

TRAITEMENT ACTUEL DE L'EXTROPHIE VESICALE

A propos de 31 cas

BELKACEM R., KRIOUILE Y., OUTARAHOUT O.

RESUME

Les auteurs rapportent une étude à propos de 31 cas d'E.V. colligés en l'espace de 23 ans. Ils comparent les résultats de la dérivation urinaire interne et de la reconstruction vésicale.

La dérivation urinaire n'a apporté le confort (la continence) que chez 44% des enfants ; de plus elle expose à la dégradation de haut appareil dans 50%.

La reconstruction vésicale associée à l'ostéotomie pour rapprocher les 2 pubis constitue actuellement le meilleur traitement de l'E.V.

SUMMARY

The authors report here a study of 31 vesical extrophia, cases managed on a 23 years-period, and comparison between the internal. urinary derivation and those of the vesical construction.

The internal derivation led to convenience (urinary continence) only in 44% of children. In addition, it exposes to impairing of the upper urinary system in about 50% of cases.

Inversely, the visicial reconstruction, mainly if associated with bringing pubics together and sphincteroplasty allow to hope for a complete or almost complete urinary continence in about 80% of cases.

Etape par étape, le traitement de l'extrophie vésicale s'est amélioré d'une façon considérable pour atteindre désormais des résultats encourageants mais ceci au prix, surtout chez le garçon, d'un parcours chirurgical long et périlleux

MATERIEL D'ETUDE

Entre 1970 et 1993 nous avons traité 31 cas d'extrophie vésicale (E.V.) complète.

Service de chirurgie «C» - HER

Médecine du Maghreb 1998 n°72

L'âge de nos patients varie de 8 jours à 11 ans. Il s'agit de 19 garçons et de 12 filles.

Nous avons réalisé dans 15 cas (48%) une dérivation urinaire interne sous forme de vessie rectale à la DUHAMEL dans 7 cas ; de trigonosigmoïdostomie dans 5 cas et d'urétérosigmoïdostomie (COFFEY) chez 3 enfants.

Tableau n° 1 : Les dérivations urinaires internes

| | |
|--------------------------|--------|
| Vessie rectale (DUHAMEL) | 7 cas |
| Trigonosigmoïdostomie | 5 cas |
| COFFEY | 3 cas |
| Total | 15 cas |

La reconstruction vésicale a été réalisée chez 16 enfants (52 %). Elle a été faite sans rapprochement des pubis chez 10 enfants Dans les 6 autres cas nous avons associé à la fermeture vésicale un rapprochement des deux pubis à l'aide d'une ostéotomie horizontale antérieure du bassin chez 4 enfants ; chez 2 nouveau-nés qui avaient un bassin souple , ce rapprochement n'a pas nécessité d'ostéotomie.

Tableau 2 : Reconstruction vésicale

| | |
|--|--------|
| Reconstruction vésicale sans rapprochement pubien | 10 cas |
| Reconstruction vésicale avec rapprochement des pubis | 6 cas |
| total | 16 cas |

En outre nous avons réalisé 4 allongements de la verge et 2 sphinctéropplasties à la Young-dees chez 2 filles.

RESULTATS

1 - Les dérivations urinaires internes : 15 cas

- Les suites immédiates ont été marquées par :
 - * 1 décès suite à une péritonite post-opératoire.
 - * 2 fistules urinaires.
 - * 1 infection pariétale.
- La continence n'a pu être appréciée que chez 9 enfants. Elle est jugée mauvaise (Fuite diurne et nocturne) dans 3 cas ; moyenne (fuite nocturne) dans 2 cas ; et seulement bonne dans 4 cas (44%).
- Le retentissement sur le haut appareil urinaire a été étudié chez 12 enfants suivis ; c'est ainsi que nous avons relevé :
 - * 4 acidoses hyperchlorémiques (33%). Cette acidose est plus prononcée après l'intervention de COFFEY.
 - * 2 insuffisances rénales : une secondaire à une sténose bilatérale de l'anastomose urétérosigmoïdienne ayant évoluée à bas bruit, l'autre par empierement rénal bilatéral. De plus L 'U.I.V. post-opératoire réalisée chez 12 enfants étaient anormale chez 6 d'entre eux (50%) avec une dilatation importante du haut appareil urinaire dans 3 cas, et une dilatation modérée dans les 3 autres cas.

2 - La reconstruction vésicale : 16 cas

Initialement nous la pratiquions sans chercher à rapprocher les pubis, la reconstruction de la paroi était réalisée à partir de lambeaux aponévrotiques prélevés sur les grands droits. Sur 10 enfants traités de cette façon nous avons eu :

- * 2 lachages complets des sutures vésicales.
- * 2 fistules vésicales.

Quant à la reconstruction pariétale, elle est de qualité médiocre.

Parmi ces 10 enfants, 2 filles ont bénéficié d'une sphinctéroplastie à la Young-dees avec un résultat décevant, et 2 garçons gardent une verge courte et non pendulaire après une tentative de l'allongement de celle-ci.

Mais depuis que nous associons à la reconstruction vésicale un rapprochement du pubis après ostéotomie ou sans ostéotomie surtout chez les nouveau-nés qui ont en général un bassin souple, les résultats nous paraissent meilleurs. En effet sur les 6 enfants traités de cette manière nous n'avons noté aucune désunion vésicale, la reconstruction pariétale

est de bonne qualité, quand à l'allongement de la verge réalisée, les résultats sont meilleurs.

