

La vessie

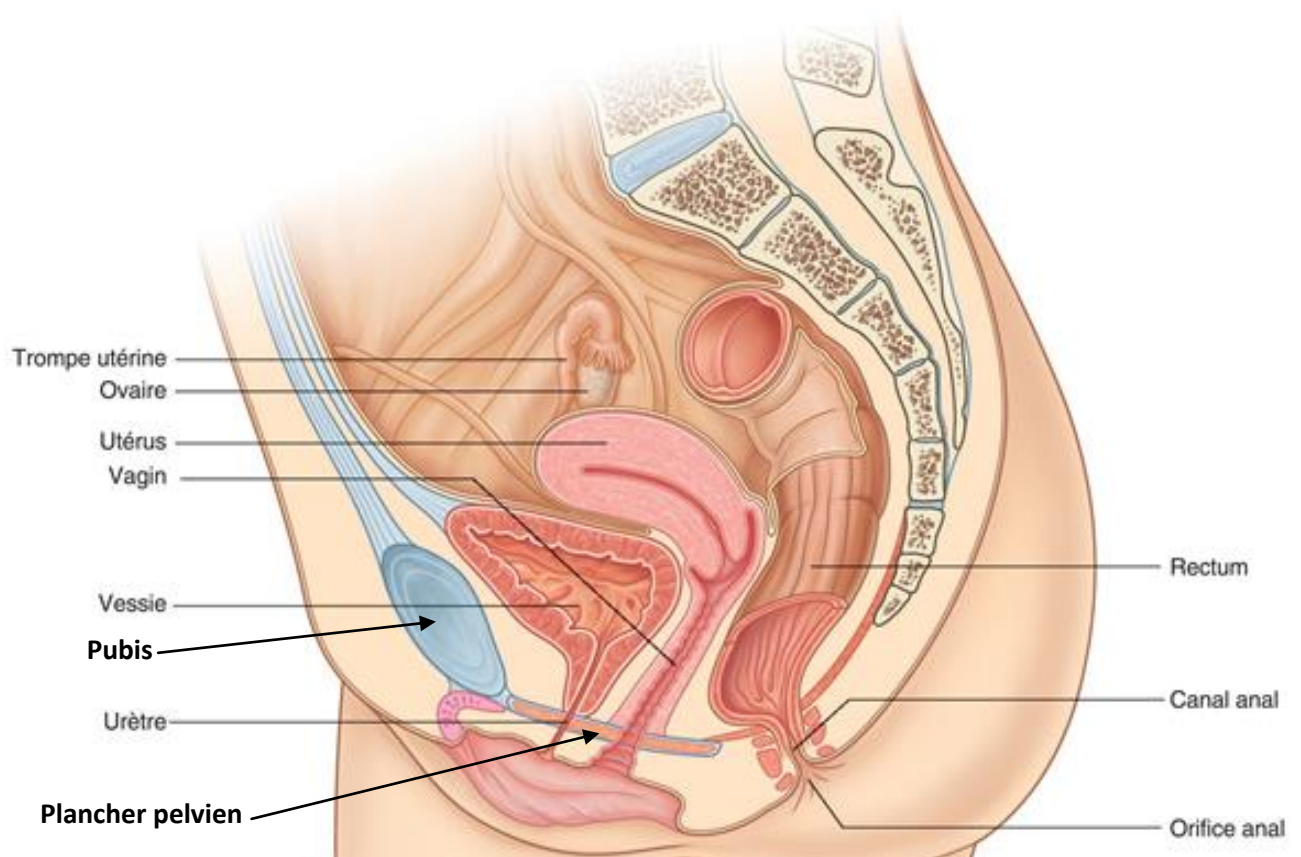
La vessie est un organe musculo-membraneux, intermédiaire aux uretères et à l'urètre, et dans lequel l'urine, sécrétée de façon continue par les reins, s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions.

Sa souffrance retentit souvent, non seulement sur les uretères et sur les reins, mais aussi sur l'urètre.

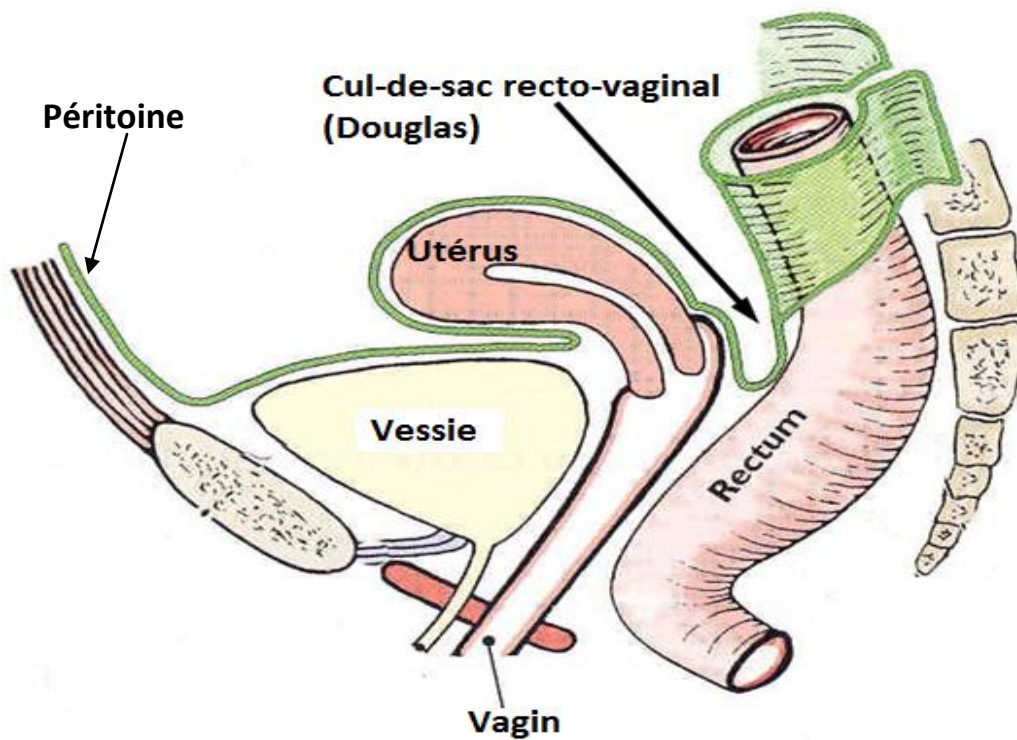
Situation

La vessie est située, entièrement dans la cavité pelvienne dans la région sous-péritonéale appliquée sur la face postérieure de la symphyse pubienne et du pubis qui la protège, et sur la partie antéro-supérieure du plancher pelvien.

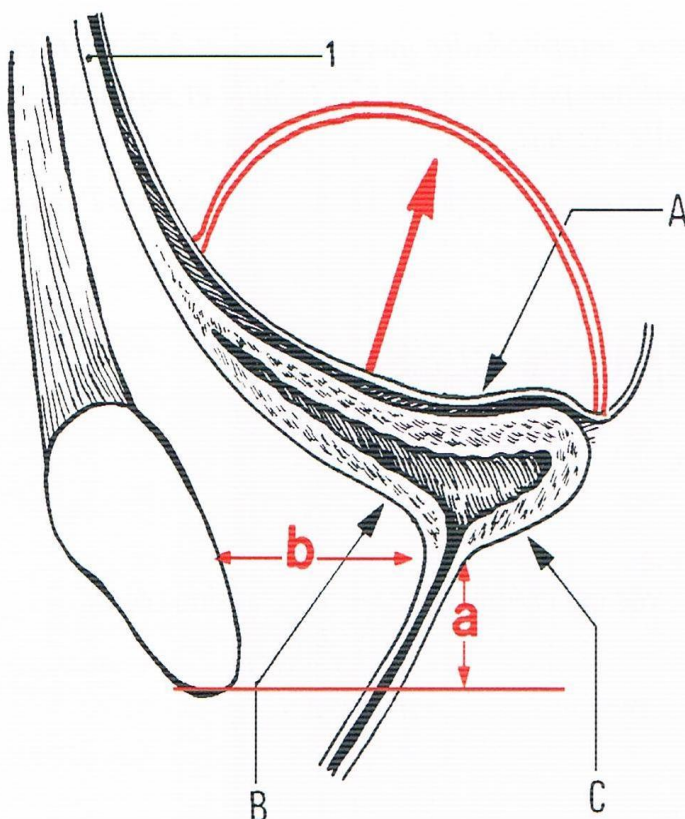
Quand elle est distendue, elle est de forme ovoïde et fait saillie dans l'abdomen.



La vessie est située, entièrement dans la cavité pelvienne derrière le pubis qui la protège.



