



## Cas clinique

### Impact de la valve de l'urètre postérieur sur le haut appareil urinaire à propos d'une observation en milieu rural au Mali

Impact of the posterior urethral valve on the upper urinary tract based on a rural observation in Mali

D Sangaré<sup>1\*</sup>, HJG Berthé<sup>1</sup>, I Sissoko<sup>1</sup>, K Diarra<sup>1</sup>, S Niaré<sup>1</sup>, AS Diakité<sup>1</sup>, MS Diallo<sup>1</sup>, C Badiaga<sup>1</sup>, ML Diakité<sup>1</sup>

#### Résumé

La valve de l'urètre postérieur est l'uropathie obstructive la plus grave. En effet elle a un retentissement sur la fonction rénale, avec des formes d'emblé létales et des formes mineures bien tolérées.

Le diagnostic doit être anténatal, voir néonatal mais une grande majorité est de révélation tardive.

La prise en charge est multidisciplinaire pour la prévention de l'insuffisance rénale terminale avec en premier temps la destruction de la valve.

A travers un cas récent de valve de l'urètre postérieur colligé au centre de santé de référence de Banamba, une structure primaire de la pyramide sanitaire situé à 140 Km au Nord -Est de Bamako et en s'inspirant d'une revue de la littérature médicale, les auteurs élucident les différents aspects diagnostiques et thérapeutiques et son impact sur le haut appareil urinaire.

Mots-clés : Valve de l'urètre postérieur ; Uretrocystographie –Mictionnelle ; Sonde de Foley

#### Abstract

The valve of the posterior urethra is the most severe obstructive uropathy. Indeed it has a repercussion on the renal function, with immediately lethal forms and minor forms well tolerated.

The diagnosis must be antenatal or even neonatal but a large majority is late-onset. The management is multidisciplinary for the prevention of end-stage renal failure with first of all the destruction of the valve. Through a recent case of valve of the posterior urethra collected at the health center of reference of Banamba, a primary structure of the health pyramid located 140 km north-east of Bamako and inspired by a review of the Medical literature, the authors elucidate the different diagnostic and therapeutic aspects and its impact on the upper urinary tract.

Keywords: posterior urethral valve; Uretrocystography -Mictionnelle; Foley catheter.

#### Introduction

La valve de l'urètre postérieur représente l'obstruction infra-vésicale congénitale de loin la plus fréquente soit 63% [1]. On peut la rencontrer à tout âge même à l'âge adulte, mais elle est en majorité dépistée dans les premiers mois de la vie. Leur gravité varie en fonction du degré de l'obstruction urétrale, mais dans l'ensemble il s'agit d'une uropathie très sévère qui retentit sur le haut appareil urinaire dès la vie intra-utérine et aboutit parfois à des lésions irréversibles

avant la naissance [2]. Elle représente la principale cause d'insuffisance rénale terminale chez l'enfant [3].

Malgré ses complications désastreuses, elle reste méconnue pour la plupart des praticiens. Cette observation met en exergue l'effet néfaste de la valve de l'urètre sur le haut appareil et l'utilisation d'une sonde à Foley dans sa prise en charge.

### **Cas clinique**

Il s'agissait d'un enfant, âgé de sept ans issu d'une grossesse à terme avec 04 consultations prénatales et zéro échographie anténatale réalisée. Les parents consultèrent au centre de santé de référence de Banamba pour rétention d'urine, distension abdominale et ureterohydronephrose bilatérale de constatation échographique et scanographique.

L'anamnèse a retrouvé une notion de dysurie chronique à type de faiblesse de jet, de miction goutte à goutte, sur un terrain de drépanocytose de forme AS.

L'examen clinique notait une Altération de l'état général, une température de 38,9°C, des conjonctives moyennement colorées, sans altération de la conscience, ni vomissement, ni douleur abdominale.

À l'inspection on constatait une distension abdominale importante avec une voussure hypogastrique.

