

URETEROCELE PROLABEE AU MEAT URETRAL OCCASIONNANT UNE DESTRUCTION RENALE

URETEROCELE PROLAPSED AT MEATUS URINARIUS LEADING TO RENAL DESTRUCTION

FOFANA A, COULIBALY N, KOUAME B, BOKA MD, DJE KOFFI A, KONAN KPG, DEKOU AH

Auteur correspondant: Fofana A

RESUME :

But : Présenter un cas d'urétérocèle vu tardivement en milieu spécialisé ayant abouti à une destruction rénale.

Notre observation : Mademoiselle F.D., 36 ans, a été reçue en consultation d'urologie pour hydronéphrose gauche et anémie. Elle présentait une douleur lombaire gauche évoluant depuis 13 ans. Elle avait constaté une excroissance réductible au méat urétral. Elle aurait reçu des soins chez un tradipraticien et l'excroissance aurait disparu pendant un certain temps pour réapparaître au bout de deux ans. A l'examen en décembre 2014, l'on a découvert une excroissance irréductible, nécrotique ; avec globe vésical, mou et indolore traduisant une rétention chronique d'urines. Le diagnostic de prolapsus d'un urétérocèle fut évoqué puis confirmé par l'uroscanner et l'urétrocystoscopie. Une néphrectomie a été réalisée. La pièce opératoire permettait de noter une dilatation urétérale avec épaissement de la paroi urétérale et un petit rein pyonéphrotique. Les suites opératoires immédiates furent simples, l'anémie s'était corrigée et la fonction rénale était redevenue normale. Quatre (4) ans après l'intervention, la patiente ne signalait aucune plainte fonctionnelle et la fonction rénale restait toujours normale.

Conclusion : l'urétérocèle est une malformation congénitale dont le diagnostic évoqué par la clinique repose sur l'imagerie (uroscanner). Sa découverte précoce permet de sauvegarder les reins d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et cela grâce au scanner au moindre doute.

Mots clés : urétérocèle – malformation – uroscanner – hydronéphrose - insuffisance rénale - néphrectomie

SUMMARY:

Objective: To present a late presentation case of ureterocele in specialized service, leading to kidney destruction.

Our observation: Miss F.D., 36 years old was received in Urology for left hydro nephrosis and anemia. She had left lumbar pain ongoing for 13 years. She noticed a reducible outgrowth at the urinary meatus. She received treatment from traditional medicine practitioner and the outgrowth disappeared for some time but reappeared two years after. Physical exam of December 2014 showed an irreducible outgrowth, necrotic with full bladder, soft painless, traducing a chronic urinary retention. Ureterocele diagnosis was evoked and was confirmed at uroscanner followed by uretrocystoscopy. A nephrectomy was conducted. The removed kidney showed a ureteral dilation with wall thickening and a small pyonephrotic kidney. There were no

complications after surgery. Four years after surgery the patient has no complain and renal function was normalized. Anemia was corrected in immediate postoperative recoveries.

Conclusion: Ureterocele is a congenital malformation which diagnosis is evoked at clinic is based on paraclinic (Uroscanner). Its early discovery helps keep the kidneys reason why the early diagnosis is necessary, thus with tomography at any doubt.

Keywords: : ureterocele – malformation – uroscanner – hydronephrosis – kidney failure – nephrectomy

INTRODUCTION

L'urétérocèle est une malformation de l'uretère surtout observée chez l'enfant. Son diagnostic est en général établi par l'échographie anténatale [1]. Il peut se compliquer d'un prolapsus par le méat urétral. Cette complication a été rarement rapportée chez l'adulte. Elle est en règle de diagnostic et de traitement aisé. Nous avons cependant observé un cas de destruction rénale sur une urétérocèle prolabée du fait d'une prise en charge inadaptée.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 36 ans, adressée en consultation d'urologie pour une hydronéphrose gauche avec anémie. Elle se plaignait de douleur lombaire gauche évoluant de manière intermittente depuis treize (13) ans. Elle a bénéficié à chaque épisode douloureux d'un traitement symptomatique. Il y a onze ans soit deux ans après le début de la symptomatologie, elle a constaté une excroissance du méat urétral réductible. Un traitement de type traditionnel a été institué et l'excroissance aurait disparu pendant un certain temps (délai non précisé) puis serait réapparue. En décembre 2014 l'excroissance serait devenue irréductible. Il se serait associé une insuffisance rénale avec nécrose de l'excroissance. Une échographie réalisée, a décelé une hydronéphrose pour laquelle elle a été adressée en urologie. L'uroscanner (photo 1) permettait de déceler une hydronéphrose gauche avec une dilatation urétérale homolatérale