La vessie est située dans la région sous-péritonéale



La vessie – en rouge : vessie pleine

1 – l'ouraque

A – face supérieure

B – face inféro-latérale

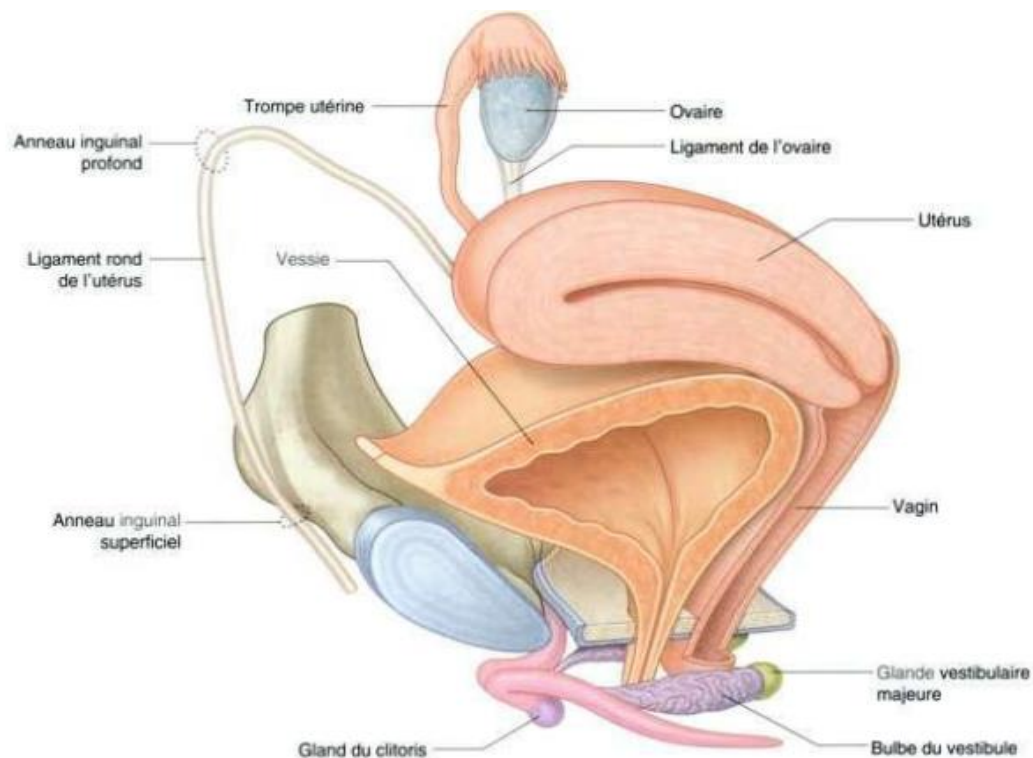
C – base

a – 20 mm chez l'homme et 10 mm chez la femme

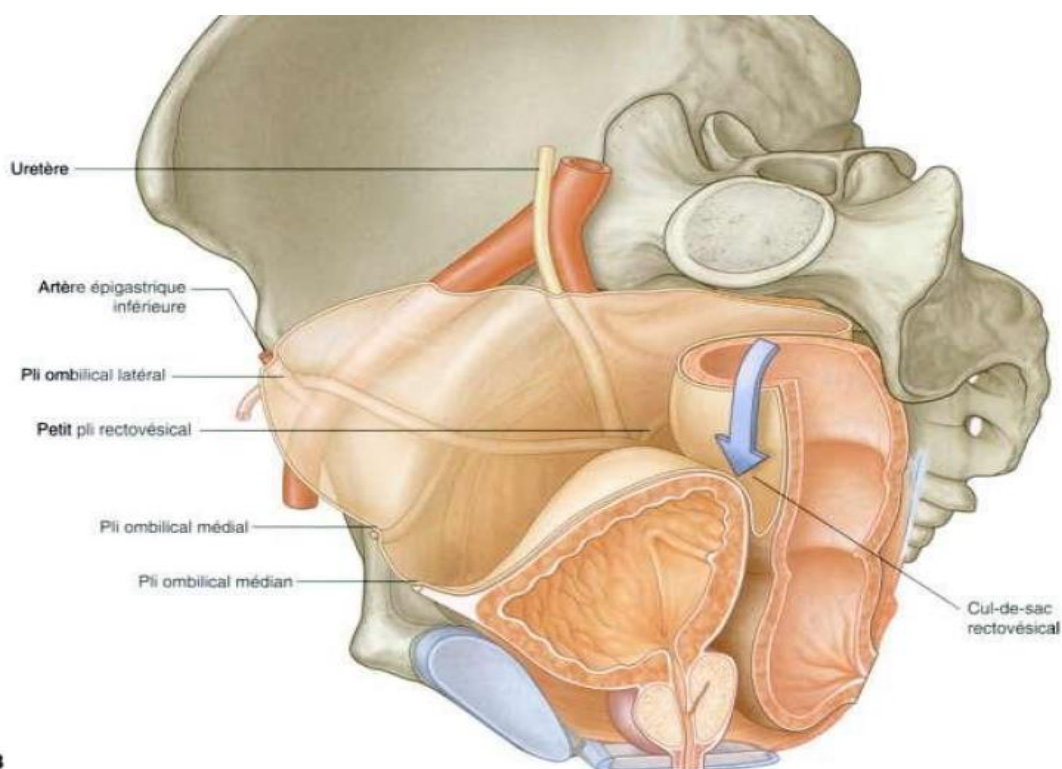
b – 20/30 mm

La vessie quand elle est distendue, est de forme ovoïde et fait saillie dans l'abdomen.

Chez la femme, la vessie est en avant de l'utérus et du vagin, et au-dessus du diaphragme pelvien.



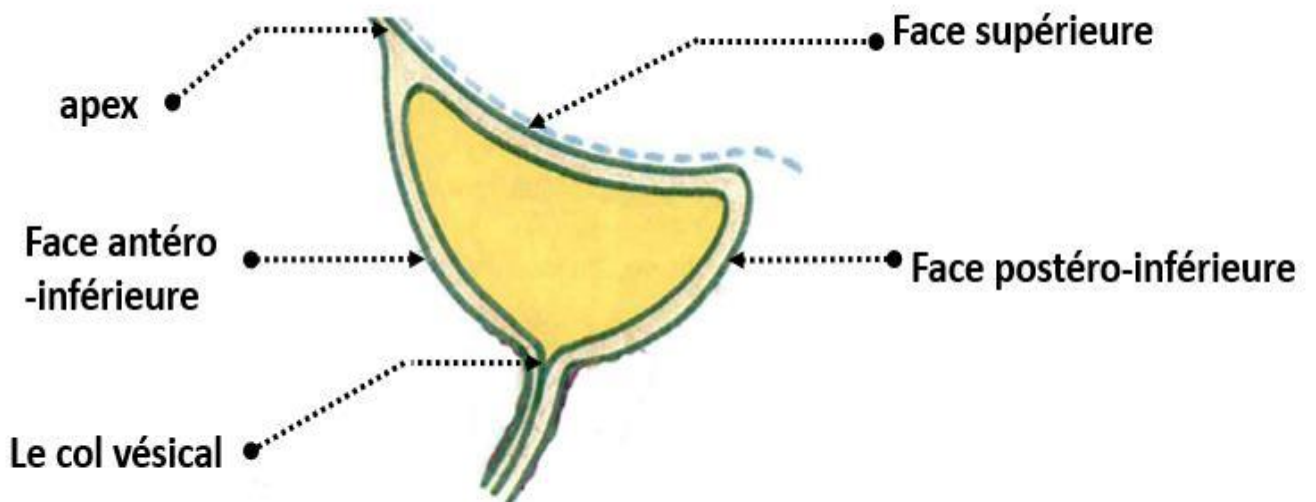
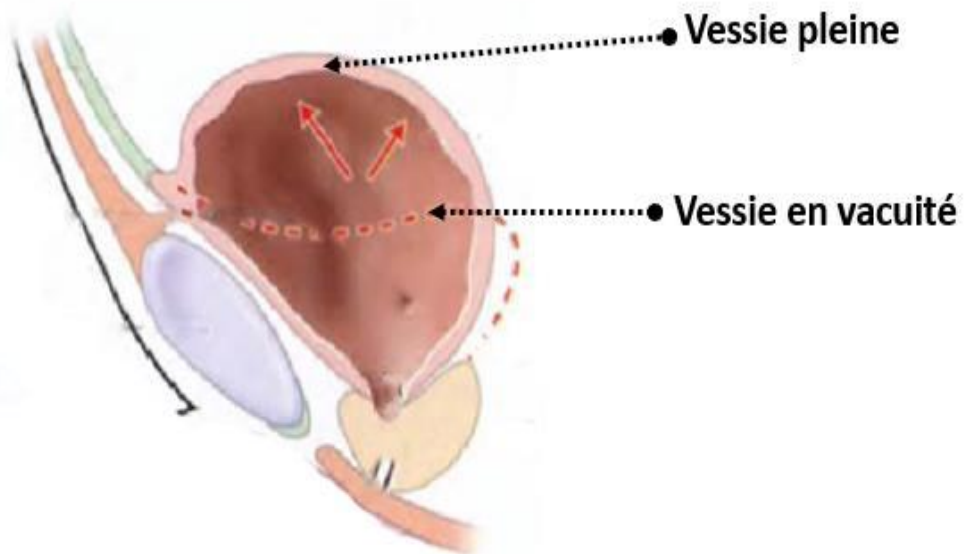
Chez l'homme, la vessie est en avant des vésicules séminales et du rectum et au-dessus de la prostate.



