

PARTIE 1

LA VESSIE

INTRODUCTION

Anatomie

Bases mécaniques

Physiopathologie

INTRODUCTION ★★

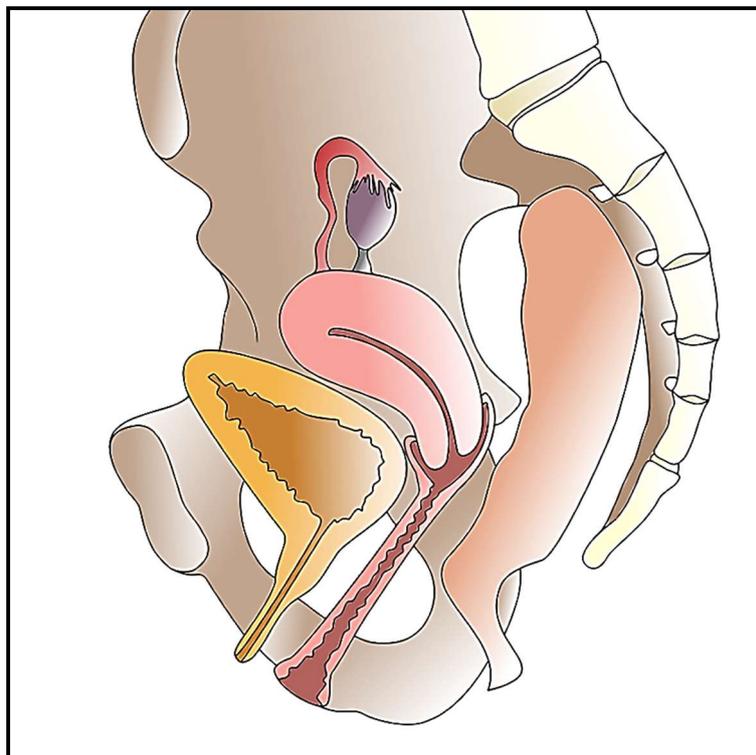
Située dans la cavité pelvienne, dans le petit bassin et dans l'espace pelvi-viscéral sous péritonéal, en arrière de la symphyse pubienne, en avant du rectum et du vagin. Pour être précis, au-dessus du diaphragme pelvien, sous les anses grêles et le colon pelvien.

La vessie est un réservoir musculo-membraneux qui contient l'urine qui est évacuée par l'urètre.

Normalement située derrière le pubis, elle modifie naturellement sa position en augmentant son volume lors de sa réplétion.

Unie en avant au pubis par le ligament pubo-vésical, la vessie est bordée latéralement par le releveur de l'anus et l'obturateur interne.

Recouverte par le péritoine, elle est en rapport en arrière avec l'intestin grêle, tandis que la partie postérieure est en rapport avec la prostate et les vésicules séminales chez l'homme et avec le col de l'utérus chez la femme.



SITUATION DE LA VESSIE



A. Anatomie

Sa forme est variable selon son état de distension. A l'état de vacuité elle ne dépasse pas le bord supérieur du pubis. A l'état de réplétion elle prend la forme d'une poire. Elle va donc s'élever au-dessus du pubis et devenir intra-pelvienne et intra-abdominale.

Sa paroi vésicale fait de 8 à 15 mm lorsqu'elle est vide, mais seulement 2 à 3 mm lorsqu'elle est distendue. Vide elle mesure 6 cm de long et 5 de large. Elle peut contenir jusqu'à 300 ml (plus chez la femme), la première sensation de remplissage vésical apparaissant à partir de 150 ml.

Le col vésical est la transition entre la vessie et l'urètre, il a des propriétés de contraction et de dilatation. Le sphincter vésical interne est composé de fibres musculaires lisses. Il est extraordinaire d'observer dans un même muscle un système qui s'oppose à la miction et un qui la facilite.

L'urètre est le canal excréteur de la vessie. Chez l'homme, il livre aussi passage au sperme à partir des orifices d'abouchement aux canaux éjaculateurs. La paroi de l'urètre se compose de deux tuniques, une tunique musculaire et une tunique muqueuse. Le sphincter lisse de l'urètre est un épaissement de cette dernière.

Chez la femme, l'urètre s'étend du col de la vessie à la vulve, sa direction est légèrement oblique en bas et en avant, très rapprochée de la position verticale et à peu près parallèle au vagin.

B. Fixations

Les fixations sont assurées par le péritoine (fixation antérieure et latérale – postérieure chez l'homme), le ligament ombilical médian (l'Ouraque), le ligament pubo vésical et les tissus conjonctifs du petit bassin. Chez la femme le vagin et l'utérus s'interposent entre le rectum et la vessie. Les ligaments vésico-utérins solidarisent en quelque sorte la vessie et l'utérus.

En urologie moderne, on envisage ces ligaments comme un système de stabilisation verticale qui interviennent comme un amortisseur de l'ensemble des contraintes qui s'appliquent sur la vessie.

Ce système ligamentaire maintient la vessie et assure la fermeture de l'uretère, ainsi que la stabilisation et la suspension souple de la vessie lors des phases de surpression sus-jacentes (grêle, utérus...) ou intra-abdominale (toux, sauts etc...).

