

## FISTULE VESICO-CUTANEE PAR PLAIE PENETRANTE DE LA REGION GLUTEALE PAR ARME BLANCHE ASSOCIEE A UNE LESION DU NERF SCIATIQUE. A PROPOS D'UN CAS

M. JALLOH, I. LABOU, A. DIOP, L. NIANG, F. TRIGUI, P. SENE ET S.M. GUEYE  
Service d'Urologie et d'Andrologie et Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Général Grand Yoff, Dakar, Sénégal

### INTRODUCTION

Les blessures de la vessie par plaie pénétrante de la région glutéale sont rares eu égard à la pauvreté de la littérature sur ce sujet. Cependant, certaines ont pu être méconnues ou non rapportées.

Elles posent un problème diagnostique qui repose essentiellement sur l'imagerie.

Leur pronostic, bon malgré le caractère spectaculaire du mécanisme lésionnel, repose sur un drainage continué de la vessie par sonde à demeure.

L'objectif de ce travail était de rapporter un cas de traumatisme de la vessie par plaie pénétrante de la région glutéale associée à une lésion du nerf sciatique.

### OBSERVATION

ML. est un patient de sexe masculin âgé de 16 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui au cours d'une agression nocturne a reçu un coup de poignard sur la région glutéale gauche. Ce traumatisme avait occasionné une hémorragie minime, une boiterie et des crampes au membre inférieur gauche. Il avait consulté la même nuit dans un centre de santé où il avait bénéficié d'une sérothérapie antitétanique, d'un débridement de la plaie et d'une suture cutanée. Cependant, dès le lendemain, il remarqua un écoulement abondant par la plaie fait de liquide d'abord rougeâtre puis clair accompagné d'une absence de miction sans envie d'uriner.

Au bout de 4 jours, devant la persistance de la symptomatologie, il est venu consulter au service des Urgences de l'Hôpital Général de Grand Yoff. L'interrogatoire avait trouvé une

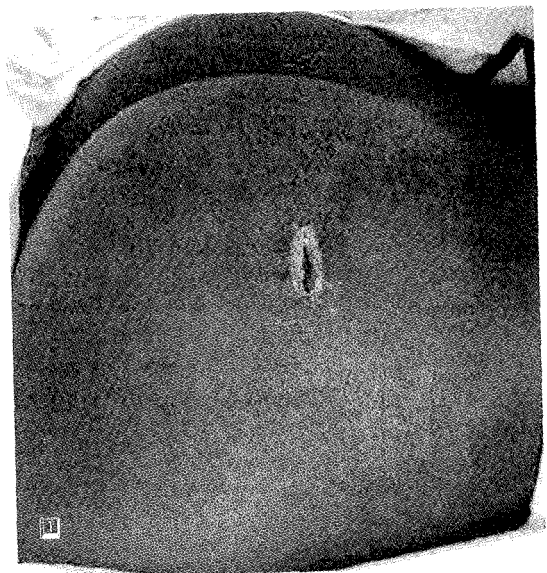


Fig. 1: Plaie de la zone haute de la région glutéale

absence de besoin mictionnel, avec des selles normales. L'examen physique avait trouvé une plaie linéaire de 3 centimètres déjà suturée et située à la partie supérieure de la région glutéale gauche (Fig. 1) selon la classification de Mercer<sup>1</sup> et dont la pression laissait couler du liquide clair. L'ablation des points de suture avait mis en évidence une plaie profonde avec présence de caillots de sang. Le toucher rectal était normal. L'examen neurologique avait noté un équinisme du membre inférieur gauche associé à une hyper réflexivité ostéo-tendineuse rotulienne et une hypoesthésie cutanée de la cuisse et de la jambe prédominant au niveau du territoire du sciatique poplité externe.

L'urographie intraveineuse avait montré une fuite du produit de contraste à la face postéro latérale de la vessie avec un trajet fistulaire vers la peau (Fig. 2).

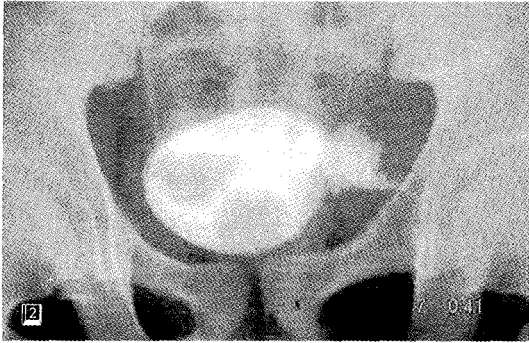


Fig. 2: Urographie intra vésicale montrant une fuite du produit de contraste de la vessie et trajet fistulaire

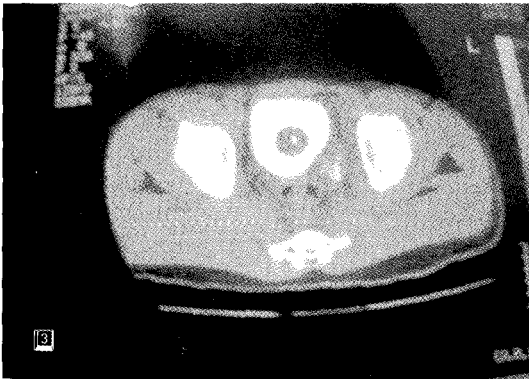


Fig. 3: Tomodensitométrie montrant une plaie du muscle grand fessier et le trajet d'une fistule vésicale postéro-latérale gauche

La tomodensitométrie avait montré une plaie du muscle grand fessier et a objectivé le trajet d'une fistule vésicale postéro-latérale gauche (Fig. 3).