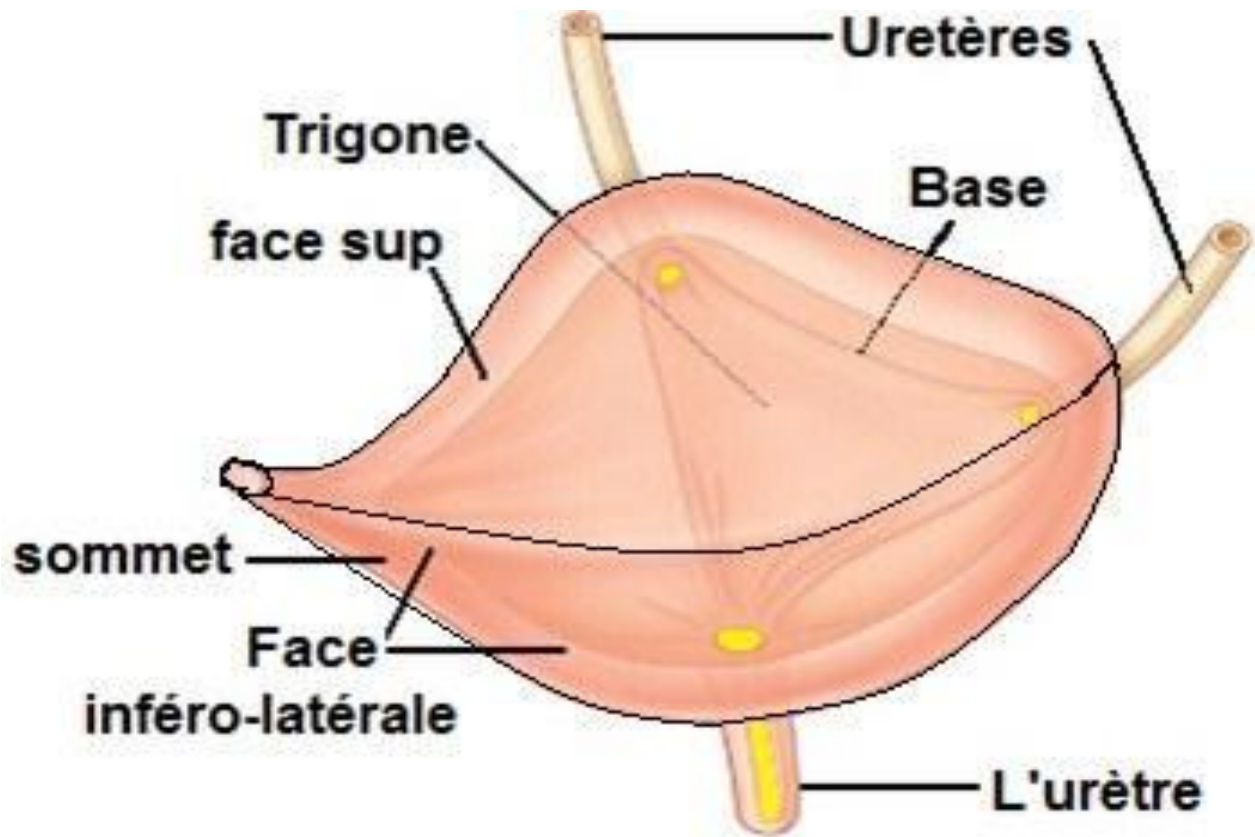
Configuration externe

la vessie est piriforme et présente un corps globuleux à l'état de réplétion et aplati à l'état de vacuité, Il présente :

- une face supérieure et deux faces inféro-latérales.
- un apex antérieur ou sommet.
- un fundus postérieur ou face inféro-postérieure (ou base).
- un col se continuant par l'urètre.



VUE LATÉRALE MONTRANT LA FORME DE LA VESSIE



La vessie est de forme piriforme

DIMENSIONS - CAPACITÉ

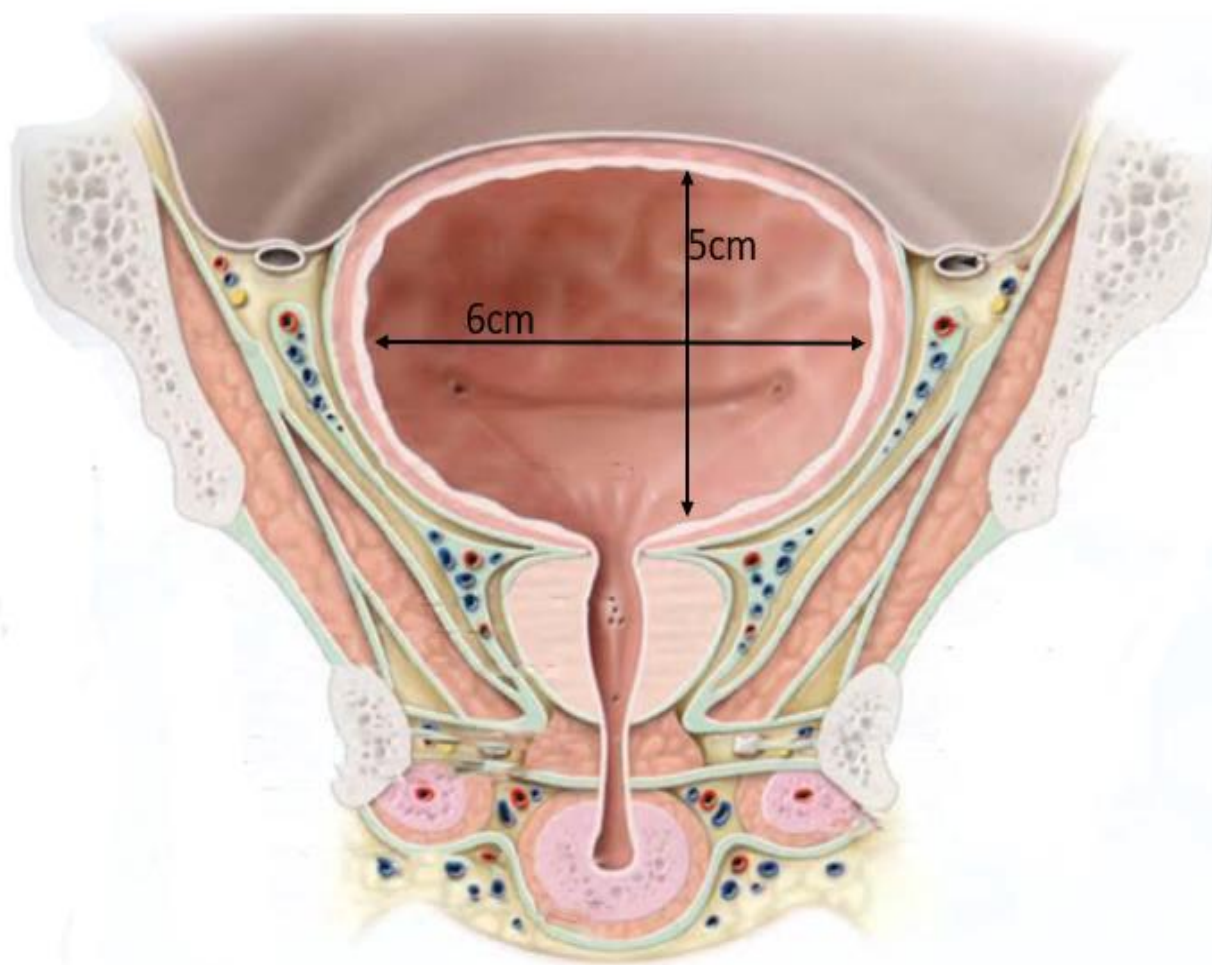
Sa capacité est très variable, **plus grande chez la femme** que chez l'homme.

-Vide, elle mesure environ **5 cm** de hauteur, **6 cm** de largeur et **7cm** de longueur antéro postérieure.

-Pleine, la vessie double ses dimensions.

Chez l'adulte, La capacité anatomique maximale est de **2 à 3 litres** en cas de **globe vésical**.

La capacité physiologique est d'environ **150 ml** pour le premier besoin d'uriner et de **300 ml** pour le besoin normal.



COUPE TRANSVERSALE MONTRANT LES DIMENSIONS DE LA VESSIE

Configuration interne

Régulière et lisse chez l'enfant, la paroi intérieure présente chez l'adulte des saillies qui s'accroissent avec l'âge, pour donner chez le sujet âgé des colonnes qui s'anastomosent entre elles.

La base présente 3 orifices :

1. L'orifice urétral : antérieur et médian, au niveau du col de la vessie, entouré d'un bourrelet dû à la présence du sphincter interne.

2. Les orifices des uretères : latéraux, en forme de fentes quand la vessie est pleine, ils sont placés à **25mm** l'un de l'autre et à **30mm** de l'orifice urétral.

Les 3 orifices sont situés aux angles d'un triangle, **le triangle ou trigone de Lieutaud**. Le bord du triangle entre les 2 orifices urétéraux est un bourrelet soulevé par la présence d'un faisceau musculaire, le muscle inter urétéral. La partie située en arrière du bourrelet inter urétéral, c'est le bas fond ou l'arrière fond de la vessie.

