

Apport de l'imagerie en coupes dans le diagnostic du diverticule urétral de la femme : à propos d'un cas révélé par une rétention aiguë d'urine

Pakisba Ali OUEDRAOGO ¹, Karim ILBOUDO ², Milckisédek Judicaël Marouruana SOME¹,
Aïda I TANKOANO³, AT Wilfrid OUEDRAOGO⁴, Ousseini DIALLO⁵

Résumé

Encore appelé poche sous urétrale, le diverticule de l'urètre est une pathologie de la femme jeune. Il se définit comme une hernie de la muqueuse urétrale à travers les fibres musculaires, créant une cavité néoformée à partir de la paroi urétrale et qui communique avec la lumière urétrale par un orifice de diamètre variable. Il peut être acquis ou congénital. Les symptômes sont souvent non spécifiques, dominés par les signes d'infection urinaire ou encore d'une instabilité vésicale idiopathique. C'est une pathologie rare avec une prévalence de 0,5 à 6% selon les séries. Cependant, cette prévalence ne reflète pas la fréquence réelle de cette pathologie. Sa méconnaissance dans la plupart du temps expose à des difficultés thérapeutiques, voire à des complications (cancérisation). La mise au point de techniques d'imagerie performantes telles que la TDM et l'IRM aident à confirmer le diagnostic et à localiser la lésion en vue d'une prise en charge précoce et adéquate.

Nous rapportons un cas de diverticule urétral survenu chez une jeune femme de 40 ans révélé par une rétention aiguë d'urine dans le but de décrire le rôle clé de l'imagerie en coupes dans le diagnostic précoce de cette affection.

Mots-clés : Diverticule urétral, IRM pelvis, rétention d'urine.

Sectional imagery contribution to the female urethral diverticula diagnosis: about a case revealed by acute urine retention

1 Service d'imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso

2 Service d'Imagerie Médicale, Centre hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

3 Service de radiologie du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

4 Service d'Imagerie Médicale, Polyclinique Notre Dame de la Paix de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso

5 Service d'imagerie Médicale du Centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : Pakisba Ali OUEDRAOGO, E-mail : pakisbaali@gmail.com Tel 00226 74026262 / 00226 61 00 00 76

Abstract

Also called a suburethral pocket, the diverticulum of the urethra is pathology of young women. It is defined as a herniation of the urethral mucosa through muscle fibers, creating a newly formed cavity from the urethral wall and which communicates with the urethral lumen through an orifice of varying diameter. It can be acquired or congenital. Symptoms are often nonspecific, dominated by signs of urinary tract infection or idiopathic bladder instability. It is a rare pathology with a prevalence of 0.5 to 6% depending on the series. However, this prevalence does not reflect the real frequency of this pathology. Its ignorance in most of the time exposes to therapeutic difficulties, even to complications (cancerization). The development of powerful imaging techniques such as CT and MRI help to confirm the diagnosis and locate the lesion for early and adequate management.

We report a case of urethral diverticulum in a 40-year-old young woman revealed by acute urine retention in order to describe the key role of sectional imaging in the early diagnosis of this pathology.

Keywords: Urethral diverticula, pelvis MRI, urine retention.

Introduction

Le diverticule de l'urètre chez la femme ou poche sous urétrale, rapporté pour la première fois par HEY en 1805 (1), se définit comme étant une hernie de la muqueuse urétrale à travers les fibres musculaires, créant une cavité néoformée à partir de la paroi urétrale et qui communique avec la lumière urétrale par un orifice de diamètre variable (1, 2, 3). Il peut être d'origine acquise (infectieuse ; traumatique) ou congénitale bien que la pathogénie ne soit pas clairement établie. Les symptômes sont souvent non spécifiques, dominés par les signes d'infection urinaire (1) ou encore d'une instabilité vésicale idiopathique. C'est une pathologie rare avec une prévalence de 0,5 à 6% selon les séries (4, 5). Cependant, cette prévalence ne reflète pas la fréquence réelle de ces diverticules qui sont souvent méconnus. En fait, le diagnostic de diverticule de l'urètre nécessite que l'on y pense systématiquement en présence de troubles mictionnels chez une femme, ne répondant pas aux traitements habituels. La palpation du trajet de l'urètre doit être systématique lors de l'examen génital. Sa méconnaissance expose à des difficultés thérapeutiques, voire à des complications (cancérisation). Le diagnostic positif reste du ressort de l'imagerie médicale. Pourtant, les techniques radiologiques standards les plus accessibles notamment la radiographie et l'échographie restent insuffisantes au diagnostic. La mise au point de techniques d'imagerie performantes telles que la TDM et l'IRM permettent de poser le diagnostic et de localiser la lésion mais restent peu disponibles dans notre pays. Nous rapportons un cas survenu chez une jeune femme de 40 ans révélé par une rétention aiguë d'urine. Notre objectif est d'attirer l'attention des cliniciens sur le rôle de l'imagerie médicale dans le diagnostic précoce de cette affection en vue d'une prise en charge précoce et adéquate.

