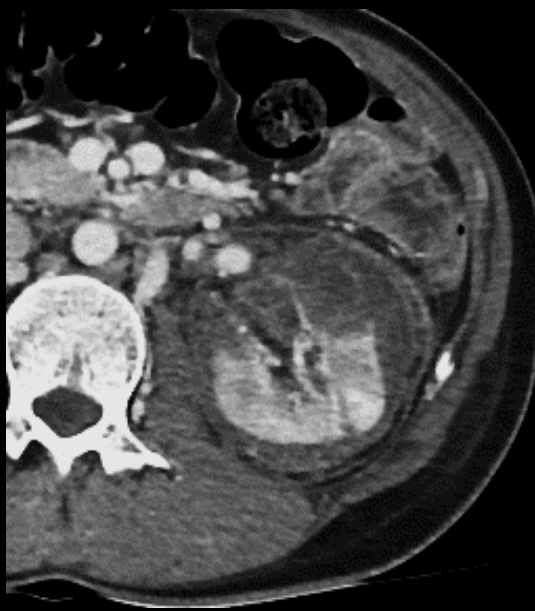


## Contrôle à J+5

J0



J5



## Contrôle à J+5



## Contrôle à 1 mois



Artériel



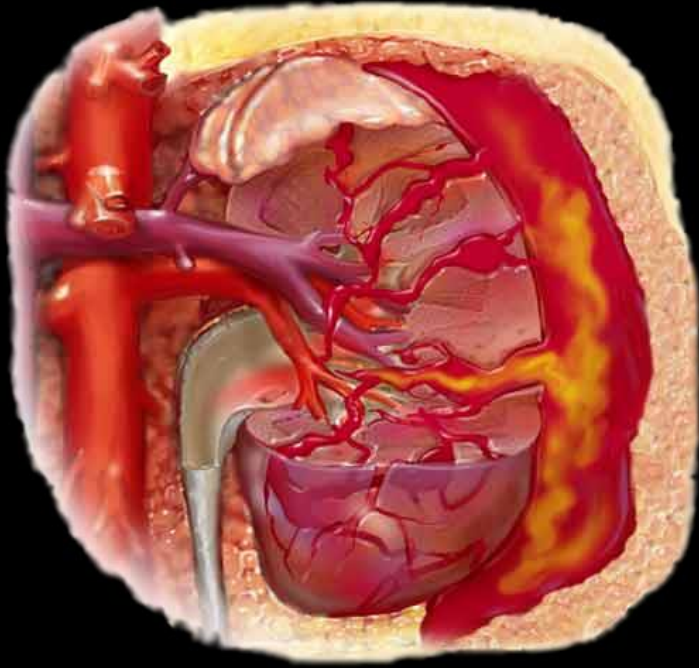
Tardif 5min

Retard de perfusion du parenchyme en regard des multiples traits de fracture

Contrôle à 1 mois



# traumatismes du rein et des voies excrétrices



- Lésions fréquentes lors des traumatismes abdominaux fermés.
- Les anomalies pré-existantes (reins en fer à cheval, syndrome de jonction, polykystose, tumeur) augmentent le risque de lésion traumatique.
- Mécanismes lésionnels :
  - **Impact direct en compression**, le rein droit étant plus vulnérable par sa topographie basse, non protégé par le grill costal.
  - **Décélération** avec forces de cisaillement sur le pédicule rénal ++, plus fréquemment à gauche (dissection traumatique = "plaie sèche" de l'artère rénale).

# traumatismes du rein et des voies excrétrices

## Lésions parenchymateuses

Contusion

Hématome

Lacération/fracture

Hémorétropéritoine extensif

## Lésions des voies excrétrices

Rupture des cavités pyélo-  
calicielles

Avulsion urétérale

## Lésions péri-rénales

Hématome sous-capsulaire

Hématome péri-rénal

Urinome/urohématome

## Lésions vasculaires

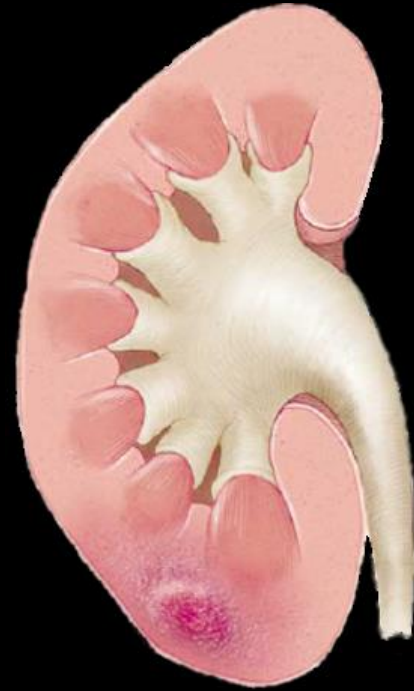
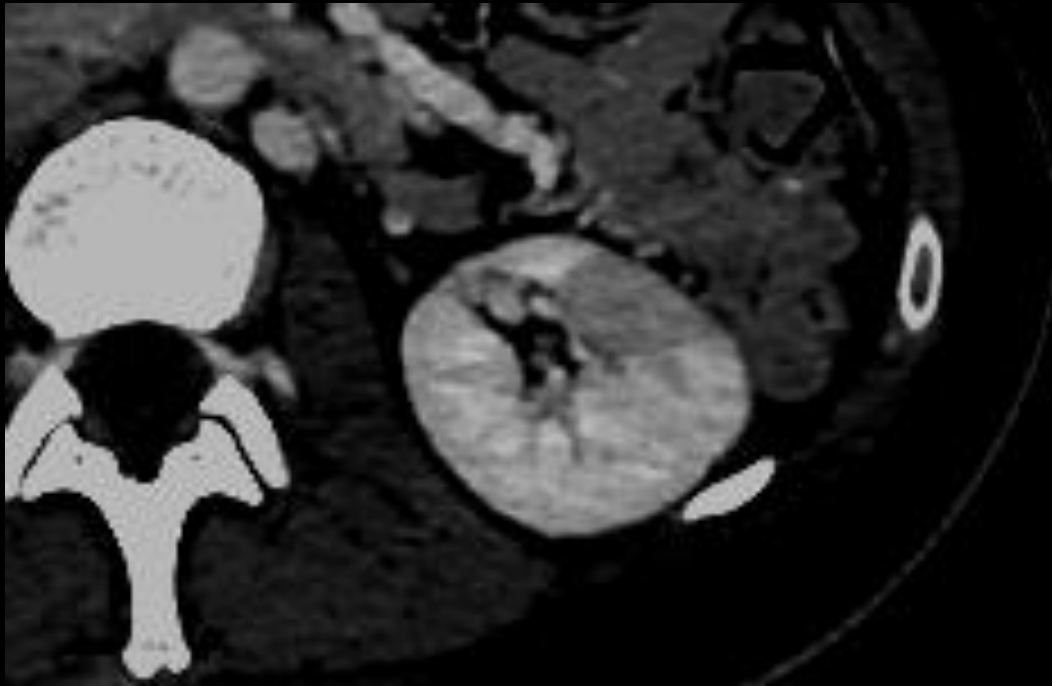
Artérielle : dissection ou rupture

