



**ASPECTS CLINIQUES ET PARACLIQUES DE LA RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETHRE MASCULIN A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE (CUUA) DU CNHU-HKM DE COTONOU.**

AVAKOUDJO Josué, HODONOU Fred, SOHOUNOU Sègla, AGOUNKPE Mickael, NATCHAGANDE Gilles, YEVI Magloire, SOSSA Jean.  
Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM  
HODONOU Fred : martini\_bj@yahoo.fr

**RESUME**

**But :** Etudier les aspects cliniques et paracliniques de la rupture traumatique de l'urèthre masculin à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM

**Matériels et méthode :** Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur 10 ans, du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2016 au cours de laquelle nous avons enregistré 25 cas de rupture traumatique de l'urèthre avec des dossiers exploitables.

**Résultats :** L'urétrorragie minime était le motif de consultation le plus retrouvé (15 fois). A l'examen physique, la rétention vésicale complète d'urines et l'urétrorragie était retrouvée chez 15 patients. L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle avait permis de découvrir que la rupture uréthrale était complète chez 16 patients et partielle chez les autres. Le siège de la rupture était l'urèthre membranacae dans 17 cas et bulbaire dans 8 cas. La radiographie du bassin retrouvait des anomalies chez 15 patients avec notamment la fracture unilatérale du cadre obturateur dans 8 cas.

**Conclusion :** La rupture traumatique de l'urèthre masculin complique très souvent la fracture du bassin. La fracture du cadre obturateur est plus pourvoyeuse de rupture de l'urèthre membranacae que de l'urèthre bulbaire. L'urétrorragie minime, le globe vésical sont les signes à rechercher à l'examen physique.

**Mots clés :** rupture – urèthre – clinique – paraclinique.

**SUMMARY**

**Aim:** Study the clinical and paraclinical aspects of the traumatic rupture of the male urethra at the Urology-Andrology Department of CNHU-HKM.

**Study method:** This was a 10-year retrospective, descriptive and analytical study, from January 1, 2007 to December 31, 2016, during which we recorded 25 cases of traumatic rupture of the urethra with exploitable records.

**Results:** Minimal urethrorrhagia was the most common reason for consultation (15 times). On physical examination, complete bladder retention and urethrorrhagia were found in 15 patients. Retrograde urethrocytography revealed that urethral rupture was complete in 16 patients and partial in others. The site of rupture was urethra membranacae in 17 cases and bulbar in 8 cases. The radiography of the pelvis found abnormalities in 15 patients with in particular the unilateral fracture of the obturator frame in 8 cases.

**Conclusion:** The traumatic rupture of the male urethra very often complicates the fracture of the pelvis. Fracture of the obturator frame is more likely to rupture the urethra membranacae than the bulbar urethra. Minimal urethrorrhagia, distended bladder are the signs to look for on physical examination.

**Key words:** rupture- urethra- clinic –paraclinic.

**INTRODUCTION**

Les traumatismes urologiques représentent environ 10% des traumatismes abdominaux [1,2] et sont recherchés systématiquement chez les polytraumatisés. Parmi ces traumatismes urologiques, figurent ceux de l'urèthre masculin, long de 15cm en moyenne qui est exposé à divers traumatismes suivant ses segments de subdivision anatomique. Il en découle différentes expressions cliniques et paracliniques dont nous aborderons les spécificités dans cette étude effectuée à la CUUA du CNHU-HKM.

**PATIENTS ET METHODE**

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur 10 ans, du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2016 au cours de la-

quelle nous avons enregistré 25 cas de rupture traumatique de l'urèthre avec des dossiers exploitables.

**RESULTATS**

**Aspects cliniques**

Mode d'admission et motifs de consultation ou de référence

16 patients étaient référés et 9 directement admis dans le service avec pour motifs de consultation ou de référence, l'urétrorragie minime (15 fois), la rétention vésicale complète d'urines (3 fois), l'urétrorragie et la rétention vésicale complète d'urines (3 fois), la dysurie (3 fois) et l'hématurie (1 fois).

**Antécédents et examen physique**

Une infection urinaire était relevée chez 4 patients et l'hypertension artérielle chez un seul. Tous les patients avaient un bon état général à l'exception de 2 dont l'état général était altéré. La rétention vésicale complète d'urines et l'urétrorragie était retrouvée chez 15 patients à l'examen physique.

**Aspects paracliniques****Imagerie médicale****\* Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM)**

L'UCRM avait permis de découvrir que la rupture uréthrale était complète chez 16 patients et partielle chez les autres avec pour siège, l'urèthre membranacae dans 17 cas et l'urèthre bulbaire dans 8 cas.

**\* Radiographie du bassin**

Elle avait été réalisée chez tous les patients et était normale chez 10 d'entre eux. Elle avait révélé une lésion du bassin chez les autres. Ces lésions étaient une fracture unilatérale du cadre obturateur (8 cas), une fracture bilatérale du cadre obturateur (3 cas), une fracture multiple du bassin (1 cas) et une disjonction pubienne (3 cas).

**Tableau 1 : Type de fracture et siège de la rupture uréthrale**

Type de lésions du bassin	Mem-braneux	Bul-baire
Fracture unilatérale du cadre obturateur	6	2
Fracture bilatérale du cadre obturateur	2	1
Disjonction pubienne	3	0
Fracture multiple du bassin	1	0
Total	12	3

Aucune exploration tomodensitométrique ni d'imagerie par résonance magnétique n'avait été entreprise.

