



Cas Clinique

Uretère Rétro-Cave : À Propos D'un Cas

Retrocaval ureter: a case report

Diarra MZ¹, Diarra ALK², Ouattara DA², Cissé D³, Diakité AS⁴, Kassogué A⁵, Coulibaly MT¹, Cissoko AB², Berthé HJG⁶, Diakité ML⁶

CHU Gabriel TOURE

Auteur correspondant : Dr Diarra Moumine Zié

mouminezie@hotmail.com
Tel : 00223 66728874

Mots clés : uretère, retro-cave, Syndrome de la jonction pyélorétérale.

ABSTRACT

Nous rapportons un cas d'uretère rétro-cave droit chez une patiente âgée de 42 ans. La manifestation clinique habituelle étant la douleur lombaire droite due à l'obstruction du haut appareil urinaire, les formes asymptomatiques aussi peuvent être rencontrées. Le diagnostic peut être fait soit par l'imagerie soit en peropératoire comme ce fut le cas de notre patiente. Une lombotomie droite avec décroisement de l'uretère, ont permis d'avoir un résultat satisfaisant.

RÉSUMÉ

We report one case of retrocaval ureter that was found on a 42 years old woman. The most common complaint of this unusual disease is right lumbar pain secondary to urinary tract obstruction. However, asymptomatic cases are encountered. Diagnosis is made through medical imaging explorations or during surgical intervention as was the case of our patient. The surgical procedure was an uncrossing of the ureter via a right lumbar approach. The postoperative was uneventful.

INTRODUCTION

Anomalie, embryologique du développement de la veine cave inférieure, l'uretère retro-cave ou circumcave se définit comme un trajet spiroïde de l'uretère autour de la veine cave inférieure. C'est une malformation rare 0,9% des séries autopsiques [1] et moins de 200 cas recensés jusqu'à 1976 a causé probablement des cas a symptomatologiques [2]. L'expansion de la prescription des examens d'imageries pour la symptomatologie urinaire et lombaire en particulier va accroître sans doute sa fréquence. Son diagnostic est posé généralement quelques années après la naissance, à cause du caractère latent de la symptomatologie. Cliniquement, il s'agit d'un syndrome obstructif du haut appareil urinaire. Le traitement chirurgical n'est indiqué que quand la fonction rénale est menacée ou détruite.

Le but de notre étude est de rapporter le cas observés et pris en charge dans notre service et une revue de la littérature.

OBSERVATION

Madame BK, âge de 42 ans, ménagère, réside à Senou (Bamako) a été admise pour douleur lombaire droite chronique, sans irradiation, ni vomissement, ni trouble mictionnel, calmé par les antalgiques. Anamnèse retrouve depuis 4 ans, plusieurs épisodes de douleur lombaire, spontanément résolutif ou régressant sous l'effet

d'antalgique non spécifié. Aucun antécédent médical, avec un antécédent chirurgical : appendicectomie en 2013 et gynéco-obstétricaux : G5P5V5.

L'enquête sociale a retrouvé une consommation régulière du lait, thé.

L'examen physique a retrouvé un bon état général avec une conscience bonne, des muqueuses palpébrales et bulbaires normo-colorées, une absence d'œdème des membres inférieurs, une tension artérielle a 140 /70 mm de Hg, un pouls à 74 pulsations par minute et une température à 37,2°C. Une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite. Pas de contact lombaire, l'abdomen était souple indolore sans masse palpable, les organes génitaux externes de type féminin sans

Particularité et toucher pelviens normal. Une hypothèse de diagnostic de syndrome de jonction pyélo-urétérale droite fut retenu.

L'examen cyto bactériologique des urines avec antibiogramme est négatif. La fonction rénale mesurée par la créatininémie était normale.