Veineuse : thrombose ou avulsion

# lésions parenchymateuses

## Contusion

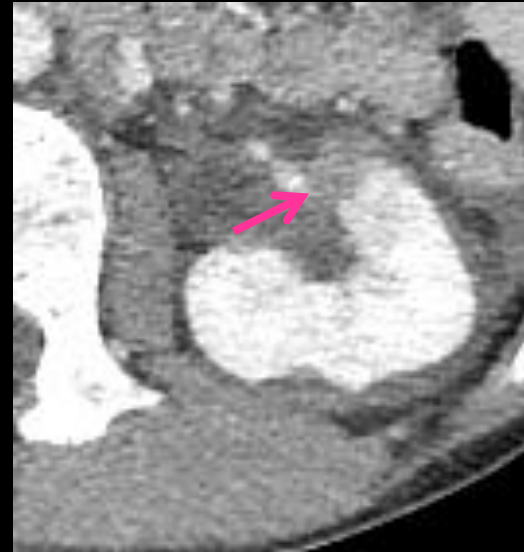
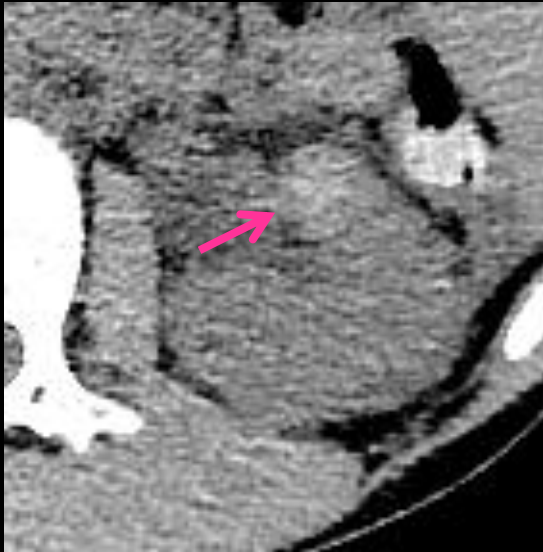
- Plaque hypodense intra-parenchymateuse, de contours irréguliers, faiblement réhaussée par rapport au parenchyme adjacent ( $\neq$  infarctus segmentaire).



