

Rupture vésicale du post partum, à propos d'un cas

A.A. Kamal¹, J. Rakotosamimanana*¹, A.F. Rakototiana¹
A. Ranaivozanany¹

¹ Service d'Urologie B, CHU-JRA Antananarivo, Madagascar



Résumé

La rupture secondaire vésicale intra péritonéal du post partum est rare. Nous rapportons une observation inhabituelle chez une femme de 25 ans qui était adressée pour douleur abdominale aiguë. Cinq jours auparavant, elle présentait un accouchement dystocique d'une grossesse menée à terme. Elle présentait une occlusion intestinale aiguë du grêle mécanique. L'abord médian sus et sous ombilical permettait d'objectiver une rupture vésicale intra péritonéale et de traiter la lésion par suture en deux plans sous couvert d'une sonde uréthro vésicale. La lésion vésicale était parvenue au cours d'un accouchement dystocique sur vessie pleine. Une vérification systématique du bas appareil urinaire après toute intervention obstétricale laborieuse permet d'évoquer le diagnostic.

Mots-clés: Post partum; Rupture; Vessie

Post partum bladder rupture, report of a case

Summary

Bladder intraperitoneal rupture is exceptional. We report an original case in a 25 year-old woman who presented acute abdominal pain. Five days before, she presented dystocic delivery. Bowel obstruction symptoms was found. Laparotomy showed an intra peritoneal bladder rupture. The lesion was sutured and ureteral catheterisation was placed. The bladder lesion was the consequence of dystocic delivery with full bladder. The systematic checking of the lower urinary tract after laborious obstetrical treatment permit the diagnosis.

Keywords: Bladder; Postpartum; Rupture

Introduction

La rupture vésicale intra péritonéale est une urgence urologique rare. Elle constitue une complication rare du travail et de l'accouchement [1]. Nous rapportons une observation inhabituelle de rupture vésicale intra péritonéale du post partum. A travers cette observation et une revue de littérature, nous essayons de préciser les aspects étiopathogénique et diagnostique.

Observation

Une femme de 25 ans était adressée aux Urgences pour douleur abdominale aiguë. La patiente signalait un arrêt des matières et des gaz datant de plus de 12 heures et des vomissements. Cinq jours auparavant, on notait un accouchement dystocique d'une grossesse menée à terme. L'examen clinique montrait une fièvre à 38°5 et un état général altéré. L'abdomen était météorisé, mat dans les régions déclives, sans globe vésical. Le toucher vaginal révélait une douleur au niveau des culs de sac avec un comblement du douglas, le doigtier revenant avec des lochies non fétides. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une opacité de tonalité hydrique, diffuse dans tout l'abdomen et le pelvis (Figure 1). Ces éléments faisaient poser le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë du grêle, mécanique, par lésion inflammatoire de voisinage et imposaient l'indication chirurgicale. L'abord médian sus et sous ombilical permettait de mettre en évidence un épanchement liquidien d'aspect clair, citrin, abondant dans la grande cavité abdominale. Deux brèches vésicales avec dépéritonisation et contusion du détrusor



Fig. 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation: opacité de tonalité hydrique, diffuse dans tout l'abdomen et le pelvis

étaient constatées au niveau du dôme vésical (Figure 2). Les autres viscères abdominaux étaient intacts. La brèche était suturée en deux plans par voie extra-vésicale sous couvert d'une sonde uréthro vésicale. Les suites opératoires étaient simples et la sonde uréthro vésicale était retirée au 12^{ème} jour post-opératoire. A trois mois, le patient ne présentait aucune séquelle. La vessie avait une capacité normale et se vidait complètement et facilement.

Discussion

Les ruptures traumatiques de la vessie sont majoritairement sous péritonéales ou mixtes, associés dans 95% des cas à une fracture du bassin ou à une disjonction pubienne. Les formes intra-péritonéales représentent moins du tiers des ruptures vésicales. Les plaies vésicales occasionnées au cours des traumatismes obstétricaux sont le

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: j.rakotosamimanana@hotmail.com

(J. Rakotosamimanana).