L'échographie de l'arbre urinaire a montré une hydronéphrose droite

Uro-scanner : a conclu à un uretère retro cave droit avec une dilatation modérée en amont. (**Figure 1, Figure 2, Figure 3**)

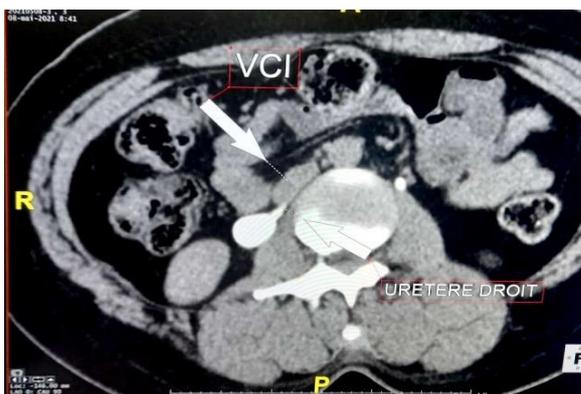


Figure 1 : En coupe axiale montrant le trajet rétro cave de l'uretère associé à une urétérohydronéphrose homolatérale.



Figure 2 : En coupe coronale montrant le trajet rétro cave de l'uretère avec une urétérohydronéphrose homolatérale en amont réalisant un aspect de J inversé.

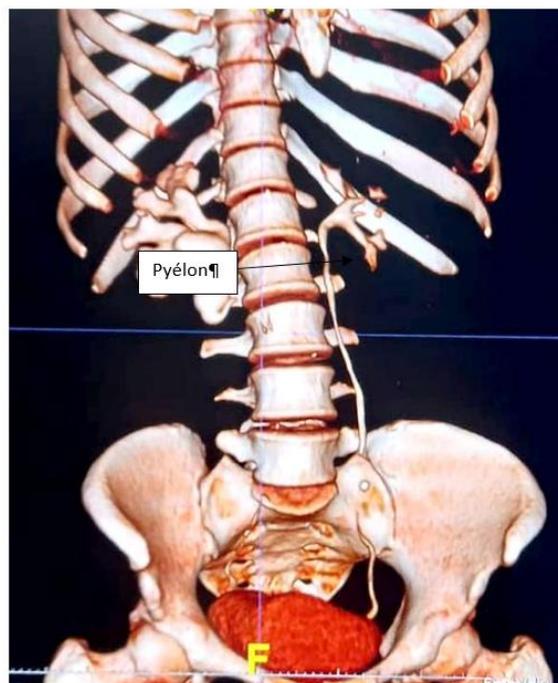


Figure 3 : En reconstruction 3D montrant une dilatation urétéropyélocalicelle droite avec un aspect en J inversé.

Le diagnostic de syndrome de jonction pyélo-urétérale droite fut alors retenu. Après un bilan préopératoire favorable, il a été décidé de faire une pyéloplastie droite par lombotomie. Sous anesthésie générale, nous avons réalisé une lombotomie droite entre les onzième et douzième côtes, lombotomie suivie d'une ouverture de la loge rénale et de l'exposition du bassinet. Nous avons noté un bassinet droit dilaté, à quatre centimètres environ de la jonction pyélo-urétérale droite, un uretère lombaire qui rétro croisait la veine cave inférieure pour réapparaître sur son bord gauche et poursuivre son trajet normal. Nous

avons réalisé une section de l'uretère à l'émergence distale de son trajet sous la veine cave inférieure. Une légère traction de son bout proximal coté bassinet a permis d'extérioriser la portion retro-cave qui fut sectionnée. Nous avons ensuite réalisé une anastomose urétéropyélique par deux points de vicryl® (polyglactim) autour d'une sonde double J CH7. La fermeture pariétale a été réalisée en trois plans au-dessus d'un drain dans la loge rénale droite et extériorisée par une contre incision (figure 4, figure 5).



Figure 4 : Image per-opératoire de l'uretère après avoir sectionné



Figure 5 : Image peropératoire de l'anastomose urétéropyélique droite au-dessus et en dehors de la veine cave.