# lésions parenchymateuses

## Hématome intra-parenchymateux

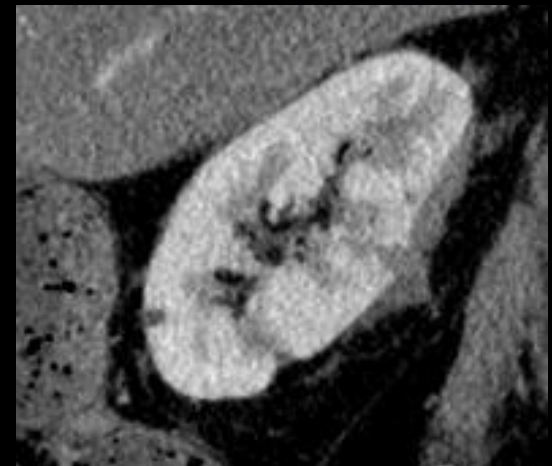
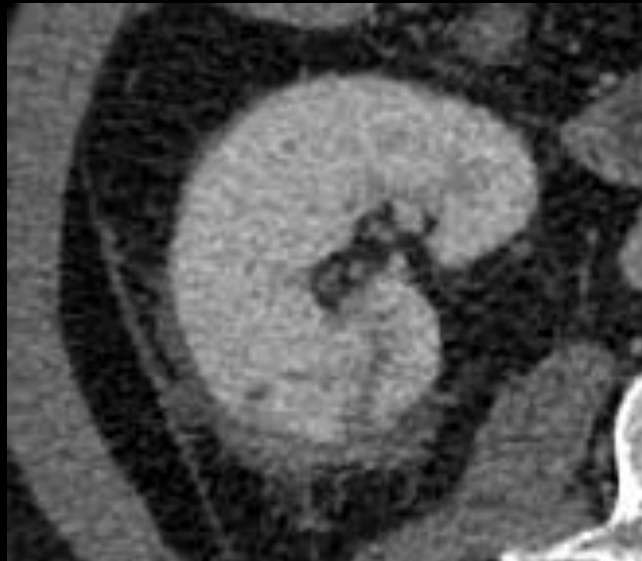
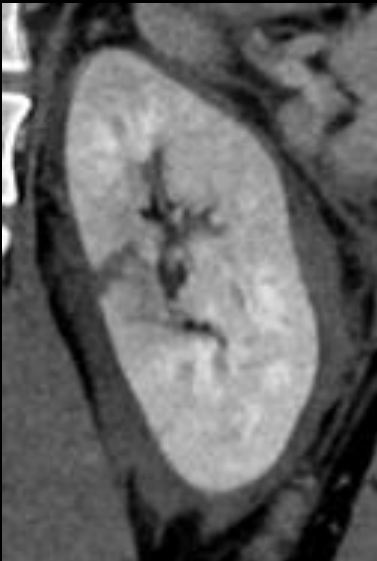
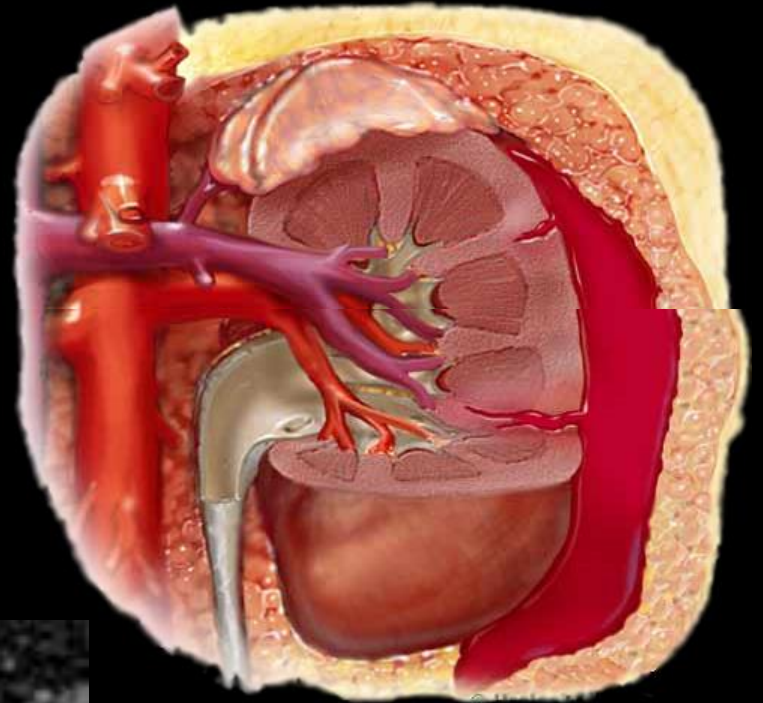
- Lésion ronde ou ovale spontanément hyperdense puis hypodense par rapport au parenchyme après injection.
- En l'absence de passage sans injection, un hématome peut mimer en tout point une contusion ou passer inaperçu si de petite taille.



# LÉSIONS PARENCHYMATEUSES

## Lacération

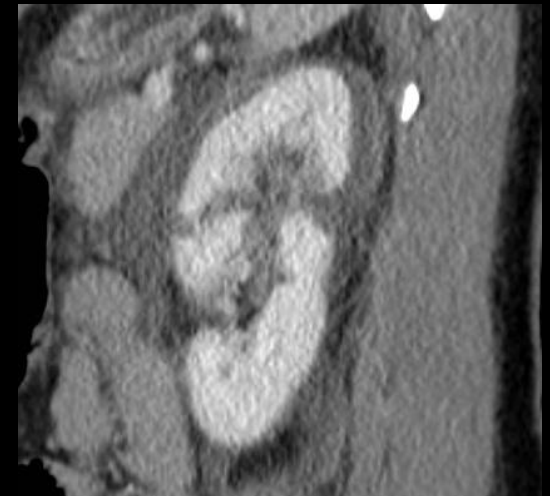
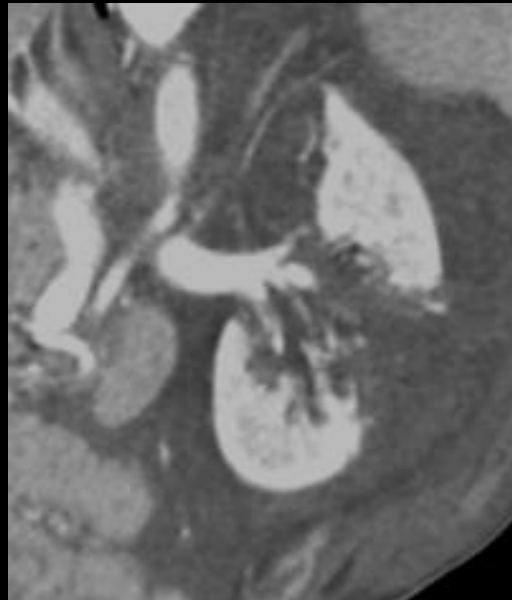
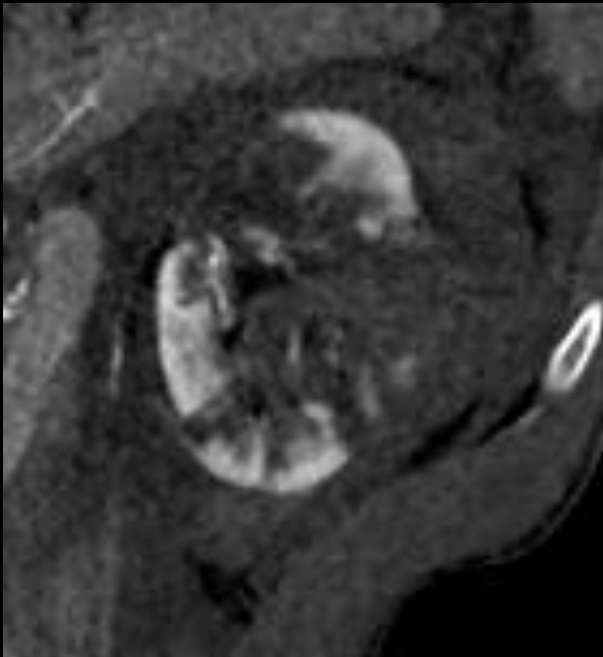
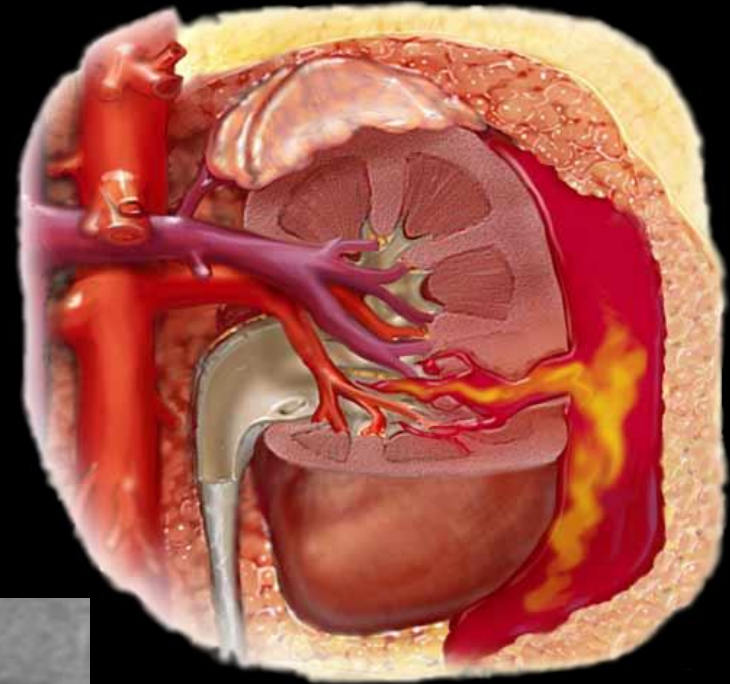
- Lésion hypodense linéaire, classiquement le long des vaisseaux.
- Superficielle (<1cm de la corticale) ou profonde (>1cm).
- Souvent associée à un hématome péri-rénal.