Le trigone vésical

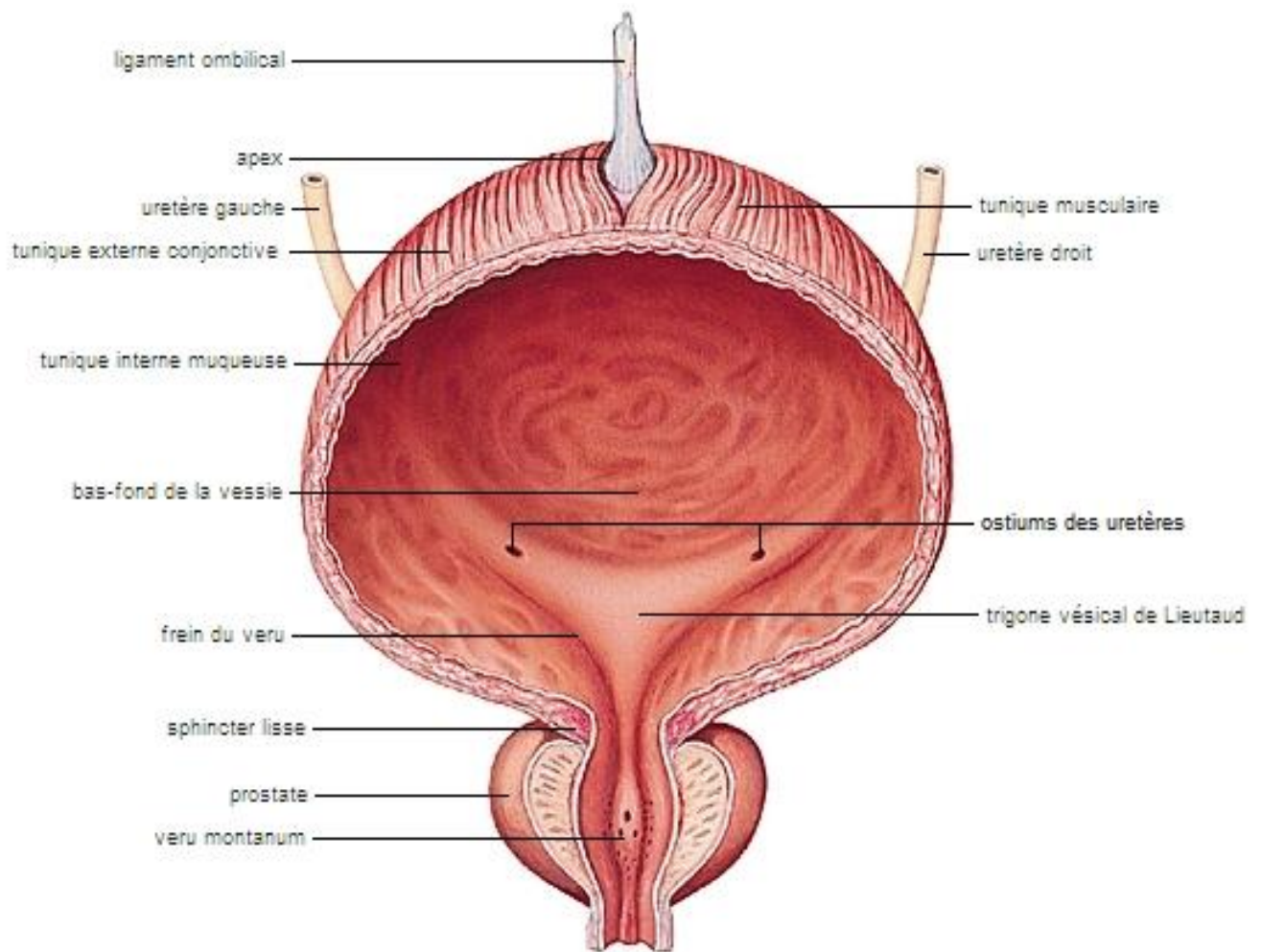
Il constitue, par la prédominance habituelle des lésions à son niveau, la zone pathologique de la vessie.

La fosse rétro-trigonale ou bas fond de la vessie

Située derrière le trigone, sa profondeur s'accroît avec l'âge.

Dans ce cul-de-sac peuvent se loger des calculs ou une petite quantité d'urine post-mictionnelle.

-Vide, l'épaisseur de la paroi vésicale est de **8 à 15 mm**, pleine, elle n'est plus que de **2 à 5 mm**.



Vessie ouverte montrant le trigone vésicale

La vessie est formée de 3 tuniques :

1-LA TUNIQUE EXTERNE

Comprend un adventice et une séreuse.

L'adventice ou fascia vésical, est une tunique conjonctive qui est inexistante sur la face supérieure.

La séreuse, dépendante du **péritoine pelvien**, adhère à la face supérieure d'autant plus intimement qu'on se rapproche de l'apex vésical.

2-LA TUNIQUE MOYENNE OU DETRUSOR URINAE

Elle est constituée de myocytes lisses formant dans leur ensemble un muscle plexiforme et de tissu conjonctif représentant **57 %** de sa structure.

-Son augmentation (avec l'âge, l'infection chronique, la radiothérapie...) diminue la compliance de la vessie. La stratification en trois couches n'est apparente que près du col.

Est formée de 3 couches musculaires lisses concentriques :

- une couche superficielle de fibres longitudinales.

- une couche profonde plexiforme.

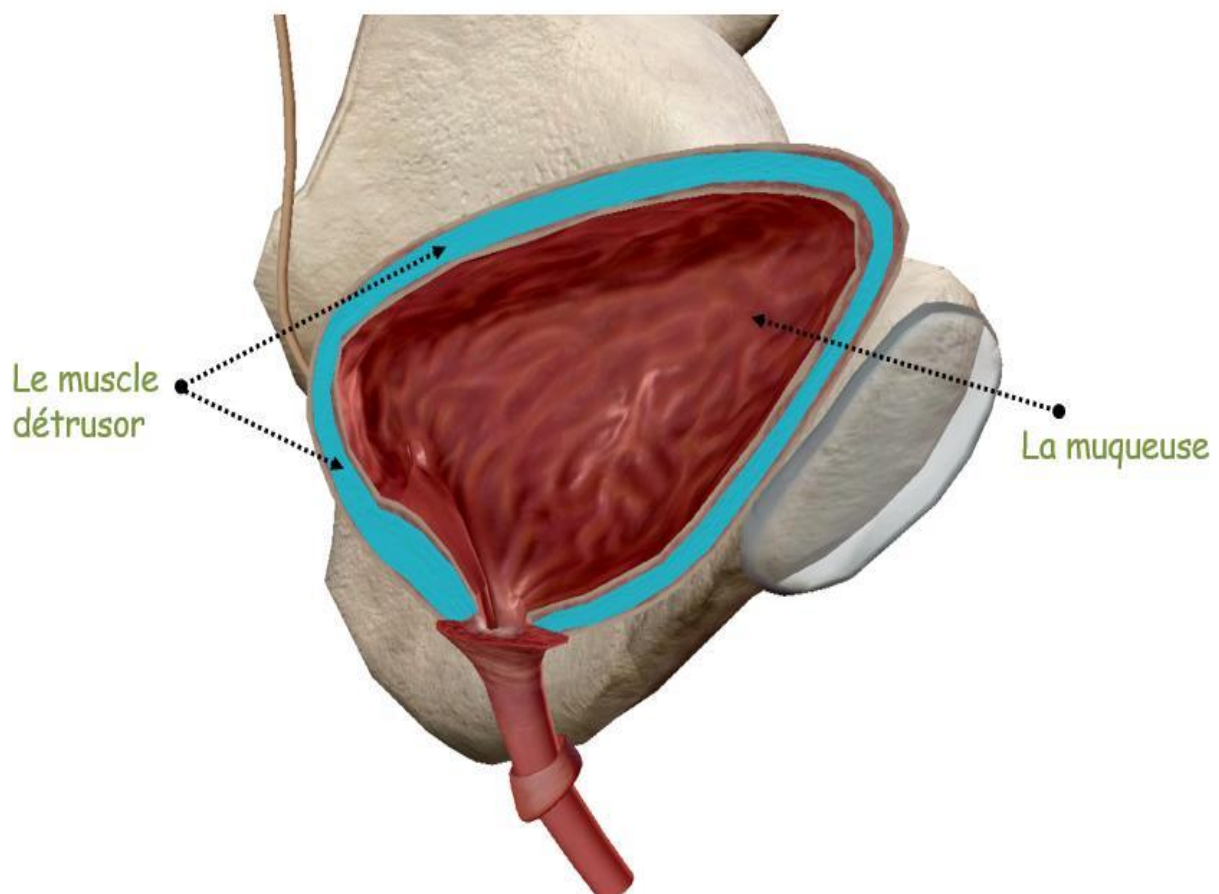
- Une couche moyenne, la plus importante car elle constitue au niveau du col un épaissement musculaire, **le sphincter lisse du col vésical** ou sphincter de l'urètre.

3-LA TUNIQUE INTERNE

Elle présente des plis de vacuité qui s'effacent par la distension. Elle est constituée d'un épithélium, **l'urothélium**, reposant sur une lamina propria.

LE COL VÉSICAL

Région de transition entre la vessie et l'urètre, le col vésical présente un système de constriction et un système de dilatation.



VUE LATÉRALE MONTRANT LA CONFIGURATION INTERNE DE LA VESSIE

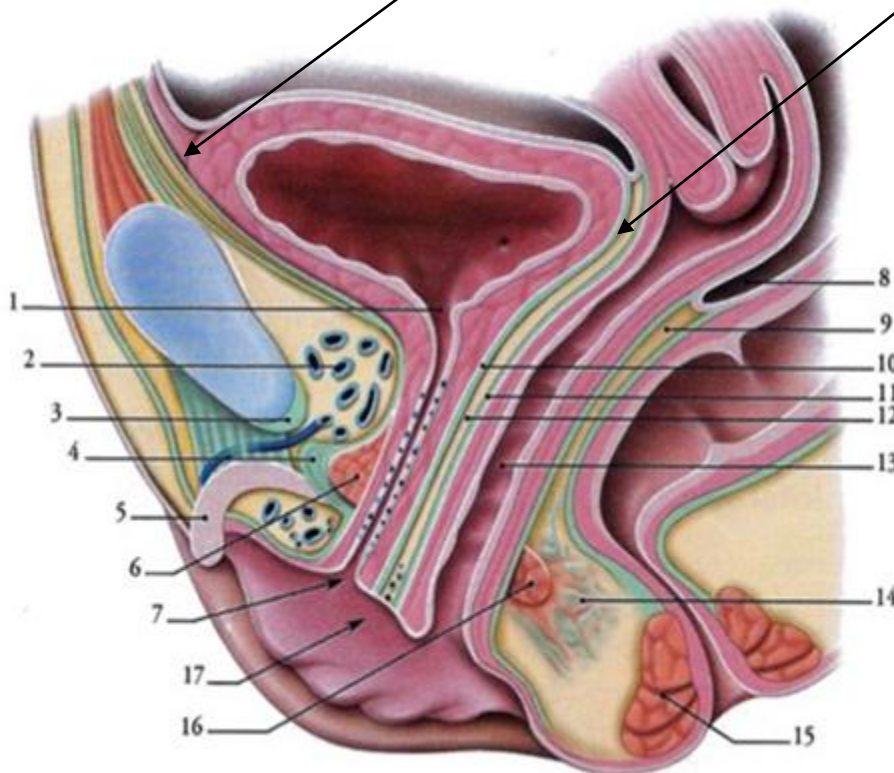
MOYENS DE FIXITÉ

La vessie est bien maintenue, à l'exception de sa face supérieure qui est libre et permet sa distension. Par des fascias, des ligaments, le diaphragme pelvien et le périnée.

