

---

## ARTICLES ORIGINAUX

---

### LES COMPLICATIONS URO-GENITALES DES TRAUMATISMES DU BASSIN: A PROPOS DE 41 CAS

K. DJE, B. YAO, B. SANOU, A. KOKOUA ET K.G. GNANANZAN  
*Service d'Urologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire*

---

**Objectifs** Analyser les données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des complications uro-génitales de 41 cas de traumatismes du bassin.

**Patients et méthode** Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée à partir de 41 cas de traumatismes du bassin avec complication urinaire et/ou génitale colligés dans le service d'urologie du CHU de Treichville sur une période de cinq ans. L'âge moyen des patients est de 27,8 ans (extrêmes: 14 à 48 ans), avec un sexe ratio de 9,25 hommes pour une femme.

**Résultats** Les accidents de la voie publique sont les plus grands pourvoyeurs de traumatisme représentant 75,6% des cas. Les fractures de l'arc antérieur sont les plus incriminées (26,9%). Les signes cliniques les plus évocateurs sont: la rétention aiguë d'urines (16,7%), l'urétrorragie (10,4%) et l'hématurie (29,1%). Nous avons observé 50% de lésions urétrales, 38,5% de lésions vésicales, 9,6% d'atteintes des organes génitaux externes et 1,9% de lésions prostatiques. Nous avons opté pour une réparation à distance du traumatisme causal (3 mois) pour les ruptures de l'urètre membraneux en faisant une large part à la résection-anastomose avec spatulation (51,16%). Nous avons obtenu 66% de bons résultats sur le plan urinaire et 73% de conservation d'une fonction érectile satisfaisante tandis qu'une mortalité de 4,9% assombrit le pronostic.

**Conclusion** Le pronostic peut être amélioré par la célérité du diagnostic et la prise en charge des lésions qui sont squelettiques et souvent poly-viscérales chez les patients présentant des lésions uro-génitales consécutives aux traumatismes du bassin, c'est à dire la nécessité d'une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire

**Mots-clés** traumatisme du bassin, lésion uro-génitale, réparation urétrale à distance

---

#### INTRODUCTION

Les traumatismes du bassin peuvent occasionner des lésions uro-génitales du fait des rapports anatomiques intimes entre les éléments osseux et les structures urinaires et génitales contenues dans l'excavation pelvienne. Certaines lésions telles que les ruptures de l'urètre membraneux vont mettre en jeu le pronostic urinaire et sexuel de patients jeunes pour la plupart. Les lésions requièrent un bilan précis et une prise en charge adéquate évitant tout geste intempestif pouvant entraver le traitement et ternir le pronostic.

Le but de ce travail est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et les critères diagnostiques des lésions uro-génitales dans notre environnement, de déterminer le type de lésions osseuses incriminées dans les mécanismes pathogéniques et d'exposer nos choix thérapeutiques et leurs résultats.

#### PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 41 patients recrutés dans le service d'urologie du CHU de Treichville sur une

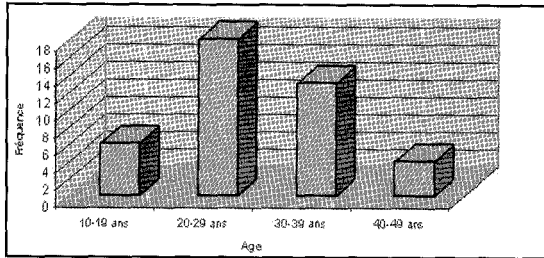


Fig. 1: Répartition des complications uro-génitales par tranche d'âge

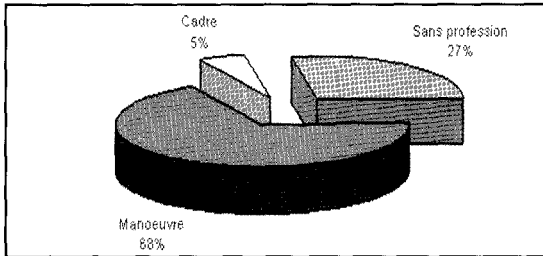


Fig. 2: Répartition des complications uro-génitales selon le statut socio-professionnel

période de cinq ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 2001. L'âge moyen des patients est de 27,8 ans (extrêmes: 14 à 48 ans) (Fig.1), avec un sexe ratio de 9,3 hommes pour une femme.

