

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE PAR UN NÉPHROSCOPE : CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

FOREIGN BODY IN A BLADDER REMOVED BY A NEPHROSCOPE: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

FAYE ST, JALLOH M, NDIAYE M, NDOYE M, MBODJI MM, SANGARE T, GNINGUE O,
LABOU I, NIANG L, GUEYE SM

Auteur correspondant: Dr Samba Thiapato FAYE, Service d'Urologie, Hôpital Général de Yoff, BP: 3270,
email: thiape@live.fr

RESUME :

But : Rapporter un cas de corps étranger de la vessie extrait à l'aide d'un néphroscope par ponction sus-pubienne.

Présentation: Il s'agissait d'une patiente de 20 ans qui s'est auto-introduite un crayon de sourcils dans la vessie. Le tableau clinique était dominé par des signes de cystite aigue. La prise en charge a consisté à une extraction à l'aide d'un néphroscope, avec ponction sus-pubienne de la vessie préalablement remplie. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion: L'extraction endoscopique est le gold standard de la prise en charge des corps étrangers de la vessie. Cependant, l'utilisation du néphroscope par voie sus-pubienne reste rare.

Mots clés : corps étranger, vessie, néphroscope

Summary:

Aim : to report a case of a foreign body in a bladder removed by a nephroscope via a suprapubic puncture.

Presentation: A girl 20 years old presented to the emergency department saying she introduced an eyebrow pencil in her bladder. Frequency and pelvic pain were the principal clinical presentation. The management consisted of an endoscopic removal with a nephroscope. The surgical follow up was uneventful.

Conclusion: Endoscopic removal is the gold standard to manage foreign bodies in the bladder. However, it is exceptional to use a nephroscope by a supra pubic approach.

Keywords: foreign body, bladder, nephroscope

INTRODUCTION

La présence de corps étranger (CE) dans les voies urinaires n'est pas exceptionnelle et suscite souvent des curiosités. Plusieurs séries et cas isolés publiés ont rapporté la nature variée de ces CE, allant des plus simples aux plus insolites [1]. Les circonstances de son mode d'introduction peuvent révéler de pratiques douteuses dans certain contexte psychiatrique ou d'autostimulation sexuelle.

L'endoscopie a un double intérêt diagnostique et thérapeutique [1,2]. Nous rapportons un cas rare de CE intra vésicale chez une patiente de 20 ans suite à des pratiques sexuelles dont l'extraction a été endoscopique.

OBSERVATION :

Il s'agissait d'une fille de 20 ans, aux antécédents de traumatisme sexuel dans l'enfance qui était reçue aux urgences urologiques pour des douleurs pelviennes associées à une pollakiurie et des brûlures mic-tionnelles.

A l'interrogatoire, elle a révélé avoir perdu un bout de crayon sourcil dans le vagin en essayant de vérifier sa virginité il y'a une semaine.

La miction était normale et l'hypogastre était sensible à la palpation. Le toucher vaginal était légèrement douloureux et le doigtier était souillé de leucorrhées blanchâtres.

La radiographie de l'abdomen sans préparation était sans particularité. L'échographie abdomino-pelvienne a mis en évidence une image hyperéchogène de 89 mm de longueur dans la vessie (figure 1).

Une urétrocystoscopie sous anesthésie locale a permis d'objectiver le CE qui était un bout de crayon de sourcil d'environ 90 mm, mobile avec la réplétion vésicale. La muqueuse vésicale était inflammatoire avec des zones d'excoriation, correspondant probablement aux points d'impact du bout taillé du crayon (figure 2).

Une tentative d'ablation dans le même temps s'était soldée par un échec. Ainsi une ablation à l'aide du néphroscope sous anesthésie générale au bloc opératoire a été décidée.

L'abord consistait à une ponction sus-pubienne de

la vessie initialement remplie avec du sérum salé isotonique. La ponction était faite par une aiguille de Chiba 22 G. Un fil guide mis en place a permis une dilatation progressive de l'orifice de ponction jusqu'au dilateur Ch 24, puis de mettre en place d'une gaine d'Amplatz. Le néphroscope introduit à travers la gaine a permis d'objectiver le CE. Une pince à corps étranger tripode est introduite à travers le canal opérateur du néphroscope et le CE a été saisi sur un de ses bouts et extrait sous contrôle de la vue (figure 3). Le néphroscope a été retiré puis suturé par un point de l'orifice de ponction. Une sonde vésicale transurétrale a été mise en place.

Les suites opératoires étaient simples. La sonde vésicale a été enlevée à J3 post opératoire et l'exéat a été fait à J4 post opératoire. Une Etude Cytobactériologique des Urines (ECBU) a révélé une infection à *klebsiella pneumoniae* sensible à la Fosfomycine. L'ECBU de contrôle était négative.