# lésions parenchymateuses

## Fracture

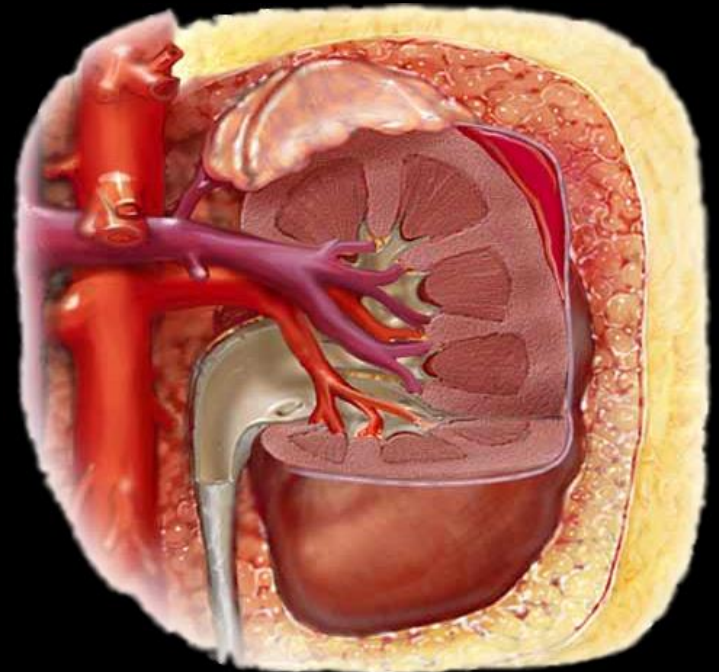
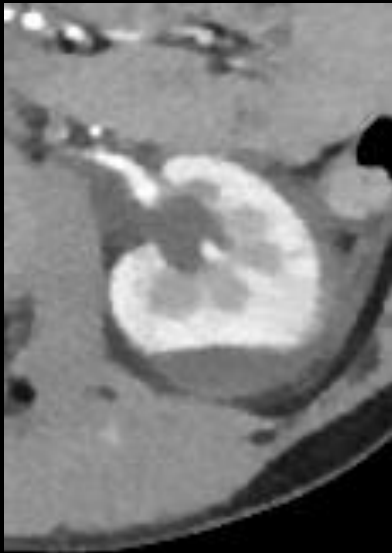
- Lacération profonde s'étendant aux voies excrétrices séparant nettement deux fragments rénaux et s'accompagnant le plus souvent d'une fuite d'urine.



