



Complications urinaires des fractures du bassin;

Dr M.R TOUATI .CHU B E O



Generalites-definition

- ❑ Toutes les lésions traumatiques intéressants l'uretère postérieur et/ou la vessie au décours d'une fracture des os du bassin.

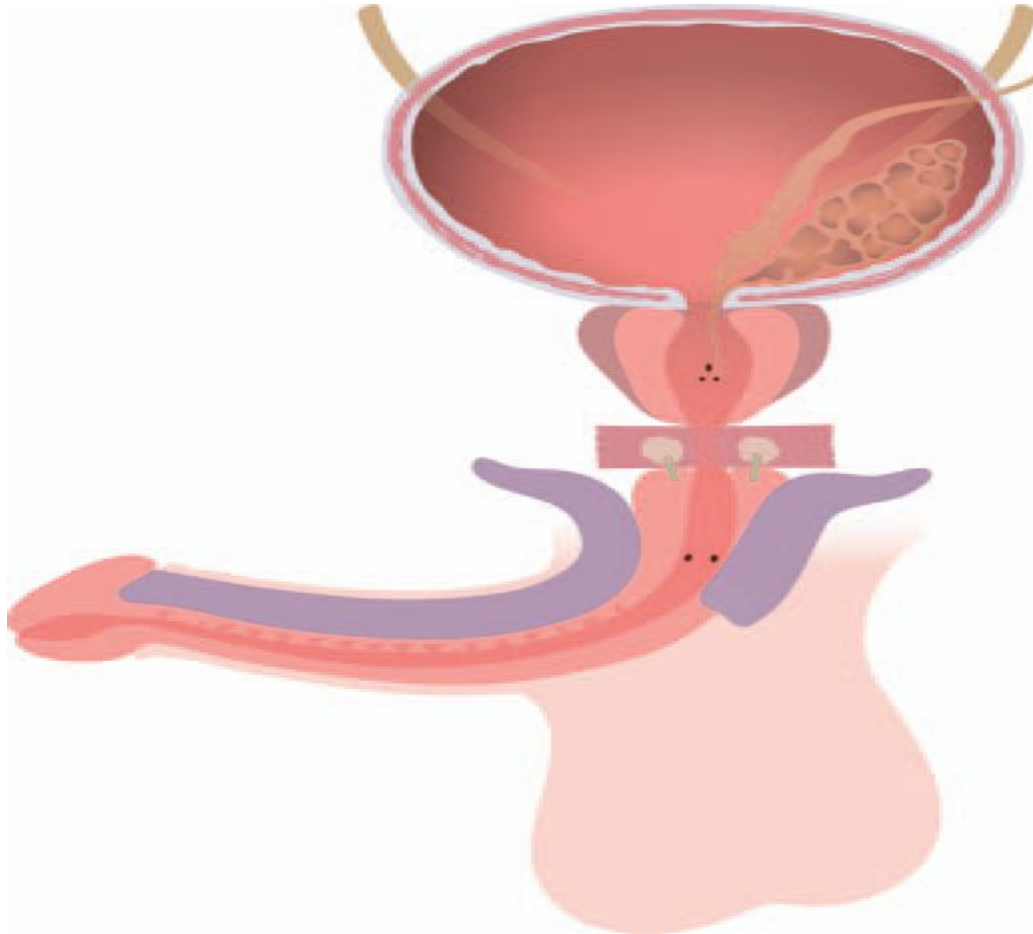


Enjeux;

- De + en + **fréquentes**(A.V.P,A.C,A.T,A.S)
- Touche les **sujets jeunes**(20-35ans)
- **Poly traumatismes++**
- **Pronostique** ; vital dans l'immediat
fonctionnel tardif:
 - urinaire
 - sexuel



Rappel anatomique





Fractures du bassin;

- Ruptures de l'anneau pelvien avec disjonction pubienne
- Diastasis de l'articulation sacro iliaque



Fractures du bassin;



A/ Lésions de l'uretère postérieur;

☐ Etiopathogenie;

- ☐ AVP , AC , AT, AS

- ☐ Fr du bassin >>>> 5 à 20% de LUP

- ☐ Mécanisme;

 - ☐ Indirect+++ (déplacements)

 - ☐ Cisaillement (ap.moy du périnée)

 - ☐ Effet guillotine (lgt transverse)

 - ☐ Direct

 - ☐ Embrochage

 - ☐ Ecrasement (U. prostatique)

A/ Lésions de l'uretère postérieur;

☐ Anatomo-pathologie;