1 – INNERVATION ★★★★★

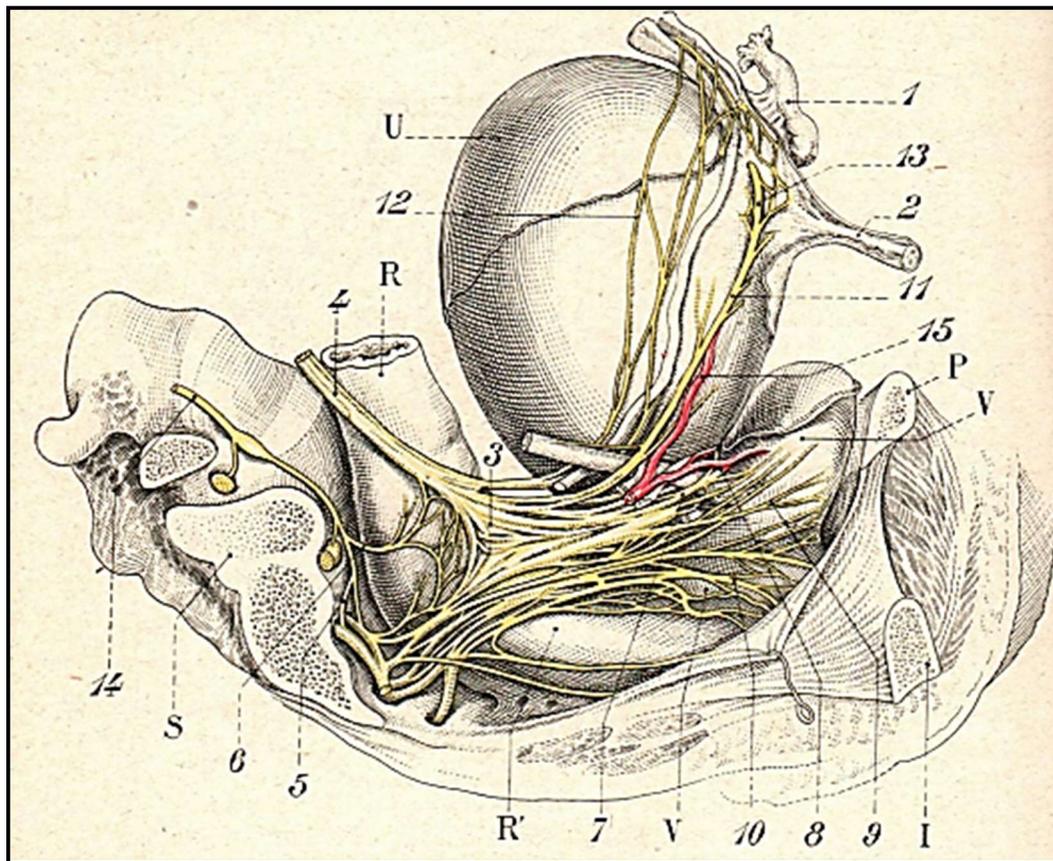
Les nerfs vésicaux émanent du plexus hypogastrique inférieur et contiennent des neurofibres ortho et parasympathiques.

Ces fibres sont de provenance lombaire et sacrée.

Innervation par le sympathique issu de L1 L2 par le plexus intermésentérique et les ganglions hypogastriques vers le plexus vésical.

Innervation par le parasympathique sacré issu de S2 S4 par le plexus hypogastrique inférieur et le plexus vésical.

La vessie est essentiellement innervée par le nerf pudendal qui lui donne sa sensibilité et qui commande le sphincter externe de l'uretère.



INNERVATION DE LA VESSIE



A. Introduction

La vessie et les viscères pelviens disposent d'un système d'innervation complexe. On peut définir deux alimentations intimement liées d'où la quantité de troubles développés par cette zone. Le système nerveux autonome et le système issu des plexus lombaires, sacrés et coccygiens.

B. Le plexus hypogastrique supérieur et inférieur

Le plexus hypogastrique supérieur est un plexus nerveux du système nerveux autonome situé au niveau sacré, il est constitué uniquement de fibres sympathiques.

Ses fibres proviennent des chaînes sympathiques lombaires. Au niveau de la bifurcation aortique, le plexus a une structure anarchique avec des échanges nerveux entre le côté gauche et le côté droit. Il y a des contingents nerveux en avant ainsi qu'en arrière des vaisseaux. Sous cette bifurcation, il va se diviser en deux contingents nerveux : les nerfs hypogastriques gauche et droit qui vont rejoindre le plexus hypogastrique inférieur.

Le plexus hypogastrique inférieur qui relève du système nerveux autonome puisqu'il contient des fibres motrices et sensibles végétatives qui appartiennent aux systèmes orthosympathique et parasympathique. Ces fibres sont issues respectivement du plexus hypogastrique supérieur via le nerf hypogastrique (système orthosympathique) et des nerfs érecteurs issus des racines spinales S2-S3-S4 (système parasympathique).

Le plexus hypogastrique est inclus dans les lames sacro-recto-génito-pubiennes et sa présence diminue d'arrière en avant.