1. Le fascia vésical ou tunique adventice :

Il recouvre les faces inféro-latérales et le fundus de la Vessie

Il comprend deux parties : le **fascia ombilico-prévésical**, le **fascia rétro-vésical**



3. Les ligaments :

a. Le ligament ombilical médian :

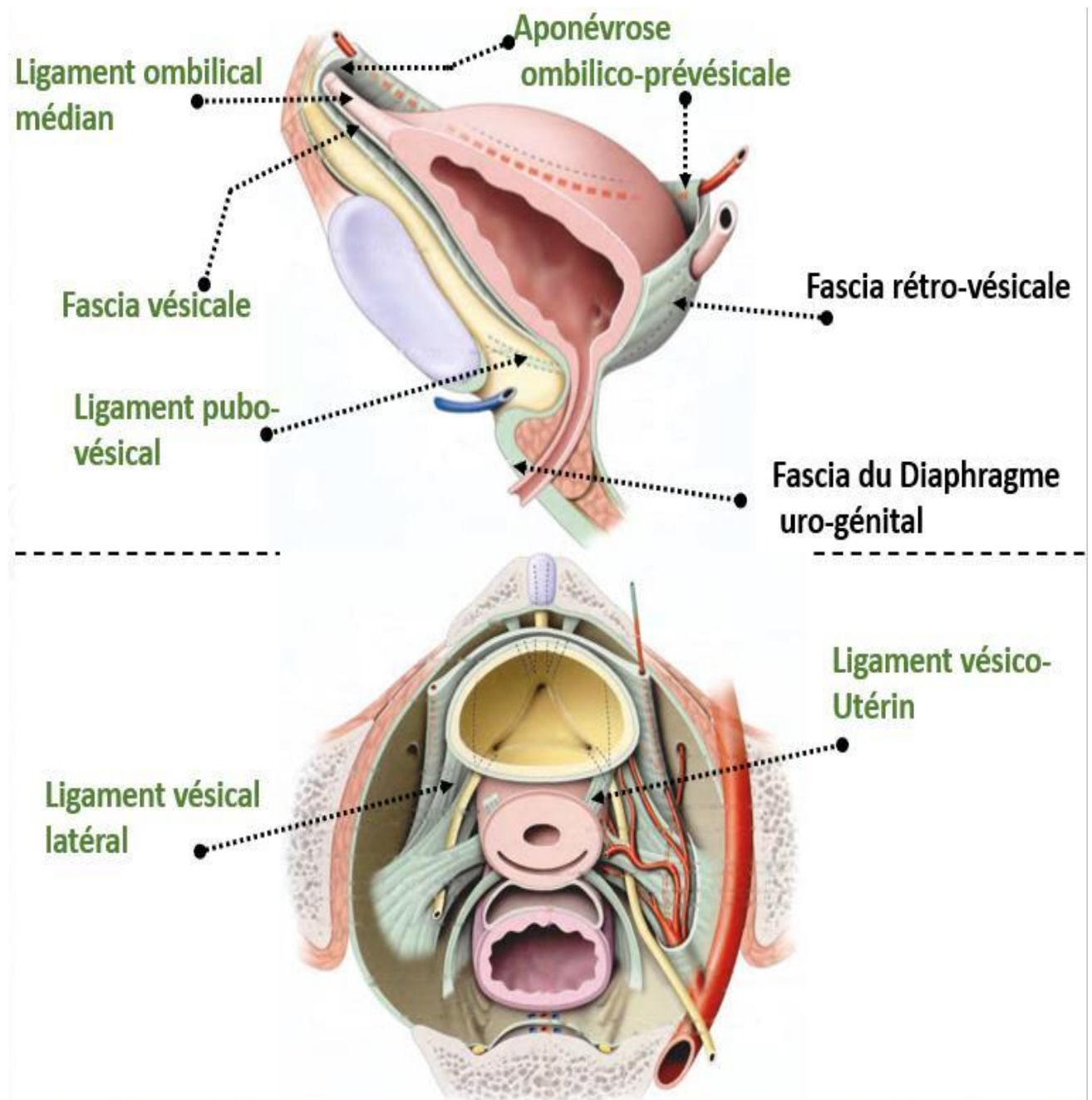
Vestige de l'ouraque, il est tendu de l'apex vésical à l'anneau ombilical

b. Les ligaments vésicaux antérieurs

c. Les ligaments vésicaux latéraux

d. Les ligaments génitaux sacraux

e. Les ligaments vésicaux utérins : Chez la femme, sont tendus du fundus vésical à la partie supra vaginale du col utérin.



VUE LATÉRALE ET TRANSVERSALE MONTRANT LES MOYENS DE FIXITÉ

4. Le diaphragme pelvien et le périnée :

Ils constituent les moyens de fixité les plus importants.

a-Chez l'homme : le muscle pubo-prostatique et le Périnée maintiennent efficacement la prostate qui soutient la vessie.

b. Chez la femme : la vessie repose sur le vagin qui est Solidement soutenu au niveau de sa face postérieure par le muscle pubo-vaginal et le périnée.

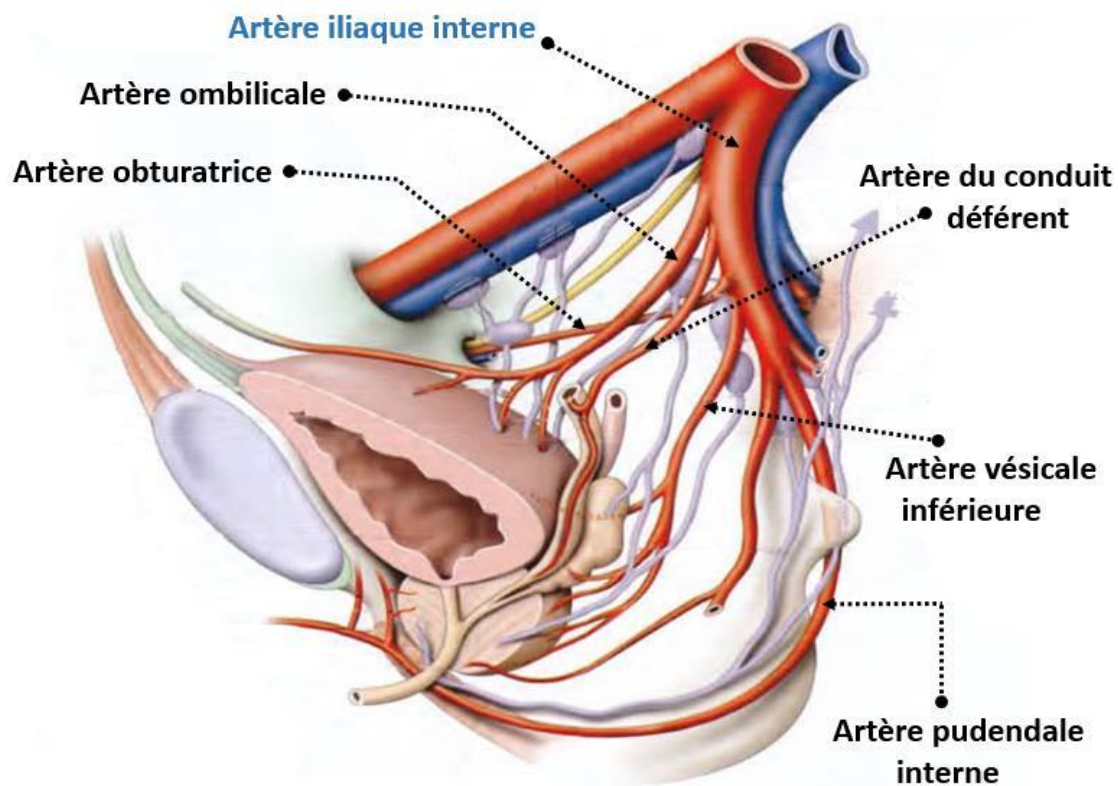


VASCULARISATION

-les artères

- Les artères antérieures sont fournies par l'artère pudendale interne et obturatrice.
- Les artères postérieures et inférieures sont fournies par l'artère vésicale inférieure et vésiculo-déférentielle.
- Les artères supérieures proviennent de l'artère ombilicale.

Toutes ces artères sont des branches de l'artère iliaque interne.