- ☐ Simple contusion(hematome pariétal),

- ☐ Rupture partielle

- ☐ Rupture totale +/- decalage

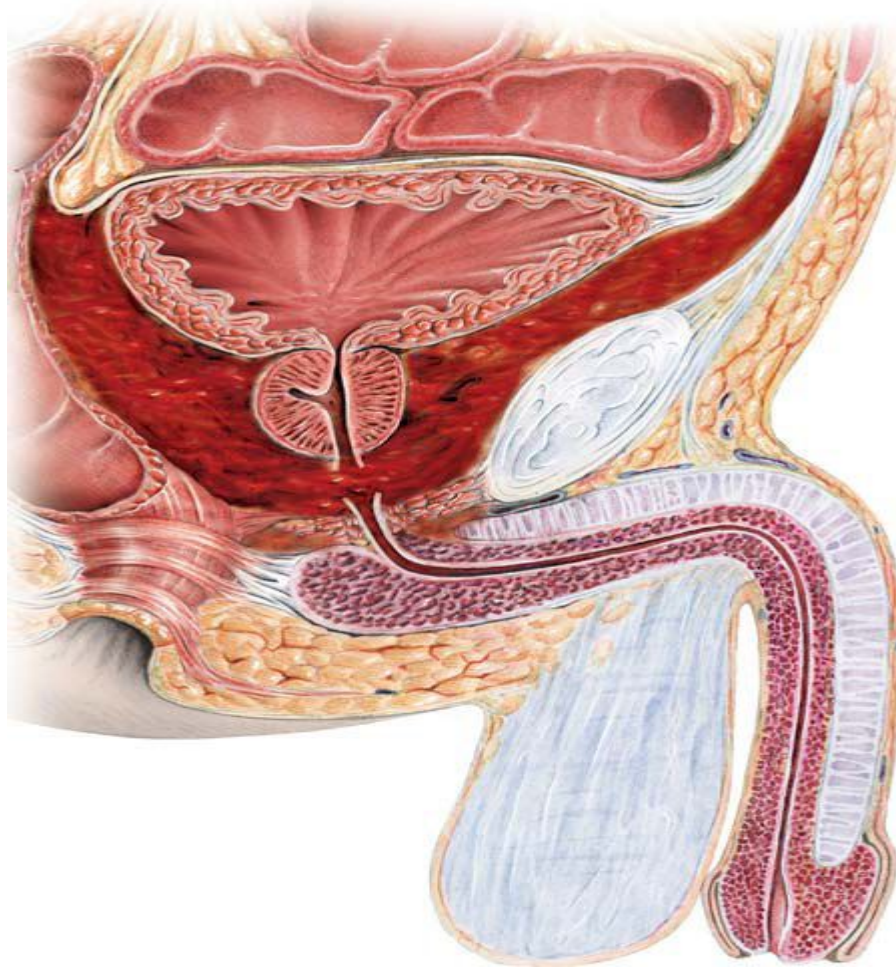
A/ Lésions de l'uretère postérieur;

☐ Diagnostique;

I. Clinique :

- ☐ Uretrorragie
- ☐ Hématurie
- ☐ RVA avec globe vésical
 - ✓ Mécanique ou reflexe
 - ✓ Retardée ou inexistante (rupture vesicale, état de choc)
- ☐ Hématome perineal <en aile de papillon>, tardif++
- ☐ TR : - ascension du bloc prostatato-vesical

A/ Lésions de l'uretère postérieur;



A/ Lésions de l'uretère postérieur;



A/ Lésions de l'uretère postérieur;

☐ Diagnostique;

I. Radiologie :

- I. TDM-TAP
- II. Ecographie
- III. Radios du bassin: F,P,3/4A,3/4O

IV. Urethrographie rétrograde+++

- ☐ Immédiate(anglo-saxons),J3-J7(autres)
- ☐ Associée a une opacification antegrade ,si KT sus pubien en place.
- ☐ Méthode;
- ☐ Résultats
 - ☐ Extravasation du PDC
 - ☐ Arrêt net
 - ☐ Opacification ou non de la vessie.



Urethrographie rétrograde+cystographie descendante





Classification de l'AAST

1. Grade 1; contusion
2. Grade 2; étirement
3. Grade 3; rupture partielle
4. Grade 4; rupture totale (décalage <2cm)
5. Grade 5; rupture totale (décalage sup 2cm)



+++IMPORTANT+++

LA SIMPLE SUSPICION D'UNE RUPTURE
URETHRALE, DOIT FAIRE BANNIR TOUTE
MANŒUVRE ENDO-URETRALE




Car elle peut ;

- Aggraver une lésion complète,
- Compléter une lésion partielle.

A/ Lésions de l'uretère postérieur;

Traitement;

Immédiat:

-  Palier a un éventuel **état de choc**(mesures de réanimation),
-  Rechercher des **lésions associées** ,plus graves, nécessitant une PEC urgente(crane ,thorax ,abdomen..)
-  Mise en place d'une **cystostomie a minima**(KT sus pubien),sous echo guidage.

A/ Lésions de l'uretère postérieur;

□ Traitement;

□ Trois approches;

□ Ancienne <réparation chirurgicale immédiate>

□ Abandonnée(hgie++,infection, instabilité osseuse)

□ Sauf en cas de plaie du rectum, d'incarcération ou une lésion du col vésical associée

□ Classique <réparation chirurgicale différée>

□ KT sus pubien

□ Uretrorrhaphie termino-terminale(UTT)

