

CAS CLINIQUE

MECONNAISSANCE DES TRAUMATISMES DES VOIES URINAIRES DANS UN CONTEXTE DE POLY TRAUMATISME : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS***IGNORANCE OF URINARY TRACT TRAUMA IN A CONTEXT OF POLY TRAUMA: TWO OBSERVATIONS***

AVAKOUDJO JDG, HOUNNASSO PP, NATCHAGANDE G, AGOUNKPE MM, ROUA M, PARÉ A K, DIALLO D, KIRAKOYA B, VODOUNOU A.

Auteur correspondant : Avakoudjo Josué D.G

Adresse : 08BP 1154 Cotonou avakoudjoj@gmail.com Tel : (+229) 66040479

Affiliation : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), République du Bénin

RESUME

Les auteurs rapportent deux cas de traumatismes méconnus de l'arbre urinaire survenus au décours d'un traumatisme abdominal fermé. Le diagnostic de lésions de l'arbre urinaire a été secondairement porté dans les deux cas après la prise en charge initiale, qui a consisté à un drainage percutané d'un urinome pour l'un et une laparotomie pour suspicion de péritonite aigue pour l'autre. Ils insistent sur une bonne évaluation clinique du traumatisé abdominal doublé de la réalisation des examens d'imagerie pour ne pas méconnaître des lésions de l'arbre urinaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Mots clé : traumatisme, rein, vessie, urinome, péritonite, uroscanner.

SUMMARY

The authors report two cases of unrecognized trauma of the urinary tract occurred in the waning of blunt abdominal trauma. The diagnosis of lesions of the urinary tract was secondarily increased in both cases after the initial charge, which consisted of a percutaneous drainage urinoma for one and a laparotomy for acute peritonitis suspicion for the other. They insist on good clinical assessment of abdominal trauma doubled the achievement of imaging tests to not overlook lesions of the urinary tract that can put patient's life threatening.

Keywords: trauma, kidney, bladder, uninoma, peritonitis, CT urography.

INTRODUCTION

Les traumatismes de l'arbre urinaire surviennent le plus souvent dans un contexte de polytraumatisme. Un traumatisme du rein est présent dans 10 à 30 % des cas de traumatisme de l'abdomen [1]. Ces traumatismes sont souvent méconnus, l'attention étant portée sur les lésions abdominales et osseuses qui sont plus expressives cliniquement. Les cas de lésions méconnues de l'arbre urinaire sont rares dans la littérature.

Nous rapportons deux cas de traumatismes méconnus de l'arbre urinaire observés tardivement mais ayant été correctement pris en charge avec des suites opératoires simples.

Observation N°1

Un homme âgé de 36 ans, sans antécédents médical particulier, victime d'un accident de travail, a été admis aux urgences dans un tableau de contusion abdominale avec luxation de la hanche gauche. Il bénéficia en urgence d'une laparotomie exploratrice qui a mis en évidence des lésions mésentériques qui ont été suturées avec des suites opératoires immédiates simples.

Le patient fut alors transféré en traumatologie pour la prise en charge de la luxation de la hanche gauche. Il a été procédé alors à une arthrodèse de la hanche gauche avec pose d'un plâtre pelvi-pédieux.

Dans les suites opératoires de la mise en place du plâtre pelvipédieux et, à J- 44 post traumatique, le patient s'était plaint d'une douleur du flanc gauche ayant nécessité l'ablation du plâtre. Réexaminé, le patient a présenté un empâtement douloureux du flanc gauche. Un uroscanner (Figure1) réalisé a mis en évidence une importante collection liquidienne retro péritonéale gauche avec un effet de masse sur les gros vaisseaux.



Figure 1 : Uroscanner objectivant un urinome retro-péritonéal (flèche)

On procéda, dans un premier temps, à un drainage per cutané de l'urinome.

Un uroscanner de contrôle (Figure 2) réalisé 1 semaine après le drainage avait révélé la persistance d'un urinome résiduel surinfecté au niveau péri-rénal gauche avec une brèche du bassinnet gauche ainsi qu'un abcès du flanc gauche.



Figure 2 : Uroscanner de contrôle montrant un urinome cloisonné et surinfecté

Devant ce tableau, le patient a subi une néphrectomie gauche. Les suites opératoires immédiates ont été simples. La fonction rénale était normale.

Observation N°2

Un Homme âgé de 42 ans a été référé d'un centre de santé périphérique pour suspicion de péritonite aiguë généralisée. Le patient a été victime d'un accident de la circulation routière 10 jours avant son hospitalisation. Dans les suites de l'accident, il avait présenté une rétention complète d'urines qui avait nécessité un sondage vésical. La sonde urinaire avait ramené des urines hématuriques. L'amendement de l'hématurie avait conduit à l'ablation de la sonde urinaire dans les 24h. L'examen du patient n'ayant pas noté de lésions osseuses, ni d'autres lésions des parties molles, le patient a été mis en exéat. L'évolution avait été marquée par une augmentation progressive du volume de l'abdomen qui était devenue douloureux avec absence de miction. Réadmis dans le même centre, un sondage vésical a été fait à nouveau mais n'a pas été productif. Il a été donc référé à l'hôpital universitaire dans un tableau de péritonite aiguë généralisée, 10 jours après l'accident.

