

Reçu le :
30 octobre 2015
Accepté le :
24 juin 2016
Disponible en ligne
8 septembre 2016



CrossMark

Rétention aiguë d'urine secondaire à un diverticule congénital bilatéral de la vessie

Acute retention of urine secondary to a congenital diverticulum of the bladder

A. Azahouani*, M. Hida, A. Lasserri, M. Lahfaoui, N. Zaari, M. Belahcen,
D. Elazzouzi, H. Benhaddou

Service de chirurgie pédiatrique uroviscérale, faculté de médecine et de pharmacie, université Mohamed-premier, CHU Mohamed VI, Oujda, Maroc

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Bladder diverticula in children are mostly congenital, frequently associated with vesicoureteral reflux. Their positive diagnosis is based primarily on retrograde urethrocytography. One complication of this condition is acute urinary retention. We report the case of a 4-month-old infant who presented acute retention of urine secondary to bilateral congenital bladder diverticulum and review the literature on this subject.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La rétention aiguë d'urine est un diagnostic rare dans l'enfance et de causes variées. C'est une complication exceptionnelle des diverticules congénitaux de la vessie (DCV) [1]. Un diverticule de la vessie est une hernie de la muqueuse urothéliale à travers un point faible acquis ou congénital de la paroi vésicale : c'est donc une poche annexée à la vessie par l'intermédiaire d'un orifice plus ou moins large appelé collet [2]. La majorité des diverticules vésicaux de l'enfant sont associés à une vessie neurogène ou à un obstacle sous-vésical, en particulier les valves de l'urètre postérieur [3]. Nous rapportons une forme rare de DCV avec présentation inhabituelle ayant posé un problème diagnostique et thérapeutique.

2. Observation

Ce garçon de 4 mois, issu d'un mariage consanguin de second degré, avait présenté une distension abdominale progressive,

Résumé

Les diverticules vésicaux chez l'enfant sont surtout congénitaux et s'associent fréquemment à un reflux vésico-urétéral. Leur diagnostic repose surtout sur l'urétrocystographie rétrograde. L'une des complications de cette affection est la rétention aiguë d'urine. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 4 mois qui a présenté une rétention aiguë d'urine secondaire à un diverticule congénital bilatéral de la vessie et nous discutons la littérature.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

compliquée 3 jours avant sa consultation d'une rétention aiguë d'urine avec fièvre. L'interrogatoire de la maman a révélé la notion d'une dysurie avec jet urinaire faible depuis un mois. À l'examen clinique à l'admission, l'abdomen était distendu, sans masse palpable, et la température était à 39,5 °C. L'échographie a montré une énorme masse kystique abdominopelvienne probablement aux dépens de la vessie avec dilatation urétéro-pyélocalicielle bilatérale. L'examen cytotactériologique des urines a permis l'identification d'un *Enterococcus faecalis*. L'enfant a bénéficié d'un sondage vésical en urgence et d'une antibiothérapie parentérale guidée par l'antibiogramme. L'évolution a été initialement favorable avec apyrexie et disparition de la distension abdominale. Une échographie de contrôle a montré une vessie d'aspect normal et aucune masse abdominale n'était plus présente 48 heures après l'ablation de la sonde. Trois jours plus tard, la symptomatologie est réapparue, notamment la distension abdominale et la rétention d'urine. Un scanner abdominopelvien s'est avéré en faveur d'un gros kyste cloisonné d'allure mésentérique ou de l'ouraue avec urétéro-hydronephrose bilatérale modérée par compression basse (fig. 1). Le nourrisson a alors bénéficié d'une urétrocystographie rétrograde (UCR) qui a objectivé une duplication vésicale incomplète, séparée par

* Auteur correspondant.

e-mail : azah.ahmed@hotmail.com (A. Azahouani).

