

Cas Clinique **Corps étrangers de vessie (A propos de 4 cas)**

**A. Elhams, M. Kabbaj, T. Karmouni, K. Tazi, K. Elkhader,
A. Koutani, A.A. Ibn Attya et M.Hachimi**

Service d'Urologie « B », C.H.U.Ibn Sina, Rabat, Maroc

RESUME

Les corps étrangers de la vessie ont fait l'objet de nombreuses descriptions tant par leur nature que par leur circonstances d'introduction. Si leur présence relève souvent de pratiques douteuses dans un contexte psychiatrique, il faut également souligner la possibilité d'introduction accidentelle lors d'interventions transvésicales ainsi que la migration à partir des espaces périvésicaux lors d'une chirurgie de voisinage. Les auteurs rapportent quatre cas de corps étrangers intravésicaux différents: un textilome, un calcul formé à partir d'un fil non résorbable fixé à la paroi vésicale, une migration d'un matériel d'ostéosynthèse et une migration d'un dispositif intrautérin.

Mots clés : corps étranger, vessie

Correspondance: Dr. Aissam El Hams, Service d'Urologie «B», CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc
e-mail: aissam14275@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 2/4/2006

article accepté (après corrections): 24/9/2007

INTRODUCTION

La littérature dénombre de multiples cas de corps étrangers dans la vessie. Le plus souvent, ce sont des compresses calcifiées, posant des problèmes médicolegaux, et qu'il faut prévenir par un compte soigneux du nombre de compresses avant et après l'intervention. L'introduction peut être volontaire chez des sujets au psychisme fragile, accidentelle ou iatrogène, par exemple à l'occasion de cathétérismes.

Nous rapportons 4 observations de corps étrangers différents de la vessie.

OBSERVATIONS

Observation No. 1

Il s'agit d'un patient âgé de 21 ans admis pour sténose de l'urètre. Trois ans auparavant il a été opéré pour péritonite par perforation



Fig. 1: Patient 1: Calcul formé sur compresse négligée après taille vésicale.

d'ulcère bulbaire. Les suites opératoires ont été marquées par une rétention aiguë des urines (RAU) ayant nécessité un sondage vésical pendant 10 jours. Trois mois plus tard le patient a présenté un autre épisode de RAU résolu par un cathéter sus-pubien.

L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) a révélé une infection urinaire à

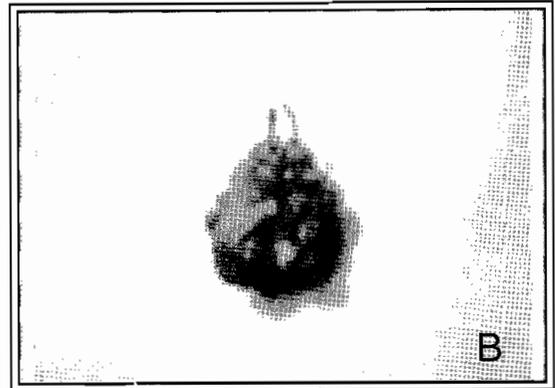
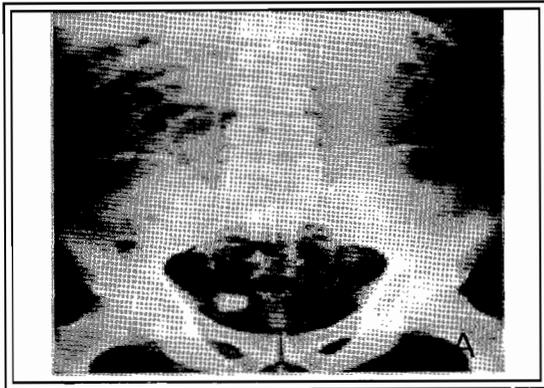


Fig. 2: Patient 2: A: ASP montrant une image radio-opaque se projetant sur la partie droite de l'aire vésicale. B: Calcul développé sur un fil non résorbable.

Klebsiella traitée par une fluoroquinolone. L'abdomen sans préparation (ASP) a montré une image calcifiée sur l'aire vésicale faisant évoquer un calcul de vessie. L'uréthrocystographie (UCG) a montré un faible passage vésical en amont d'une sténose courte de l'urètre bulbaire avec une image lacunaire de la base vésicale et un reflux vésico-urétéral droit passif de grade IV. L'uréthrocystoscopie a montré une sténose de l'urètre et un calcul de vessie adhérent à la muqueuse vésicale. La cystoscopie a permis d'éliminer une tumeur vésicale et a montré un calcul incrusté dans la paroi qui ne pouvait pas être traité par voie endoscopique.