La patiente a été envoyée en psychiatrie pour une consultation et soutien psychologique.

DISCUSSION

La présence d'un corps étranger dans la filière urogénitale suscite la question de son mode d'introduction. L'introduction volontaire survient essentiellement lors d'érotisme sexuel ou pour une curiosité sexuelle, témoignant d'un trouble psychiatrique chez des sujets malades mentaux présentant un retard mental, une démence, une schizophrénie ou une dépression majeure ou au cours d'un épisode psychotique aigu [1]. Dans notre cas la curiosité sexuelle a été la cause la plus probable dans un contexte de traumatisme sexuel dans la petite enfance. Cependant des cas d'introduction iatrogène et de migration de dispositif intra-utérin ont été rapportés au Sénégal par Ndoye et al [3] et au Maroc par Dahami et al. [1].

Des objets de natures et de tailles variées sont décrits dans la littérature. Certains pouvant dépasser l'imagination comme une aiguille à tricoter, une pile électrique AAA, un crayon de couleur [4, 5, 6]. Dans notre cas, il s'agissait d'un crayon de sourcils, qui est un outil de beauté couramment utilisé par les filles de cet âge.

Dans la plupart des cas le diagnostic est fait à l'interrogatoire si cela est possible. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont des signes urinaires du bas appareil avec une pollakiurie, une impériosité et des brûlures mictionnelles et dysurie [7, 5]. Ces signes peuvent être en rapport avec l'irritation de la muqueuse vésicale par le corps étranger dans un contexte aigu ou une cystite récurrente favorisée par la présence du corps étranger quand le portage est chronique. Dans notre cas, les signes de cystite étaient au devant du tableau avec des douleurs pelviennes et des signes irritatifs. Ceci peut s'expliquer par le retard de consultation concédé par notre pa-

tiente, qui est venue une semaine après l'introduction du crayon.

La radiographie du bassin sans préparation, en cas de CE radio opaque peut contribuer au diagnostic en affirmant la présence du CE dans l'aire de projection vésicale. L'échographie de l'appareil urinaire et ou la tomодensitométrie abdomino-pelvienne confirment le diagnostic, en précisant le siège, la taille et une éventuelle complication. La cystoscopie a un double intérêt diagnostique et thérapeutique, elle peut montrer aussi un retentissement vésical.

Dans notre cas, l'échographie de l'appareil urinaire avait posé le diagnostic en montrant une image hyperéchogène de 89 mm de longueur dans la vessie. La cystoscopie a été réalisée dans un but diagnostique lésionnel et thérapeutique. L'échec de l'extraction par la cystoscopie sous anesthésie locale nous a conduit à une extraction à l'aide du néphroscope avec une ponction sus-pubienne de la vessie.

L'extraction endoscopique est le traitement de référence des CE des voies urinaires basses et de la vessie en particulier. Elle a l'avantage de réduire la morbidité et la durée d'hospitalisation post opératoire [2]. Sur une série de 17 cas, Rahman et al. ont rapporté 16 extractions endoscopiques avec succès [4]. Dans les cas où l'extraction endoscopique n'est pas possible, soit à cause de la nature ou du volume du CE, soit par indisponibilité du matériel endoscopique, la chirurgie classique est obligatoire. Kambou et al. [5] souligne la nécessité d'un accès au matériel endoscopique pour une meilleure prise en charge des CE des voies urinaires basses au Burkina Fasso. La disponibilité d'un équipement endoscopique complet au service d'urologie de l'HOGGY nous a permis de bien prendre en charge notre patiente.

Enfin, il est toujours important de référer le malade en consultation psychiatrique en cas d'introduction volontaire, pour éviter une éventuelle récurrence [1].

CONCLUSION

Le corps étranger des voies urinaires basses n'est pas exceptionnel. L'extraction endoscopique est le gold standard de la prise en charge dans les cas de la vessie. Cependant, l'utilisation du néphroscope par voie sus-pubienne reste rare.