VUE LATÉRALE MONTRANT LES ARTÈRES DE LA VESSIE

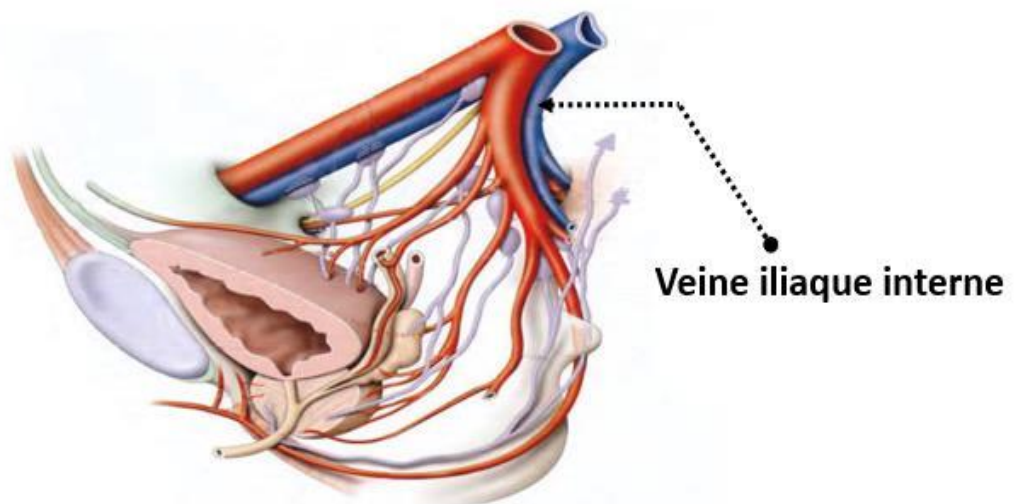
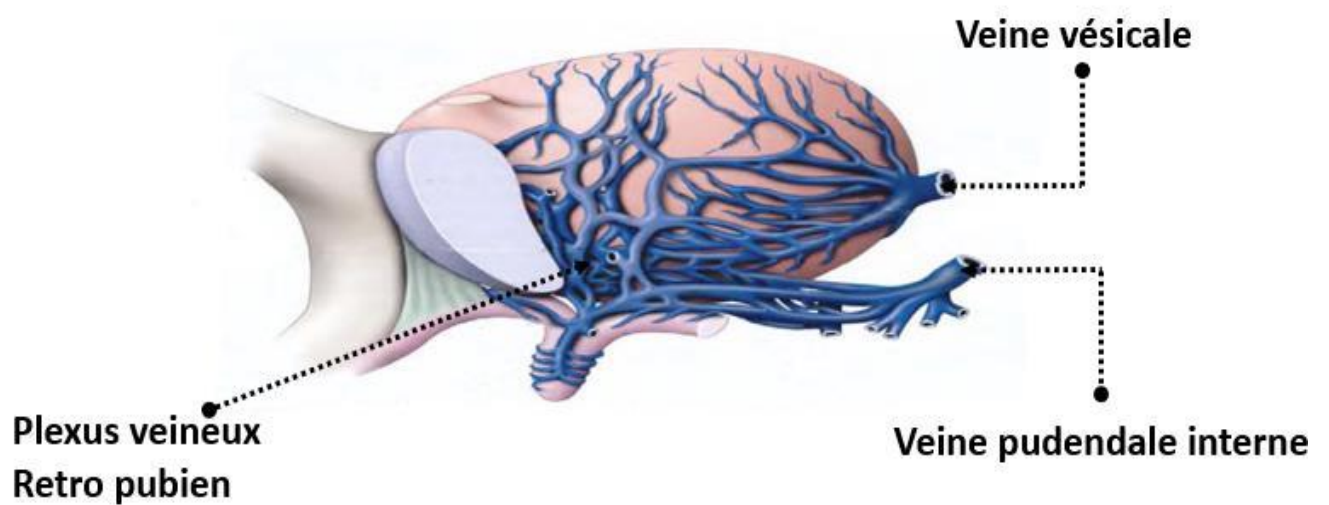
-Les veines :

Très nombreuses, elles s'anastomosent entre elles et avec celles des organes de voisinage.

-Les veines des parois vésicales se jettent dans un réseau périvésical qui rejoint :

-En avant le plexus rétro pubien qui se draine lui-même dans les veines pudendales internes.

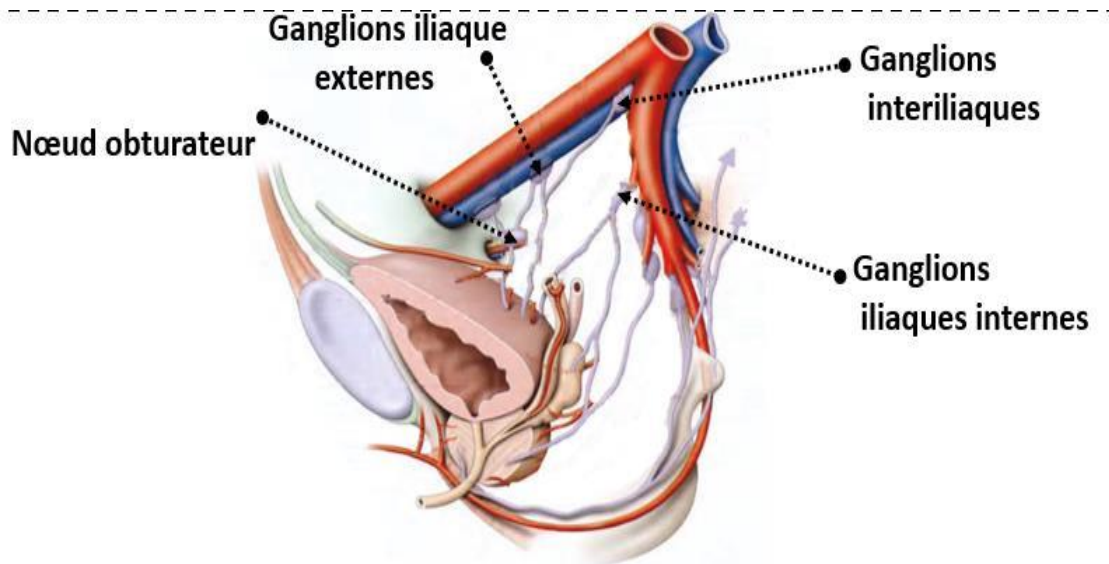
-Latéralement, les plexus vésicaux se drainent par les veines vésicales dans les veines iliaques internes.



VUE LATÉRALE MONTRANT LE DRAINAGE VEINEUX DE LA VESSIE

Les lymphatiques :

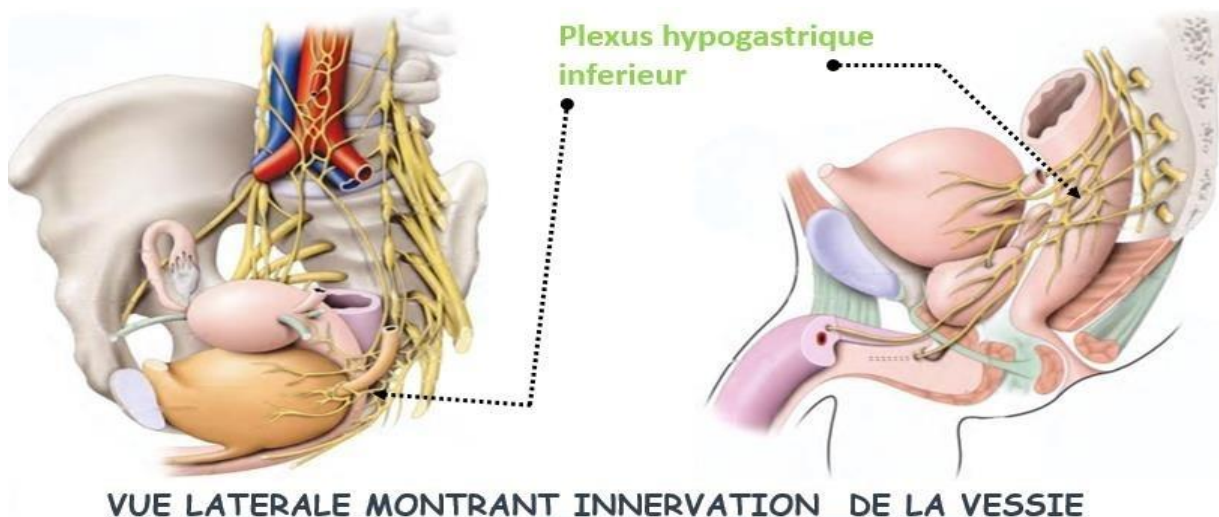
- Les lymphatiques des faces supérieure et antéro-inférieure aboutissent aux ganglions iliaques externes.
- Les lymphatiques de la face postéro-inférieure vont aux ganglions hypogastriques (iliaques internes).



VUE LATÉRALE MONTRANT LES LYMPHATIQUES DE LA VESSIE

Les nerfs :

- Assurée par le plexus hypogastrique, plus précisément le plexus hypogastrique inférieur.
- Proviennent aussi des branches antérieures du 3^{em} et 4^{em} nerf sacré pour le control volontaire de la miction.



VUE LATÉRALE MONTRANT INNERVATION DE LA VESSIE

ANATOMIE FONCTIONNELLE DE LA MICTION

La miction relève de la synergie fonctionnelle de la vessie et de l'urètre. L'absence de coordination de ces deux organes est responsable de nombreux troubles urinaires : **instabilité vésicale, incontinence, rétention et dysurie.**

DYNAMIQUE VÉSICO-URÉTRALE

1. La phase de réplétion

Au cours de cette phase, la pression vésicale reste basse.