# lésions péri-rénales

## Hématome sous-capsulaire

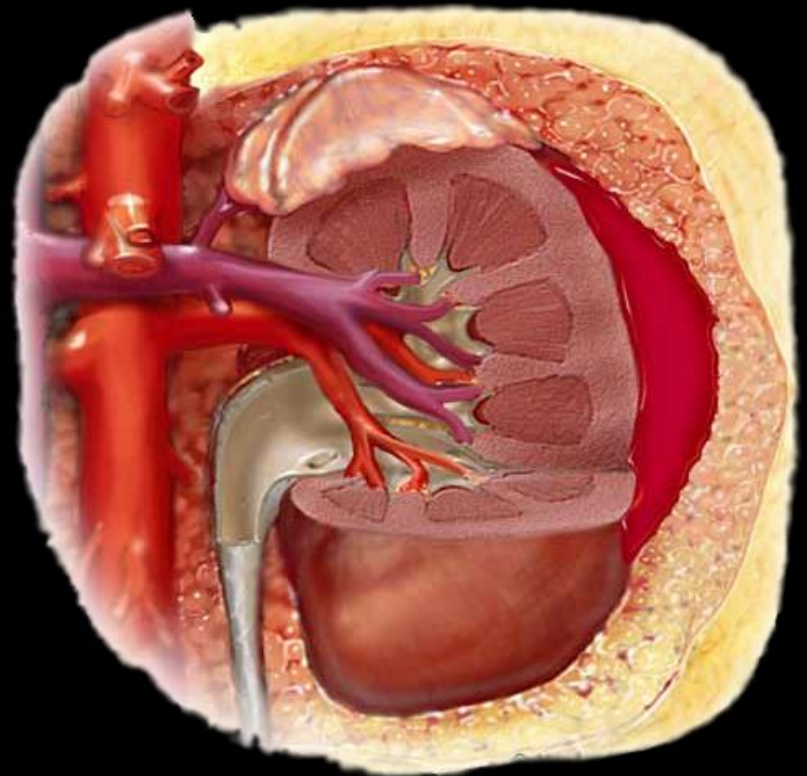
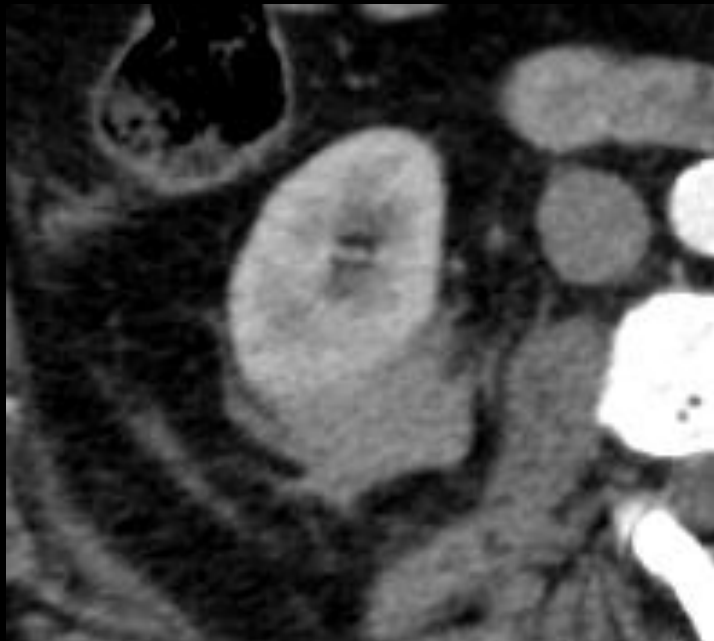
- Épanchement hématique en croissant en périphérie du rein, spontanément hyperdense puis hypodense par rapport au parenchyme après injection.
- Effet de masse sur le parenchyme adjacent (indentation, aplanissement), jusqu'à la compression veineuse avec retard sécrétoire et excrétoire.



# lésions péri-rénales

## Hématome péri-rénal

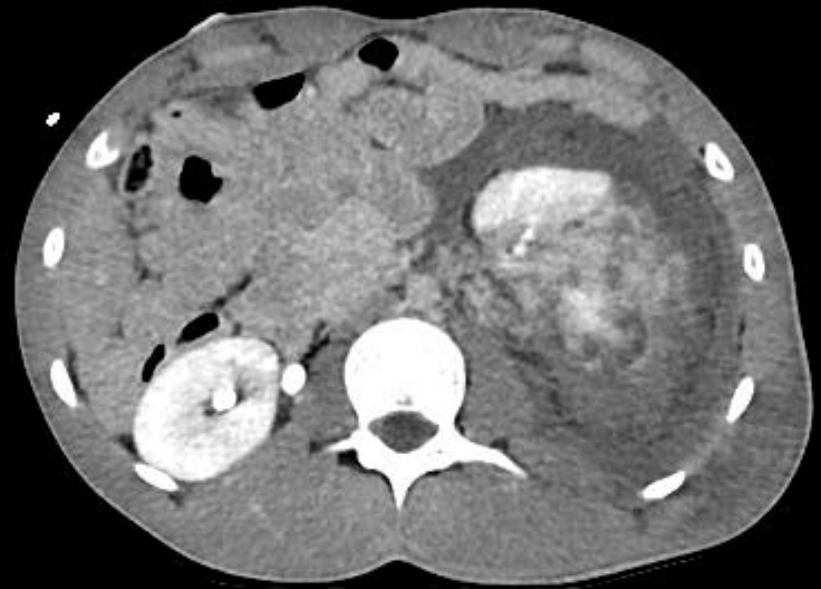
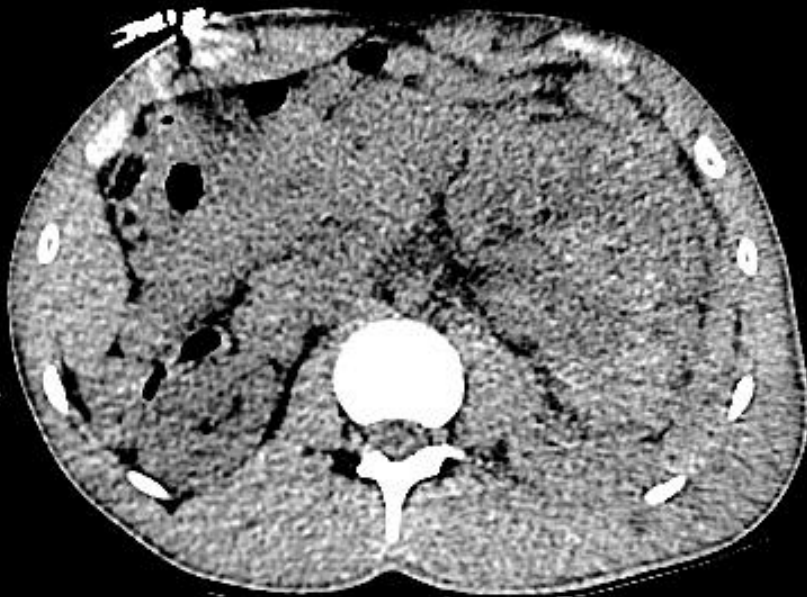
- Épanchement péri-rénal spontanément hyperdense refoulant le rein sans le déformer.
- Peut diffuser dans l'espace para-rénal antérieur et postérieur.