¹ Adresse actuelle: Service d'Urologie B, CHU-JRA BP 4150 101 Antananarivo Madagascar



Fig. 2: Brèches du dôme vésicale à la laparotomie

plus souvent extra-péritonéales et s'accompagnent fréquemment d'une lésion génitale [2-4]. Notre cas qui est une lésion vésicale intra péritonéale, isolée, survenue lors d'un accouchement dystocique est rarissime. Les plaies vésicales dues à un traumatisme obstétrical se rencontrent le plus souvent lors des césariennes ou lors de l'utilisation du forceps [5,6]. Dans notre cas, la lésion vésicale est survenue au cours d'un accouchement dystocique sur vessie pleine. La manœuvre externe (expression utérine) utilisée, qui aurait consisté à pousser le fond utérin à travers la paroi abdominale, aurait favorisé la lésion vésicale. Le mécanisme lésionnel s'explique par une décélération compression, provoquant une hyper pression vésicale transmise de manière homogène à la paroi vésicale. Au-delà de 30cm d'eau, la vessie s'étire et sa partie la plus fragile, le dôme, se rompt [2]. La rupture siège à la partie supérieure et postérieure de la calotte péritonisée. L'écart plus grand des faisceaux musculaires à ce niveau y engendre un point faible. Comme la séreuse péritonéale est ici adhérente, la rupture du sommet entraîne la déchirure péritonéale. Le siège commande l'évolution soit vers une simple réaction péritonéale, soit vers une péritonite généralisée suivant la septicité de l'urine et l'importance de la brèche. Nous dé-

plorons l'absence d'exploration clinique de la vessie après un accouchement dystocique. Le sondage vésical dans ce contexte révèle la présence d'urine sanglante et signant une simple contusion vésicale mais peut aussi objectiver une hématurie franche évoquant une rupture vésicale. En phase de péritonite aiguë installée, toute manœuvre intra vésicale est à proscrire et l'indication opératoire doit être posée. La cystographie rétrograde apparaît comme l'examen le plus performant pour mettre en évidence une rupture de vessie. Elle montre la diffusion du produit de contraste dans la cavité péritonéale en cas de rupture intra-péritonéale. L'urographie intra veineuse, si elle permet l'exploration le haut appareil, n'objective pas la rupture de vessie une fois sur deux en raison d'un remplissage insuffisant ou trop tardif. Elle doit donc être complétée par une uretro-cystographie rétrograde et mictionnelle. Pour autant, ces examens sont parfois mal adaptés aux urgences voir même inutiles et ne doivent pas retarder l'intervention chirurgicale urgente qui doit être pratiquée sans délai. Les ruptures intra péritonéales de la vessie sont traitées par une simple suture en un ou deux plans sous couvert de sonde uretro vésicale.

Conclusion

La rupture vésicale intra-péritonéale est une complication rare du travail et de l'accouchement. C'est une bonne règle de toujours vérifier l'intégrité vésicale après toute intervention obstétricale laborieuse pour ne pas passer à côté d'une telle lésion.

Références

- 1- Kone M, Diarra S. Rupture Utérine au cours de la grossesse. *Encycl Med Chir (Paris France), Obstétrique*, 5-080-A, 1995, 7p.
- 2- Benckekroun A, Lanckar A, Soumana A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouk M, et al. Rupture traumatique de la vessie. A propos de 12 cas. *Ann Urol* 1999; 33:71-74.
- 3- Mutter D, Russier Y, Schmidt-Mutter C, Marescaux J. Contusion et plaies de l'abdomen. *Encycl Méd Chir, Urgences*, 24-100-B- 1998, 11p.
- 4- Corriere JN, Sandel CM. Mechanism of injury patterns of extravasation and management of extraperitoneal bladder rupture due to blunt trauma. *JUrol* 1987; 137: 43-4.
- 5- Phillipe HJ, Goffet F, Jancky E, Traoré. Fistules obstétricales. *Encycl Méd Chir (Paris, France), Obstétrique*, 1996; 5-078-C-10, 7p.
- 6- Benckekroun A, Lachkar A, Soumana A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouk M et al. Les fistules vésico-utérines. A propos de 30 cas. *Ann Urol*, 1999; 33: 75-79.