

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES VALVES DE L'URETRE POSTERIEUR A propos de 3 observations au CHU de Brazzaville.

MAKOSSO E. (1), BOUYA A. P. (2)

1. Service de Radiologie – CHU de Brazzaville

2. Service d'Urologie – CHU de Brazzaville

Correspondance et tiré à part : Docteur MAKOSSO Edouard

Service de Radiologie CHU de Brazzaville B.P. 32 – Brazzaville (Congo) Téléphone : (242) 532-85-06

e-mail: [edouart.makosso@laposte.net](mailto:edouart.makosso@laposte.net)

### RESUME

**But :** Montrer l'importance de l'imagerie médicale dans le diagnostic des valves de l'urètre postérieur.

#### **Patients et méthodes :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective effectuée dans le Service d'Urologie du CHU de Brazzaville concernant 3 cas de valves de l'urètre postérieur, observés entre 1996 et 2003. Le diagnostic a été posé par la cystographie sus-pubienne complétée par l'échographie.

#### **Résultats :**

Nos observations ont concerné 3 garçons dont l'âge variait entre 3 et 5 ans. L'urétrocystographie par voie sus-pubienne a montré 3 valves de l'urètre postérieur de type I de Young, l'un des enfants ayant en outre un calcul enclavé dans l'urètre postérieur. Le traitement a consisté en une destruction des valves au Béniqué suivie d'un sondage à demeure, l'un des cas ayant bénéficié en plus d'une cystolithotomie.

#### **Conclusion :**

Le diagnostic des valves de l'urètre postérieur repose essentiellement sur l'urétrocystographie sus-pubienne complétée par l'échographie.

La destruction des valves après un diagnostic précoce permet d'obtenir de bons résultats concernant la fonction urinaire.

**MOTS CLES :** valves de l'urètre postérieur, cystographie sus-pubienne échographie, résection

### INTRODUCTION

Les valves de l'urètre postérieur sont des replis membraneux congénitaux obstructifs retrouvés uniquement chez le garçon.

Elles constituent la principale cause de dysurie chez l'enfant et le nourrisson [1]. Leur gravité réside dans le retentissement sur le haut appareil urinaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital par biais de l'infection et de l'insuffisance rénale. Un diagnostic précoce en vue d'une prise en charge efficace est nécessaire.

Le but de notre travail est de montrer l'importance de l'imagerie dans le diagnostic précoce des valves de l'urètre postérieur à la lumière de 3 cas observés au CHU de Brazzaville.

### OBSERVATIONS

#### **Cas n° 1 :**

L'enfant M.E., 5 ans consulte en mars 2001 pour rétention aiguë d'urine. A l'examen, on note un globe vésical avec fièvre à 38,5°C. l'uroculture

### SUMMARY

**Purpose :** To show the importance of the medical imagery in the diagnosis of the posterior urethral valves.

**Patients and methods :** It was a retrospective study carried out in the service of Urology of the CHU of Brazzaville concerning 3 cases of posterior urethral valves, observed between 1996 and 2003. The diagnosis was performed by the uretrocystography supplemented by ultrasonography.

**Results :** Our observations concerned 3 boys whose age varied between 3 and 5 years. The uretrocystography showed 3 posterior urethral valves type I of Young, one of the children having moreover a calculation wedged in the posterior urethra. The treatment consisted in a destruction of the valves with Béniqué's sound followed by putting a tube, one of the case having profited in addition a cystolithotomy.

**Conclusion :** the diagnosis of the posterior urethral valves is primarily done by uretrocystography supplemented by ultrasonography. The destruction of the valves after an early diagnosis makes it possible to obtain good results concerning the urinary function.

**KEY WORDS :** posterior urethral valves, uretrocystography, resectio

met en évidence une infection à KLEBSIELLA. La créatinémie est à 8 mg/l. la cystographie sus-pubienne révèle une sténose de la portion distale de l'urètre membraneux avec dilatation de l'urètre postérieur contenant un calcul (fig.1.). Le traitement a consisté, sous anesthésie générale, en une destruction de la valve au beniqué suivie d'une

Cystolithotomie après refoulement du calcul dans la vessie, et d'un sondage à demeure pendant 10 jours. Les suites opératoires ont été simples.

**Cas n° 2 :**

L'enfant N.Y., 3 ans consulte en octobre 2001 pour incontinence et infections urinaires à répétition. A l'examen, on retrouve une fièvre à 38°C et un globe vésical. La biologie met en évidence une infection urinaire à *E. Coli*, et une fonction rénale normale (créatinémie à 7, 9 mg/l). l'échographie montre une vessie de lutte à paroi épaisse et une urétérohydronéphrose bilatérale avec amincissement du cortex rénal. La cystographie sus-pubienne visualise une sténose de l'urètre membraneux avec dilatation de l'urètre postérieur et vessie diverticulaire (fig. 2).

Le traitement a consisté en une destruction de la valve au béliqué métallique sous anesthésie générale suivie d'une sonde à demeure pendant une semaine. Les suites opératoires et l'évolution à terme ont été simples.