jusqu'à la vessie. Cliniquement il existait du pus à la vulve, une déchirure périnéale, une béance urétrale après réduction de l'excroissance et une cystocèle stade I (photos 2 et 3). Le diagnostic de prolapsus d'un urétérocèle était évoqué et confirmé après bilan. Il a été réalisé chez elle une cystoscopie, sous anesthésie générale, l'urétérocèle était réintégrée dans la vessie permettant ainsi l'exploration endovésicale qui confirmait le diagnostic (photo 4). L'urétérocèle était traitée par résections endoscopiques itératives sans succès et ensuite une néphrectomie totale gauche fut pratiquée devant des lésions rénales irréversibles et la destruction du rein gauche. La néphrectomie a été réalisée par laparotomie médiane (chirurgie à ciel ouvert). Au cours de cette procédure en per opératoire on a constaté une induration de la gouttière pariéto-colique gauche avec adhérence de l'épiploon faisant évoquer un processus inflammatoire d'origine infectieuse. Il s'agissait en fait d'un abcès du psoas qui fut drainé avant de procéder à la néphrectomie. La pièce opératoire (photo 5) permettait de noter une dilatation urétérale avec épaississement de la paroi urétérale et un petit rein pyonéphrotique. Les suites opératoires immédiates furent simples avec correction de l'anémie et normalisation de la fonction rénale. En 2018 soit quatre (4) ans après l'intervention la patiente ne signalait aucune plainte et la fonction rénale reste normale. La vie sexuelle était satisfaisante selon la patiente. La qualité de vie était normale. Au moment de la rédaction de cet article, il n'y avait aucune information concernant une éventuelle grossesse.



Photo 2 : Vue externe de l'urétérocèle + sécrétions purulentes.



Photo 3: Aspect du méat après réduction de l'urétérocèle.



Photo 4: vue endovésicale de l'urétérocèle.

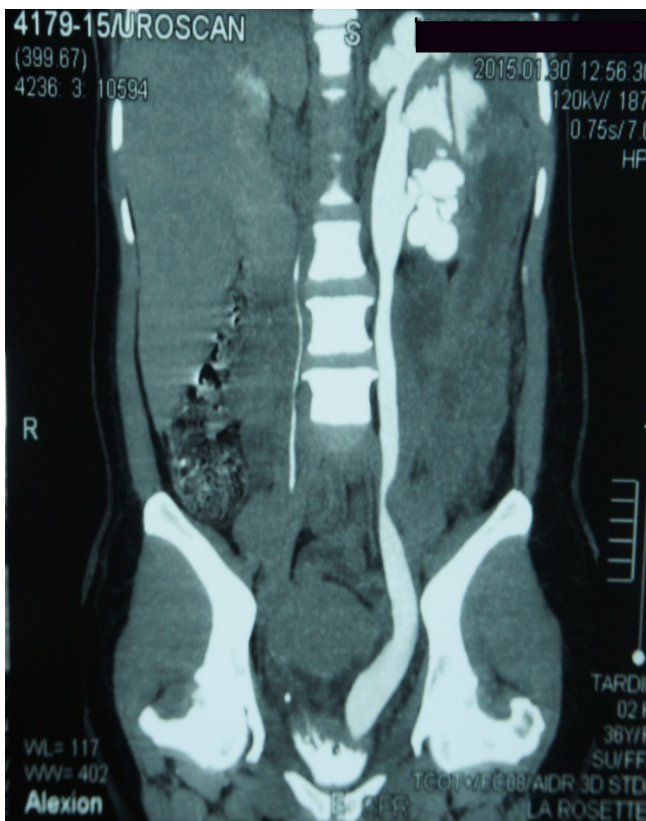


Photo 1: Aspect de dilatation urétéro pyélocalicielle à l'uroscanner.



Photo 5: Pièce opératoire.

COMMENTAIRES

L'urétérocèle est une malformation urétérale caractérisée par une dilatation kystique sous muqueuse de l'uretère terminal. Il est soit intra vésical (orthotopique) ou extra vésical (ectopique) [2,3]. Comme autre caractéristique, il peut se développer soit sur un uretère simple soit sur un uretère double. On distingue ainsi quatre types d'urétérocèle nommés A, B, C et D [1,4]. Le tableau 1 présente les particularités de ces différents types.