I. Observation

Il s'agit de madame K.M, habitante de province, dans la région du centre du Burkina Faso, que nous recevons pour la réalisation d'une TDM du pelvis pour rétention aiguë d'urine. L'histoire remontait à environ 3 ans par des épisodes de dysurie, d'impériosités mictionnelles avec pollakiurie et écoulement urétral de pus ayant motivé des consultations répétées avec des traitements par antibiotiques responsables d'accalmies séquentielles. La patiente décrivait également des dyspareunies lors de ces épisodes de maladie.

Cette évolution fut compliquée par une rétention aiguë d'urine ayant motivé son admission en urgence.

Elle a été reçue dans un bon état général avec une légère agitation.

Il y avait un syndrome inflammatoire clinique et biologique.

Une échographie abdomino-pelvienne demandée auparavant retrouvait une masse sous vésicale à centre liquidien de 63 x 42 mm, soulevant la région du col vésical.

La TDM pelvienne complémentaire a été réalisée et a permis de décrire le syndrome de masse susmentionné. Il se présentait sous la forme d'une formation solido-kystique oblongue logée au sein des tissus mous en arrière de l'urètre (fig. 1) et en avant des parois vaginales, avec un centre liquidien et une paroi épaisse et rehaussée après contraste. Cette masse mesurait 49 x 45 mm sur le plan axial, étendue sur 62 mm de haut et soulevait le plancher vésical. (Fig. 1b et fig. 1c). Le diagnostic de diverticule urétral remanié fut évoqué.