# lésions péri-rénales

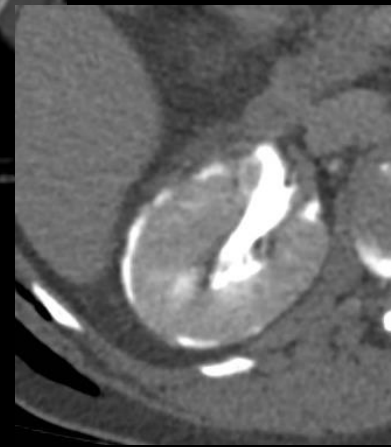
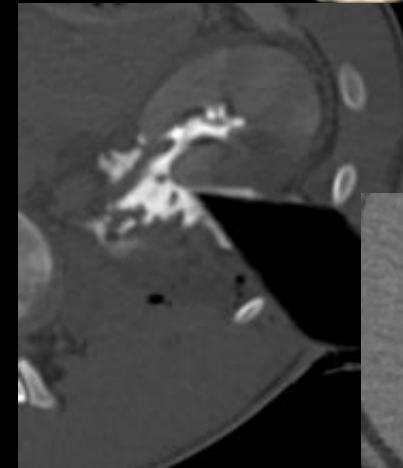
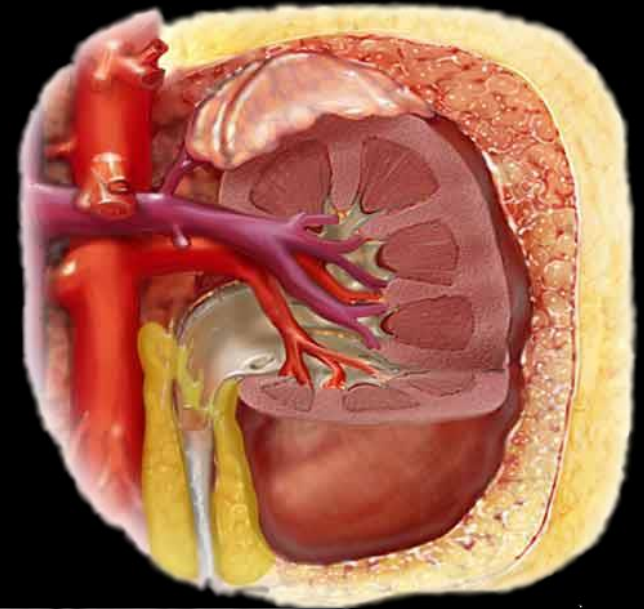
## Urohématome

- Hématome péri-rénal associé à un urinome.
- Développé en présence d'une brèche sur le système collecteur, se traduisant sur les séries tardives (10-15min) par une fuite extra-rénale de produit de contraste.



# lésions des voies excrétrices

- Les **lésions calicielles ou pyéliquies** accompagnent les **lacérations profondes** avec constitution d'un **urinome péri-rénal**, dépisté sur les temps tardifs.
- Les **traumatismes urétéraux** sont rares (plutôt l'apanage des plaies pénétrantes ou iatrogènes (peropératoires) :
  - **Lacérations**, qui seraient secondaires à une hyperextension du rachis avec étirement des voies excrétrices.
  - **Avulsions**, par mécanisme de cisaillement, prédominant à la jonction pyélo-urétérale.

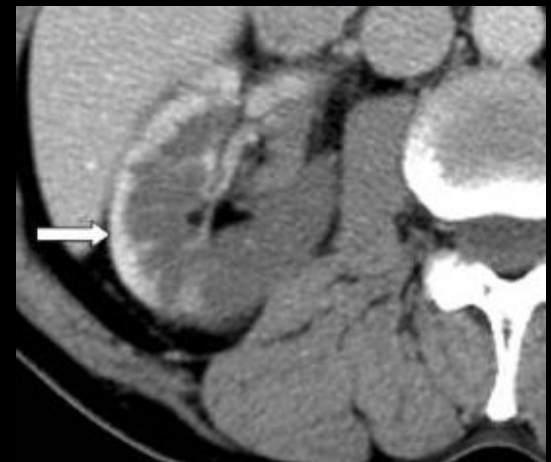
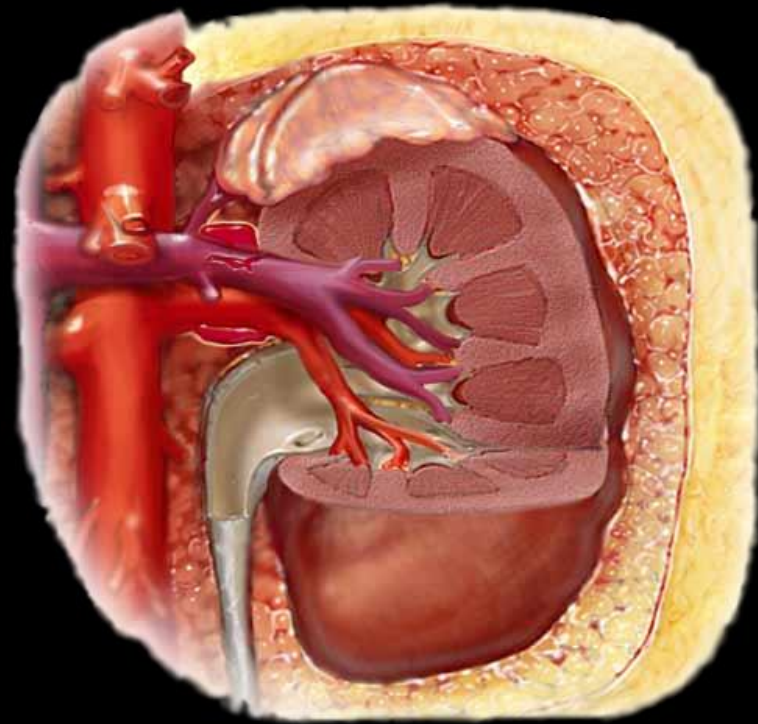


# lésions vasculaires

## Traumatisme pédiculaire artériel

### → DISSECTION

- Mécanisme de décélération avec lacération intimale pouvant entraîner la formation d'un thrombus.
  - Sténosante : asymétrie de sécrétion.
  - Occlusive : absence de néphrographie.
- **Cortical rim sign** : opacification du cortex corticis via les artères capsulaires issues des branches surrénaliennes et diaphragmatiques inférieures.

