

COMPLICATIONS URINAIRES DES FRACTURES DU BASSIN

INTRODUCTION

- Les complications urinaires des fractures du bassin sont représentées par les lésions de l'urètre postérieur et celles de la vessie secondaires aux lésions de la ceinture pelvienne suite à un traumatisme portant soit directement, soit à distance sur cette ceinture pelvienne.
- Ces lésions se voient entre 18 et 50 ans (la tranche d'âge la plus active).

TRAUMATISME DE L'URETRE POSTERIEUR :

1. Définition

□ Les traumatismes de l'urètre postérieur se manifestent habituellement par la rupture de l'urètre membraneux ou de l'urètre prostatique. □ Les plaies sont rares.

2. Rappel anatomique

L'urètre membraneux prend naissance à l'apex prostatique. Il traverse le plancher pelvien et se continue par l'urètre bulbaire, il mesure environ 15 mm.

Il présente des rapports avec le sphincter strié et les pédicules vasculo-nerveux de l'érection.

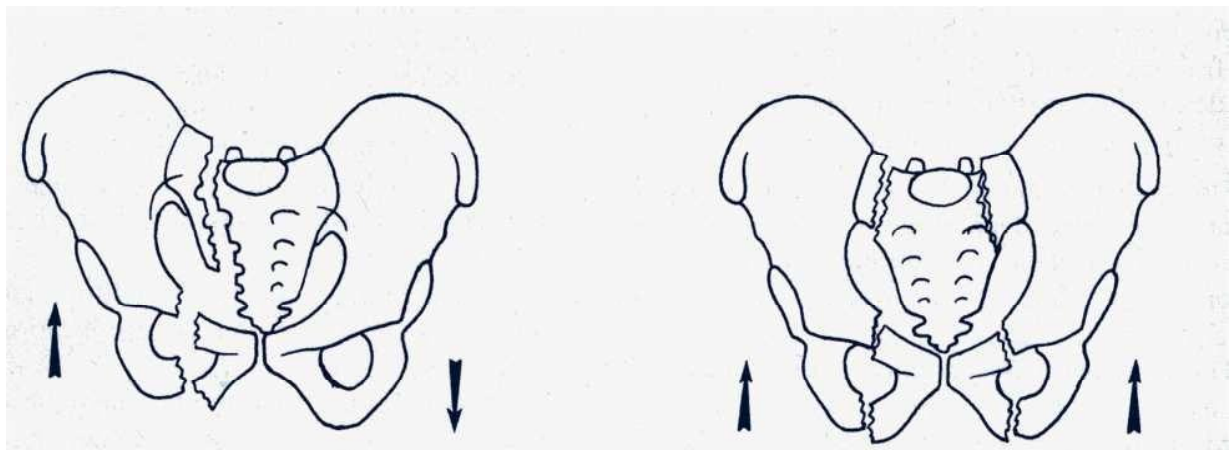
L'atteinte de l'urètre membraneux expose au risque de séquelles fonctionnelles pour la continence et la fonction sexuelle.

3. Physiopathologie et étiologies

La rupture de l'urètre postérieur apparaît dans 5-10 % des fractures du bassin □

Circonstance de rupture:

- Fracture des quatre piliers du bassin
- Disjonctions pubiennes
- Compression d'avant en arrière du bassin.



• Mécanismes de la rupture :

- Embrochage par une esquille osseuse.
- Arrachement du bloc prostatato-vésical.
- Ecartement de la circonférence urétrale en cas de déchirure de l'aponévrose moyenne du périnée.

- La section de l'urètre sur bord tranchant du ligament transverse
 - La rupture peut être totale ou plus rarement partielle
 - **Classification (CLOPINTO)**
 - Type I: étirement simple urétral -
 - Type II: rupture partielle ou totale -
 - Type III: dilacération urétrale complexe.
- Dans 80% des cas, ils sont la conséquence d'AVP

□ **Les risques évolutifs** : - Sténose urétrale ; - Incontinence urinaire ; - Dysfonction érectile.

4. Diagnostic positif

A. Circonstances de survenue et manifestations cliniques

- Il s'agit le plus souvent d'un polytraumatisé avec fracture du bassin.
 - Il faut d'emblée rechercher les signes de choc et mettre en route une réanimation adéquate.
 - Interrogatoire du patient ou de son entourage pour préciser le contexte du traumatisme et les antécédents du blessé.
 - L'examen clinique : recherche la triade classique :
 - L'uretrorragie (signe le plus caractéristique)
 - Rétention d'urine complète avec globe vésical (signe le plus constant)
 - Hématome périnéal typiquement en aile de papillon (inconstant)
 - Le T.R montre une prostate déplacée vers le haut et en arrière avec à son pôle inférieur une sensation d'une masse molle et bombante (hématome).
 - Toute suspicion de traumatisme urétral **contre-indique le sondage urétral**.
- B. Examens para-cliniques :**

Après déchoquage du patient et réanimation :

- **Echographie**: pour éliminer un traumatisme des organes intra- péritonéaux et préciser l'état du haut appareil urinaire et du réservoir vésical qui peut être refoulée et ascensionnée par l'hématome. Elle permet de guider le cathétérisme sus- pubien en cas de vessie pleine.
- **TDM abdomino-pelvienne**: complète le bilan lésionnel échographique, elle affirme la rupture vésicale, en montrant la fuite de produit de contraste.
- **Radiographie du bassin**: qui montre souvent une fracture du bassin et en apprécie le type et le déplacement.
- **UCRM** est demandée entre le 4^{eme} et le 7^{eme} jour après le traumatisme avec beaucoup d'asepsie, elle consiste à injecter 25 à 30 ml de produit de contraste avec une pression basse à travers une sonde de foley insérée dans la fossette naviculaire, les clichés sont pris en oblique pour une meilleure analyse de l'urètre, on complète l'examen par des clichés per-mictionnels.