Figure 1 : le corps étranger à l'échographie

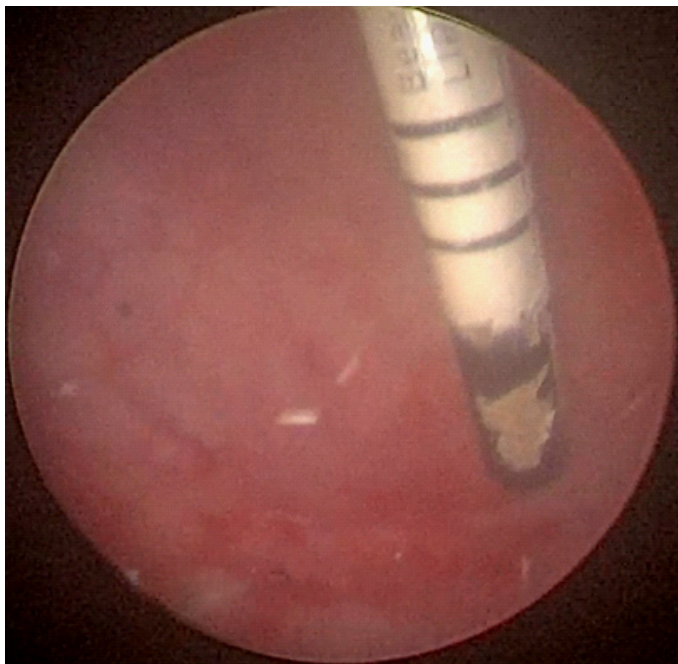


Figure 2 : Vue endoscopique du corps étranger avec des lésions d'excoriation de la muqueuse vésicale

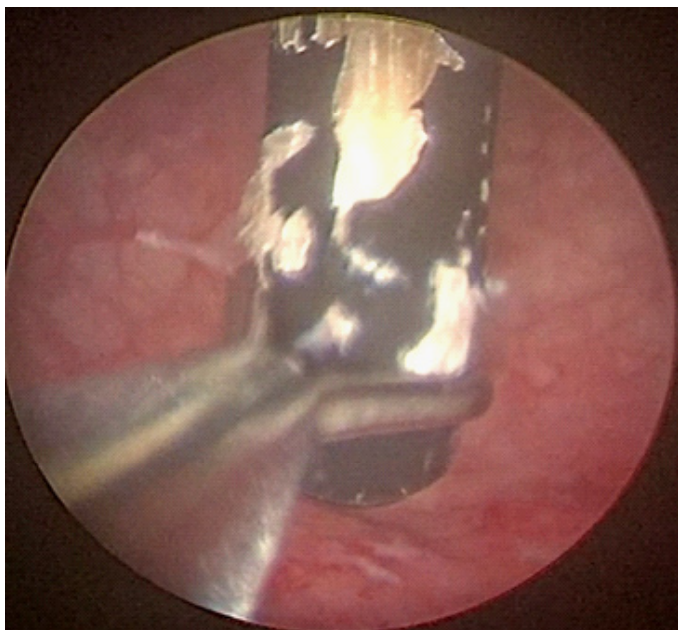


Figure 3 : Préhension du corps étranger par la pince tripode

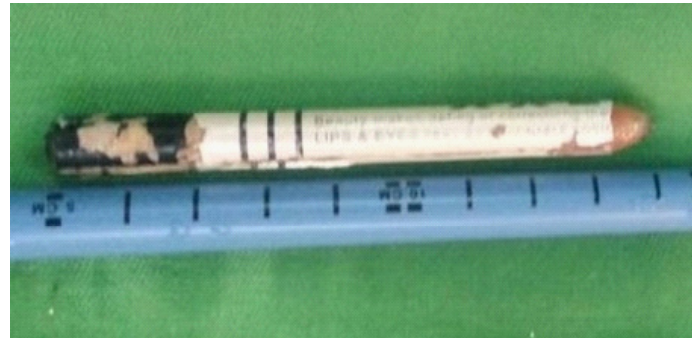


Figure 4 : crayon de sourcils mesurant environ 90 mm

RÉFÉRENCES

1. Dahami Z, Barjani F, Saghir O, Gabsi M, Boukhari M, Lakmichi A et al. Corps étrangers de la vessie et de l'urètre: circonstances de découverte et prise en charge chez 5 patients. *J Maroc Urol* 2007;7 :19 – 23.
 2. Alkan E, Basar M.M. Endourological Treatment of Foreign Bodies in the Urinary System; *JLS, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* (2014): 18(3).
 3. Ndoye A, Ba M, Fall P.A, Sylla C, Gueye S.M, Diagne B.A. Migration de dispositif intra-utérin dans la vessie ; *Progrès en Urologie* (2000), 10, 295-297.
 4. Rahman NU, Elliott SP, Mc Aninch JW. Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications. *BJU Int.* 2004; 94(7):1051–1053.
 5. Kambou T, Outtara A, Zare C, Pare A K, Kabore F A, Zango B et al. Prise en charge des corps étrangers des voies urinaires basses à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Plaidoyer pour un accès aux moyens endoscopiques. *Afr J Urol* (2016).
 6. Essatara Y, Benazzouz H. Corps étranger intra vésical: un cas exceptionnel. *PAMJ* 2016;23:202.
 7. Ndiaye A, Niang L, Kane R, Diémé L, Salif N, Ougoubemy M. : Un câblage inhabituel dans l'urètre ; *Andrologie* (2011) 21:263-265.
- [3]