Les patients inclus dans cette étude ont tous eu un traumatisme du bassin avec fracture radiologiquement documentée, une ou plusieurs lésions urinaires et/ou génitales consécutives au traumatisme, un dossier médical exploitable au vu des objectifs fixés par notre étude. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, traitées et analysées par le logiciel Epi info 6 ; pour les représentations graphiques, nous avons utilisé Microsoft Excel.

## RESULTATS

Dans notre étude, la majorité de nos patients sont manoeuvres (68%), le groupe au plus grand risque d'accidents du travail, 27% sont sans profession et seulement 5% sont cadres. (Fig.2)

Les traumatismes sont dus aux accidents de la voie publique (AVP) dans 75,6% des cas, aux accidents du travail dans 22% des cas et à la chute d'une hauteur dans 2,4% des cas. En cas d'AVP, il s'agit du conducteur dans 22,6%

des cas, du passager dans 25,8% et du piéton dans 51,6% des cas.

Le type anatomo-pathologique de fracture du bassin le plus souvent rencontré à l'origine des lésions uro-génitales est la fracture des quatre branches pubiennes; elle représente 26,9% des cas dans notre série. (Tableau 1)

Dans 41 patients, nous avons vu un total de 52 lésions uro-génitales, dont 20 cas (38,5%) de lésions vésicales, 26 cas (50%) de lésions de l'urètre membraneux, un cas de lésion prostatique (1,9%) et cinq cas (9,6%) de lésions des organes génitaux externes (OGE) (Tableau 2). Parmi les traumatismes de l'urètre les ruptures complètes viennent en tête avec 76,9%, puis les ruptures partielles (19,3%), et les contusions (1,9%). Nous avons eu neuf fois des associations lésionnelles génito-urinaires (21,9%) dont trois fois l'association contusion vésicale-rupture urétrale (7,31%).

Les lésions extra-génito-urinaires existent dans 48,8% des cas avec la fracture d'un membre (31,8%), les hématomes pelviens et/ou rétropéritonéaux puis les traumatismes maxillo-faciaux (18%).

La symptomatologie était essentiellement constituée d'hémorragie (hématurie et urétrorragie) dans 39,6% des cas et d'obstruction (rétention aiguë d'urines) dans 16,7% des cas. (Tableau 3)

Les résultats sont évalués sur le plan urinaire par la qualité de la miction et sur une UCRM de contrôle. Le résultat est jugé bon lorsque la miction est normale et le canal bien perméable à l'urétrographie, il est moyen quand il existe une dysurie modérée et/ou une sténose lâche à l'urétrographie, il est jugé mauvais quand la dysurie est sévère et/ou le canal obstrué à l'UCRM. Nous avons eu 66% de bons résultats, 10% de résultats moyens et 24% de mauvais résultats. (Fig.3) Les résultats moyens ont été améliorés par des séances de dilatation urétrale (4 cas) tandis que les mauvais ont fait l'objet d'urétrotomie endoscopique (5 cas) ou de réintervention (5 cas).

Nous n'avons pas enregistré d'incontinence urinaire post-opératoire. Sur le plan sexuel, l'absence de trouble érectile caractérise le bon résultat; il est jugé moyen quand il existe une tumescence avec un degré de rigidité permettant difficilement des rapports sexuels; l'absence totale d'érection signe le mauvais

**Tableau 1:** Types anatomo-pathologiques des fractures du bassin

Types de fracture	Fréquence	%
Fracture isolée d'une branche	5	12,2%
Fracture de deux branches homolatérales	8	19,5%
Fracture de deux branches controlatérales	1	2,4%
Disjonction de la symphyse pubienne	3	7,3%
Fracture des quatre branches pubiennes	11	26,9%
Fracture de Malgaigne	1	2,4%
Fracture de Voilemier	2	4,9%
Fracture de l'arc antérieur + diastasis sacro-iliaque	5	12,2%
Fracture en anse de seau	3	7,3%
Fracture des deux branches homolatérales + disjonction	2	4,9%
Total	41	100%