Le patient a bénéficié d'une urétrotomie endoscopique et d'une taille vésicale qui a découvert un granulome inflammatoire rétro-trigonal avec un calcul formé sur un corps étranger adhérent à la muqueuse vésicale dont l'exérèse a révélé qu'il s'agissait d'une compresse (Fig. 1). Les suites ont été simples.

Observation No 2:

Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans avec des antécédents d'une hernie inguinale bilatérale traitée 6 ans auparavant.

Il a présenté des épisodes d'hématurie terminale, une pollakiurie et des brûlures mictionnelles sans dysurie.

L'échographie a montré une image hyper-échogène mais sans cône d'ombre postérieur, appendue au dôme vésical. L'ASP a objectivé une image radio-opaque se projetant sur la partie droite de l'aire vésicale (Fig. 2A). L'urétéro-cystoscopie a montré la présence d'une formation fixée à la paroi latérale droite de la vessie tandis que la muqueuse vésicale était d'aspect normal.

Une taille vésicale a été réalisée et a permis l'extraction du corps étranger. En effet, il s'agissait d'un calcul fait de filaments enchevêtrés, formé à partir du fil non résorbable utilisé pour la cure de l'hernie inguinale droite au cours de laquelle on avait pris accidentellement la corne vésicale droite (Fig. 2B) Les suites ont été simples.

Observation No 3:

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans qui était opéré à l'âge de 15 ans pour fracture du 1/3 supérieur du fémur droit par une broche.

A l'admission il présentait une hématurie, une pollakiurie et des brûlures mictionnelles.

L'ASP a montré une image calcifiée d'un matériel métallique se projetant sur l'aire vésicale (Fig. 3A). A l'échographie on a

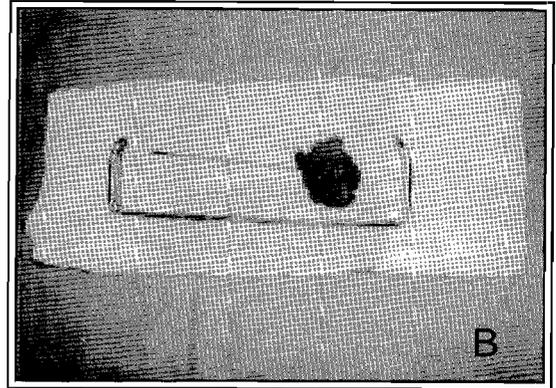


Fig. 3: Patient 3: A: Image calcifiée d'un matériel métallique se projetant sur l'aire vésicale. B: Calcul développé sur matériel d'ostéosynthèse.

trouvé une image hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur.

Une taille vésicale réalisée a permis l'extraction d'un calcul formé au dépens de la broche que le patient portait depuis l'âge de 15 ans. Il s'agit d'une migration exceptionnelle d'un matériel d'ostéosynthèse à partir du niveau de fracture vers le réservoir vésical (Fig. 3B). Les suites ont été simples.

Observation No 4 :

Une patiente de 35 ans a consulté pour un long passé d'épisodes de cystite avec des douleurs sus pubiennes, une impériosité mictionnelle et une hématurie terminale.

L'anamnèse a révélé qu'elle était porteuse d'un dispositif intra-utérin (DIU) de type TCU 380 depuis 13 ans.

L'examen clinique était strictement normal à part de l'absence du fil du DIU dans le col utérin. L'ECBU a révélé la présence d'un Protéus sensible aux fluoroquinolones. L'ASP a montré deux opacités calciques dans l'aire pelvienne (Fig. 4A). Le temps cystographique d'une urographie intraveineuse (UIV) a confirmé la présence de masses calciques dans la vessie.

La patiente a bénéficié d'une taille vésicale avec extraction de grosses lithiases vésicales

dont l'une était attachée au DIU (Fig. 4B). L'évolution a été favorable.

DISCUSSION

La présence d'un corps étranger dans la vessie pose dans tous les cas la question de son mode de pénétration: elle peut être volontaire en rapport avec une pathologie psychiatrique ou après effraction dans les blessures par armes à feu ou blanches¹⁻³, iatrogène lors d'interventions transvésicales et endoscopiques⁴, et du fait de l'augmentation des procédés opératoires faisant appel à des matériaux prothétiques il est constaté un accroissement du nombre de ce type de complications^{5,6}.