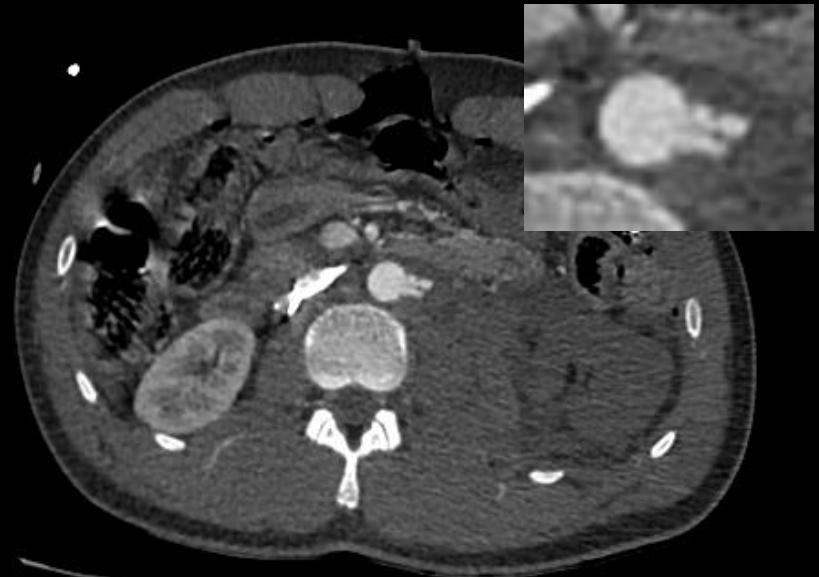
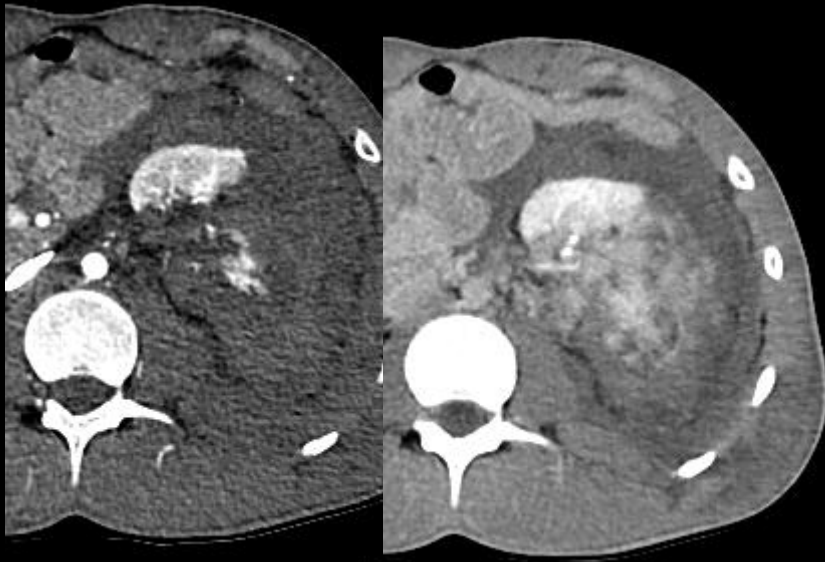
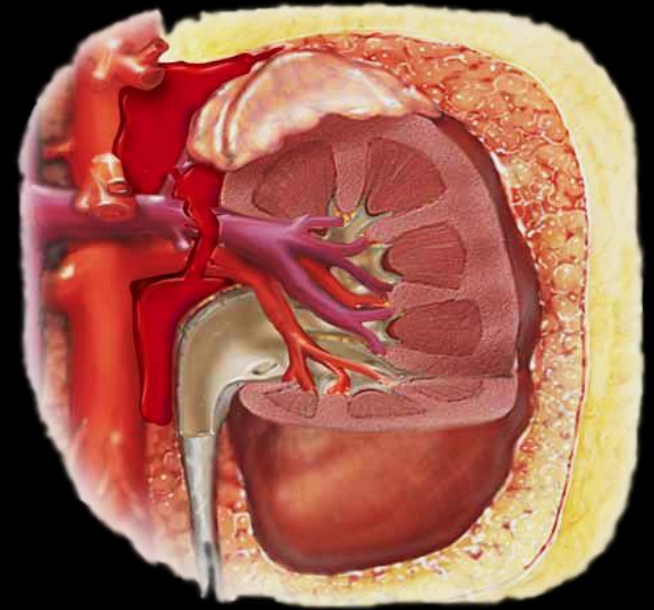


# LÉSIONS VASCULAIRES

## Traumatisme pédiculaire artériel

### → RUPTURE

- Déchirure transpariétale par cisaillement.
- Soit **complète** avec **extravasation active de PDC** à la phase précoce et hémorétropéritoine extensif.
- Soit **contenue** avec image de **faux anévrisme**.



# lésions vasculaires

## Infarctus segmentaire

- Territoire d'hypoperfusion artérielle par **dissection ou thrombose**.
- **Plage parenchymateuse hypodense, triangulaire** à base périphérique et sommet hilaire, **non réhaussée** et **bien limitée** ( $\neq$  contusion).