Il joue un rôle dans la continence au niveau rectal avec le contingent orthosympathique qui a une action dilatatrice de l'ampoule rectale par relâchement musculaire et contracte le sphincter interne lisse. Le contingent parasympathique à destination rectal, ne fait pas relais dans ce plexus. Au niveau vésical les contingents orthosympathique et parasympathique dans le remplissage et la miction. Le premier permettant le remplissage de la vessie en relâchant le détrusor et en stimulant le sphincter interne lisse de la vessie. Le second permet quant à lui, de contracter le détrusor et de relâcher le sphincter interne lisse afin vider la vessie.

Tout ce système est vrai sauf pour les ovaires et les testicules innervés par le nerf vague, le plexus rénal et le ganglion aortico-rénal mais aussi par le système ortho et parasympathique.

C. Les plexus lombal, sacral et coccygiens

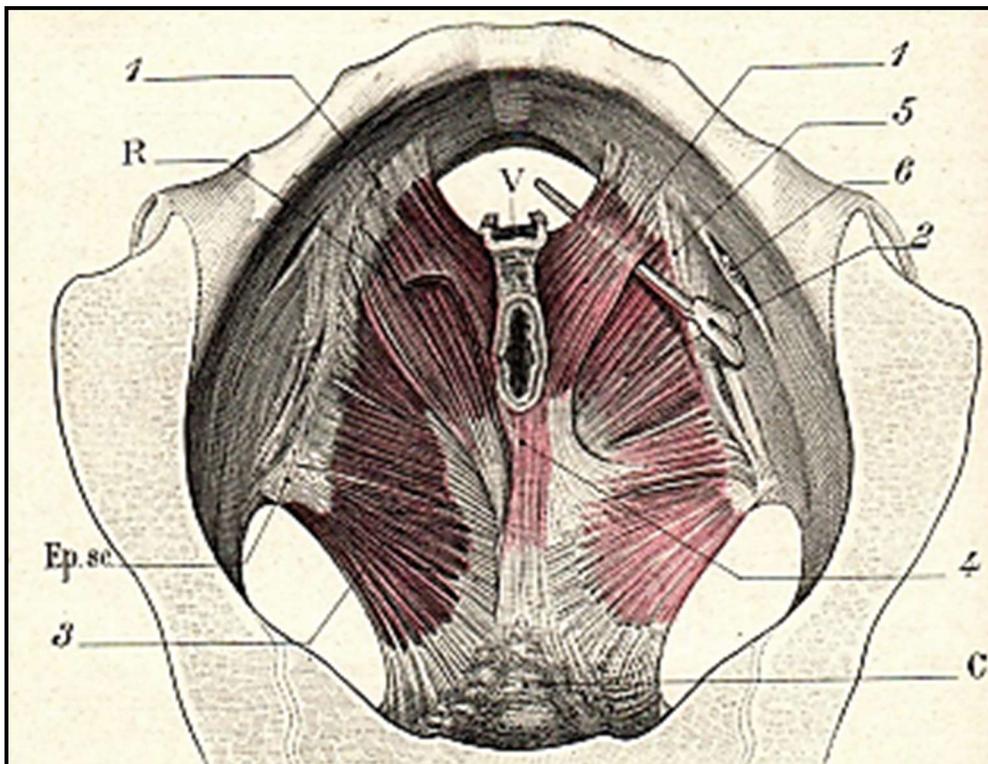
Tout ce système va assurer la motricité par le nerf pudendal donc le tronc sacré. Participerons aussi le plexus lombal par l'intermédiaire des nerfs ilio-hypogastrique, génito-fémoral et ilio-inguinal.

LE PLANCHER PELVIEN ★★★★★

Bref descriptif anatomique

Le plancher pelvien est un ensemble de muscles et fascias aponévrotiques qui obturent la partie inférieure de la cavité pelvienne. Ce plancher pelvien est divisé en 3 couches :

1. Une couche profonde : c'est le diaphragme pelvien. Il est composé de l'élevateur de l'anus et du muscle coccygien. Ils laissent apparaître une zone de déhiscence, la fente uro-génitale. Innervation S3 et S4.
2. Une couche moyenne : c'est le diaphragme uro-génital. Il est composé des muscles qui obturent le point faible du diaphragme pelvien : le transverse profond et le sphincter externe de l'urètre.
3. Une couche superficielle : les muscles périnéaux et en arrière le sphincter externe de l'anus. En avant les muscles périnéaux superficiels et les corps érectiles (transverse superficiel, bulbo spongieux, ischio caveux, constricteur de la vulve) et en arrière le sphincter externe de l'anus. Innervation S2 S3 S4 et nerf Pudental.



