Un diverticule géant para urétéral chez l'enfant révélé par une masse pelvienne

Amadou Kassogué, MD,* Alkadri Diarra, MD,* Younes Benzekri, MD;† Aliou Doumbia, MD;† Youssef Bouabdallah, MD;† Zacharia Traoré, MD,* Siham Tizniti, MD,* Soufiane Mellas, MD,* Mohammed Fald Tazi, MD,* Jalal Eddine El Ammari, MD;† Abdelhak Khallouk, MD;† Mohammed Jamal El Fassi, MD,* My Hassan Farih, MD*

*Service d'urologie, CHU Hassan II-Fès, Maroc; †Service de chirurgie pédiatrique, CHU Hassan II-Fès, Maroc; *Service d'imagerie médicale, CHU Hassan II-Fès, Maroc

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2014;8(5-6):e384-6. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.1553>
Published online May 21, 2014.

Résumé

Nous rapportons un cas de diverticule géant para-urétéral chez un enfant de 18 mois, du point de vue des aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Aucune anomalie associée n'a été relevée. Le patient était un enfant de sexe masculin, et la symptomatologie était dominée par la rétention aiguë d'urine et la présence d'une infection urinaire. La chirurgie a consisté en une diverticulotomie laparoscopique avec réimplantation urétéro-vésicale. L'évolution a été favorable avec disparition des signes urinaires.

Introduction

Le diverticule géant para-urétéral est rarissime. Les diverticules congénitaux sont le plus souvent primitifs. Leur pathogénie est encore mal élucidée, mais elle semble correspondre à une anomalie du développement du bourgeon urétéral, avec une fusion imparfaite du trigone et du dôme vésical, qui sont d'origine embryologique différente. On les appelle « diverticules para-urétéraux de Hutch » et ils sont situés au-dessus et en dehors des orifices urétéraux¹. Nous rapportons un cas de diverticule géant para-urétéral chez un enfant de 18 mois admis pour masse pelvienne, du point de vue des aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Observation : K.L., âgé de 18 mois, a été admis aux urgences pédiatriques en raison d'une masse pelvienne. L'examen physique a indiqué la présence d'un globe vésical arrivant jusqu'au niveau de l'ombilic, accompagné de 38 °C de fièvre. Un sondage vésical a ramené 2 litres d'urine. L'examen cytotactériologique des urines a révélé une infection urinaire à *E. coli*. Une échographie abdominale réalisée par tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne a mis en évidence une malformation vésicale de type diverticulaire

avec anomalie probable de l'implantation urétérale (fig. 1) et une dilatation pyélocalicielle modérée bilatérale sans incidence sur l'index parenchymateux. Le patient a subi une diverticulotomie laparoscopique avec réimplantation urétéro-vésicale anti-reflux selon la technique de Lich-Gregoir (fig. 2, fig. 3, fig. 4) au terme d'une antibiothérapie adaptée (ceftriaxone). On a mis en place une sonde urétérale double J au cours de la période peropératoire, puis on a procédé à l'ablation après un mois. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion

Les diverticules congénitaux sont très rares au sein de la population pédiatrique. Par définition, il s'agit d'une hernie de la couche interne de la paroi de la vessie. On a évoqué la déficience congénitale ou la faiblesse de la gaine aponévrotique de Waldeyer parmi les causes possibles. Les diverticules congénitaux ont tendance à être solitaires et se trouvent à la jonction du trigone de la vessie et du détrusor. Cette localisation anatomique, près de l'insertion de l'uretère jusqu'à la vessie, est une considération importante parce que les diverticules de grande taille peuvent empiéter sur les orifices urétéraux ou les déformer².

Dendane M.A. et coll. ont rapporté quatre observations de diverticule géant para-urétéral de la vessie. Tous les diverticules étaient para-urétéraux et aucune anomalie associée n'avait été relevée. Tous les enfants étaient de sexe masculin¹. La symptomatologie était dominée par la rétention aiguë d'urine et la présence d'une infection urinaire^{1,3}. Dans le cas qui nous occupe, le garçon était âgé de 18 mois. La symptomatologie était similaire, avec 38 °C de fièvre, une rétention urinaire et une infection urinaire à *E. coli*. Dans l'étude de Dendane M.A. et coll., l'urétrocystographie et l'échographie vésicale avaient permis de poser, dans tous les cas, un diagnostic de diverticule para-urétéral de la vessie¹. Le diagnostic de diverticule para-urétéral reste difficile à établir

Fig. 1. Tomodensitométrie pelvienne sans injection : Vessie et diverticule géant gauche (voir les flèches).

lors de l'échographie abdominopelvienne. En l'occurrence, les résultats de l'échographie n'ont pas été concluants, si bien qu'en situation d'urgence, il a fallu le compléter par une TDM abdominopelvienne.

L'échographie abdominopelvienne a mis en évidence un diverticule vésical, tandis que la TDM abdominopelvienne a révélé une malformation vésicale de type diverticulaire avec anomalie probable de l'implantation urétérale.