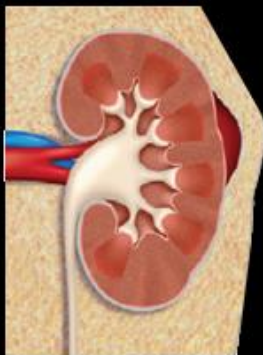
# lésions vasculaires

## Traumatisme pédiculaire veineux

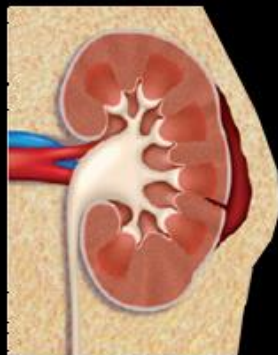
- Moins fréquent que l'atteinte artérielle.
- Lacération, thrombose, rupture.
- Pronostic rénal meilleur à gauche en raison de la suppléance des veines gonadiques et surrénaliennes.
- Signes TDM :
  - Opacification incomplète ou totale de la veine rénale
  - Néphrogramme persistant
  - Diminution de l'excrétion
  - Néphromégalie

# classification de l'AASST

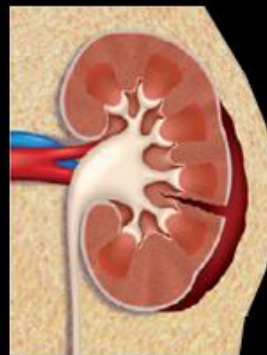
|         |                                                                                                                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grade 1 | Contusion et/ou hématome sous-capsulaire                                                                                                                                    |
| Grade 2 | Lacération du cortex <1cm et/ou hématome péri-rénal                                                                                                                         |
| Grade 3 | Lacération du cortex >1cm <u>sans</u> atteinte des voies excrétrices ni extravasation de PDC                                                                                |
| Grade 4 | Lacération cortico-médullaire <u>avec</u> atteinte des voies excrétrices et extravasation de PDC<br>Lésion de l'artère et/ou de la veine principale avec hémorragie limitée |
| Grade 5 | Avulsion du hile dévascularisant totalement le rein<br>Rein totalement détruit/lacérations multiples                                                                        |



Grade I



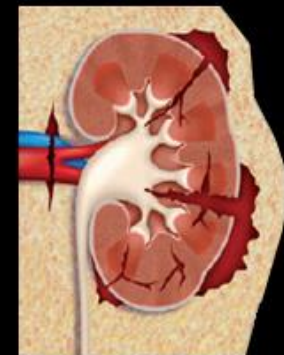
Grade II



Grade III



Grade IV



Grade V

# ÉVOLUTION

Traitement **le plus conservateur possible** : simple surveillance clinique et biologique, repos +/- dérivation urinaire par sonde JJ ou néphrostomie.

Chirurgie en urgence : réservée aux **lésions graves du pyélon** (avulsion de la JPU) et aux **saignements actifs avec instabilité hémodynamique** (néphrectomie d'hémostase).

**Embolisation** sélective en cas de **faux anévrisme**.

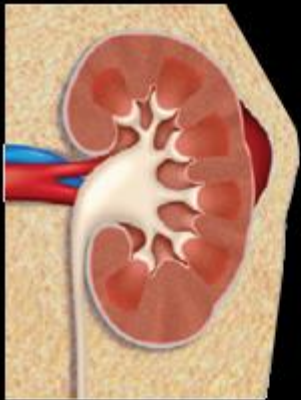
Évolution en général **favorable, régression en taille et en densité** des hématomes, les **territoires contus ou lacérés se fibrosent**.

Les extravasations urinaires calicielles se tarissent spontanément dans 80% des cas.

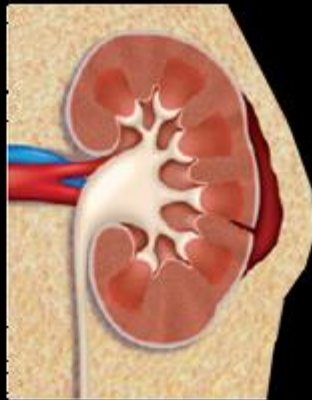
# take home messages

- Protocole TDM multiphasique indispensable, **temps tardif** ou mieux **uro-scanner +++**
- Classification **AAST**
- Attitude thérapeutique **la plus conservatrice** possible
- Chirurgie en urgence : **saignement actif avec choc / avulsion de la jonction**

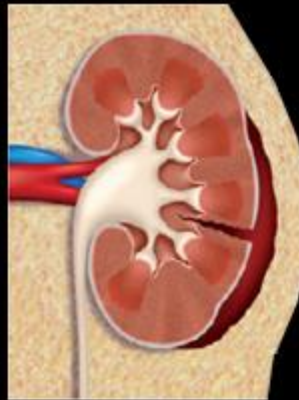
exile urétérale



Grade I



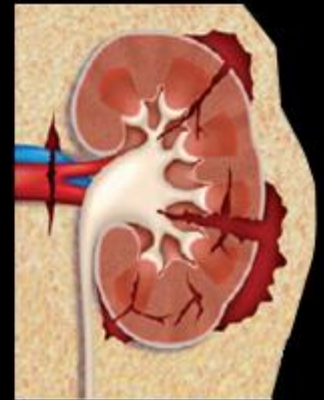
Grade II



Grade III



Grade IV



Grade V

# références

1. McPhee M, Arumainayagam N, Clark M, Burfitt N, DasGupta R. Renal injury management in an urban trauma centre and implications for urological training. *Ann R Coll Surg Engl* 2015;97(3):194-7.
2. Millet-Cénac I, Taourel P. *TDM en traumatologie*. Elsevier Masson, 2009.
3. Hsiao PJ, Wu TJ, Lin SH. Cortical rim sign and acute renal infarction. *CMAJ* 2010; 182(8):E313.
4. Older R. *Interactive Teaching Atlas of Urologic Imaging*. Thieme, 2006.