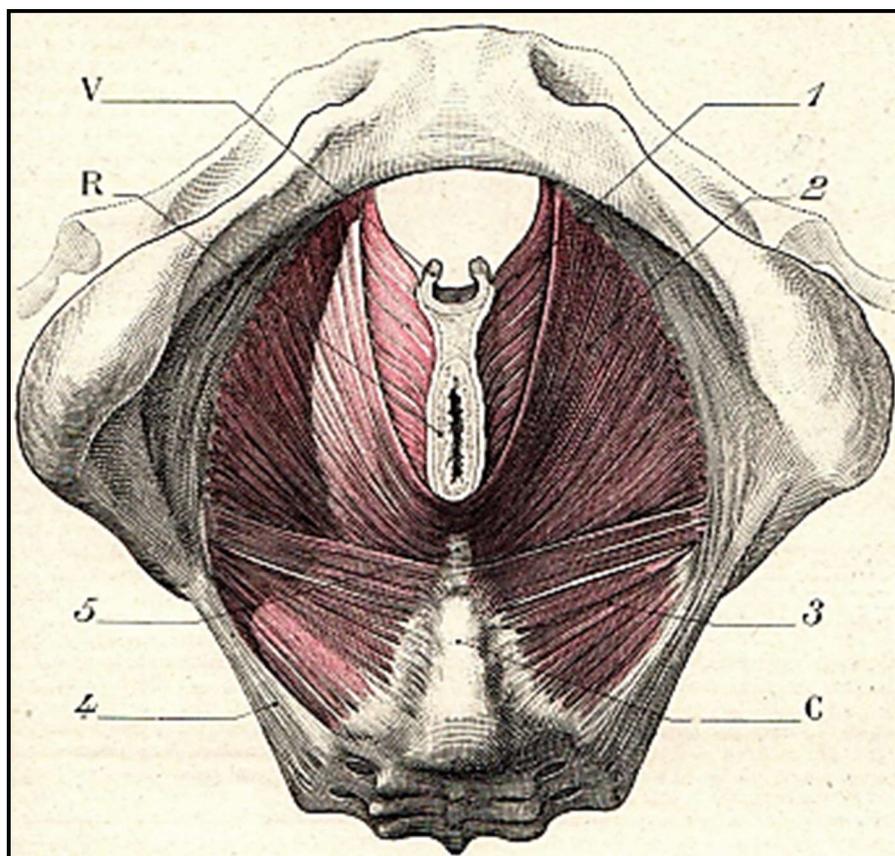
ORGANISATION MUSCULAIRE DU PLANCHER PELVIEN

Le plan superficiel et moyen sont regroupés sous le terme générique de périnée, divisé en antérieur (uro-génital) et postérieur (anorectal).

Son rôle est de fermer l'orifice inférieur du bassin et de jouer un rôle de hamac et de subir le poids de toutes les contraintes viscérales. Ses deux qualités doivent être sa contractilité et son élasticité pour soutenir les viscères pelviens. C'est ce qui conditionne la dynamique pelvienne.

Lorsque le plancher pelvien perd son rôle d'amortisseur on assiste à des effets de surpression et à des effets de ptose en cas de perte de tonicité

Ce plancher se présente sous la forme d'un losange, avec un triangle antérieur pour la zone uro-génitale (périnée antérieur) et un triangle postérieur pour la région ano-rectale (périnée postérieur).

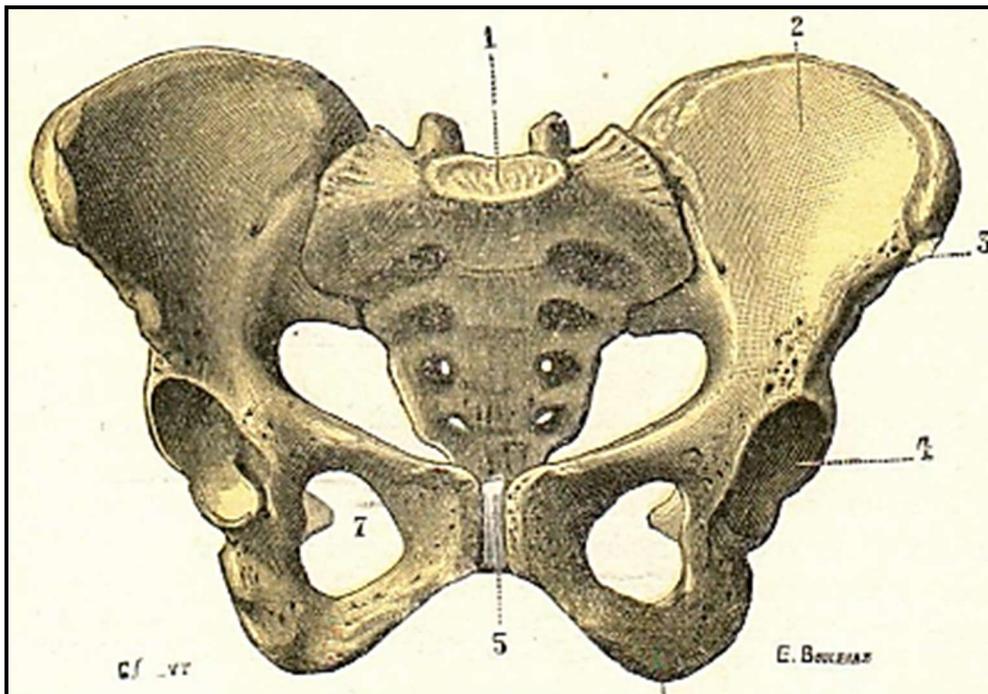


LE PLANCHER PELVIEN

Bref descriptif anatomique

1. Les insertions osseuses

Elles sont réduites : coccyx, pubis et épine ischiatique.