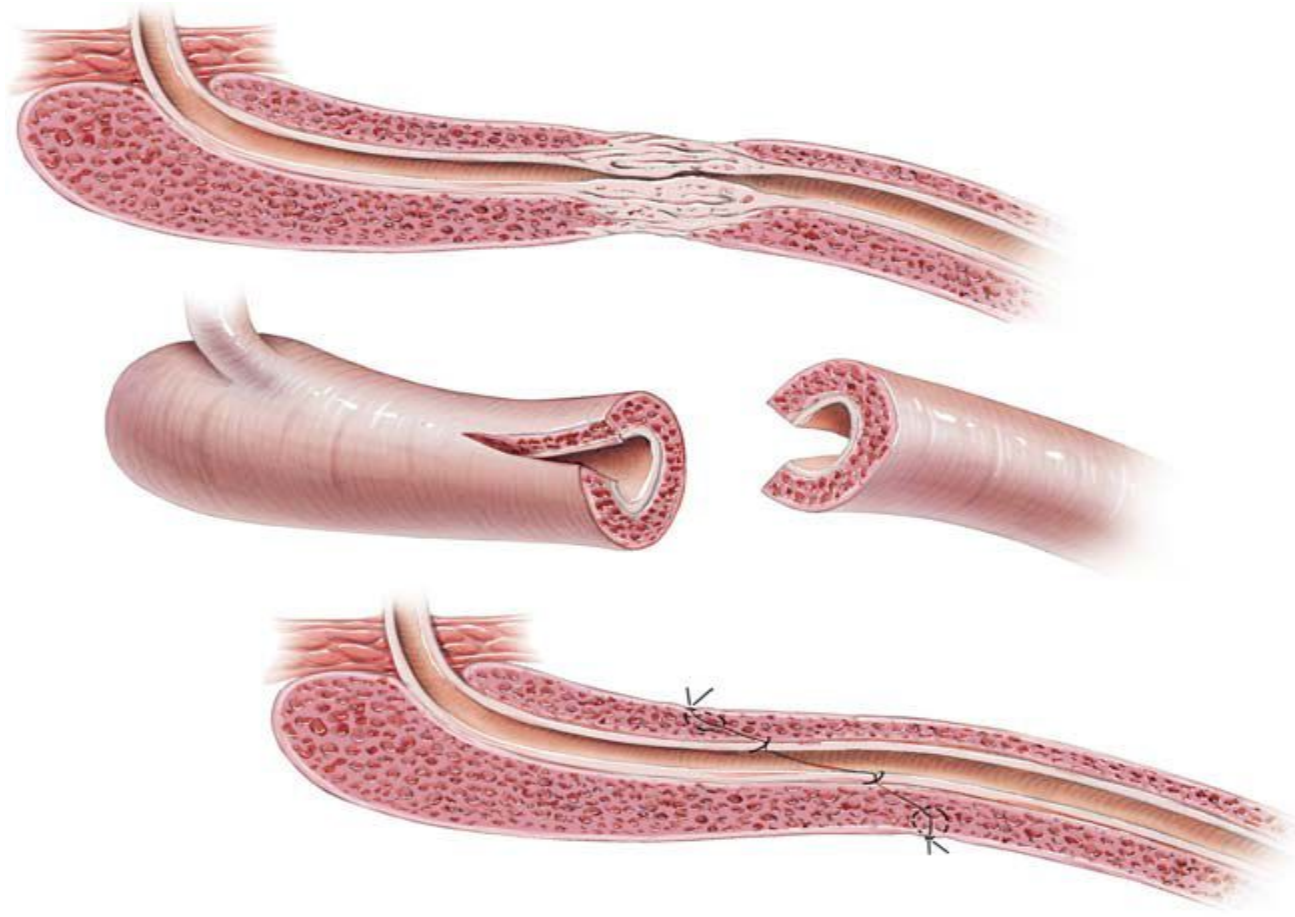
□ 3 à 6mois(anglo-saxons),J10(autres)