La fréquence des corps étrangers dans la vessie est difficile à préciser. On retrouve selon les auteurs des chiffres allant de 1/1000 à 1/10.000 interventions, les textilomes représentant 80% des corps étrangers⁷. La présence d'un dispositif intra-utérin (DIU) à l'intérieur de la cavité vésicale doit faire discuter une pose directe intravésicale mais aussi une migration transutéro-vésicale⁸⁻¹⁰. Les mécanismes favorisant une telle migration sont mal connus. Ils pourraient être en rapport avec une suppuration locale¹⁰. Certains auteurs incriminent des phénomènes inflammatoires entraînant la formation d'un granulome et par la suite une fibrose vers le 13^{ème} jour. Le délai de migration est variable et correspond au temps qui sépare la pose du stérilet et l'apparition des premiers signes cliniques⁸⁻¹⁰. La migration à travers la paroi

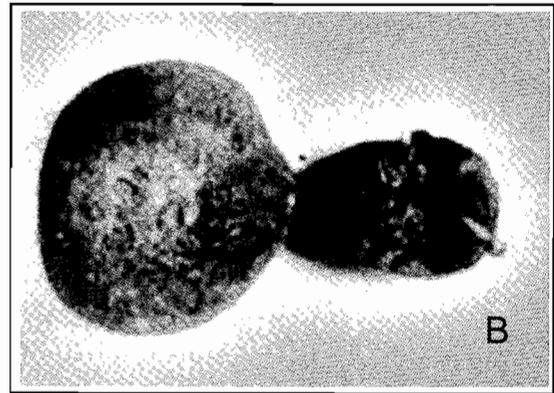
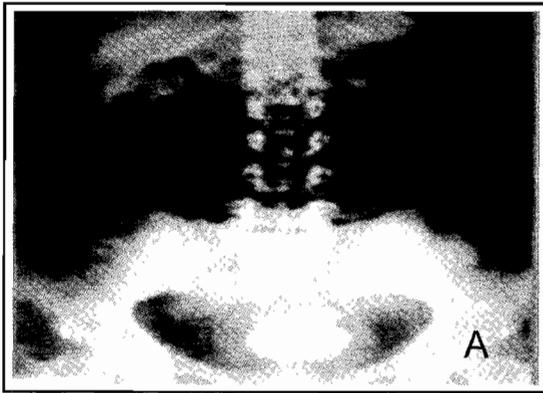


Fig. 4: Patient 4: A: ASP montrant des opacités calciques ainsi que le DIU dans l'aire pelvienne. B: Deux grosses lithiases dont une développée sur DIU

de la vessie a été décrite notamment pour des restes de textiles à partir d'une plaie pelvienne et d'éléments de scellement d'une prothèse de hanche^{5,7}.

La seule présence d'un corps étranger dans la vessie suffit à provoquer la formation d'un calcul en favorisant la précipitation des cristaux. La vitesse de calcification varie selon la nature du corps étranger, le pH urinaire et le degré d'infection urinaire. Des calculs apparaissant après une opération portant sur la vessie doivent faire évoquer une faute technique par oubli de compresses ou une utilisation d'un fil non résorbable pour la fermeture de la vessie.

Les manifestations cliniques des corps étrangers intravésicaux ne sont pas spécifiques et regroupent des cystalgies d'intensité variable, une pollakiurie, des impériosités mictionnelles et des hématuries souvent microscopiques. Quand le corps étranger s'engage dans le col, il entraîne une dysurie voire une rétention aiguë d'urines^{4,11}.

Le cliché sans préparation met en évidence des corps étrangers radio-opaques. Il peut montrer des images évocatrices d'un textilome sous forme d'opacité trabéculaire ou marécageuse. Dans le cas du DIU on retrouve sa forme classique en T se projetant sur l'aire vésicale. A l'échographie on trouve des images hyperéchogènes avec un cône d'ombre postérieur. Des interfaces

linéaires sont observées en cas de textilome. L'urographie intraveineuse apprécie le retentissement sur le haut appareil urinaire.

L'urétrocystoscopie est un examen essentiel qui affirme le diagnostic et précise le siège et la nature du corps étranger. Elle permet d'apporter des précisions utilisables pour déterminer la stratégie opératoire. C'est pourquoi il est recommandé de la réaliser lors de l'intervention avec toutes les précautions d'usage, notamment une désinfection urinaire efficace, et il faut surtout bien préciser au patient que le premier temps de l'intervention est endoscopique et, qu'en cas de corps étranger intravésical il faudra alors réaliser le plus souvent une taille vésicale.

L'extraction du calcul par les voies naturelles, précédée si nécessaire par une lithotritie endo-vésicale, est le procédé de choix. Il faut se garder de vouloir extraire un trop gros fragment par les voies naturelles car celui-ci peut se bloquer dans l'urètre prostatique et peut nécessiter une intervention dont les risques de séquelles (sténose urétrale, lésion sphinctérienne) ne sont pas négligeables. Si le corps étranger ne peut pas être réduit à moins de 20 mm, une cystostomie d'extraction est indiquée¹²⁻¹⁵.