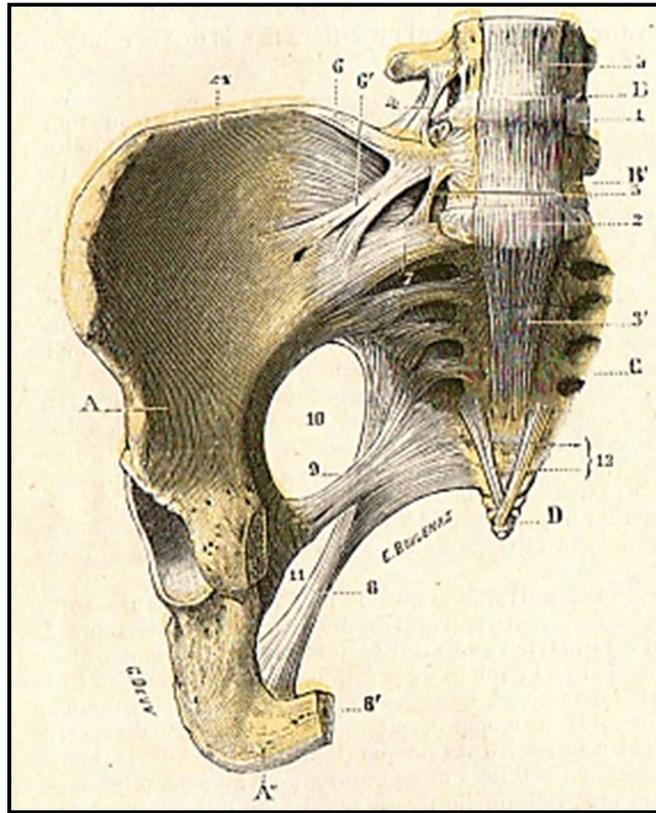


LE PLANCHER PELVIEN : INSERTIONS OSSEUSES

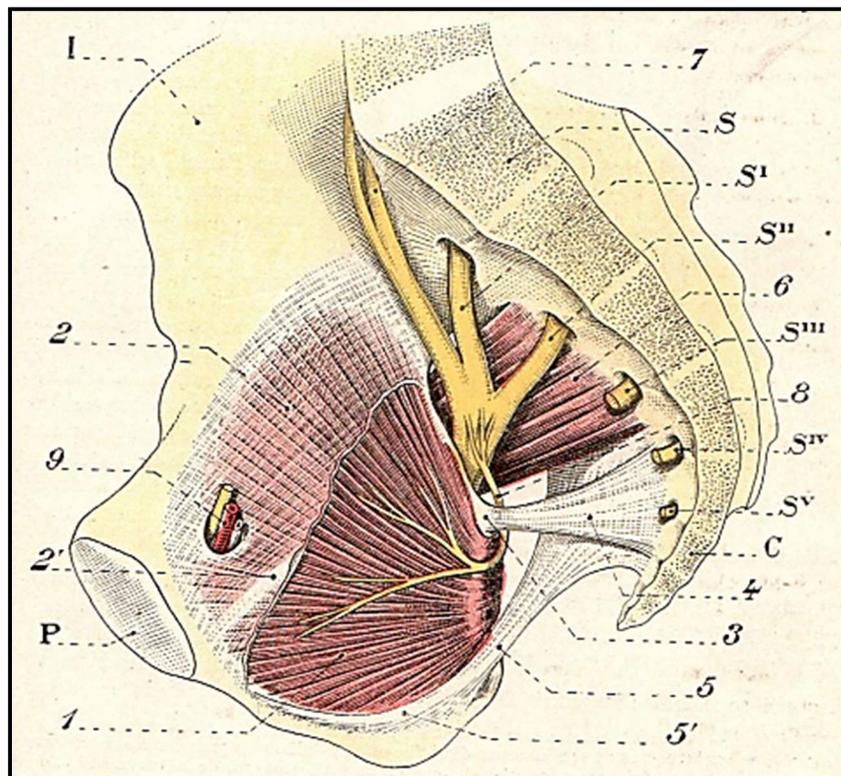
2. Les insertions aponévrotiques et ligamentaires

La paroi endopelvienne est tapissée par l'obturateur interne sur lequel s'insère l'élévateur de l'anus et le piriforme qui ferme le fond pelvien.