□ Moderne <réalignement endoscopique>

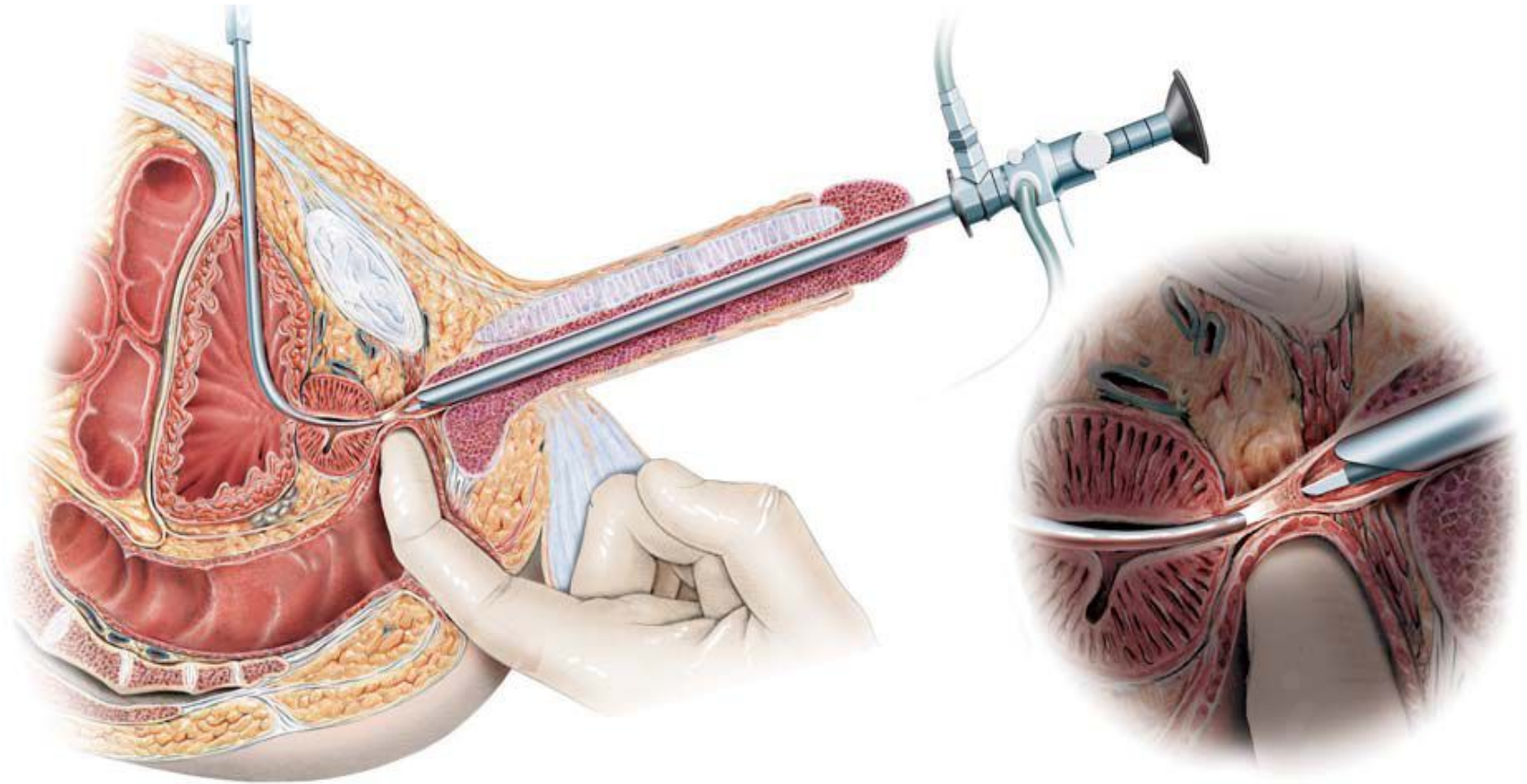
- Dans les deux semaines qui suivent l'accident
- Principe; tenté a j 14;
 - Double abord endoscopique
 - Cicatrisation urétrale sur une sonde tutrice 18 ch laissée 3 à 4 semaines.

Uretrorrhaphie Termino-Terminale;





Urethrotomie interne(U.I)



A/ Lésions de l'uretère postérieur;

☐ Surveillance ;+++

- ☐ Régulière, à long terme

- ☐ Guetter les complications;

☐ Urinaires :

- ☐ Incontinence -rééducation
-sphincter artificiel.

- ☐ Rétrécissement de l'urethre -UI

☐ Sexuelles :

- ☐ Impuissance -IPDE5
-injections intra caverneuses.



B/ Lésions Vésicales ;

□ Etiopathogenie ;

- 30% des fractures du bassin
- Associées a des lésions urétrales dans 10 à 30%des cas
- Deux facteurs de risque ++
 - Fracture du bassin(ligaments pubo-vesicaux)
 - Réplétion vésicale(dome ,zone fragile)



B/ Lésions Vésicales ;

□ Anatomo-pathologie;

□ Lésions non perforantes

- contusions
- hématome pariétal

□ Lésions perforantes

- sous péritonéales 60%
- intra péritonéales 30%
- mixtes 10%



B/ Lésions Vésicales ;

□ Diagnostique ;

□ Clinique :

- Difficile +++
- hématurie,; microscopique ou macroscopique
- Empâtement et défense sus pubienne
- Impossibilité d'uriner
- Signes de péritonite(distension abdominale)
 - RIP
 - Tardifs.

B/ Lésions Vésicales ;

□ Diagnostique ;

□ Radiologie :

□ TDM TAP

- Lésions viscérales associées
- Lésions osseuses
- Extravasations du PDC(cysto scan)

□ Echographie

- Viscères
- Epreuve dynamique<echos tourbillonnants>



B/ Lésions Vésicales ;

□ Diagnostique ;

□ Radiologie :

□ Cystographie retrograde+++

- 1^{er} temps: Urethrographie rétrogrades , urètre sain,
- 2^{ème} temps: sondage stérile +++
injection de 350cc de PDC

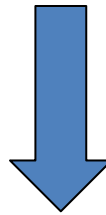
□ Resultats:

- Cysto- normale: rupture colmatée ou contusion
- Lacunes : caillottage
- Extravasation++; S/P ou IP



B/ Lésions Vésicales ;