**Tableau 2:** Anatomopathologie des lésions uro-génitales des fractures du bassin

Types de lésions	Fréquence	%
Contusion vésicale	15	28,8%
Rupture vésicale sous-péritonéale	2	3,8%
Rupture vésicale intra-péritonéale	3	5,8%
Ecrasement prostatique	1	1,9%
Rupture de l'urètre membraneux	25	48,0%
Contusion urétrale	1	1,9%
Rétrécissement de l'orifice vaginal	1	1,9%
Lésion des organes génitaux externes	4	7,9%
Total	52	100%

résultat. Nous avons enregistré 73% de bons résultats contre 10% de moyens et 17% de mauvais résultats. (Fig. 4)

## DISCUSSION

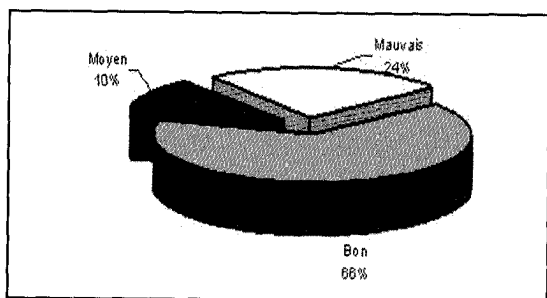
Nous avons, en cinq ans, colligé 41 cas de complications uro-génitales des traumatismes du bassin. N'doye<sup>1</sup>, à Dakar, en a colligé 27 pendant une période de cinq ans aussi et note l'association lésion urinaire et traumatisme du bassin dans 8,23% et l'association fracture du bassin lésion urinaire dans 21,95%. Nous avons enregistré 20 cas de lésions vésicales,

26 cas de lésions de l'urètre membraneux, un cas de lésion prostatique et cinq cas de lésions des organes génitaux externes (OGE). L'atteinte urétrale est fréquente lors des traumatismes du bassin et se rencontre dans environ 10% des cas<sup>2</sup>. Flancbaum<sup>3</sup> relève que 10 à 15% des patients présentant une fracture du bassin ont un traumatisme de vessie et/ou de l'urètre, et que 70% des patients ayant un traumatisme de vessie ont une fracture du bassin. Les traumatismes prostatiques sont beaucoup plus rares du fait de la protection musculo-fasciale et osseuse de cette glande<sup>4,5</sup>. Les lésions des OGE constituent plus des lésions associées que des lésions consécutives

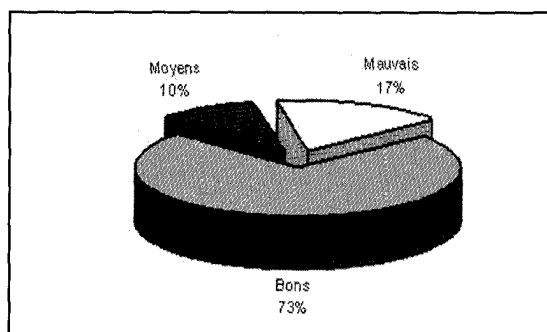
**Tableau 3:** Signes cliniques des complications des fractures du bassin

Tableau clinique	Fréquence	%
Rétention aiguë d'urine	8	16,7%
Urétrorragie	5	10,4%
Hémopéritoine	6	12,5%
Hématurie	14	29,2%
Uropéritoine	3	6,3%
Choc hémodynamique	5	8,3%
Traumatisme des OGE	4	8,3%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

\*OGE = organes génitaux externes



**Fig. 3:** Répartition selon les résultats urinaires



**Fig. 4:** Répartition selon le résultat sexuel

aux fractures du bassin; nous en avons répertorié cinq cas soit 9,6%.