En conclusion, l'introduction des corps étrangers dans la vessie est souvent l'apanage des services de psychiatrie, mais les causes iatrogènes ou accidentelles voient

leur fréquence augmenter. Pour éviter la formation de textilomes, il faut compter les champs et les compresses avant et après l'intervention. La migration d'un DIU peut être empêchée par la surveillance régulière d'une femme porteuse d'un DIU. Après la mise en place d'un matériel prothétique péri-urétrorésical (type TVT ou autre), d'une prothèse ou d'un matériel d'ostéosynthèse, toute symptomatologie urinaire persistante et inexpliquée doit faire évoquer au clinicien la possibilité d'un corps étranger intravésical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Garcia Lopez F, Lopez Lopez C, Nova Sanchez E, Fernandez Puentes JC, Llorens Martinez F J, Vazquez Rojas JL: Infrequentes agentes etiologicos de las fistulas vesicointestinales. [An infrequent etiologic agent of vesicointestinal fistula.] *Actas Urol. Esp.*, 1989; Nov-Dec ; 13(6) : 454-456.
2. Renders G, Oosterlinck W. Un corps étranger exceptionnel de la vessie. [Exceptional foreign body of the bladder]. *Acta Urol.Belg.* 1972; Oct;40(4):830-2.
3. Kenney RD. Adolescent males who insert genitourinary foreign bodies: Is psychiatric referral required? *Urology.* 1988; Aug;32(2):127-9.
4. Iloreta A, Schutte H, Fernandez R, Patel J, Choudhury M, Sonkin B. Case profile: Unusual cause of acute urinary retention. *Urology.* 1979; Sep;14(3):291
5. Tostain J, Gilloz A. Migration intra-vésicale du matériel de scellement d'une prothèse totale de hanche. [Migration of cement into the bladder after total hip replacement (author's transl)]. *Rev.Chir.Orthop. Reparatrice Appar.Mot.* 1980; Sep;66(6):391-3.
6. Steg A, Boccon Gibod L, Vialatte J, Arvis G, Evrard J. Complications urétérales de la chirurgie orthopédique [Ureteral complications of orthopedic surgery]. *Rev.Chir. Orthop.Reparatrice Appar.Mot.* 1974; Mar;60(2):169-74.
7. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M, et al. Textilomes. A propos de 25 cas et revue de la littérature. [Textiloma. A propos of 25 cases and review of the literature]. *Chirurgie.* 1994; -1995;120(5):272,6; discussion 276-7.
8. Hermida Perez JA, del Corral Suarez T, Cerdeiras Martinez G, Aguero Gomez JL, Machado V. Litiasis vesical formada a partir de un DIU (dispositivo intrauterino). Un caso raro. [Bladder lithiasis formed from an IUD. A rare case]. *Arch.Esp.Urol.* 1997; Sep;50(7):808-9.
9. Hernandez Valencia M, Carrillo Pacheco A. Dispositivo intrauterino traslocado (intravesical), informe de un caso. [Intra-vesical translocation of an intrauterine device, report of a case]. *Ginecol. Obstet. Mex.* 1998; Jul;66:290-2.
10. Ndoye A, Ba M, Fall PA, Sylla C, Gueye DM, Diagne BA. Migration de dispositif intra-utérin dans la vessie. [Migration of an intrauterine device to the bladder]. *Prog.Urol.* 2000; Apr;10(2):295-7.
11. Wykes WN, Barker JR. Urethral discharge associated with ingested foreign body. *Br.Med.J.* 1978; Dec 23-30;2(6154):1751 .
12. Aliabadi H, Cass AS, Gleich P, Johnson CF. Self-inflicted foreign bodies involving lower urinary tract and male genitals. *Urology.* 1985; Jul;26(1):12-6.
13. Gonzalgo ML, Chan DY. Endoscopic basket extraction of a urethral foreign body. *Urology.* 2003; Aug;62(2):352.
14. Quin G, McCarthy G. Self insertion of urethral foreign bodies. *J.Accid.Emerg.Med.* 2000; May;17(3):231.
15. Van Ophoven A, deKernion JB. Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. *J.Urol.* 2000; Aug;164(2):274-87.

ABSTRACT

Foreign Bodies of the Bladder (Report of 4 Cases)

Foreign bodies of the bladder have been amply reported in the literature either describing their origin or the circumstances of insertion. Their presence may often be a consequence of questionable actions performed by mentally unstable persons, but it might also be due to an accidental insertion during transvesical medical procedures or to migration of the foreign body from the perivesical area during interventions on surrounding areas. The authors herein report four different kinds of vesical foreign bodies: a textiloma, a calculus formed on a non-absorbable suture filament attached to the bladder wall, migration of osteosynthetic material and migration of an intrauterine device.