



Pathologie acquise non tumorale de la vessie[☆]

Acquired non-tumor diseases of the bladder

C. Roy

Service de radiologie B, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Nouvel hôpital civil,
1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Abstract

Acquired non-tumor diseases of the bladder include a group of variable conditions resulting from different pathophysiological mechanisms. We address them sequentially in an arbitrary order taking into account both their frequency and the clinical significance of medical imaging.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Bladder, Infections, Urinary incontinence, Urinary stasis, Diverticulum, Trauma

Résumé

La pathologie acquise non tumorale de la vessie constitue un groupe d'affections disparates résultant de mécanismes physiopathologiques différents. Nous les abordons successivement dans un ordre arbitraire qui tient compte à la fois de leur fréquence clinique et de l'importance de l'imagerie médicale.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Vessie, Infections, Incontinence urinaire, Stase vésicale, Diverticule, Traumatisme

1. Vessie de stase

Ce terme général associe les obstructions mécaniques (vessie de lutte) et la vessie neurologique. Cette première entité est la conséquence d'une insuffisance à l'évacuation normale de l'urine vésicale par un obstacle mécanique quelle qu'en soit la cause (Tableau 1).

[☆] Cet article est paru initialement dans l'EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Radiologie et imagerie médicale (Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale - Mammaire)* RADIO4 34-402-A-10 (2011). Nous remercions la rédaction de l'EMC-Radiologie et imagerie médicale pour son aimable autorisation de reproduction.
e-mail : catherine.roy@chru-strasbourg.fr.

1.1. Vessie de lutte

1.1.1. Rappel physiopathologique

L'apparition d'un obstacle au niveau de la filière cervico-urétrale entraîne un syndrome de lutte vésicale qui évolue schématiquement en deux phases.

1.1.1.1. Phase compensée

La présence d'une résistance au niveau de la région cervico-urétrale déclenche une hypertrophie du muscle vésical (ou détrusor) par hyperplasie des fibres musculaires et dépôts de collagène.

Cette hypertrophie harmonieuse du détrusor, qui en théorie devrait permettre d'augmenter la pression intravésicale et

Tableau 1
Étiologies des causes de vessie de lutte (stase vésicale par obstruction).

Prostatiques	Hyperplasie prostatique bénigne (+++), prostatite Cancer de la prostate
Urétrales	Malformations (valves de l'urètre postérieur, diverticules de l'urètre antérieur, rétrécissements congénitaux de l'urètre) Phimosi Rétrécissements scléro-inflammatoires post-infectieux (+++) ou post-traumatiques (accidentel ou instrumental) Lithiase de l'urètre postérieur Tumeurs (bénignes ou malignes)
Vésicales	Tumeurs envahissant le col (+++) Compression du trigone par lésion extrinsèque (fibrome utérin) Congénitales (urétérocèle ectopique prolabée, kyste du trigone) Maladie du col

donc l'évacuation complète de la vessie, est en fait source de dysfonctionnement du détrusor. Des modifications morphologiques apparaissent progressivement. Des fibres musculaires hypertrophiées font d'abord saillie sous la muqueuse vésicale en formant des travées appelées « colonnes ». Entre ces colonnes, l'hypertrophie musculaire est moindre et l'hyperpression tend à pousser la muqueuse entre les faisceaux musculaires superficiels aboutissant à la formation de petites logettes ou petits prolongements herniaires appelés « cellules ». Si les cellules passent complètement à travers la paroi vésicale, elles forment des saccules. Le trigone et la barre interurétérale s'hypertrophient également et attirent vers le bas les segments intramuraux des urètres avec une obstruction fonctionnelle relative des jonctions urétérovésicales puis une sténose extrinsèque de ceux-ci avec dilatation des urètres pelviens. Ultérieurement, il se produit une urétérohydronéphrose bilatérale et symétrique.

1.1.1.2. Phase décompensée

Elle est caractérisée par le relâchement du détrusor qui s'amincit et devient atone. Les fibres musculaires s'étirent, les cellules s'agrandissent, deviennent des diverticules. Ceux-ci prédominent au voisinage des orifices urétéraux et dans la région de l'ouraques. L'épuisement de la capacité contractile des fibres musculaires entraîne une distension avec résidu post-mictionnel. Cette phase de décompensation survient dans des délais variables et le résidu post-mictionnel est plus ou moins important. La distension vésicale perturbe le dispositif antireflux. Cela entraîne un reflux vésico-urétéral secondaire, au début actif ne survenant que pendant la miction puis secondairement passif et permanent par béance des orifices urétéraux.

1.1.2. Rôle de l'imagerie [1-5] (Fig. S1-S2)

Il est triple :

- apprécier l'état fonctionnel et organique de la vessie ;
- apprécier le retentissement sur les voies urinaires hautes ;
- établir la cause.

Il est complémentaire des épreuves urodynamiques qui sont essentielles.

1.1.2.1. Échographie

Étude de la vessie. La mesure du détrusor proprement dit est un meilleur reflet de l'anomalie. Il se présente comme une bande hypoéchogène entourée par les deux feuillets hyperéchogènes de la muqueuse-sous-muqueuse et de l'adventice. Il n'a de valeur que si la vessie contient au moins 250 ml. Il est mesuré au niveau de la paroi vésicale antérieure et est considéré épaissi à partir de 2 mm (valeur normale de 1,5 à 1,9 mm). Le trigone est épaissi au-delà de 5 mm [2].

À un stade plus avancé, l'aspect de la paroi vésicale à cellules et à colonnes est caractéristique devant un épaississement dentelé du détrusor. Ces anomalies sont diffuses à l'ensemble de la paroi. La muqueuse plus échogène souligne l'hypertrophie du détrusor. Certaines cellules, plus profondes, forment de petites excroissances anéchogènes en dehors des contours vésicaux. Le diverticule est de diagnostic facile en échographie : formation liquidienne de taille variable raccordée à la paroi vésicale par un collet. L'échographie analyse le contenu intradiverticulaire (présence de matériel échogène ou de calcul), la paroi du diverticule et sa localisation par rapport aux méats urétéraux. Une hypotonie de l'uretère pelvien est parfois identifiée.

Recherche de la cause. L'examen échographique diagnostique une hypertrophie prostatique, en précise la morphologie (lobe médian dysectasiant ou hyperplasie diffuse) et le volume. Il identifie également d'autres causes (Tableau 1). Bien que la voie endorectale soit plus performante pour l'exploration du col vésical, elle n'est pas indispensable lorsque la pathologie a pu être clairement démontrée par voie sus-pubienne.

Évaluation du résidu post-mictionnel [3-5]. Cette étape doit être menée avec rigueur car elle quantifie la stase vésicale. Après miction, le volume du résidu est calculé par la formule simple suivante si la vessie a une forme d'ellipse : $4/3 \pi abc$ (abc = demi-grand axe).

En cas de vessie sphérique, le volume est calculé par la formule du volume d'une sphère : $4/3 \pi R^3$ (R = rayon).

Des méthodes plus complexes ont été proposées pour calculer le volume de la vessie : produit des surfaces de coupe ou encore sommation de surfaces de coupes prises transversalement ou longitudinalement avec des espaces orthogonaux. Le résidu est considéré comme significatif à partir de 100 ml pour la plupart des équipes.

Quelle que soit la technique utilisée, l'erreur d'estimation moyenne dans la quantification du volume varie de 10 % avec les méthodes complexes, à 20 % avec les méthodes simples.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3469192>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3469192>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)