Il s'agit des deux ligaments sacro-tubéral et du ligament sacro-épineux

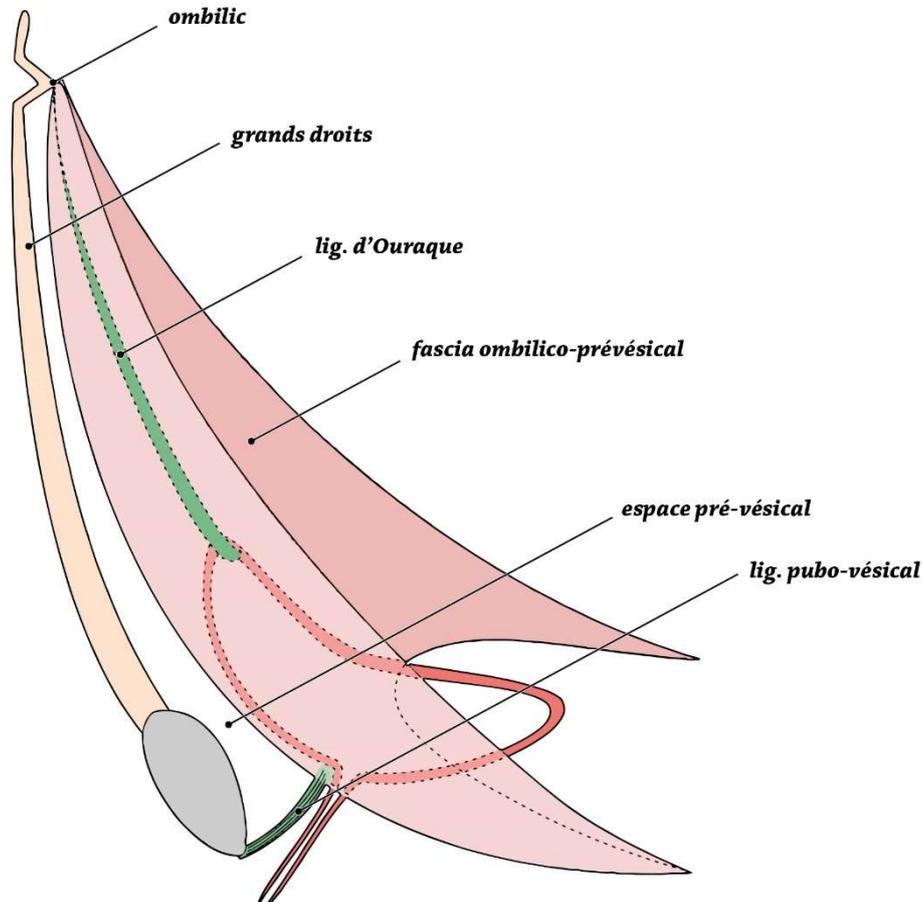


**LE PLANCHER PELVIEN INSERTIONS
LIGAMENTAIRES ET MUSCULAIRES**



LE PLANCHER PELVIEN INNERVATION

LE PLANCHER PELVIEN ★★★



ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

A. Introduction

Les pathologies vésicales à type d'irritation ou d'incontinence sont des affections plus fréquentes chez la femme. Leurs étiologies sont inhérentes au système génital féminin.

B. Conditions de survenue

Les causes principales de cette affection se retrouvent dans deux types d'étiologies :

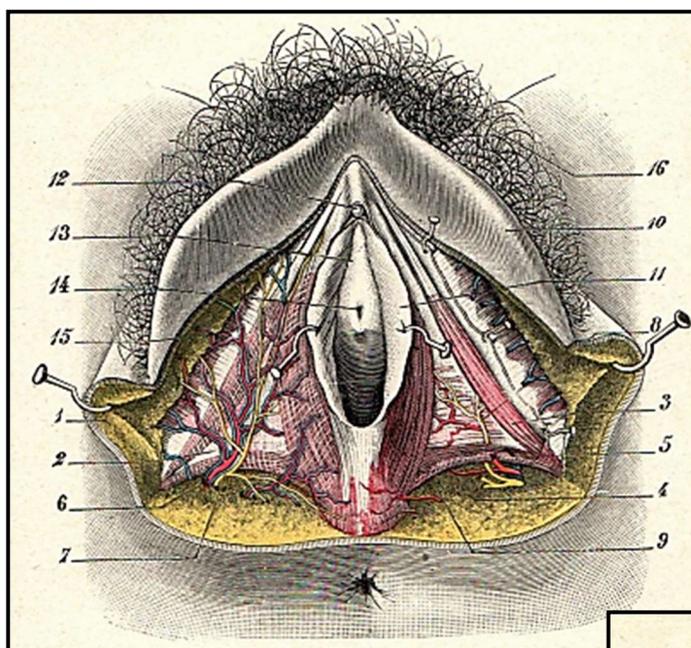
1. Les irritations

- Les tensions faciales du bassin consécutives à une lésion iliaque en rotation, une torsion iliaque antérieure ou une lésion de la symphyse pubienne. Les lésions pyramidales se répercutent également sur les aponévroses du petit bassin.
- L'aponévrose périnéale profonde recouvre le diaphragme pelvien, elle est en relation avec les feuillets aponévrotiques qui recouvrent le plexus honteux et le plexus sacro-coccygien, sa tension peut entraîner des neuropathies d'emprisonnement au niveau des filets nerveux se rendant à la vessie.

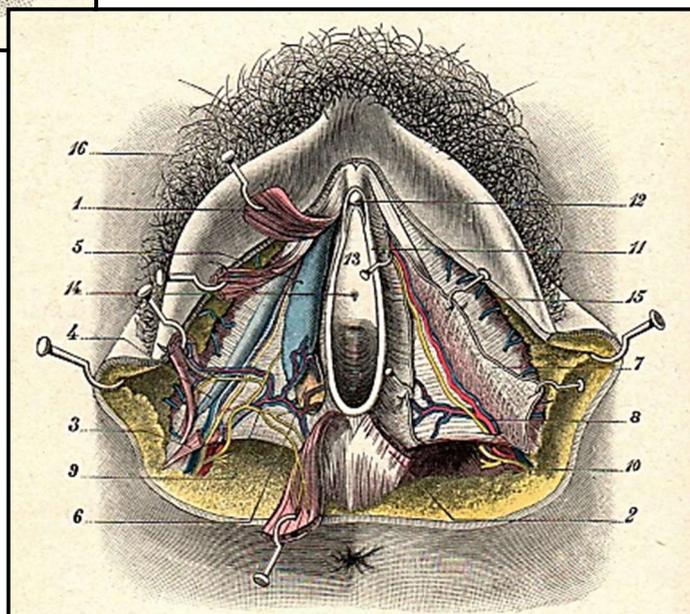
- La pathologie d'antéversion de l'utérus perturbe le bon fonctionnement vésical soit par pression directe, laquelle induit des dysfonctions de la vessie, soit indirectement par l'intermédiaire du fascia sacro-recto-génito-pubien.
- Les ptoses intestinales.
- Le reflux urétéro-vésical qui est la conséquence possible d'une pyélonéphrite ou d'une colibacillose irritative par réflexe ou stase urinaire.