La palpation mettait en évidence une Sensibilité avec un contact lombaire bilatéral et une douleur esquive abdominale et hypogastrique dans un contexte de globe vésical volumineux dépassant l'ombilic.

Le reste de l'examen était sans particularité.

À l'examen physique nous avons procédé à la mise place d'une voie veineuse avec un apport hydrique à base de sérum salé, un sondage vésical trans-uretral, ramenant plus de 1000 cc d'urine trouble.

L'examen et la culture bactériologique des urines ont conclu à une leucocyturie avec la présence d'E. coli sensible aux céphalosporines de troisième génération.

La NFS était en faveur d'une anémie normocytaire normochrome à 10,4g/dl associée hypercréatininémie à 333 µmol/l

Après dix jours d'hospitalisation avec perfusion,

antibiothérapie et drainage d'urine on a constaté une nette amélioration clinique avec une régression de la Créatininémie à 136µmol/l puis à 109 µmol/l et un ECBU stérile.

UCR-M (Uretrocystographie-Mictionnelle) mettait en évidence une dilatation de l'urètre postérieur avec un effilement de l'urètre antérieur en faveur d'une valve de l'urètre postérieur. On note également la présence d'une vessie de lutte et un important résidu post mictionnel.

Sous AG +IOT, nous avons procédé à la destruction de la valve à l'aide d'une sonde à Foley CH10 ballonnet gonflé à 3CC.

Ablation de la sonde le lendemain pour essai mictionnel qui fut favorable, sans incontinence ni dysurie avec une normalisation de la créatininémie à 80 µmol/l et Uretrocystographie-Mictionnelle et post-mictionnelle

### **Discussion**

La fréquence des valves de l'urètre postérieur est difficile à préciser dans notre contexte pour des raisons liées à une insuffisance du suivi des grossesses, la méconnaissance de la pathologie et surtout la rareté de cette malformation urétrale.

Dans la littérature la fréquence globale des valves de l'urètre postérieur est estimée à 1/5000 à 1/12500 naissances [4]. Une étude réalisée au CHU de Brazzaville étendue sur 08 ans entre 1996-2003 a recensé 03 cas de valves de L'urètre postérieur [5].

L'âge de diagnostic de notre patient est de 07 ans. Ce retard diagnostique est courant dans notre contexte lié à la pratique inconstante des échographies anténatales et à la pratique courante de traitement symptomatique par certains agents de santé sans recherche étiologique. À noter qu'un nombre non négligeable de patient ne sont diagnostiqués que plus tard à l'âge pédiatrique voir adulte [6].

Le tableau clinique dépend assez étroitement de l'âge et apparaît d'autant plus grave que l'enfant est jeune au moment du diagnostic, cette gravité est aussi liée à la sévérité de l'obstruction. Dans notre cas au même

âge le tableau clinique est compatible avec ceux retrouvés dans la littérature, dominé par la rétention ou surtout une pseudo-incontinence (par pollakiurie ou par regorgement) et infection urinaire à répétition. La notion de dysurie est difficile à mettre en évidence chez un enfant qui n'a jamais uriné normalement [2]. Ceci ne va pas sans une hyperpression endo-vésicale très importante qui retentit gravement sur le haut appareil urinaire.

Le diagnostic a été posé sur la base d'urocystographie-mictionnelle caractéristique avec un urètre postérieur dilaté, ballonné et un urètre antérieur effilé. L'urocystographie-mictionnelle est la clé du diagnostic dans la plupart des cas [2, 4, 5, 7]. La grande majorité des cas sont diagnostiqués, ou suspectés sur la base de l'échographie anténatale.

La tomodensitométrie n'est nécessaire au diagnostic mais fut réalisée par les parents à la demande d'une tierce personne.