**Cas n°3 :**

L'enfant N. D., 4 ans consulte en décembre 2003 pour incontinence urinaire. L'examen physique retrouve un globe vésical. La fonction rénale est normale : créatinémie à 7, 11 mg/l. l'uroculture est stérile. A l'échographie, il existe une hydronéphrose bilatérale. La cystographie révèle une sténose à la partie distale de l'urètre membraneux avec dilatation de l'urètre postérieur, défaut d'ouverture du col vésical et un aspect de vessie de lutte diverticulaire (fig. 3.).

Le traitement au béliqué sous anesthésie générale suivi d'une sonde à demeure pendant une semaine a eu une suite favorable.



Fig. 1. Valve de l'urètre sous montanal chez un garçon de 5 ans.



Fig. 2. Valve de l'urètre sous montanal chez un garçon de 3 ans.



Fig. 3. Valve de l'urètre sous montanal avec défaut d'ouverture du col chez un garçon

**DISCUSSION**

Les valves de l'urètre postérieur sont une malformation rare. Nous n'en avons diagnostiqué et traité que 3 cas en 8 ans au CHU de Brazzaville. Sur le plan anatomique, on distingue 3 types selon la classification de Young [1, 2].

- le type I : persistance en position sous-montanale antérieure des replis muqueux uréthro-génitaux. C'est le plus fréquent
- le type II : existence de valves sus-montanales,
- le type III : persistance de la membrane uro-génitale, réalisant un diaphragme avec trou central en zone sous-montanale.

La symptomatologie est fonction du degré de l'obstacle et de l'âge de l'enfant. Les formes sévères intéressent les enfants plus jeunes et s'expriment sous forme de vomissements avec déshydratation, de fièvre, d'un état cachectique, d'une ascite urinaire, d'une hématurie ou d'une insuffisance rénale sévère. La palpation retrouve un globe vésical.

Les formes peu obstructives se révèlent chez le grand enfant sous forme d'une incontinence due aux mictions par regorgement ou sous la forme d'infections urinaires à répétition [1].

Ces 2 derniers signes ont révélé la pathologie chez 2 de nos patients alors que le 3<sup>e</sup> a présenté une rétention aiguë d'urines sur obstacle lithiasique.

Le diagnostic est porté essentiellement sur la cystographie sus-pubienne mictionnelle sans sonde urétrale, en incidence oblique [3]

L'image typique est un rétrécissement de la partie distale de l'urètre membraneux avec en amont une dilatation de l'urètre postérieur, un défaut d'ouverture du col vésical, des diverticules vésicaux et un reflux vesico-urétral [4]. L'endoscopie permet la localisation des valves et apprécie le degré de dilatation des orifices urétéraux.

L'échographie peut montrer des signes de vessie de lutte avec une paroi épaisse irrégulière ; elle peut être au contraire très fine, témoignant d'une vessie atone [2]. L'urètre postérieur est parfois visible sur les coupes sagittales récurrentes pelviennes, sous la forme d'une structure médiane transonique faisant suite à la vessie, avec une ouverture du col vésical et une saillie de la lèvre postérieure [5].

Le traitement est réalisé par résection endoscopique suivie ou non d'une sonde à demeure ;

Dans notre série, à défaut du matériel endoscopique, nous avons procédé à la destruction de la valve par un béniqué métallique suivi d'une sonde à demeure pendant une semaine. ;

Les résultats sont favorables dans l'ensemble et les complications exceptionnelles. Une incontinence urinaire peut être observée, elle sera corrigée à la puberté quand le tissu prostatique en croissance, viendra réduire le volume de l'urètre postérieur dilaté. Cette complication n'a pas été observée chez nos patients.

Le pronostic de cette pathologie dépend surtout de la gravité de l'atteinte rénale initiale due à la néphropathie de reflux et à l'infection urinaire.

## CONCLUSION

Les valves de l'urètre postérieur sont rares. Leur gravité réside dans l'évolution vers l'infection urinaire et l'insuffisance rénale. La nécessité d'un diagnostic précoce par la cystographie sus-pubienne complétée par l'échographie s'impose. Un traitement réalisé avant l'installation des lésions rénales est de bon pronostic.

## REFERENCES

- 1- BRUEZIERE J, LASFARGUES G, ALLOUCH G, BERSMAN A. Malformations urétrales. *Encycl. Med. Chir (Paris). Pédiatrie*, 4083 D3D, 3-1981. pp 9-23.
- 2- CHATEIL JF, BRISSE H, DACHER JN. Echographie en urologie pédiatrique. *J. Radiol* 2001 ; 81 : 781-800
- 3- PETIT PH, DACHER JN, FAURE F, GUYS JM, BOOURLIERE B, PORTIER F, LE DOSSEUR P, PANUEL M, DEVRED PH. Exploration radiologique des troubles mictionnels chez l'enfant. *Feuillets de Radiologie*, 1999, 39, n°3, 216-224.
- 4- DEVRED PH, PANUEL M, RAYBAUD CH. Appareil urinaire, rétropéritoine et pelvis : techniques d'exploration et résultats normaux. In "Radiopédiatrie", 1997, Masson, Paris, PP. 197-252.
- 5- CREMIN BJ. A review of ultrasonic appearances of posterior urethral valve and ureteroceles. *Pediatr. Radiol* 1986 ; 16 : 357-64.