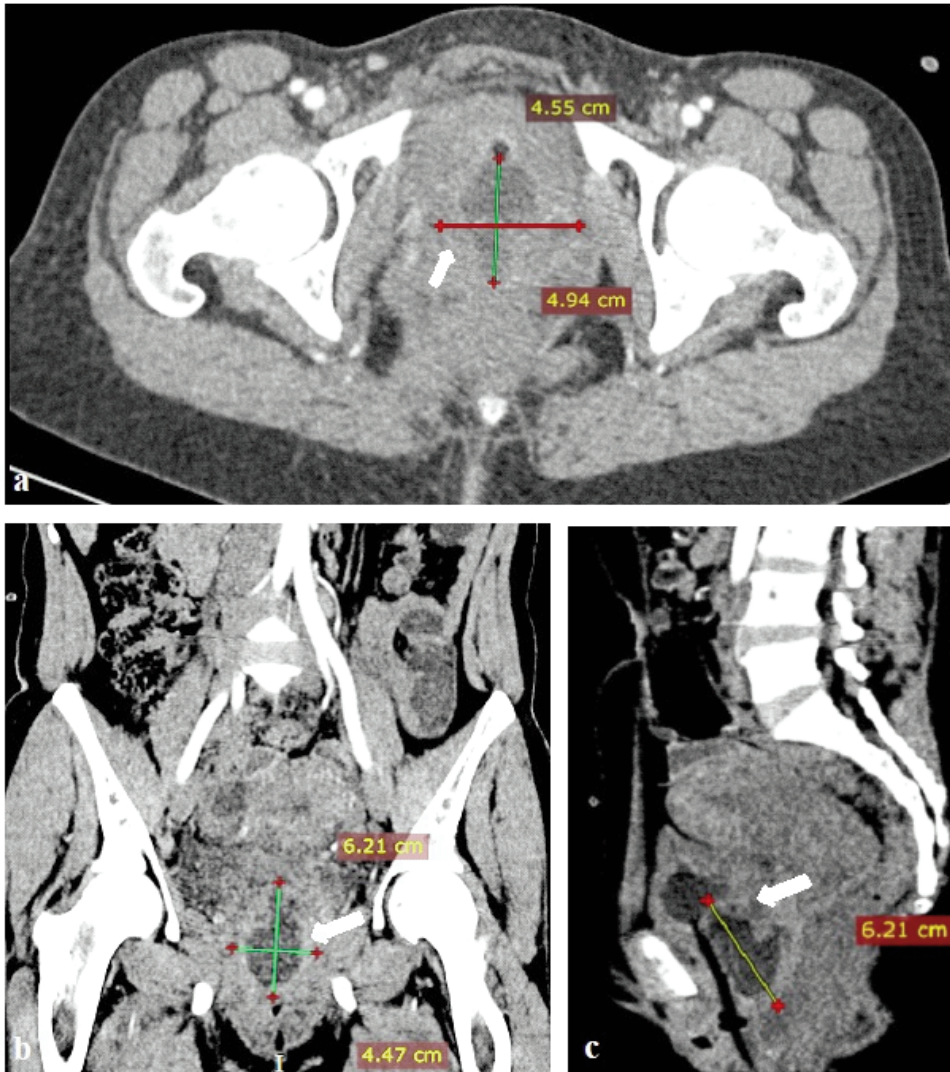


Figure 1 : TDM abdomino-pelviennes après injection de produit de contraste en coupes axiales, fenêtre parenchymateuse (a) et reformatage coronale (b) et sagittale (c) chez la même patiente mettant en évidence une lésion liquidienne à paroi épaisse et à contenu dense de siège rétro-urétral (c) et soulevant le plancher vésical.

En vue de ne pas méconnaître une tumeur périnéale nécrotique, une IRM pelvienne fut proposée. Elle fut réalisée une semaine plus tard et retrouva une masse de nature kystique sous vésicale à centre liquidien en hyposignal en T1, hypersignal en T2, avec une paroi épaisse, rehaussée après injection de gadolinium, d'allure inflammatoire.

Cette masse présentait une interruption de la paroi postérieure de l'urètre communiquant avec ce dernier par un fin pertuis.

