

# Les complications urinaires des traumatismes du bassin

## Plan :

- A. Définition
- B. Objectifs
- C. Épidémiologie
- D. Rupture de l'urètre postérieur
- E. Traumatisme de la vessie
- F. Conclusion

## Définition

- Les complications urinaires des fractures du bassin constituent une pathologie grave survenant souvent chez des patients jeunes et pouvant mettre en jeu le pronostic vital, l'avenir mictionnel et sexuel du patient,
- Elles intéressent le bas appareil urinaire soit la vessie, soit l'urètre, et parfois les deux en même temps

## Objectifs

A l'issue de ce cours : l'étudiant doit être capable :

- De connaître les circonstances et le mécanisme du traumatisme urétral et vésical
- De faire le DC d'une rupture de l'urètre postérieur
- D'adopter une démarche thérapeutique en urgence en connaissant les gestes à proscrire devant la suspicion d'une plaie urétrale ou vésicale

## Épidémiologie

- Les ruptures de l'urètre postérieur représentent 5-10% des complications des fractures graves du bassin.
- Cette fréquence est analogue à celle de la vessie.
- Les lésions urétrales sont souvent associées à celles de la vessie dans 1-6% des cas.
- Étiologie : AVP ++, avec choc violent
- Lésions abdominales et orthopédiques associées,
- Âge : 18-50 ans la couche active de la société
- Sexe : Les hommes sont les plus touchés.
- Urètre court et mobile chez la femme

## Rupture de l'urètre postérieur

- Toute solution de continuité totale ou partielle de l'urètre postérieur secondaire le plus souvent traumatisme du bassin, pouvant compromettre l'avenir mictionnel et sexuel du patient

- L'urètre masculin est composé de deux segments :

1) l'urètre postérieur : portion initiale relativement fixe par ses connexions avec l'aponévrose pelvienne on distingue :

- Urètre prostatique : traverse la prostate située e arrière de la symphyse pubienne dont il est par le ligament pubo-prostatique

- Urètre membraneux : traversé par l'aponévrose moyenne du périnée et constitue une zone de faiblesse,

2) l'urètre antérieur : portion finale et mobile rarement exposé au traumatisme

### Mécanisme

Le plus souvent un mécanisme **indirect** suite à un traumatisme du bassin :

- L'urètre postérieur étant fixe et ne pouvant suivre le déplacement notamment en cas de disjonction de la SP ou fracture du cadre obturateur avec déplacement important : il se produit alors un effet d'arrachement et de cisaillement ou de guillotine sur l'urètre postérieur par étirement de l'AMP.

- Le mécanisme **direct** est rare : embrochage de l'urètre par une esquille osseuse.

### Les lésions :

- Urétrale soit :

- complété avec un degré variable de décalage

-incomplet par l'existence d'un pont inter-urétrale et qui peut se totalise par un sondage urétral intempestive.

- Associés :

- désinsertion du bloc vésico prostatique en cas de rupture du ligament pubo prostatique,
- sphinctérienne : lésion du sphincter strié garant de la continence urinaire.

### **CAT proprement dite :**

- Nous sommes amenés à examiner dans le cadre de l'urgence un patient traumatisé du bassin victime d'un accident de la voie publique.
- 02 situations cliniques peuvent se présenter :
  - a) Patient **inconscient** en état de choc : entamer dans l'immédiat des mesures de réanimations d'urgence, rechercher une lésion vitale thoraco-abdominale qui fera passer la RUP en second plan : la règle à respecter et de ne pas sonder la vessie sans avoir éliminé une lésion urétrale.
  - b) Patient **conscient** et stable sur le plan hémodynamique :
    - Interrogatoire va préciser :
      - Les circonstances et mécanisme de l'accident
      - Heure de la dernière miction et l'aspect des urines,
      - Doit rechercher les antécédents pathologiques du patient
    - L'examen physique complet :
      - Une RUP est suspectée devant la présence :
        - urétrorragie
        - empatement douloureux hypogastrique avec GV (ce GV peut manquer en cas de rupture vésicale associée)
        - hématome périnéal en aile de papillon d'apparition tardive liée à la rupture des éléments vasculaires traversant l'aponévrose pelvienne cet hématome peut atteindre, l'hypogastre, les OGE, voire même les faces internes des cuisses.
- Le TR : peut montrer un empatement douloureux voire une impression de prostate ascensionnée suite à la rupture du ligament pubo prostatique.

### **Examens complémentaires :**

- Échographie abdomino pelvienne : 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 ascensionné 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 -ème et le 7ème 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 folley 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.

La question importante à laquelle il faudra répondre : le patient peut-il uriner spontanément ou pas.