L'âge moyen de nos patients est de 27,8 ans avec des extrêmes allant de 14 à 48 ans. Cet âge relativement jeune est celui qui paie le

plus lourd tribut dans les accidents de la voie publique (AVP) et les accidents du travail qui sont les principales sources de traumatisme; âge socialement actif, la tranche des 20-39 ans constitue à elle seule 75,6% des cas. (Fig.1)

La prédominance masculine est la règle dans la plupart des séries<sup>1,6</sup>. Dans notre série le sexe ratio est de 9,3 hommes pour une femme. Les hommes sont plus impliqués que les femmes dans les accidents du travail et les chutes à partir d'une hauteur, et l'urètre chez les premiers cités est plus long et a des rapports avec des structures ostéo-aponévrotiques susceptibles de le léser au cours de traumatismes qui sont le plus souvent violents.

Dans notre étude, les traumatismes sont dus aux AVP dans 75,6% des cas, aux accidents du travail dans 22% des cas, et à la chute d'une hauteur dans 2,4% des cas. La prédominance des AVP est soulignée par d'autres auteurs<sup>1,3</sup>. Les causes d'AVP sont multifactorielles et mettent en cause le sujet et l'environnement matériel. Quant aux accidents du travail, ils sont dominés par les accidents survenant dans l'industrie du bois (55,5% des accidents du travail) en rapport avec les mauvaises conditions de sécurité et de protection sur les lieux du travail.

Les lésions vésicales sont rencontrées dans 80% des AVP, les atteintes de l'urètre membraneux surviennent dans 68% des cas d'AVP et dans 32% des cas d'accidents du travail. La lésion prostatique que nous rapportons est due à un AVP de même que celle rapportée par Okubo<sup>5</sup>. Les lésions des OGE sont dus dans tous nos cas aux AVP; en dehors du traumatisme ils sont habituellement dus au sport, aux agressions et rixes.

Le type anatomo-pathologique de fracture du bassin le plus souvent rencontré à l'origine des lésions uro-génitales est la fracture des quatre branches pubiennes; elle représente 26,9% des cas dans notre série. Les fractures de l'arc antérieur sont en effet incriminées par la plupart des auteurs comme pourvoyeuses de lésions uro-génitales<sup>7,8</sup>.

Au plan clinique, l'hémorragie (hématurie et urétrorragie) est le signe le plus fréquemment rencontré dans les complications urinaires des fractures du bassin avec 39,6% de l'ensemble des symptômes cliniques chez nos patients suivi de la rétention aiguë d'urines (RAU) dans

16,7% des cas. Au cours des lésions vésicales dans notre série, l'hématurie est rencontrée 11 fois chez 20 patients et est le signe le plus évocateur suivi de la RAU et de l'hémopéritoine. Dans les traumatismes de l'urètre membraneux, l'urétrorragie est le signe le plus constant suivi de la RAU. L'uro-péritoine associé à l'absence de besoin mictionnel a signé trois fois (6,3%) une rupture intrapéritonéale de vessie. Six cas d'hémopéritoine (12,5%) ont été répertoriés sans lésion intra-abdominale; il s'agit d'épanchement peu abondant provenant en général du dôme d'une vessie contuse, ou alors du suintement à travers le péritoine pariétal postérieur d'un volumineux hématome pelvien fusant dans le rétropéritoine. Cinq patients (10,4%) polytraumatisés ont été admis dans un état de choc hémodynamique.

Sur le plan paraclinique, l'échographie abdomino-pelvienne n'a pu être réalisée que chez 26,8% de nos patients; elle aurait pu nous épargner trois laparotomies blanches pour irritation péritonéale en rapport avec un hémopéritoine peu abondant du à une vessie contuse deux fois et à un hématome rétropéritonéal dans un cas. Cet examen anodin n'est malheureusement pas toujours réalisable dans nos conditions de pratique (indisponibilité du service de radiologie à certaines heures, patients instables ou susceptibles de le devenir, coût de l'examen).

L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) a été réalisée chez 65,9% de nos patients. Nous la réalisons au moins 21 jours après le traumatisme, pour éviter de mobiliser un patient traumatisé du bassin, et nous différons de toute façon la réparation des lésions urétrales à trois mois environ. Le Guillo<sup>6</sup> la réalise entre le 8<sup>e</sup> -10<sup>e</sup> jour pour établir ses indications en vue d'une réparation en urgence différée.