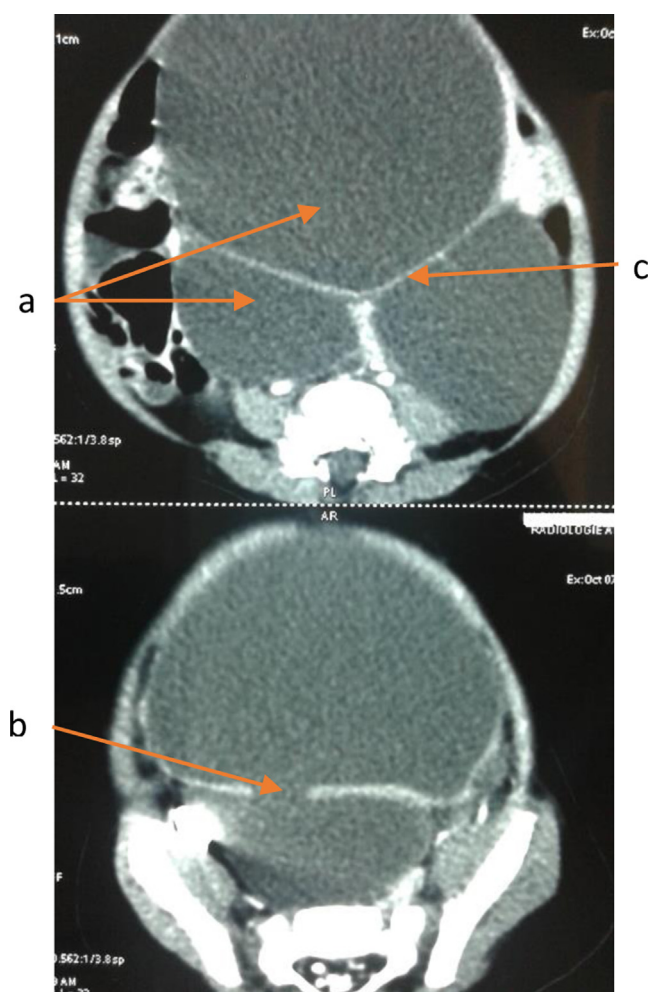


Figure 1. Scanner abdominopelvien : aspect de la masse. Flèche a : kyste cloisonné. Flèche b : communications. Flèche c : cloisons.

un long sillon, de contours diverticulaires (*fig. 2 et 3*). L'urètre était perméable et il n'y avait pas de reflux vésico-urétéral. Une intervention avec abord de pfannenstiel a mis en évidence 2 volumineux diverticules vésicaux droit et gauche, juste au-dessus des méats urétéraux, qui ont nécessité pour

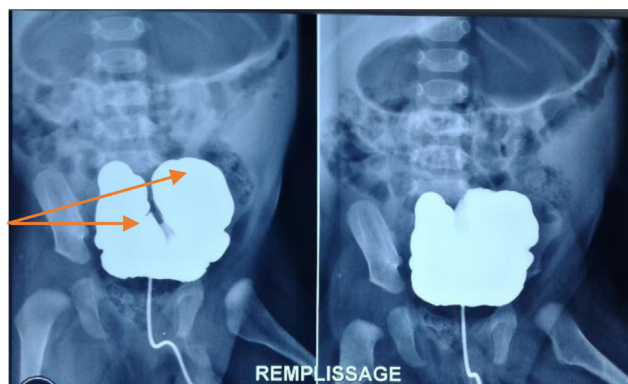


Figure 2. Urétrocystographie rétrograde : aspect dupliqué de la vessie (flèches).

leur résection une dissection par voie mixte (intra- et extra-vésicale). Il n'a pas été associé de réimplantation urétérale. L'étude anatomopathologique des deux pièces opératoires a confirmé le caractère bénin de ces diverticules qui mesuraient 4×2 cm pour le droit et $6 \times 2,5$ cm pour le gauche. Ils étaient largement ulcérés et sans éléments suspects. Les suites postopératoires ont été simples. L'échographie urinaire réalisée à trois mois postopératoires a montré une vessie d'aspect normal sans dilatation des voies excrétrices. Après 12 mois d'évolution, l'enfant était asymptomatique et l'échographie était toujours normale.

3. Discussion

Les DCV non associés à un obstacle sous-vésical ou à une vessie neurologique sont très rares, mais non exceptionnels, et surviennent presque exclusivement chez les garçons. Oge et al. ont colligé 17 cas qui étaient tous des garçons [4-6]. Les DCV peuvent être uni- ou bilatéraux [7]. Ils sont essentiellement malformatifs et doivent être différenciés des diverticules para-urétéraux, dits de Hutch, qui sont plus fréquents chez l'enfant que l'adulte [8,5]. La paroi d'un diverticule congénital est constituée d'une muqueuse et d'un tissu périvésical, qui sont parfois couverts par quelques fibres musculaires [9]. Les petits diverticules restent souvent asymptomatiques [6]. Toutefois, l'infection urinaire secondaire au résidu post-mictionnel est le mode de révélation le plus fréquent pour les diverticules de moyenne et de grande taille [4]. Les DCV peuvent se manifester par un effort à la miction, une faiblesse du jet urinaire ou une incontinence urinaire [3]. La rétention aiguë d'urine compliquant un DCV est extrêmement rare, souvent associée à une voussure hypogastrique latéralisée, qu'affaisse le cathétérisme vésical [2,10,11]. Cette rétention d'urine s'explique par la compression que peut exercer le diverticule sur l'urètre postérieur [10,11]. La moitié des cas rapportés par Sheldon et al. avaient un reflux vésico-urétéral associé, celui-ci pouvant être responsable de lésions rénales irréversibles [4]. Valadez et al. ont rapporté le cas d'un diverticule bilatéral qui s'était manifesté par une rétention d'urine et une cyanose des extrémités inférieures ayant disparu après cathétérisme de la vessie [12]. Dans notre observation, la rétention aiguë d'urine associée à une pyélonéphrite et à une augmentation du volume abdominal ont révélé les diverticules vésicaux, et il n'y avait pas de reflux vésico-urétéral associé.

L'UCR est considérée comme l'examen de choix pour la détection des DCV [13]. L'échographie montre le diverticule, un résidu post-mictionnel, le reflux vésico-rénal associé ou un retentissement sur le haut appareil urinaire et apprécie l'obstacle sous-vésical [14]. L'uro-scanner est facultatif mais donne une mesure plus précise du volume du diverticule, apprécie le retentissement éventuel sur le haut appareil urinaire et précise les rapports étroits entre la face postérieure du diverticule

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717532>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717532>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)