Simultanément, la pression cervico-urétrale s'élève sous l'activité du tonus cervical et du sphincter urétral. Chez la femme, une force d'occlusion additionnelle peut être représentée par les pressions abdominales réparties dans les fosses pelviennes et transmises à l'urètre. En fait, ces pressions déclenchent un réflexe musculo-musculaire entraînant la contraction du sphincter urétral.

2. La phase mictionnelle

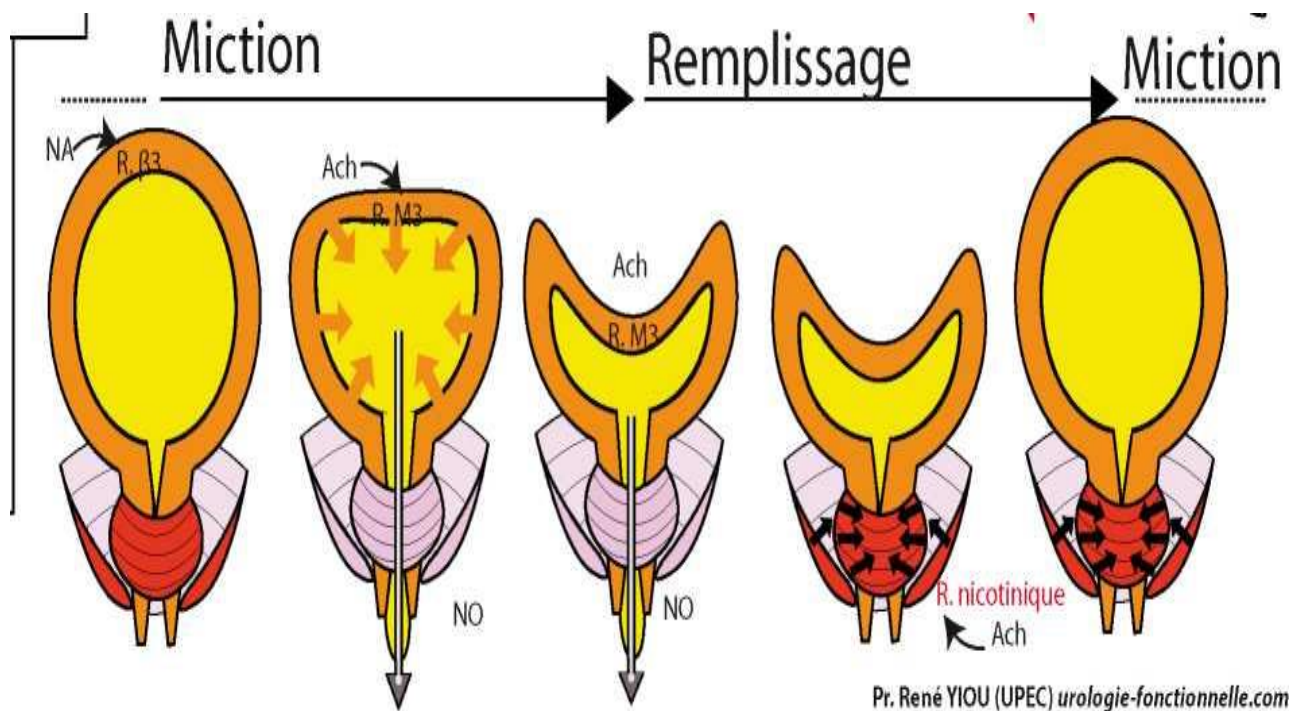
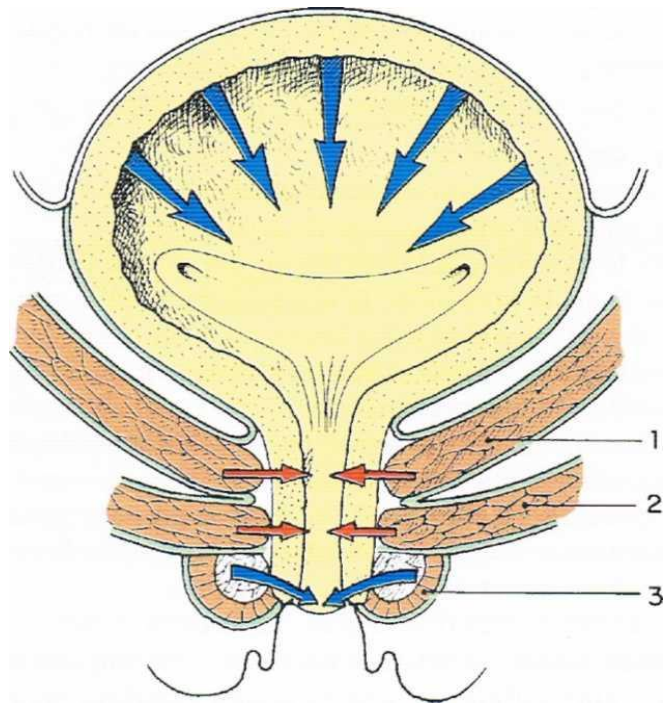
Durant cette phase, le gradient de pression de la première phase s'inverse. Elle est caractérisée par :

- L'effondrement des tensions cervicale et urétrale avec infundibulisation du trigone et du col, sous l'effet de la contraction des fibres longitudinales.
- Et l'augmentation de la pression vésicale sous l'action de la contraction du détrusor. Des forces additionnelles sont représentées par l'augmentation de la pression abdominale. La contraction des muscles bulbo-caverneux expulse l'urine restant dans l'urètre distal. La compliance urétrale est un facteur important de régulation du flux urinaire.

3. L'interruption du flux urinaire

Il relève de la contraction phasique du sphincter de l'urètre et de l'inhibition de la contraction du détrusor. Les muscles élévateurs de l'anus participent à cette interruption au cours des efforts importants (toux, éternuements...). C'est une force occlusive additionnelle.

Forces d'expulsion (en bleu) et de retenue (en rouge) chez la femme

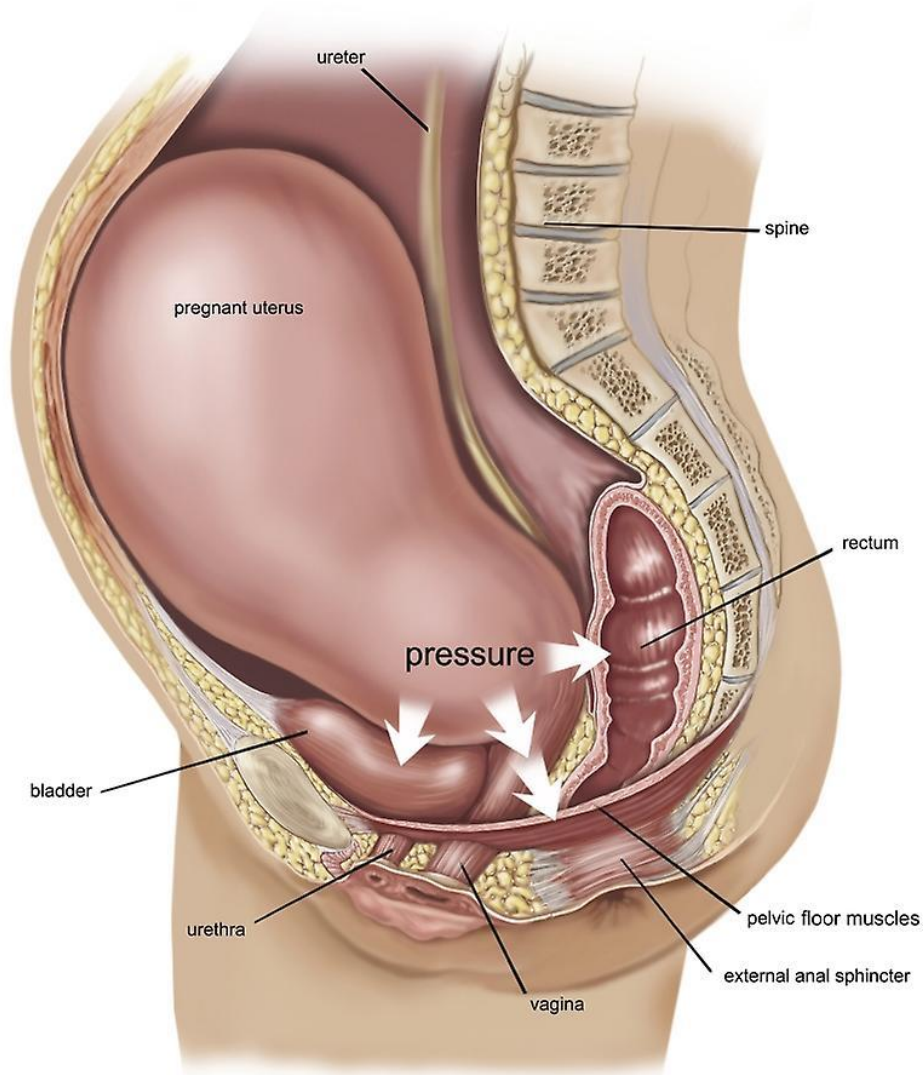


L'appareil vésico-sphinctérien a deux fonctions opposées:

- Réservoir, assurant la continence en permanence.
- Miction, qui est une expulsion de l'urine volontaire, rapide et complète.