La tomодensitométrie (TDM) peut être utile lors du bilan lésionnel, pour évaluer l'importance des hématomes et diagnostiquer les lésions intra-abdominales<sup>6</sup>. L'intérêt du bilan coelioscopique a été rapporté<sup>8</sup>, il n'est possible cependant que chez des patients stables.

Nous nous adressons moins souvent à l'urographie intraveineuse quoiqu'elle rende encore des services<sup>9,10</sup>.

Le traitement des lésions uro-génitales consécutives aux traumatismes du bassin s'appuie sur un bilan lésionnel précis, sur la

stabilité des lésions osseuses, sur l'existence des lésions associées et la hiérarchie de leur prise en charge.

Le traitement des fractures du bassin a été dans tous les cas de notre série le repos en décubitus dorsal sur un plan dur malgré des lésions parfois très déplacées et instables; cette attitude de nos confrères traumatolo-orthopédistes est liée au sous-équipement chronique de nos hôpitaux. Le Guillo<sup>6</sup> propose dans les fractures instables, comme préalable au traitement des lésions uro-génitales, la réduction par fixateur bi-iliaque dans les 24 premières heures dans un but hémostatique et antalgique; ce qui diminuerait les séquelles fonctionnelles.

Si au début de notre expérience dans le traitement des lésions traumatiques de l'urètre postérieur, nous envisagions la réparation urétrale à partir de la septième semaine<sup>9</sup> nous optons à présent comme Peters<sup>11</sup> pour une réparation plus tardive concédant volontiers le rétrécissement qui sera excisé lors de la reconstruction du canal. Cela permet en outre de s'enquérir de la fonction érectile des patients avant tout acte chirurgical sur la sphère génitale lequel peut être incriminé si une dysfonction survenait en post-opératoire. Selon Gueye<sup>12</sup> l'impuissance, de même que l'incontinence, peuvent être le fait du traumatisme pelvien par lésions des pédicules neurovasculaires et/ou être dues à leur compression par l'uro-hématome non drainé qui peut s'organiser et devenir fibreux.

L'évolution de la lésion et la qualité du résultat dépendent du geste thérapeutique initial dans le traitement des complications uro-génitales des fractures du bassin. La plupart des urologues recommandent une réparation secondaire et se contentent d'installer une cystostomie pour donner le temps à la plaie urétrale de cicatriser avec ou sans rétrécissement; la réparation est envisagée 3 à 6 mois après l'accident<sup>13</sup>. Vingt-sept patients (58,5%) ont été pris en charge dans une structure non spécialisée après le traumatisme ce qui explique que 78,04% des patients aient eu des sondages intempestifs qui peuvent infecter l'uro-hématome et/ou totaliser une rupture partielle. Vingt-trois patients (56,1%) ont eu une cystostomie qui a permis d'assécher les épanchements uro-hématiques. Cinq patients ont eu une transfusion sanguine. Vingt-cinq lésions urétrales ont été traitées: un drainage vésical simple, 24 urétroplasties dont 23 par

voie périnéale et une par voie périnéo-trans-symphysaire en raison d'un diastasis pubien important. Dans tous les cas, nous avons réalisé une résection du tissu fibreux formant le rétrécissement puis une anastomose termino-terminale avec spatulation après une bonne dissection de l'urètre mobile pour éviter toute tension. Les résultats sont évalués sur le plan urinaire par la qualité de la miction et sur une UCRM de contrôle. Le résultat est jugé bon lorsque la miction est normale et le canal bien perméable à l'urétrographie; il est moyen quand il existe une dysurie modérée et/ou une sténose lâche à l'urétrographie; il est jugé mauvais quand la dysurie est sévère et/ou le canal obstrué à l'UCRM. Nous avons eu 66% de bons résultats, 10% de résultats moyens et 24% de mauvais résultats. Les résultats moyens ont été améliorés par des séances de dilatation urétrale (4 cas) tandis que les mauvais ont fait l'objet d'urétrotomie endoscopique (5 cas) ou de réintervention (5 cas).