2. Les incontinences liées à un prolapsus

- Incontinence lors de certains efforts par mauvaise position utérine.
- Dyspareunies (douleur au moment du rapport sexuel) liées aux troubles vésicaux.



**INNERVATION PÉRINÉALE FÉMININE
PÉRINÉE SUPERFICIEL A GAUCHE
ET PROFOND A DROITE**



1 - LA MOTRICITÉ - MOTILITÉ - MOBILITÉ ★★★

A. Définition

On différencie trois mouvements des organes internes qui sont : la mobilité, la motricité et la motilité.

B. L M _____

A. MOTRICITÉ

La motricité de la vessie est définie comme un déplacement passif provoqué par la motricité volontaire de l'appareil locomoteur. (Se pencher sur le côté provoque un mouvement des viscères).

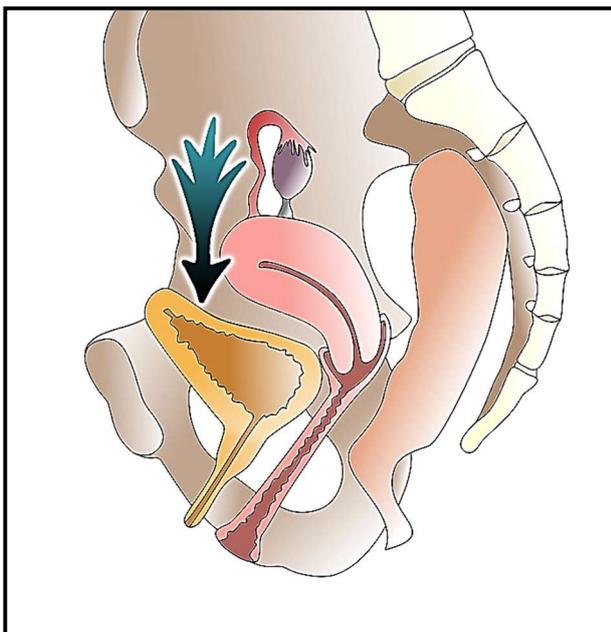
C. L M _____

A. MOBILITÉ

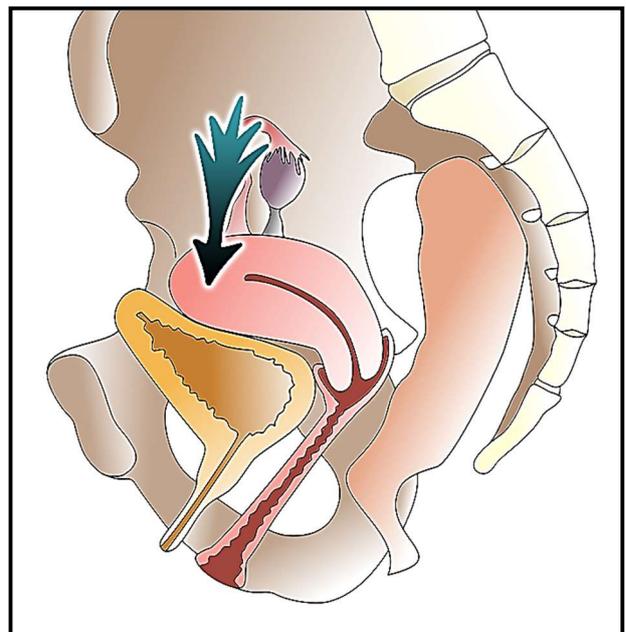
La mobilité de la vessie est définie comme un mouvement entre deux organes ou le mouvement entre un organe et la paroi du tronc, le diaphragme ou une autre structure du système musculo squelettique. La vessie bouge normalement dans le même sens que le sacrum et l'utérus, à l'inspiration en direction postérieure et supérieure et à l'expiration en direction antérieure et inférieure. Un mouvement est également produit par son remplissage et sa vidange.

Les moteurs de ce mouvement sont la motricité ou les automatismes qui sont exclusivement le mouvement respiratoire diaphragmatique, le cycle cardiaque et le péristaltisme des viscères creux (estomac et tube digestif).