L'examen clinique à l'admission notait une altération de l'état général, un syndrome infectieux avec température à 38°C, une tachycardie à 128bpm, une langue saburrale et un syndrome d'irritation péritonéale. L'échographie abdominale a retrouvé un important épanchement liquidien dans la cavité péri-

tonéale. L'évaluation de la fonction rénale révèle une créatininémie à 125 mg/l et une urémie à 1,77g/l. L'hémogramme a noté une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile à 14G/l.

Une laparotomie exploratrice a alors été réalisée. L'exploration a permis d'aspirer environ 4000cc d'urines troubles et de retrouver une brèche du dôme vésical d'environ 2cm (Figure 3) avec des bords inflammatoires et une inflammation du sigmoïde en regard de la lésion.



Figure 3 : Plaie de 2cm du dôme de la vessie (flèche)

Il a été procédé à un parage des berges de la vessie suivie d'une cystorraphie en deux plans après mise en place d'une sonde urinaire. Les suites opératoires ont été simples marquées par une souplesse de l'abdomen, une bonne diurèse et une normalisation de la fonction rénale

DISCUSSION

Une lésion de la voie excrétrice supérieure avec extravasation urinaire suite à un traumatisme fermé de l'abdomen est rare et est souvent méconnue dans l'évaluation initiale du traumatisé [2,3].

Le diagnostic et le traitement de cette lésion, doit pourtant être précoce pour éviter les complications

et améliorer le pronostic.

Un diagnostic fait tardivement, augmente la morbidité liée à cette affection [2].

La connaissance du mécanisme du traumatisme, l'évaluation des signes et des symptômes locaux sont des données importantes permettant de suspecter une lésion de la voie excrétrice supérieure indépendamment de la gravité du traumatisme.

Souvent il est noté l'absence de l'hématurie, qui lorsqu'elle est présente oriente plus facilement vers une lésion de l'arbre urinaire.

La tomодensitométrie abdominale avec contraste intraveineuse évaluée en phase d'excrétion retardée permet une détection précoce de l'extravasation des urines [4,5,6] autant pour les voies urinaires hautes que basses .

La prise en charge des lésions des voies urinaires supérieures dépend de la sévérité et de la localisation de ces lésions, l'objectif étant toujours la préservation du rein [3].

Pour la lésion vésicale avec rupture intra péritonéale le traitement est toujours chirurgical par laparoscopie [7] ou par laparotomie.

Le traitement conservateur dans les traumatismes de la voie excrétrice supérieure, est la règle dans la plupart des séries contemporaines, ces résultats sont améliorés par le développement des techniques d'embolisations devant un saignement actif et des techniques de drainage endo urologique en présence d'une extravasation des urines. Cependant la persistance de l'urinome constitue un facteur pouvant conduire à une néphrectomie secondaire [8-11].

CONCLUSION

Le retard au diagnostic des lésions des voies urinaires porte préjudice à la conservation du rein. La réalisation standardisée de la tomодensitométrie en urgence serait un atout pour réduire la morbidité et la mortalité relative aux traumatismes par accident de la circulation.

REFERENCES

1. Henry PC, Chabannes E, Bernardini S, Wallerand H, Bittard H. : Prise en charge actuelle des traumatismes graves du rein. *Prog Urol*, 2002; 12 : 579-586.
 2. Marin GR. Urinary extravasation post blunt abdominal trauma. Is it possible an early diagnosis? Report of two cases. *Arch Ital Urol Androl*. 2010 Jun; 82(2):113-5.
 3. Li WM, Liu CC, Wu WJ, Chou YH, Huang CH, Li CC. Rupture of renal pelvis in an adult with congenital ureteropelvic junction obstruction after blunt abdominal trauma. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007 Mar; 23(3):142-6
 4. Dayal M, Gamanagatti S, Kumar A. Imaging in renal trauma. *World J Radiol*. 2013 Aug 28;5(8):275-84.
 5. Ho YM, Schuetz M. Grade 4 renal injury: current trend of management and future directions. *Chin J Traumatol*. 2011 Apr 1;14(2):120-2
 6. Saidi A, Descotes JL, Sengel C, Terrier N, Manel A, Moalic R, Boillot B, Rambeaud JJ. Management of blunt trauma of the kidney. *Prog Urol*. 2004 Sep; 14(4):461-71.
 7. Sani R, Duprez D. Rupture traumatique intra périto-néale de vessie traitée par laparoscopie revue de la littérature sur la place de la coelioscopie dans les traumatismes abdominaux. *Mali Médical* 2005, 20(1&2):51-53.
 8. Baverstock R, Simons R, McLoughlin M. Severe blunt renal trauma: a 7-year retrospective review from a provincial trauma centre. *Can J Urol*. 2001 Oct; 8(5):1372-6
 9. Aragona F, Pepe P, Patané D, Malfa P, D'Arrigo L, Pennisi M. Management of severe blunt renal trauma in adult patients: a 10-year retrospective review from an emergency hospital. *BJU Int*. 2012 Sep; 110(5):744-8.
 10. Long JA, Fiard G, Descotes JL, Arnoux V, Arvin-Berod A, Terrier N, Boillot B, Skowron O, Thuillier C, Rambeaud JJ. High-grade renal injury: non-operative management of urinary extravasation and prediction of long-term outcomes. *BJU Int*. 2013 Apr;111(4 Pt B):249-55.
 11. Biserte J, Mazeman E, Lemaitre L. Les traumatismes de moyenne gravité du rein : Evolution des indications thérapeutiques. *Chirurgie*, 1996 ; 121 : 359-362.
-