Tableau I : classification des urétérocèles.
Type Siège Uretère

Simple	A	Intra vésical	Simple
	B	Extra vésical	Simple
Complexe	C	Intra vésical	Duplicité
	D	extra vésical	Duplicité

Il est fréquent d'observer un urétérocèle chez l'enfant mais son prolapsus à travers l'urètre est rare [3]. Cela est encore plus rare chez l'adulte et très peu de cas sont rapportés dans la littérature [2]. L'urétérocèle de l'adulte est souvent orthotopique sur un système simple et se complique rarement de prolapsus [5].

La symptomatologie est variée et comporte le plus souvent des troubles du bas appareil urinaire pouvant revêtir la forme d'une obstruction sous vésicale avec dysurie et pesanteur pelvienne ou une incontinence [5,6]. On peut observer dans certains cas une hématurie et des douleurs lombaires à type de colique néphrétique [2]. Un examen clinique minutieux peut suffire pour asseoir le diagnostic [2,3,6,7]. Il est cependant nécessaire de procéder à des explorations permettant d'affirmer de manière objective le diagnostic avant le traitement étiologique. La cystoscopie et l'imagerie médicale associant échographie et uroscanner sont des explorations couramment prescrites [2,5,6]. En plus de ces examens classiques d'imagerie il peut être utile de recourir à l'IRM.

Elle permettrait une meilleure exploration non invasive avec une exposition réduite à l'irradiation [3]. Notre cas révèle une prise en charge inappropriée ayant abouti à la destruction du rein. La symptomatologie a évolué pendant 13 ans sans que le diagnostic soit posé. Un examen clinique minutieux aurait pu permettre d'évoquer le diagnostic et sauver le rein du côté de la malformation. Le retard de diagnostic pourrait être lié à une insuffisance du plateau technique des structures de premier et deuxième niveau. Idéalement le diagnostic d'hydronéphrose (qui peut être consécutive à une urétérocèle) est posé en anté natal par l'échographie. le personnel des structures de premier et deuxième niveau doit prêter une attention minutieuse à l'analyse des examens à la recherche de pathologies malformatives.

Après la naissance la majorité de nos populations n'a pas le réflexe de consultation systématique pour des enfants apparemment sains. Le recours aux hôpitaux se fait essentiellement pour des aiguës ou urgentes après échec de la médecine traditionnelle.

La conséquence de cette prise en charge inadaptée a été la destruction complète du rein avec de surcroît une infection associée. Nous avons dû faire une néphrectomie d'emblée en raison du tableau clinique.

Trois attitudes thérapeutiques ont été décrites : la surveillance, le traitement endoscopique et le traitement chirurgical non conservateur [4]. En urgence, il est recommandé de procéder à un geste de décompression [2,5,6]. Le geste thérapeutique consistait ensuite en une cure chirurgicale à ciel ouvert initialement [6] ; à l'heure actuelle il se fait par endoscopie [2,5]. On procède à une incision endoscopique transversale de l'urétérocèle ou à une résection de l'urétérocèle avec possibilité d'injection de macroplastique pour éviter un reflux vésico urétéral.

CONCLUSION

L'urétérocèle est une malformation congénitale dont le diagnostic est évoqué par la clinique repose sur l'imagerie (uroscanner) sa découverte précoce permet de sauvegarder les reins d'où la nécessité d'en recourir en cas de doute.

REFERENCES

1. SADIKI R, SADIQ A, TAZI K, KOUTANI A, HACHIMI M, LAKRISSAA, et al. Urétérocèle de l'adulte. A propos de 14 cas. Commentaire. Progrès en urologie. Progrès en urologie; 2005;15(2):231-7.
2. Sen I, Onaran M, Tokgoz H, Tan MO, Biri H, Bozkirli I. Prolapse of a simple ureterocele presenting as a vulval mass in a woman. Int J Urol. 2006;13(4):447-8.

3. Ilica AT, Kocaoğlu M, Bulakbaşı N, Sürer I, Tayfun C. Prolapsing ectopic ureterocele presenting as a vulval mass in a newborn girl. *Diagn Interv Radiol*. 2008;14(1):33–4.
4. Pariente JL. Traitement chirurgical et endoscopique des urétérocèles de l'adulte. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris)*; 2001.
5. Miller MA, Cornaby AJ, Nathan MS, Pope A, Morgan RJ. Prolapsed ureterocele: a rare vulval mass. *Br J Urol*. 1994;73(1):109–10.
6. Moore T. Orthotopic ureterocele presenting as swelling at the external urinary meatus. *British journal of urology*. 1982;54(2):197–197.
7. De Jesus LE, Franco HL. Ectopic ureterocele prolapse in a small infant. *Pediatrics (São Paulo)*. 2006;28(1):59–64.