FRACTURE DU BASSIN + HEMATURIE



CYSTOGRAPHIE ou CYSTO TDM

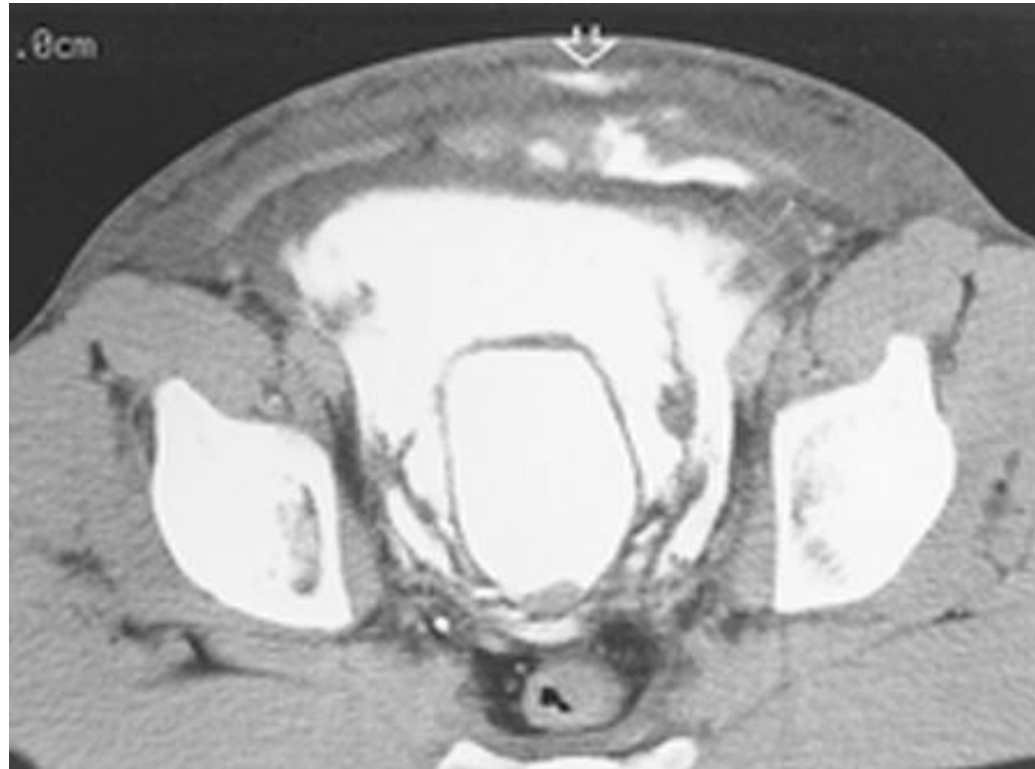
Protocole: 3 clichés; non injecté

injection 350 cc