Le diagnostic de diverticule para-urétéral a été posé pen-

Fig. 2. Vue laparoscopique : Épreuve de remplissage par sonde vésicale, diverticule géant latéralisé à gauche (voir les flèches) se remplissant au même moment.

dant la période peropératoire, mais nous avons suspecté à l'examen tomodensitométrique une anomalie d'implantation de l'uretère gauche. Nous avons d'abord réalisé une urétrocystoscopie qui n'a pas montré de valve de l'urètre postérieure. Aucune autre uropathie malformative associée n'a été décelée.

En raison des résultats de la TDM et de l'urétrocystoscopie, nous n'avons pas réalisé d'urétrocystographie ni de scintigraphie rénale au DMSA. Nous avons éliminé le diagnostic

Fig. 3. Vue laparoscopique : Réimplantation urétéro-vésicale après diverticulotomie, sonde urétérale double J mise en place.

Fig. 4. Vue laparoscopique : Réimplantation urétéro-vésicale avec confection du système anti-reflux selon la technique de Lich-Grigoriou.

d'une valve de l'urètre postérieure à l'urétrocystoscopie, et les reins avaient un bon parenchyme à l'échographie et à la TDM.

Le patient a subi une diverticulectomie laparoscopique avec réimplantation urétéro-vésicale anti-reflux selon la technique de Lich-Gregoir. Les suites opératoires ont été simples. Le diverticule géant congénital para-urétral de Hutch est rare chez l'enfant, et il existe peu d'études concernant son traitement par diverticulectomie laparoscopique. Les rares séries de patients qui existent portent sur la diverticulectomie laparoscopique de la vessie.

Jean-François Hétet et coll. ont décrit le traitement par laparoscopie transpéritonéale d'un volumineux diverticule de la vessie et ont détaillé les points techniques utilisés pour éviter la formation d'une plaie urétérale et faciliter le repérage et la dissection du diverticule lors de la procédure cœlioscopique⁴. En 1992, Parra et coll.⁵, puis Das⁶ ont été les premiers à faire état d'une diverticulectomie par laparoscopie transpéritonéale. Nadler décrivait en 1995 une prise en charge par voie rétropéritonéale⁷. Cette voie d'abord, dont on a démontré la faisabilité, a fait l'objet d'expériences individuelles, mais rarement de séries de patients.

La diverticulectomie par laparoscopie transpéritonéale ou rétropéritonéale (DLTR) d'un diverticule géant para-urétral est rarement rapportée dans la littérature compte tenu du faible nombre d'interventions pratiquées. La DLTR est techniquement faisable et constitue une chirurgie mini-invasive assortie d'une faible morbidité.

Conclusion

Le diverticule géant para-urétral d'origine congénitale est rare. Il faut éliminer une uropathie malformative sous-vési-

cale comme une valve de l'urètre postérieure chez l'enfant. La diverticulectomie laparoscopique est une bonne solution de rechange dans la mesure où il s'agit d'une chirurgie mini-invasive. En raison de la faible morbidité du traitement laparoscopique, il faut privilégier cette voie d'abord au détriment d'une procédure chirurgicale à ciel ouvert.

Competing interests: Dr. Kassogué, Dr. Diarra, Dr. Benzekri, Dr. Doumbia, Dr. Bouabdallah, Dr. Traoré, Dr. Tizniti, Dr. Mellas, Dr. Tazi, Dr. El Ammari, Dr. Khallouk, Dr. El Fassi, Dr. Farih all declare no competing financial or personal interests.

This paper has been peer-reviewed.

Références

1. Dendane MA, Teklali Y, Aghoutane M, et al. Le diverticule géant de la vessie : À propos de 4 cas. *Rev maghrébine de pédiatrie* 2003;5:273-7.
2. El Abidine Benali Z, Ahmadi H. Diverticule congénital de la vessie chez un enfant de 13 ans diabétique en sepsis à point de départ urinaire. *Pan Afr Med J* 2013;14:56.
3. Garat JM, Angerri O, Caffaratti J, et al. Primary congenital bladder diverticula in children. *Urology* 2007;70:984-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.urol.2007.06.1108>
4. Hétet J-F, Colls P, Pocholle P, et al. Traitement laparoscopique des diverticules de la vessie. *Prog Urol FMC* 2011;4:114-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fpurol.2011.04.003>
5. Parra RO, Jones JP, Andrus CH, et al. Laparoscopic diverticulectomy: Preliminary report of a new approach for the treatment of bladder diverticulum. *J Urol* 1992;148:869-71.
6. Das S. Laparoscopic removal of bladder diverticulum. *J Urol* 1992;1837-9.
7. Nadler RB, Pearle M, Mc Dougall EM, et al. Laparoscopic extraperitoneal bladder diverticulectomy: Initial experience. *Urology* 1995;45:524-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80029-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80029-6)

Correspondence: Dr. Amadou Kassogué, Service d'urologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc; amadouenet@yahoo.fr