Schématiquement elle montre deux possibilités:

 - Rupture totale;
 - Rupture partielle.

5. Conduite à tenir

- **Buts** :
 - Assurer le drainage efficace des urines,

- Ne pas aggraver les lésions existantes et éviter toute infection.
- Restaurer une continuité satisfaisante en sauvegardant les possibilités de continence et en gardant intactes les fonctions sexuelles.
- **Méthodes et Indications :**
- Les gestes d'urgences : après déchoquage et réanimation adéquate :
 - Une **cystostomie à minima** par mise en place d'un cathéter sus pubien ou parfois une cystostomie chirurgicale.
 Intérêts :
 - Elle évite l'extravasation de l'urine
 - Elle protège les espaces cellulaires pelviens
 - Elle évite l'infection de l'hématome
 - Elle offre la possibilité d'une cystographie descendante
- Traitement d'une éventuelle lésion intra-péritonéale et des lésions associées.
- Traitement des lésions urétrales dans un second temps (5^{ème}-15^{ème} jour) après traitement des lésions abdominales et/ou vésicales et stabilisation des fractures osseuses :
 - Réalignement endoscopique (absence d'incontinence ou d'impuissance iatrogène et le fait que l'option chirurgicale ne soit pas compromise) (Moudouni SM et al, Urology 57 :628-632, 2001).
 - Anastomose uréthro-urétrale dite Urétrorrhaphie término-terminale: suture bout à bout des extrémités urétrales si les extrémités urétrales sont de bonne qualité et bien vascularisées.
 - Uréthroplastie cutanée : remplacement du canal urétral par un lambeau cutané intercalé entre les deux extrémités urétrales.
- 6. **Complications :**
- Sténose urétrale
- Impuissance

RUPTURE DE VESSIE

1. Physiopathologie :

□ Les lésions vésicales sont présentes dans 5 à 10% des fractures du bassin □

Trois mécanismes :

- Embrochage par un fragment osseux
- Rupture du ligament pubo-vésical
- Rupture par coup sur vessie distendue (décélération)

2. Classification :

- **Rupture extra-péritonéales** : les plus fréquentes (80%). Extravasation des urines dans l'espace de Retzius et les espaces cellulaires péri-vésicaux, la brèche est souvent punctiforme difficile à mettre en évidence.
 - **Ruptures intra-péritonéales** : l'urine passe dans la cavité péritonéale, la brèche peut être colmatée par les anses intestinales ou par l'épiploon.
 - **Contusion vésicale simple** : diagnostic d'élimination après avoir montré par cystographie rétrograde qu'il n'y a pas de rupture de l'appareil urinaire.
- Il s'agit d'un traumatisme pénétrant qui se manifeste par une hématurie secondaire à une déchirure partielle de la paroi vésicale.

3. Diagnostic :

- **Circonstances de survenue :**

Le plus souvent après fracture du bassin chez un polytraumatisé ; □

Signes cliniques:

- Absence de miction
- Absence de globe vésical
- Empâtement hypogastrique avec douleur.
- **TR :** prostate en place.
- **Examens complémentaires :**
 - **ASP** ou radio du bassin de face : peut montrer une fracture déplacée de l'arc antérieur ou une disjonction pubienne.
 - **TDM** abdomino-pelvienne, après déchoquage et réanimation permet :
 - D'apprécier l'état du haut appareil;
 - D'objectiver le passage du produit de contraste dans la cavité péritonéale ou dans l'espace para-vésical.

4. C.A.T et traitement

□ Chez tout poly traumatisé le traitement comporte : le traitement de l'état de choc par réanimation adéquate, après avoir éliminé une urgence abdominale aigue vasculaire ou neurochirurgicale passé au traitement des lésions urinaires :

- **Dans le cas d'une contusion vésicale simple :** aucun traitement
- **Dans le cas d'une rupture intra-péritonéale :** intervention chirurgicale précoce par laparotomie afin d'explorer la cavité péritonéale et de réparer la brèche vésicale
- **Dans le cas d'une rupture extra péritonéale de la vessie :**
 - Si la brèche vésicale est punctiforme : drainage par sonde urétrale associé aux antibiotiques
 - Le traitement chirurgical est réservé aux ruptures importantes ou quand la rupture est vue tardivement ou lorsqu'il y a une lésion abdominale associée nécessitant l'intervention chirurgicale :
 - Abord trans péritonéal de la vessie, les plaies sont refermées après avoir repérer les orifices urétéraux et la vessie et drainer par cystostomie.
 - Il faut minimiser les abords retro péritoneaux en raison du risque d'infection des hématomes pré vésicaux et du petit bassin.