après vidange

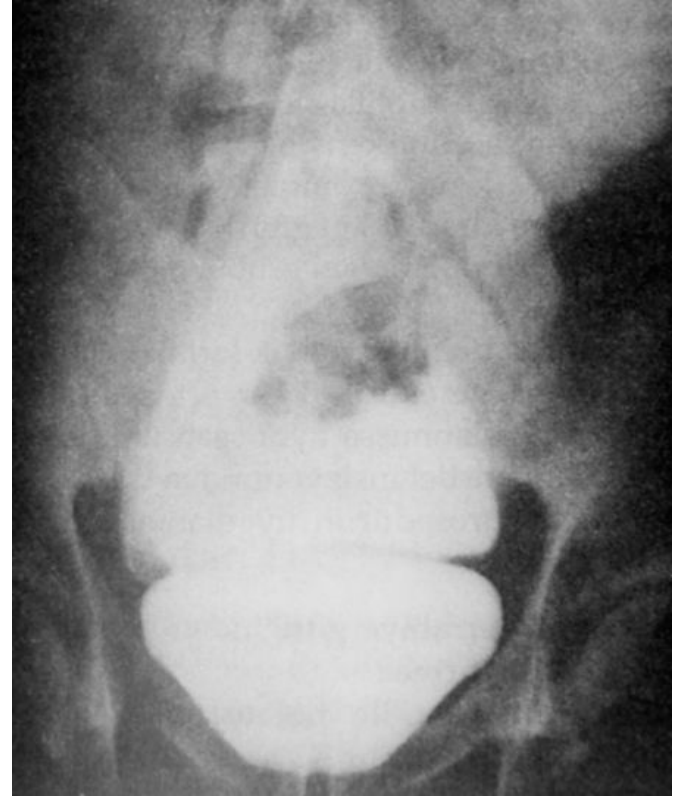


CYSTO-TDM : rupture vesicale





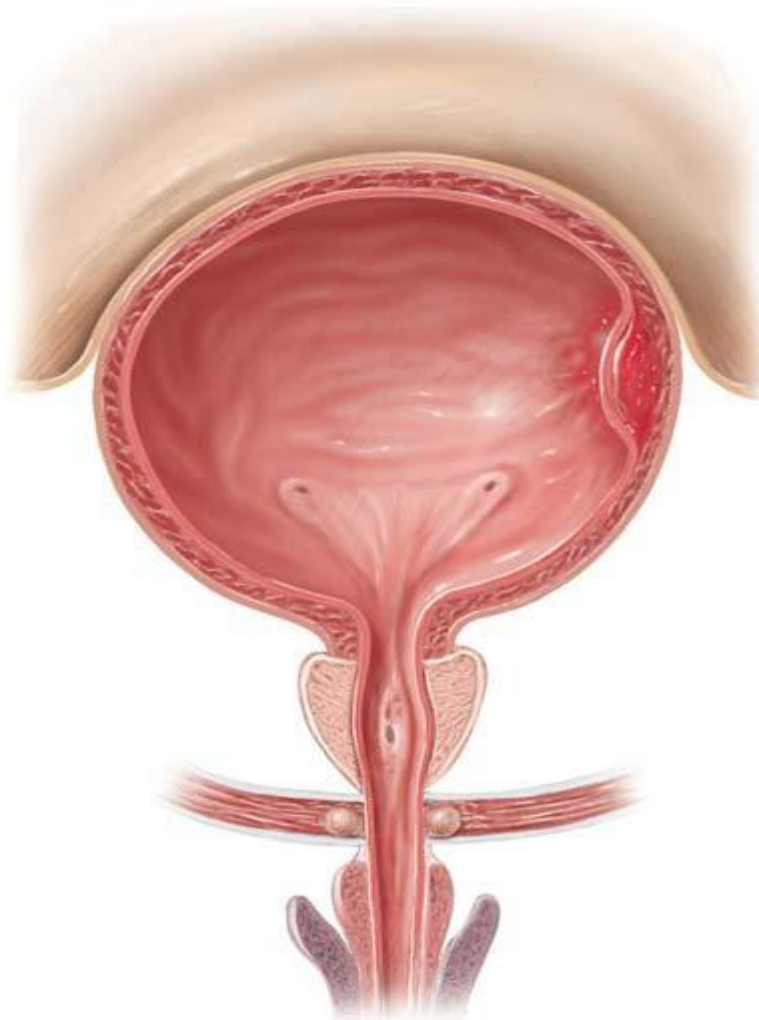