Plusieurs auteurs<sup>1,2,6</sup> sont partisans de la réparation en urgence différée parce que l'évacuation de l'uro-hématome évite la formation du cal fibreux intercalaire qui fixe les décalages et cause des rétrécissements urétraux. L'hémostase par auto-compression est efficace au bout d'une semaine et permet d'éviter des hémorragies difficilement maîtrisables lors de l'intervention. Les tissus sont plus souples et leur dissection plus aisée. Cependant cette réparation en urgence différée s'accompagnerait d'un taux plus élevé de dysfonction érectile même si sur le plan urinaire elle semble supérieure à la réparation tardive. La plupart des auteurs ont abandonné le traitement chirurgical en urgence immédiate, à cause des difficultés opératoires dues aux hémorragies difficilement maîtrisables dans un champ opératoire peu distinct avec des tissus contus et difficiles à discerner. Certains auteurs ont préconisé dans les ruptures de l'urètre, un réalignement précoce soit par voie endoscopique avec une sonde tutrice, soit à ciel ouvert par anastomose termino-terminale<sup>14-16</sup>. La mise en place d'une sonde tutrice d'alignement n'empêche pas la formation d'un rétrécissement mais pourrait aider à aligner l'apex prostatique sur l'urètre distal et faciliter une reconstruction ultérieure<sup>17</sup>.

Les lésions vésicales ont été plus morbides car sur trois cas de ruptures intra-péritonéales, deux sont décédés avant d'être opérés. Ces patients présentaient des associations lésionnelles.

En conclusion, les complications urinaires des traumatismes du bassin sont en règle facilement suspectées cliniquement. Leur prise en charge doit être assurée par le spécialiste de même que les lésions squelettiques le sont par des mains qualifiées. C'est la rigueur dans la prise en charge qui permettra de réduire le taux de mortalité qui est de 4,9% dans cette étude. Des efforts importants restent à faire quant aux moyens d'investigation paraclinique. Le délai du traitement des ruptures de l'urètre est le sujet à controverse. Nous avons choisi par prudence médico-légale de réparer l'urètre à distance du traumatisme. On ne pourra vraiment espérer une diminution de ces lésions qu'en accroissant la sécurité sur les routes et sur les lieux du travail.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. N'Doye A, Sylla C, Ba M, Sy MH, N'Diaw FB, Diagne BA. Les complications urinaires des fractures du bassin. *Ann Urol* 2000, 34:119.
2. Aboutaieb R, Sarf I, Dakir M et al. Le traitement chirurgical des ruptures traumatiques de l'urètre postérieur. *Prog Urol* 2000, 10:58.
3. Flancbaum L, Morgan AS, Fleisher M, Cox EF. Blunt bladder trauma: manifestation of severe injury. *Urology* 1998, 31:220.
4. Bouchot O, Guillonnet B, Buzelin JM, Auvigne J. Traumatismes récents de l'urètre. Dans: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale / Techniques Chirurgicales. Urologie. Gynécologie* 41330, Paris: El Sevier, p. 8, 1991.
5. Okubo K, Arai Y, Maeda H. Prostatic laceration associated with blunt pelvic trauma. *Urology* 2000, 56:328.
6. Le Guillou M, Pariente JL, Ferriere JM, Maire J, Bouker A, Hostyn B. Stratégie thérapeutique à propos de 122 observations de rupture traumatique vue tôt. *Chirurgie* 1996, 121:367.
7. Mazeman E, Biserte J, Soulyard G, Bailleul JP. La voie transsympysaire dans le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre postérieur. 12 observations. *Ann Urol* 1992, 16:93.
8. Palmer JK, Benson GS, Corriere JN Jr. Diagnosis and initial management of urological injuries associated with 200 consecutive pelvic fractures. *J Urol* 1983, 130:712.
9. Djè K, Coulibaly N, Yao B, Soro S, Koukoua A, N'Guessan KG. Traumatisme de l'urètre postérieur. A propos de 18 cas. *Médecine d'Afrique Noire*, 1997, 12:669.
10. Muhammadi I, Mabogunje AO. Bladder and urethral injuries associated with fracture of the pelvis in Zaria, Nigeria. *Injury* 1998, 19:357.