Vessie et grossesse

L'envie fréquente d'uriner est causée par la pression que l'utérus exerce sur la vessie et par l'augmentation du flux sanguin qui oblige les reins à traiter une plus grande quantité de liquide. Ce désagrément disparaît durant le **2e trimestre** et se manifeste de nouveau vers **la fin du 3e trimestre**, lorsque le bébé descend dans le bassin et appuie sur la vessie. **À la fin de la grossesse, l'envie plus fréquente d'uriner est un signe que l'accouchement approche.**



La cystocèle

Plus connue sous le nom de descente de vessie, la cystocèle est une pathologie fréquente qui toucherait près d'une femme sur trois après la ménopause. Mais malgré cette forte prévalence, cette affection reste très taboue, et nombreuses sont les femmes qui n'osent en parler en consultation.

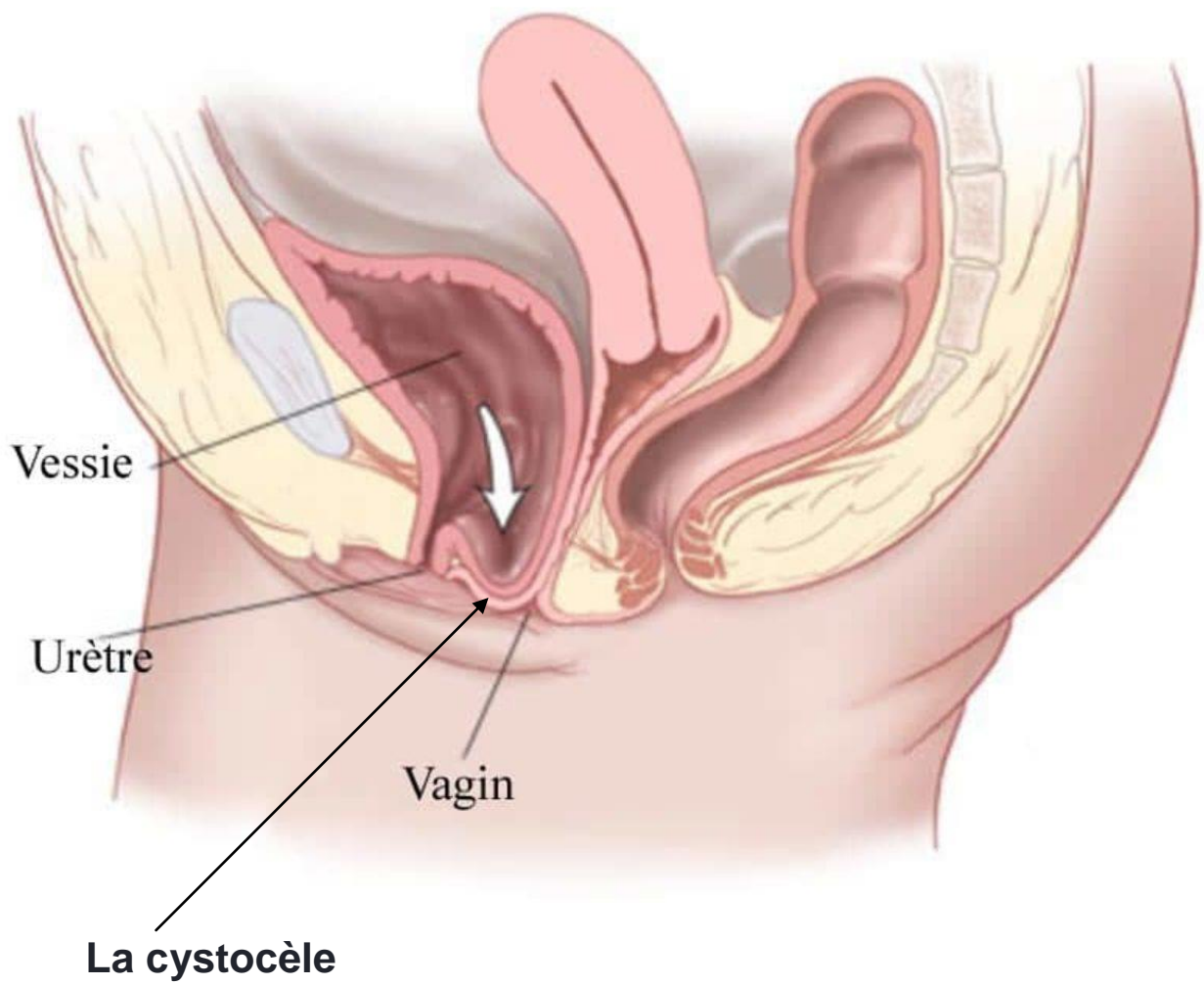
La cystocèle correspond à une descente de vessie dans le vagin, liée à un affaiblissement anormal du périnée. "En termes médicaux, c'est le prolapsus de la paroi vaginale antérieure contenant la vessie, qui se traduit par une extériorisation de la vessie par le vagin, à un degré plus ou moins important".

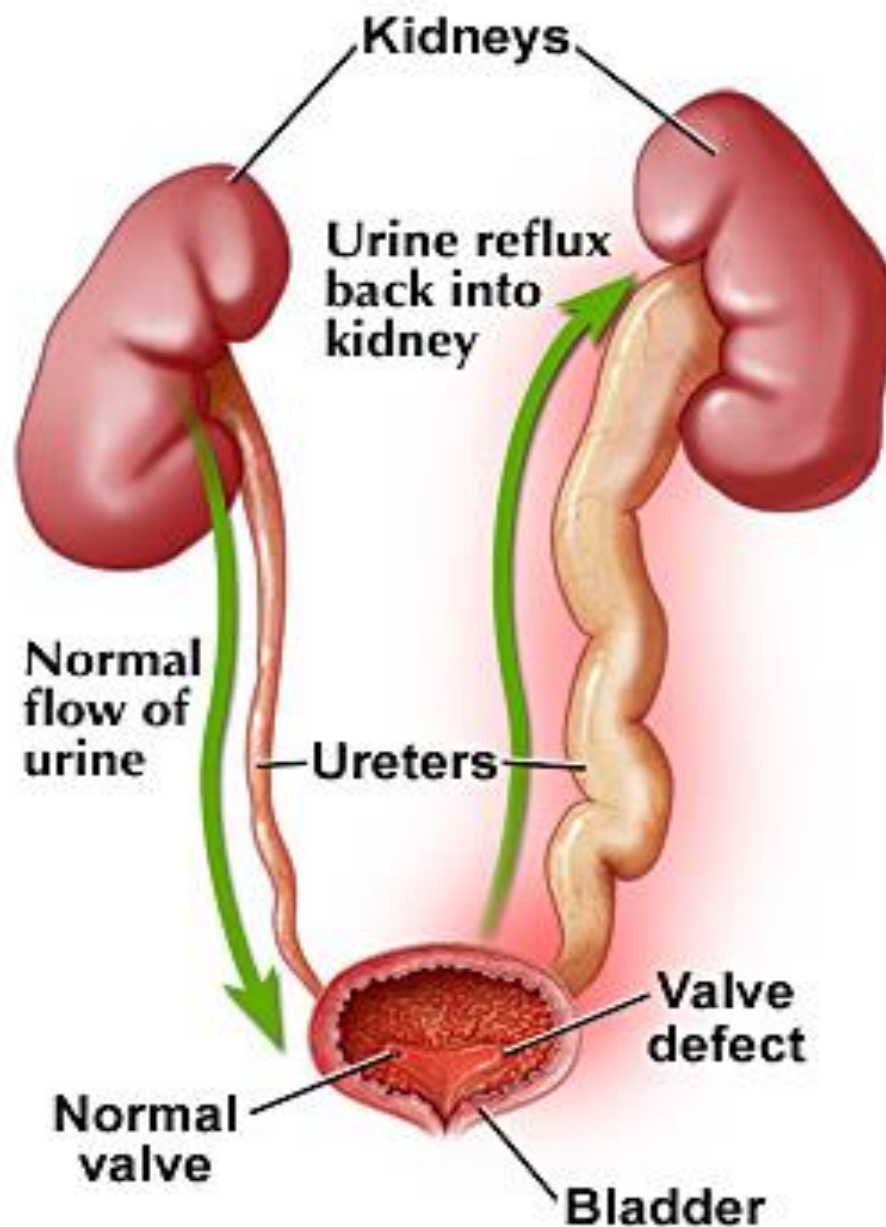
Il existe plusieurs stades de cystocèle :

- **Le stade 1** est le plus léger : la vessie reste dans le vagin.
- **Le stade 2** : la vessie affleure la vulve mais ne dépasse pas.
- **Le stade 3** : la vessie dépasse l'orifice vulvaire.
- **Le stade 4** le plus sévère : le prolapsus est totalement extériorisé.
- La cystocèle est principalement d'origine mécanique, et est due à un relâchement du périnée qui peut avoir plusieurs causes :

Les antécédents grossesses et d'accouchements : multiples, bébé de poids de naissance élevés, absence de rééducation en post partum ...

- Traumatismes lors de l'accouchement.
- Âge de la patiente.
- La ménopause et les changements hormonaux.
- L'obésité et le surpoids, qui augmentent la pression dans le ventre.
- La constipation chronique.
- La toux chronique.





La souffrance de la vessie retentit souvent, non seulement sur les uretères et sur les reins, mais aussi sur l'urètre.

TUMEUR INFILTRANT
LE MUSCLE VESICAL

VESSIE

TUMEUR
N'INFILTRANT PAS
LE MUSCLE

TUMEUR INFILTRANT
LE MUSCLE VESICAL
ET LA PROSTATE

PROSTATE

URETRE