Cystographie rétrograde

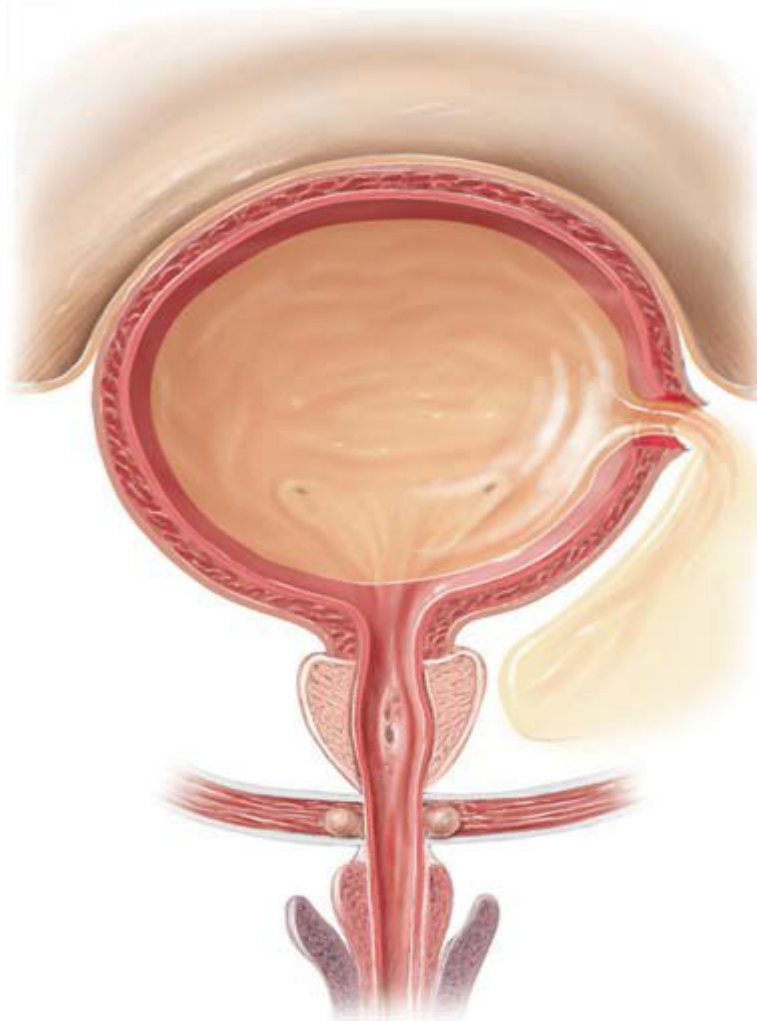


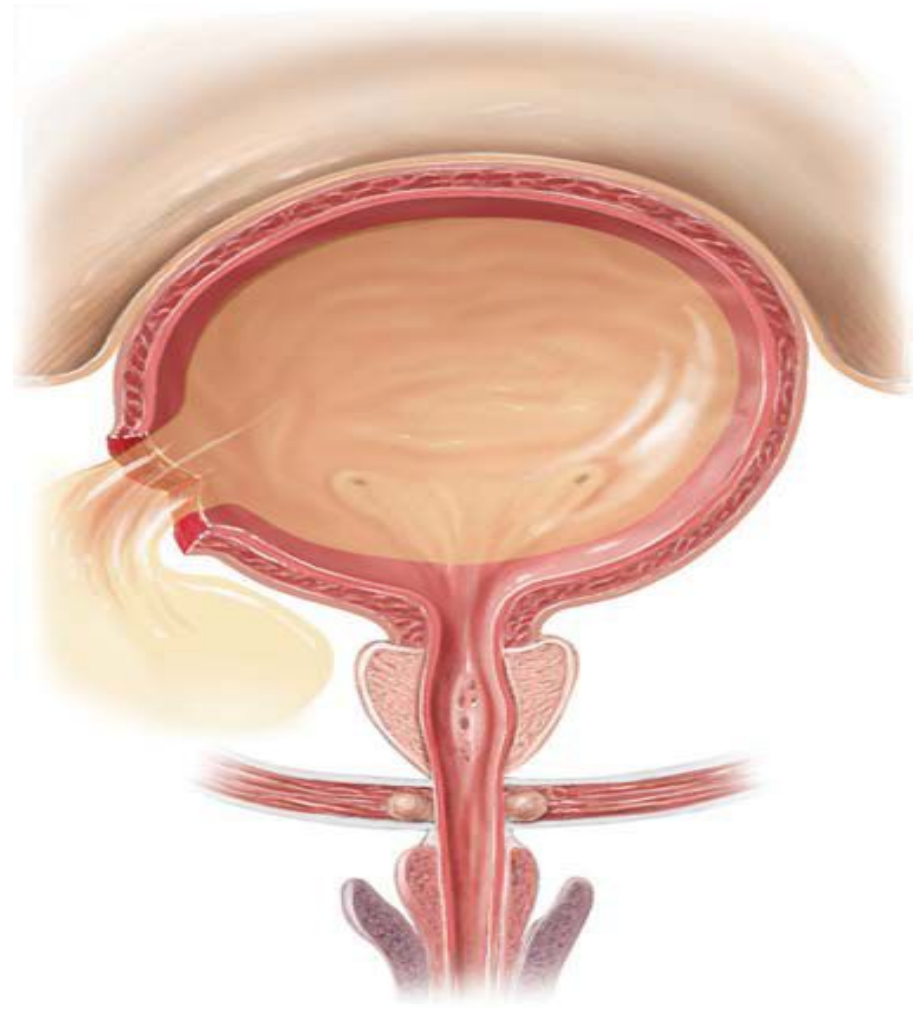
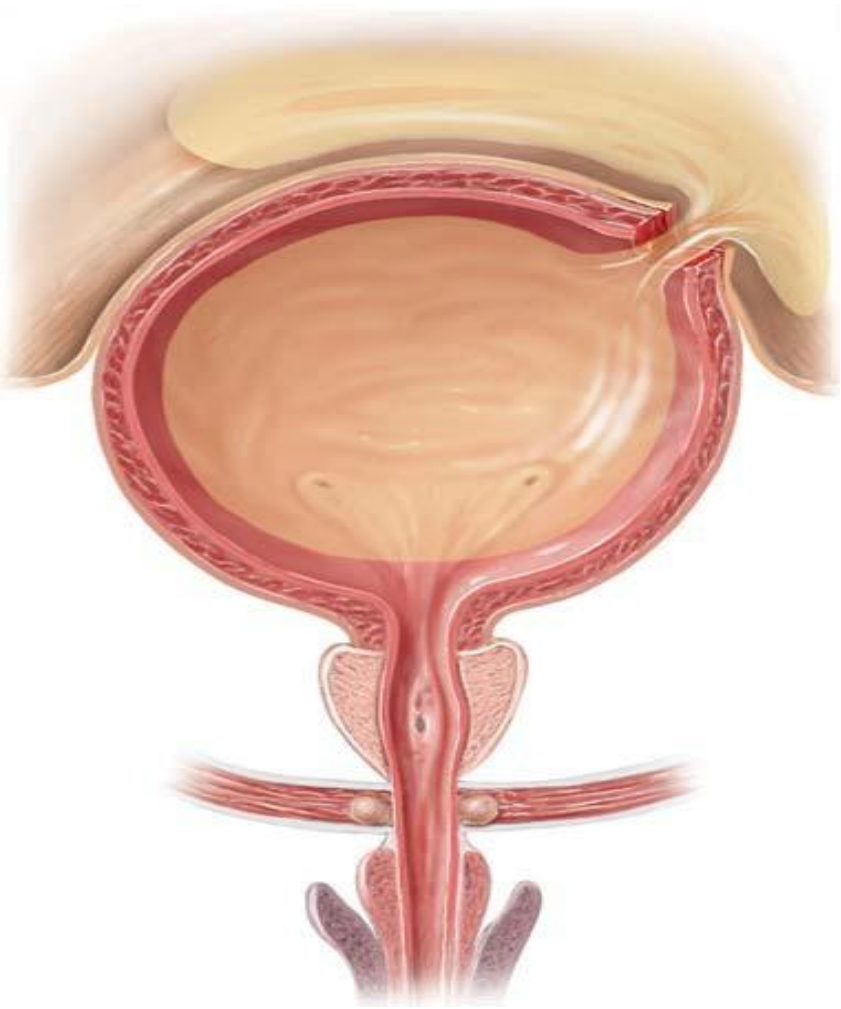