11. Peters PC, Sagalowsky AJ. *Genitourinary trauma*. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey T, Vaughan ED (Eds): *Campbell's Urology*, 6<sup>th</sup> ed., Philadelphia: WB Saunders Co., pp. 2571-2594, 1992.
12. Gueye SM, Ba M, Sylla C, N'Doye A, Diagne BA, Mensah A. Réparation en urgence différée des ruptures traumatiques de l'urètre postérieur. *Ann Chir* 1994, 48:43.
13. Dubernard JM, Abbou C. Les traumatismes de l'urètre masculin. Dans: Dubernard JM, Abbou C. *Chirurgie Urologique*. Paris: Editions Masson, p. 450, 2001.
14. Dellanoy J. Traumatisme récent de l'urètre: intervention précoce? *Acta Urol Belg* 1979, 47:490.
15. Devine CJ, Jordan GH, Devine PC. Primary realignment of disrupted prostatomembranous urethra. *Urol Clin North Am* 1989, 16:291.
16. Guille F, Cipolla B, Levêque JM, Guirassy S, Olivio JF, Lobel B. Early endoscopic realignment of complete traumatic rupture of posterior urethra. *Br J Urol* 1991, 68:178.
17. Angermeier KW. *Urethral injury*. In: Resnick MI, Novic AC (Eds.): *Urology Secrets*, 3<sup>rd</sup> ed., Philadelphia: Hanley and Belfus Inc., pp. 291-294, 2003.

## ABSTRACT

### Genitourinary Complications of Pelvic Trauma

**Objective:** To analyse the epidemiological features, diagnostic criteria and therapeutic aspects of 41 genitourinary lesions due to pelvic fracture. **Patients and Methods:** This is a retrospective analysis of 41 consecutive cases of pelvic trauma associated with urinary or genital complications seen over a 5-year period at the University Hospital of Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire. The patients had a mean age of 27.8 years (range: 14 – 48 years) with a male-to-female ratio of 9.25 to 1. **Results:** Traffic accidents were the prevailing cause of trauma accounting for 75.6%. The commonest type of fracture was anterior arc fracture encountered in 26.9% of the patients. The commonest presenting symptoms were chronic urinary retention (16.7%), bleeding per urethram (10.4%) and hematuria (29.1%). Urethral lesions were encountered in 50%, bladder lesions in 38.5%, lesions of the external genitalia in 9.6% and prostatic lesions in 1.9% of patients. In the majority of the patients (51.2%) urethral repair was attempted by the spatulated anastomotic technique. In cases of disruption of the membranous urethra, urethral repair was delayed by 3 months. The functional results of treatment were good in 66%, while satisfactory erectile function could be achieved in 73% of the patients. Mortality was 4.9%. **Conclusion:** The prognosis of patients with pelvic trauma can be improved by a fast diagnosis and by resorting to a multidisciplinary team taking care of the multiple visceral injuries in association with the urogenital ones.

#### Commentaire Rédactionnel:

Ce travail est très intéressant, représentant une série conséquente bien documentée. J'aimerais insister sur deux points:

- la nécessité d'avoir une collaboration étroite avec les orthopédistes car la stabilisation des fractures du bassin est capitale. Si l'on peut obtenir une stabilité de ces fractures, il est possible de tenter un simple réalignement endoscopique; cette approche permet d'obtenir 60% de bons résultats tout en maintenant au maximum les chances de sexualité. Si les fractures ne sont pas stables, il faut aller vers un abord chirurgical entre le 5<sup>ème</sup> et la 10<sup>ème</sup> jour; ni avant, ni après (ou alors à 2 mois).
- l'extrême gravité des impuissances post traumatiques et le drame de ces problèmes chez des sujets jeunes.

Deux références indispensables:

McAninch J.: *Traumatic and Reconstructive Surgery*, Philadelphia: WB Saunders, 2001

Dubernard JM, Abou C: *Chirurgie Urologique*, Paris: Editions Masson, 2001

Professor Pierre Colombeau  
CHU Dupuytren, Limoges, France

Tirés à part: Dr. Koffi DJE, 01 BP , 5685 Abidjan 01, Côte d'Ivoire, email: [dje\\_koff@yahoo.fr](mailto:dje_koff@yahoo.fr)