La durée de l'intervention a été de 80 min. Les suites opératoires ont été simples. L'ablation du drain de la loge rénale a été effectuée au troisième jour postopératoire et celle de la sonde double J au 21^{ème} jour postopératoire par cystoscopie. L'uro-scanner de contrôle 3 mois après est revenu normal.

DISCUSSION

L'uretère rétro-cave est une malformation congénitale rare, avec une fréquence de 0,9 pour mille sur les séries autopsiques [1]. Moins de 200 cas avaient été recensés dans la littérature en 1976 par Kenawi et William [2]. De petites séries sont rapportées de plus en plus ; 12 cas par

Chen Z. et col. [3] en 2011 en Chine, un cas inhabituel par Gaudiano et coll. [4] en Italie en 2012, 10 cas par Li HZ et coll. [5] en 2010 en Chine, 4 cas par Dogan HS et coll. [6] en Turquie la même année. Les deux premiers cas du Ghana ont été rapportés en 2011 par Kyei M.Y et coll. [7]. Deux cas au Mali ont été rapportés en 2014 par Tembely A. et Ouattara K. [8].

L'anomalie semble 3 à 4 fois plus fréquente chez l'homme sur les séries autopsiques mais dans la pratique clinique, l'homme est autant atteint que la femme [9]. La pathologie se manifesterait rarement chez les enfants bien que congénital. Seulement 22 cas avaient été recensés par Viville en 1977 [10]. En 2010, 9 cas ont été retrouvés dans la littérature par Ravi PK et coll. [11] durant les 5 dernières années. L'âge moyen de découverte est de 40 ans [2]. La précocité de la symptomatologie dépend du degré d'obstruction. L'anomalie peut être asymptomatique et n'être découverte que de façon fortuite ou lors des autopsies. La majorité des uretères rétro cave, 80%, se manifestent cliniquement en rapport avec l'obstruction du haut appareil urinaires et ses complications. Il s'agit dans 70% des cas de douleur du flanc droit d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la colique néphrétique [12]. Pour Kenawi et William [2], l'infection du haut appareil urinaire est le mode de révélation dans 20% des cas. Cette infection serait le plus souvent révélatrice dans la majorité des cas chez les enfants alors que la douleur du flanc droit serait le mode de révélateur de l'adulte [10]. Des complications lithiasiques conséquence de l'obstruction peuvent se voir. Ravi P.K. [11] a rapporté un cas de lithiase enclavée dans la partie rétro cave de l'uretère. L'hématurie microscopique ou macroscopique, isolée ou associée à des douleurs lombaires est présente dans 20% des cas et serait d'origine lithiasique [12]. Elle peut exister en dehors de toute obstruction et s'accompagner de douleur lombaire et d'infection urinaire comme l'a rapporté Cao Avellaneda E et coll. [13]. Il peut exister d'autres manifestations telles que les troubles mictionnels en rapport avec une cystite, une sténose de l'uretère ou une énurésie chez l'enfant [2] ou d'une varicocèle [14].

Le premier examen paraclinique prescrit devant une symptomatologie douloureuse du flanc droit, doit être l'échographie rénale.

Uro-TDM posé le diagnostic de syndrome de jonction pyélo-urétéral avec uretère sous-jacent non visualisé comme ce fut le cas de notre patiente. Parfois, il s'agit d'une découverte en peropératoire comme le cas de notre patiente pour lequel le diagnostic de syndrome de jonction pyélo-urétérale avait été posé. La patiente présentant un uretère rétro cave type I, très obstructif, a bénéficié d'un décroisement de l'uretère avec résection de la portion rétro cave de l'uretère. Cette résection de la portion rétro cave est nécessaire car ce segment est généralement apéristaltique est à l'origine de l'obstruction. L'obstruction résulterait de la compression de l'uretère par la veine cave inférieure [11]. Chen Z et coll. [3] dans une série de 12 anastomoses urétéro-urétérales pour uretère rétro cave, par la voie laparoscopie, n'ont effectué la résection du segment rétro cave de l'uretère que dans deux cas où l'uretère n'était pas cathétérisable par une

sonde urétérale CH8. Cependant, il a été noté la disparition de l'hydronephrose chez tous ces patients au contrôle échographique et Urographie à trois et six mois. Nous avons préféré une anastomose uretère-urétérale au risque de sténose cicatricielle de l'uretère, à l'anastomose pyélo-pyélique laissant probablement en place un segment d'uretère adynamique.