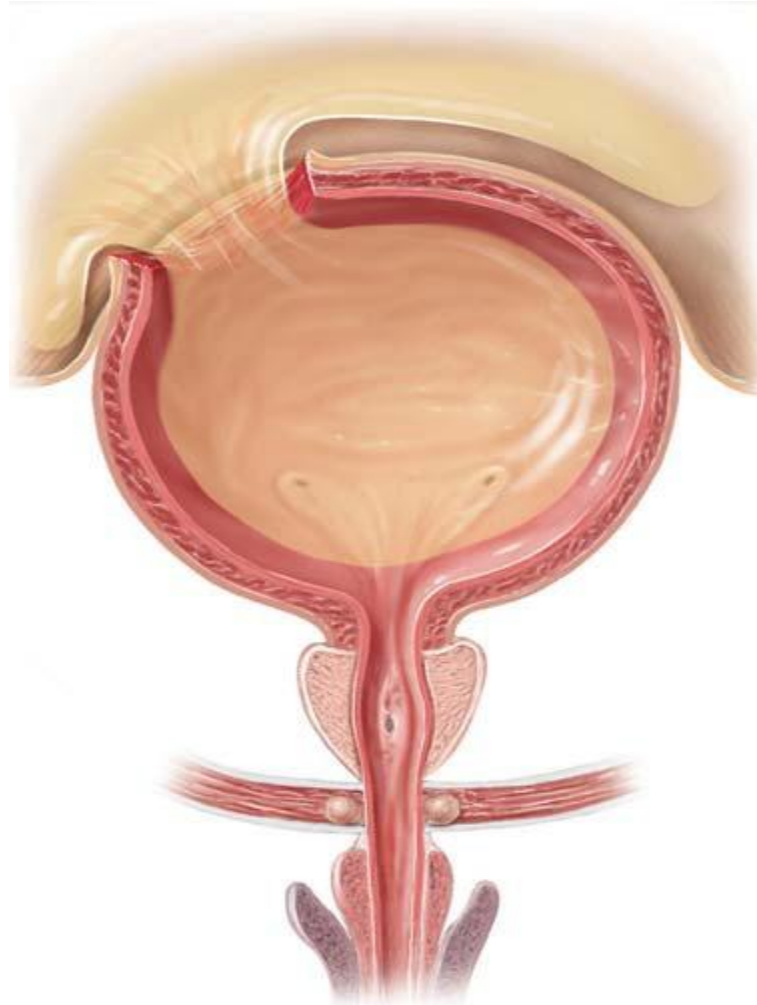
B/ Lésions Vésicales ;

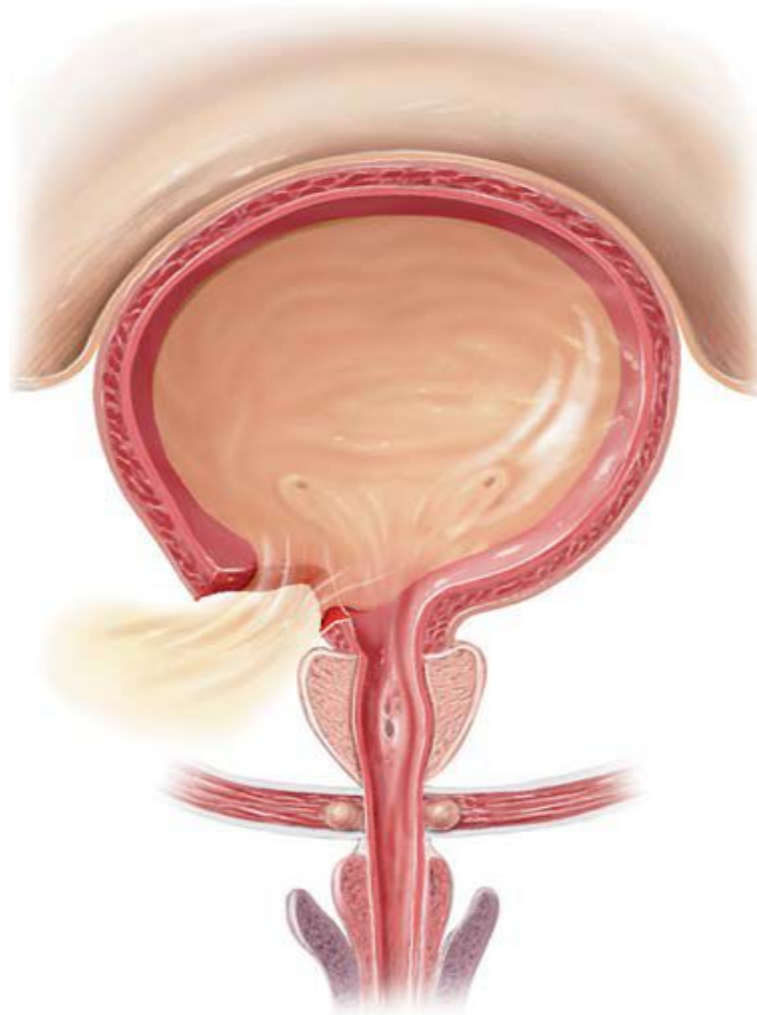
- ❑ Classification des L.V selon l'AAST;
 - ❑ Grade I : contusion, hématome pariétal
 - ❑ Grade II : rupture s/p(RSP) < 02cm
 - ❑ Grade III : RSP > 02cm ou RIP < 02cm
 - ❑ Grade IV : RIP > 02cm
 - ❑ Grade V : RIP ou RSP avec atteinte du col ou du trigone.













B/ Lésions Vésicales ;

- ❑ Traitement ;
 - ❑ Repos au lit avec antalgiques
 - ❑ Contusions vésicales.
 - ❑ Traitement conservateur
 - ❑ Drainage seul
 - ❑ Sonde 24ch, ballonnet peu ou pas gonfle, pendant 2 a 3 semaines
 - ❑ RSP
 - ❑ Traitement chirurgical
 - ❑ Parage, suture en deux plans, drainage 2 a 3 semaines
 - ❑ RIP et R.mixtes



Conclusions;

- ☐ Les fractures du bassin sont pourvoyeuses de lésions urinaires dans plus de 10%des cas
- ☐ Elles sont fréquentes(AVP,AC),mettent le pc vital en jeu(polytraumatismes)ainsi que le pc fonctionnel, urinaire et sexuel a long terme
- ☐ Le sondage vésical doit être strictement interdit en cas de suspicion de lésions urétrales.