De plus nous avons constaté qu'une fille est devenue continente 18 mois après la simple fermeture de la vessie sans qu'il soit nécessaire d'envisager une sphinctéroplastie.

DISCUSSION

Le problème à résoudre dans l'E.V. est double : urinaire et général.

Sur le plan urinaire, le but à atteindre est l'obtention d'un réservoir vésical ample et continent.

Les dérivations urinaires internes ne doivent être envisagées qu'en dernier recours. (plaque vésicale minuscule ; échecs itératifs de fermeture vésicale). En effet les résultats de ces techniques sont médiocres sur le plan de la continence, qui nécessite un sphincter anal suffisamment tonique ; ce qui n'est pas toujours le cas dans l'E.V.

De plus la dérivation urinaire interne fait courir le risque d'une dégradation rénale et l'apparition d'un épithélioma au niveau de l'anastomose urétérocolique, ce qui est inacceptable chez des enfants qui ont par ailleurs une expérience de vie normale.

A la suite des travaux de JEFFS, les chirurgiens pédiatriques sont quasi-unanimes sur la nécessité de fermer la plaque vésicale très tôt dans les 48 à 72 heures qui suivent la naissance. Ainsi seront évitées les lésions à type de sclérose du detrusor et les bourgeonnements pseudopolypoïdes de la muqueuse.

La fermeture de la plaque vésicale est grandement facilitée par le rapprochement des pubis. Celui-ci peut être obtenu par simple appui sur les ailes iliales surtout chez les nouveau-nés avec bassin souple ; sinon on aura recours à une ostéotomie iliaque postérieure ou antérieure selon les écoles.

L'ostéotomie constitue un temps difficile allongeant le temps de l'intervention mais il a amélioré considérablement les résultats de la fermeture de la plaque qui est obtenue dans 80 à 90 %. De plus, il permet une reconstruction pariétale parfaite. D'autre part, il est possible, comme le souligne JEFFS, que la reconstitution d'une fermeture fibreuse solide de l'anneau pelvien en avant de la vessie et de l'urètre joue un rôle dans l'acquisition de la continence (1 cas dans notre série). MOLLARD rapporte également 2 cas de continence acquise chez 2 filles sans recours à la sphinctéroplastie.

La chronologie du traitement de l'EV est actuellement bien

codifiée :

L'E.V. doit être considérée comme une semi-urgence néonatale et sa fermeture réalisée avant la 48ème heure.

L'allongement de la verge est le 2ème temps, il est réalisé vers l'âge de 2 à 3 ans. D'autres auteurs préfèrent le réaliser en même temps que la fermeture vésicale.

Quant à la sphinctéroplastie qui assure la continence, il ne faut l'envisager que lorsque l'enfant peut se prendre en charge avec l'aide de sa famille ; en général vers l'âge de 5 à 6 ans.

L'acquisition de la continence pourra demander beaucoup de temps, c'est dire qu'il faut s'armer de patience, et le résultat ne peut être considéré comme définitif qu'après la puberté. La continence est obtenue actuellement dans 70 à 80% des cas. Cette sphinctéroplastie doit toujours être associée à une

réimplantation antireflux des uretères étant donné que la jonction urétéro-vésicale est presque toujours anormale dans l'E.V.

CONCLUSION

Depuis 20 ans, les progrès réalisés dans le traitement de l'E.V. sont considérables. La reconstruction de la vessie très tôt dans la vie avec rapprochement des 2 publis et les temps ultérieurs permettent actuellement d'espérer dans 80% des cas une continence parfaite ou quasi parfaite avec une vie sexuelle proche de la normale.

Les dérivations urinaires n'ont pratiquement plus de place dans le traitement de l'E.V..

BIBLIOGRAPHIE

1- AUDRY G., GRAPIN C., LOULIDI S., GRUNER M., BRUEZIERE J., Avenir génital des garçons atteints d'extrophie vésicale ou d'epispadias avec incontinence.

Ann. Urol. 1991, 25, 119-124.

2 - AUDRY G., GRAPIN C., LOULIDI S., GRUNER M., BRUEZIERE J. Avenir génital des filles atteints d'extrophie vésicale ou d'epispadias avec incontinence.

Ann Urol. 1991, 25, 125-130.

3 - BRUEZIERE J., LASFARGUES G., ALLOUCH G., BENSMAN A., Malformations vésicales.

E.M.C. Paris, Pédiatrie 14083 D30, 3-1981.

4 - BRUEZIERE J., AUDRY G., MERIA P.

Traitement actuel de l'extrophie vésicale.

Ann Urol. 1992, 26, 293-195.

5 - CENDRON J., MELIN Y., VASQUEZ M.P.

Traitement actuel de l'extrophie vésicale.

Chir. Pédiatr. 1980, 21, 193-295.

6 - JEFFS R.D.

Extrophy and cloacal extrophy

Urol. Clin. Noth. Ann. 1978, 5, 127.

7 - MOLLARD D.P., SARKISSIAN J., LORAS O.

Reconstruction vésicale pour extrophie.

Jour. Urol. 1981, 87, n° 4, 199-207.