La mobilité de la vessie s'effectue toujours vers le bas lors de la réplétion et vers le haut lorsque la vessie se vide. Si cette mobilité devient pathologique, il s'agit d'une ptose, soit qu'elle soit la conséquence d'une entéroptose ou d'une antéflexion



Ptose vésicale due à une ptose viscérale



Ptose vésicale due à une antéversion utérine

D. LA MOTILITÉ

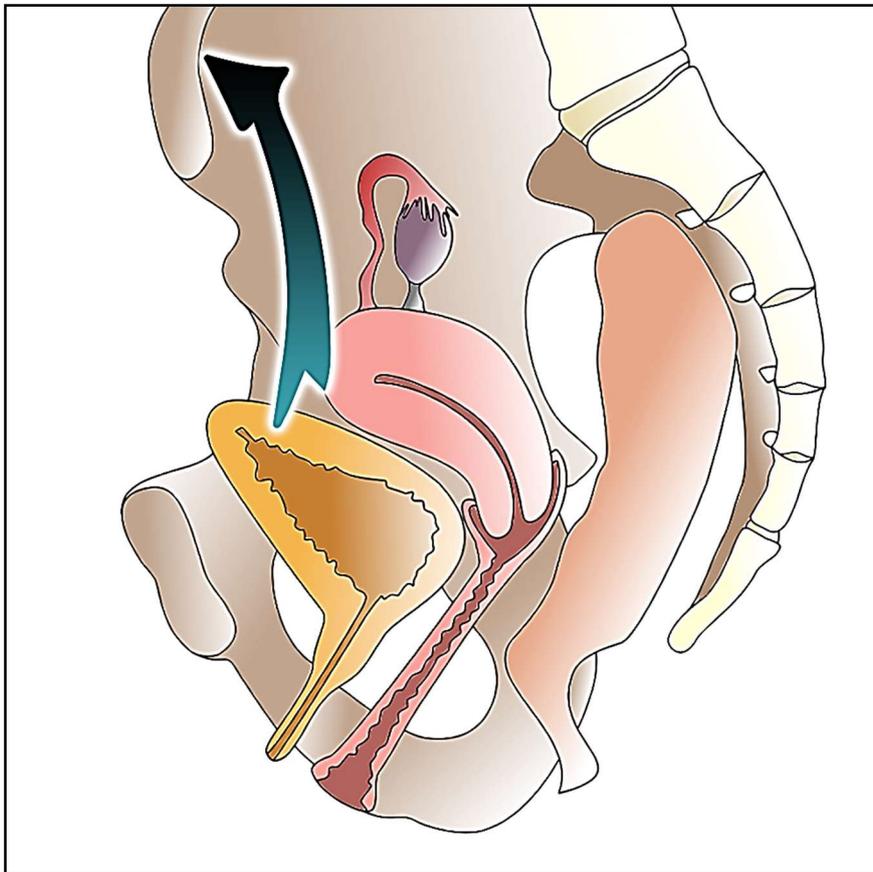
La mobilité de la vessie est définie comme un mouvement intrinsèque de l'organe avec une fréquence lente et une faible amplitude. Elle est l'expression des mouvements des tissus organiques.

On décompose la motilité en deux phases appelées « inspir » et « expir » :

1. Pendant « l'expiration », la vessie a tendance à se diriger en direction de l'ombilic, c'est-à-dire en direction postérieure et supérieure. L'organe se rapproche de l'axe médian du corps.
2. Pendant « l'inspiration », le mouvement est inversé. L'organe s'éloigne de l'axe médian du corps.

Important :

Ce néologisme est employé pour éviter toute confusion avec les mouvements diaphragmatiques



LA MOTILITÉ DE LA VESSIE



A. Indications

- Reflux urétéro-vésicaux (conséquence possible d'une pyélonéphrite).
- Colibacilloses itératives par reflux ou stase urinaire.
- Incontinences (I.U) lors de certains efforts ou activités ou post-partum.
- Malposition utérine.
- Problèmes lithiasiques.
- Dyspareunies (douleur pendant rapport sexuel chez la femme) liées aux troubles vésicaux.
- Ptose et fixation de la vessie et des organes qui l'entourent.
- Facteurs hormonaux pendant le cycle menstruel.
- La ménopause.
- Malpositions utérines
- Post partum, césarienne et épisiotomie
- Énurésie et dysurie (résistances sphinctériennes) et pollakiurie
- Prolapsus urétéro-vésicaux ou sténose urétrale si l'apparition de la dysurie est lente et infection ou cause psychogène si l'apparition est rapide.

ATTENTION :

L'association de troubles anorectaux chez la femme jeune signe une étiologie neurologique (lésion médullaire)

B. Contre-indications

- Le stérilet, car au cours des normalisations, il peut se produire des lésions de la paroi interne de l'utérus, provoquant des cicatrices avec risque de stérilité.
- La grossesse, car il y a risque d'avortement.
- Cystite ou urétrite infectieuse
- Tumeur de la sphère uro-génitale
- Calcul vésical
- Érétisme vésical
- Maladie générale ou cause psychogène

1 - LES SIGNES CLINIQUES DU TRAITEMENT

- **Pesanteur au niveau du bas ventre.**
- **Tension musculaire antérieure** : spasmes grands droits juste au-dessus du pubis.
- **Tension musculaire postérieure** : paravertébraux T11, T12, L1, L2.
- **Dermalgies réflexes antérieures** : 12ème dermatome surface circulaire à un travers de doigt au-dessus du pubis.
- **Dermalgies réflexe postérieure** : néant.
- **Vertèbres préférentiellement en lésion** : Vessie T12, L1.
- **Sphincter de la vessie** : L4, L5.
- **S.V.D** (Syndrome de la vessie douloureuse).