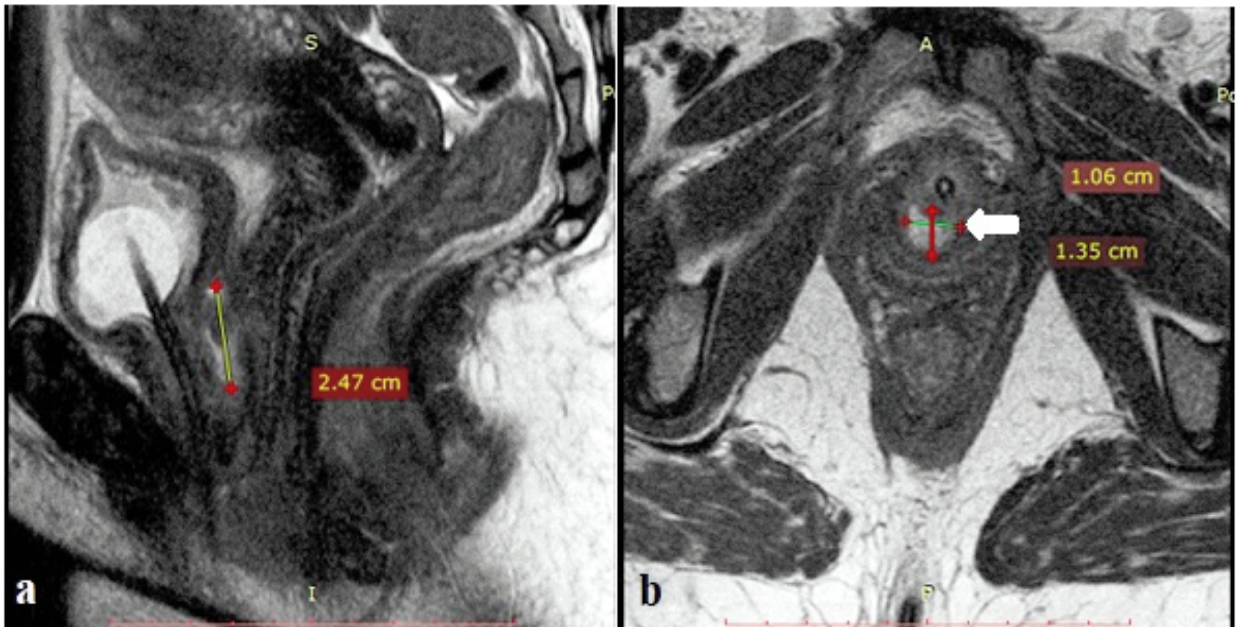


Figure 2 : IRM pelvienne en coupes sagittales T2 fat sat (a) et axiales (b) après injection de produit de contraste chez la même patiente mettant en évidence une formation liquidienne à paroi épaisse rehaussée après injection de gadolinium.

Des manœuvres en cours d'examen à type de pression intra vaginal, après ablation de la sonde urétrale, en vue de mieux opacifier le pertuis ont ainsi permis d'affaïsser la collection. La patiente a retrouvé une miction normale dès la fin de l'examen.

II. Discussion

L'incidence du diverticule urétral de la femme varie de 0,3 à 10 % selon les séries et le mode de recrutement (4). Elle paraît être 6 à 10 fois supérieure chez les noires que dans la population caucasienne bien que cela n'ait pas été confirmé dans toutes les études (5).

Le diagnostic du diverticule urétral est habituellement porté entre la troisième et la cinquième décennie de la vie. De rares cas ont été décrits chez des nouveau-nés ou chez des jeunes filles (6). L'âge moyen lors du diagnostic est de 37,5 ans (6).

Les principaux signes rencontrés sont : la pollakiurie, les impériosités mictionnelles, la dysurie, les infections urinaires à répétition, les gouttes retardataires, la dyspareunie, l'hématurie, la douleur et le gonflement de la paroi vaginale antérieure (particulièrement après la miction) (4).

L'incontinence post mictionnelle ou pseudo incontinence, la poche se vidant après la miction par un écoulement en goutte à goutte (la miction en 2 temps), est le symptôme le plus évocateur, qui oriente fortement vers le diagnostic. Il peut s'agir d'un écoulement d'urine ou de pus (7).

Ce diagnostic doit toujours être évoqué lors d'infections urinaires à répétition, ne répondant pas aux traitements habituels (7).

La rétention aiguë d'urine qui peut constituer le premier signe d'appel ou survenir lors de l'évolution de l'affection a été le mode de révélation chez notre patiente.

Les diverticules urétraux peuvent être asymptomatiques, découverts fortuitement à l'occasion d'un examen gynécologique (toucher vaginal) ou sur une urétrocystographie faite pour un autre problème (7). D'autres ne sont découverts qu'au stade de complications (5, 7).

L'examen le plus souvent demandé en première intention devant des symptomatologies urinaires chez la femme ou devant des complications évocatrices de diverticule urétral est l'échographie qui permet de rechercher une masse anéchogène, hétérogène de la base vésicale, soulevant le plancher et donnant en cas de surinfection, comme dans notre cas, un aspect similaire à la prostate mâle. Cependant, cette technique est peu fiable pour les lésions dont le diamètre est inférieur à 2 cm (4, 8). La cystographie rétrograde, qui est moins onéreuse et plus disponible dans notre contexte tropical, est proscrite à cause de l'infection urinaire évolutive qui accompagne cette pathologie.

L'UIV si elle est réalisée peut montrer une image donnant l'aspect d'empreinte (d'un lobe médian) au temps cystographique (9). Les clichés urographiques permictionnels de face et $\frac{3}{4}$ droit et gauche peut révéler le diverticule urétral sous forme d'une image d'addition appendue à l'urètre et dont elle précise le nombre, les dimensions et la situation (10). Seul le cliché de profil pourra montrer le collet, voir révéler le diverticule, s'il est petit et masqué par l'urètre sur le cliché de face (11).

La TDM pelvienne a permis dans notre cas de mettre en évidence un processus inflammatoire sous vésical à paroi rehaussée cernant un centre liquidien hétérogène, venant au contact de l'urètre matérialisé par la sonde urétrale avec visualisation d'une interruption focale de la paroi postérieure urétrale suggérant un collet diverticulaire. Le scanner pelvien permet dans le même temps d'étudier l'environnement vésical et péri vésical dans le but de rechercher une extension de l'inflammation ou dépister une complication néoplasique associée (12).