CONCLUSION

L'uretère rétro cave est une anomalie congénitale rare, dont le diagnostic peut être soit par l'imagerie ou en peropératoire. Bien que le traitement chirurgical ouvert classique ait des résultats satisfaisants, la chirurgie laparoscopie offre de nombreux avantages dont une approche moins invasive et de bons résultats fonctionnels.

RÉFÉRENCES

1. Johansson nt, et coll. Retro caval ureter. Report of a case and short review of literature. Scand. J. Urol. Nephrol. 1969; 3:53-58
2. M.M. Kenawi, D. I. Williams Circumcaval ureter: a report of four cases in children with a review of the literature and a new classification Br. J. Urol., 48 (1976), pp. 183-192
3. Z. Chen, X. Chen, Z.H. Wu, Y.C. Luo, N.N. Li treatment of retrocaval ureter by retroperitoneal laparoscopic ureter ureterostomy: experience on 12 patients. J Laparosc (9) (2011), pp. 803-807
4. C. Gaudiano, F. Busato, B. Corcioni, L. Orrù, R. Golfieri an unusual case of right retrocaval ureter associated with ipsilateral ureterocele Urology., 79 (January (1)) (2012); pp. 109-110
5. H.Z. Li, X. Ma, L. Qi, T.P. Shi, B.J. Wang, X. Zhang Retroperitoneal laparoscopic ureter ureterostomy for retrocaval ureter: report of 10 cases and literature review Urology;76(October (4))(2010);pp.873-876
6. H. S Dogon, B. Oktay, H. Vuruskan, I. Yavascaoglu treatment of retrocaval ureter by pure laparoscopic pyelostomy: experience on 4 patients Urology., 75 (June (6)) (2010), pp. 1343-1347
7. M.Y., Kyei, E.D. Yeboah, G.O Klufio, J.E. Mensah, S. Gepi-Atee, L. Zakpaa, B. Morton, B. Adusei, et al. Retrocaval ureter: two case reports Ghana Med J., 45 (December (4)) (2011), pp. 177-180
8. A.Tembely, K. Ouattara retrocaval ureter: Two casea of right retrocaval ureter type I and II CHU Point G African journal of Urology (June (2014)), pp.104-107
9. J. E., Heslin, C. Mamonas retrocaval ureter: Report of four cases and review of literature Urology., 65 (1951), pp. 212-222
10. C. H. Viville, R. Fournier, Beauvais, H. Witz L'uretère rétrocave chez l'enfant; problèmes diagnostiques et thérapeutiques Ann. Urol., 12 (1978), pp. 147-151
11. P. K. Ravi, M. Bawa, T. H. Abhilasha, K. N. Bikas, M. Prema, K. L. N. Rao retrocaval ureter with stone in the retrocaval segment of the ureter Pediatr surgint, 26 (2010), pp. 863-865
12. Founier G, Delavierre D, Mangin PH. Uretère rétrocave-uretère rétro-iliaque. Urologie (18-158-G-10) (1989)
13. E. Cao Avellaneda, G. Server Pastor, A. L. Lopez Lopez, A ; Maluff Torres, P. Lopez Cubillana, M. Riga bert Montiel, M. Pérez Albacete, et al. Non obstructive retrocaval ureter Actas Urol Esp., 29 (January (1)) (2005), pp. 107-109
14. J. Rao, J. Yang, Z. Liu, L. Wang, L. Liu, Z. Yin, L. Yang Right retrocaval ureter and left nutcracker syndrome: a case report Urology., 71 (June (6)) (2008), pp.1226-9-11