À l'admission la présence des signes d'insuffisance rénale obstructive, et d'infection urinaire ont motivé le drainage des urines par une sonde à demeure, une antibiothérapie et une perfusion compensatrice.

Le traitement est dominé par la suppression de l'obstacle, mais pose aussi le problème de l'infection urinaire et de l'insuffisance rénale. [2]

La destruction de la valve est réalisée par la résection endoscopique après la classification de la valve suivie ou non d'une sonde à demeure [1-4, 7]. Dans notre cas à défaut du matériel endoscopique pédiatrique nous avons procédé à la destruction de la valve par une sonde de Foley à ballonnet gonflé à 3CC.

Le résultat obtenu est satisfaisant, avec une miction normale et surtout pas d'incontinence.

Grace au développement du diagnostic anténatal et à l'amélioration de la prise en charge de ces enfants, la mortalité a chuté de 50 % dans les années 1960 [8] à moins de 5 % à l'heure actuelle [9].

Malgré ces constats notre patient a été adressé au service de la néphrologie du CHU du Point-G pour un suivi à long terme. Si le résultat urinaire est satisfaisant, celui de la fonction rénale peut être altéré et une évolution vers une insuffisance rénale terminale

est possible. Il a été noté que cette insuffisance rénale terminale survient habituellement entre l'âge de 11 à 15 ans [10].

## **Conclusion**

Les valves de l'urètre postérieur représentent une pathologie rare et méconnue dans notre contexte. Elle a une répercussion sur la fonction rénale. La prise en charge est multidisciplinaire. La destruction des valves relève du domaine de la chirurgie endoscopique avec des résultats satisfaisants. Le suivi clinique et biologique jusqu'à la puberté doit être systématique.

---

## **\*Correspondance**

Sangaré Daouda

[daouda.sang@yahoo.fr](mailto:daouda.sang@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 06 Novembre 2020

1 : Centre de santé de référence de Banamba (Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## **Références**

- [1] Morris RK, Ruano R, Kilby MD. Effectiveness of fetal cystoscopy as a diagnostic and therapeutic intervention for lower urinary tract obstruction: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011 ;37: 629-37.
- [2] Mollard P. Précis d'urologie de l'enfant, Masson 1984 : 265-279.
- [3] Sanna CS, Ravanil P, Corbani V et al. Renal outcome in patients with congenital anomalies of the kidney and urinary tract. *Kidney int* 2009; 76:528-533.
- [4] AMEKRANE S. Valves de l'urètre postérieur chez l'enfant à propos de 39 cas. Thèse de Médecine - N°252 -1999, Rabat.
- [5] Makosso E, Bouya AP. Diagnostic et traitement de valve de

l'urètre postérieur à propos de 03 observations au CHU de Brazzaville. *Malimedical*2005; 20(3):5-7.

- [6] Khurigara.N, Mc Guire.BB.Late presentation of posterior urethral valves.*Canj Urol* 2011; 18(3):5739-41.
- [7] Jacque. B, Christophe .G, Paloma.P.Valves de l'urètre postérieur. *Paediatrica*2012;23(3):10-12.
- [8] D. G. Ellis, E. W. Fonkalsrud ,J. P. Smith. Congenital posterior urethral valves *J. Urol.* 95:549–554
- [9] Caione, P., Nappo, S.G. Posterior urethral valves: long-term outcome. *Pediatr Surg Int* 2011 ;27(10) :1027 -1035
- [10] Sarhan OM, El-Ghoneimi AA, Helmy TE, Dawaba MS, Ghali AM, Ibrahim el-HI: Posterior urethral valves: multivariate analysis of factors affecting the final renal outcome. *J Urol.* 2011; 185: 2491–5.

**Pour citer cet article :**

D Sangaré, HJG Berthé, I Sissoko, K Diarra, S Niaré, AS Diakité, et al. Impact de la valve de l'urètre postérieur sur le haut appareil urinaire à propos d'une observation en milieu rural au Mali. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 148-151