L'IRM peut être proposée en cas de symptomatologie du bas appareil urinaire avec une évaluation clinique ou radiologique habituelle ne permettant pas de déceler une anomalie de l'urètre, en cas de traitement inefficace ou de suspicion de tumeur (12). L'IRM dessine l'architecture interne du sac diverticulaire de façon excellente et peut visualiser le septum interne et la paroi externe du diverticule [07 L'IRM permet en plus de faire le bilan d'extension locale d'une tumeur intra diverticulaire en précisant les limites de la lésion et le degré d'envahissement des structures adjacentes (12).

Conclusion

Le diverticule de l'urètre de la femme est une affection rare, souvent méconnue par le médecin généraliste et dont le diagnostic n'est établi que tardivement malgré une symptomatologie urinaire récidivante même après traitements bien conduits. Le diagnostic est à évoquer devant toute symptomatologie du bas appareil, en particulier des signes d'infection urinaire avec dysurie, dyspareunie ou incontinence post mictionnelle ou encore une rétention aiguë d'urine chez une femme.

L'imagerie en coupe, en particulier la TDM et l'IRM, constituent d'excellents outils de diagnostic grâce à la réalisation de coupes et/ou reconstructions multi planaires et de séquences urologiques, notamment dans les situations mal cernées par l'échographie et l'UIV.

Références bibliographiques

1. **Anidjar M, Martin O, Meria P, Hermieu JF, Delmas V, Boccon-Gibot L.** Poches sous –urétrales de la femme à propos de six cas. *Progr urolog* 1993 ; 3 : 778.
2. **El moussaoui A, Ait Boulbaroud A, Aboutaib R.** Diverticules sous urétraux chez la femme *J Urol* 1996 ; 102 :103-5.
3. **Mouad S, Jihad E.G, Tarik K, Khalid E.K, Abdellatif K,** Le diverticule de l’urètre féminin : à propos de 18 cas. *Pan African Medical Journal.* 2014 ; 18 : 78.
4. **Othmane A.** Diverticule sous urétral chez la femme (A propos de 05 cas). Thèse Med Fès 2018, Num 16 consulté en ligne sur le site scolarité.fmp-usmba.ac.ma
5. **Jong M, Choe M** Female urethral diverticula. *Medecine journal*, 2001; 2(5): 12.
6. **Sataa S, Sami BR, Mohamed C, Yassine N, Ali H.** Diverticule de l’urètre chez la femme. Analyse de 27 cas. *La tunisie Médicale* 2010 ; 88 (5) : 306 –11.
7. **Laadami S.** Diverticule de l’urètre chez la femme : à propos de 12 cas. Expérience du service d’urologie Hôpital militaire Marrakech. Thèse Med Marrakech 2018 Num 121 consulté en ligne sur le site wd.fmpm.uca.ma-htm
8. **Rhellab M.** Diverticule sous urétral féminin (A propos de 03 cas). Thèse Med Fès 2010 Num 64. Consulté en ligne sur le site scolarité.fmp-usmba.ac.ma
9. **Chater-Kaster E, Richard F, Truchot B, Leo J.P, Perrot A, Jardin A, Chatelain C.** Intérêt de l’uréthrographie rétrograde dans le diagnostic des poches sous urétrales de la femme. *Ann Urol* 1992 ; 26(1) : 49-52.
10. **Zerbib M., Steg A., Debrie B., Benoit G., Boccongibod L.** Traitement chirurgical des poches sous urétrales, étude critique rétrospective : intérêt de la cure en décubitus ventral. *Ann.Urol* 1989 ; 4 : 349-51.
11. **Benckekroun A, Lachkar A, Soumana A, Farih M.H, Belahnech Z,** Les poches sous urétrales de la femme à propos de 15 cas. *Ann Urol* 1998 ; 32(6-7) : 375-8
12. **Champy CM, Timsit MO.** Adénocarcinome de l’urètre chez la femme *Correspondances en Onco-Urologie* 2014 ; 5 (4) : 148-50