- Le patient urine et les urines sont claires : le risque d'avoir une plaie urétrale est minime une simple surveillance suffit
- Le patient urine et les urines hématiques : cette hématurie attire l'attention sur son origine urologique interdisant toute manœuvre endo urétrale doit faire suspecter une lésion urétrale, vésicale ou rénale associée.
- Absence d'urine :
  - sans GV : cela doit faire suspecter une rupture vésicale
  - présence de GV : qui sera soulagé non pas par le sondage qui est proscrit, mais par une cystostomie a minima.
- 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

## **Traitement**

- **Traitement des lésions urétrales dans un second temps (5ème -15ème jour) après traitement des lésions abdominales et/ou vésicales et stabilisation des fractures osseuses : Réalignement endoscopique.**

## **Complications :**

- Sténose urétrale
- Impuissance
- **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.**
- **Urétroplastie cutanée : remplacement du canal urétral par un lombox cutanée intercalé entre les deux extrémités urétrales.**

## Les traumatismes de la vessie

- 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)
- **Étiologie :**
  - Accidents de la voie publique. ++++
  - Autres : les accidents du travail, les accidents sportifs ...etc.
- **Mécanisme lésionnel :**
  - Le traumatisme direct abdominal ou symphysaire sur vessie pleine,
  - Étirement ou rupture des ligaments pubo vésicaux
  - Perforation vésicale par fragments osseux spiculés
- La gravité des traumatismes de la vessie est liée à la présence des lésions concomitantes notamment digestives, vasculaires et urétrales.
  
- **Diagnostic positif**
- L'examen clinique doit être complet comme c'est la règle chez un patient polytraumatisé.
- Un traumatisme vésical est suspecté devant :
  - Une hématurie macroscopique exceptionnellement microscopique
  - Douleur sus pubienne
  - Impossibilité d'uriner
- Rechercher une voussure sus-pubienne, une défense abdominale un hématome pelvi périnéal.
- **Examens complémentaires :**
- **1. cystographie :**
- Examen de référence en cas de suspicion de traumatisme vésical.
- Avantage : facilité de réalisation, temps réduit
- Doit être réalisé avec précaution : lésion urétrale associée +++
- Principe : Trois clichés :
  - 1<sup>er</sup> cliché : avant opacification.
  - 2eme cliché : phase de remplissage vésical.
  - 3eme cliché : après vidange vésicale à la recherche d'une lésion vésicale postérieure passée inaperçue lors du remplissage.

Extravasation du produit de contraste en dehors de la vessie

## **Examens complémentaires :**

### **2. uroscanner :**

- Bilan lésionnel multi organes précis et simultané aboutissant à une prise en charge opératoire précoce.
- 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

### **Stadification**

- **Contusion :**
  - Lésion sans solution de continuité de la paroi vésicale
- **Rupture intra péritonéale :**
  - Extravasation du produit de contraste vers le péritoine réalisant une véritable périt néographie.
- **Rupture extra péritonéale :**
  - La plus fréquente
  - Extravasation de produit de contraste dans l'espace de Retzius, péri vésical ou pré sacré
- **Rupture interstitielle :**
  - Correspond à une atteinte intra murale à séreuse intacte
  - Prise de contraste intra pariétale vésicale sans extravasation

### **Traitement :**

- La prise en charge initiale comprend le plus souvent la réanimation chirurgicale, la stabilisation du patient et le traitement des lésions associées mettant en jeu le pronostic vital
  - Le traitement des lésions vésicales se fait en fonction de la classification radiologique.
- 1) **Contusion vésicale :**
    - Pas de traitement spécifique
    - Mettre en place une sonde urinaire avec système de lavage en cas d'hématurie macroscopique.
  - 2) **Rupture interstitielle :** Mettre en place une sonde urinaire pendant 10-15 jours parce qu'il peut s'agir d'une petite perforation bouchée par un caillot sanguin une contracture détrusorienne ou de la graisse.

- Mettre en place une sonde urinaire pendant 10-15 jours parce qu'il peut s'agir d'une petite perforation bouchée par un caillot sanguin une contracture détroisoriene ou de la graisse.
- Rupture intra péritonéale :
  - Prise en charge chirurgicale immédiate par laparotomie médiane
  - Évacuation de l'urine et des caillots sanguins.
  - Exploration des viscères intra abdominaux.
  - Le site de rupture vésical est fermé en deux plans après parage des tissus contus
  - Drainage urinaire par une sonde trans urétrale
- Rupture extra péritonéale :
  - En l'absence de complications, un drainage par une sonde trans urétrale de gros calibre (double courant si hématurie majeure avec cailloutage important).
  - Réparation chirurgicale en cas de lésions associées :
- Rupture mixte : elles sont à traiter comme une rupture intra péritonéale.

## Conclusion

# Contre-indication au sondage vésical