**Biologie et bactériologie**

Effectué chez tous les patients, le bilan rénal était normal.

Cependant l'examen bactériologique des urines également réalisé chez tous les patients avait révélé 12 cas d'infection urinaire dont les germes suivants étaient responsables : *Escherichia coli* (6 cas), *Klebsiella pneumoniae* (4 cas) et *Pseudomonas aeruginosa* (2 cas).

**Lésions associées**

La recherche des lésions associées était systématique et avait permis de détecter une rupture vésicale (2 cas), l'écrasement d'un testicule (1 cas) et un cas de contusion abdominale.

**DISCUSSION****Clinique**

En dehors de la douleur, l'urétrorragie minime est le signe spécifique recherché en cas de soupçon de rupture uréthrale [3,4,5,6, notre étude]. Pour nombre d'auteurs dont Benche-kroun [7], l'examen physique doit rechercher les 3 signes suivants : le globe vésical objectivant la rétention vésicale complète d'urines, un peu de caillot de sang au méat uréthral signant l'urétrorragie minime et un hématome périnéal. Au toucher rectal, une ascension de la prostate par l'hématome accumulé sur l'aponévrose moyenne du périnée se notait parfois en cas de rupture uréthrale complète.

**Paraclinique**

L'UCRM était l'examen d'exploration des traumatismes urétraux et s'utilisait aussi pour la surveillance de la cicatrisation [8,9]. Son efficacité dans la recherche du caractère complet ou incomplet de la rupture uréthrale [10,11, notre étude] était connue. En l'utilisant, Djè et coll. avaient trouvé 76,9% de rupture partielle contre 19,4% de rupture complète [12]. Le siège prédominant de la rupture est l'urèthre membranacae suivi de l'urèthre bulbaire [4,5, notre étude]

La radiographie du bassin était très utilisée dans le contexte de polytraumatisme. La fracture du cadre obturateur, l'unilatérale notamment se compliquait de rupture de l'urèthre membranacae [13,8,14, notre étude]

Le bilan rénal normal chez tous les patients de notre étude servait à découvrir l'insuffisance rénale dans les travaux de Diallo et coll. [15] et de Khilil Sara [9].

**CONCLUSION**

La rupture traumatique de l'urèthre masculin complique très souvent la fracture du bassin. La fracture du cadre obturateur est plus pourvoyeuse de rupture de l'urèthre membranacae que de l'urèthre bulbaire. L'urétrorragie minime, le globe vésical sont les signes à rechercher à l'examen physique. La radiographie du bassin révèle la lésion du bassin et son type tandis que l'UCRM aide à préciser le siège et le caractère complet ou incomplet de la rupture uréthrale.

**REFERENCES**

1. Centers for Disease Control and Prevention. (Accessed September 8, 2017) Injury prevention & control, [Online]. <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>.
2. Morey AF, Brandes S, Dugi DD. Urotrauma: AUA guideline. *J Urol* 2014;192: 327–335.
3. Brandes S. Initial management of anterior and posterior urethral injuries. *Urol Clin North Am.* 2006;33(1):87-95.
4. Mundy A, Andrich D. Urethral trauma. Part1: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. *BJU.* 2011;108(3):310-27.
5. Paparel P, Badet L, Tayot O. Mécanismes et fréquence des complications urologiques de 73 fractures instables du bassin. *Prog Urol.* 2009;13:54-9.
6. Abd-alla Elgammal M. Straddle Injuries to the Bulbar Urethra: Management and Outcome in 53 Patients. *International Braz J Urol.* 2009;35(4): 450-8.
7. Benchekroun A, Kasmaoui E, Ghadouane M Jira H ,Alami M, Lachkar A et coll. Les traumatismes de l'urèthre postérieur (à propos de 62 cas). *Maroc Médical.* 2001;23(4) :263-5.
8. Lowe MA, Mason JT, Luna GK. Risk factors for urethral injuries in men with traumatic pelvic fractures. *J Urol.*1988;140:506-7.
9. Khilil S. Les sténoses post-traumatiques de l'urètre membraneux (à propos de 15 cas) [thèse]. Maroc : faculté de médecine et de pharmacie Université sidi Mohammed ben abdellah; 2013.173p.
10. Mouraviev VB, Coburn M, Santucci RA. The treatment of posterior urethral disruption associated with pelvic fractures: comparative experience of early realignment versus delayed urethroplasty. *J Urol.* 2005;173:873-6.
11. Chang PC, Hsu YC, Shee JJ. Early endoscopic primary realignment decreases stricture formation and reduces medical costs in traumatic complete posterior urethral disruptions in a 2 year follow up. *Chang Gung Med J.* 2011;34:179-185.
12. Djè B, Yao B, Sanou A, Kokoua KG. Les complications urogénitales des fractures bassin : à propos de 41 cas. *Afr J Urol.* 2009;12(1) 37-43.
13. Moudouni SM, Patard JJ, Manunta A . Early endoscopic realignment of post-traumatic posterior urethral disruption. *Urology* .2007;57:628-32.
14. Tazi H, Karmouni T,Tazi K, Moudouni S, Tazi K, Lakrissa A. Urétrorrhaphie termino-terminale tardive dans la rupture post-traumatique de l'urètre postérieur. *Afr J Urol.* 2005;11(2): 95-100.
15. Diallo AB, Barry MA, Diallo T, Bat OR, Toure A, Balde S. Les ruptures traumatiques de l'urètre postérieur. *Afr J Urol.*2007; 13(1) : 214-9.