L'électromyographie avait montré une neuropathie axonale multiple des nerfs sciatiques poplités externe et interne gauches prédominant au nerf sciatique poplité externe.

Le diagnostic de fistule vésico-cutanée avec plaie du nerf sciatique avait été posé. Le patient a été hospitalisé et a bénéficié en urgence de la mise en place d'une sonde vésicale de Foley 18 Charrière et d'un parage de la plaie associée à une antibiothérapie. La lésion neurologique avait fait l'objet d'abstention chirurgicale.

L'évolution avait été marquée par la persistance de l'écoulement au niveau de la plaie

pendant 2 jours puis par une suppuration de la plaie notée au 11<sup>ème</sup> jour et ayant bénéficié d'un débridement. La cicatrisation de la plaie a été obtenue au 19<sup>ème</sup> jour et l'ablation de la sonde avait été réalisée au 21<sup>ème</sup> jour.

Il persistait cependant les crampes musculaires et le déficit sensitif et moteur du membre inférieur qui est pris en charge parallèlement en Neurochirurgie.

## COMMENTAIRES

Nous rapportons un cas rare de plaie de la région glutéale par arme blanche associée à une lésion de la vessie et du nerf sciatique. En effet nous n'avons pas trouvé dans la littérature un tel bilan lésionnel, en particulier une atteinte vésicale par ce mécanisme contondant sur la région glutéale. Toutefois, si la plaie pénétrante de la région glutéale est fréquente selon Feigenberg<sup>2</sup> et la lésion du nerf sciatique courante<sup>3,4</sup>, la plaie de la vessie dans ce contexte est exceptionnelle.

La prédominance masculine a été trouvée par d'autres auteurs<sup>4-6</sup>. L'âge adolescent de notre patient coïncide avec l'affirmation de la personnalité de l'individu et la quête d'autorité, ce qui expose à la violence urbaine. Cet âge est retrouvé dans certaines études dont celle de Dovlatian<sup>5</sup>.

Nous avons utilisé la classification de Mercer<sup>1</sup> des plaies pénétrantes de la région glutéale qui distingue 2 zones glutéales : une zone haute et une zone basse selon que la porte d'entrée est au dessus ou en dessous d'une ligne joignant les deux grands trochanters. Notre patient présente une plaie pénétrante de la région glutéale haute entraînant une lésion nerveuse et vésicale. Ces lésions sont en effet plus fréquentes lorsque la porte d'entrée est au niveau de la zone glutéale haute comme le montre le travail de Markin et col<sup>6</sup>.

Chez ce patient, il n'a pas été constaté de lésion vasculaire ou rectale.

Notre patient qui était stable sur le plan hémodynamique, n'avait pas bénéficié d'exploration chirurgicale, sa lésion neurologique a bénéficié d'un traitement conservateur contrairement à la majorité des patients de l'étude de Huang<sup>3</sup> qui a obtenu un taux de récupération neurologique de 56,95%.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mercer DW, Buckman RF Jr, Sood R, Kerr TM, Gelman J. Anatomic considerations in penetrating gluteal wounds. *Arch Surg* 1992, 127:407.
2. Feigenberg Z, Ben-Baruch D, Barak R, Zer M. Penetrating stab wound of the gluteus – a potentially life-threatening injury: case reports. *J Trauma* 1992, 33:776.
3. Huang Y, Yan Q, Lei W. Gluteal sciatic nerve injury and its treatment. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 2000, 14:83.
4. Susmallian S, Ezri T, Elis M, Dayan K, Charuzi I, Muggia-Sullam M. Gluteal stab wound is a frequent and potentially dangerous injury. *Injury* 2005, 36:148.
5. Dovlatian AA, Cherkasov luV. Injuries of the urogenital system. *Urologija* 2003, 4:52.
6. Makrin V, Sorene ED, Soffer D, Weinbroum A, Oron D, Kluger Y. Stab wounds to the gluteal region: A management strategy. *J Trauma* 2001, 50:707.

Tirés-à-part:

Dr. Mohamed JALLOH  
Service d'Urologie et d'Andrologie  
Hôpital Général Grand Yoff  
BP 3270 Dakar  
Sénégal

[jmohamed60@yahoo.fr](mailto:jmohamed60@yahoo.fr)