



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Kyste de l'utricule prostatique cause rare d'uropathie obstructive basse : A propos d'un cas

Mbey Mukaz Pitchou^{1,2}, Mafuta Tsita Alpha¹, Esika Mokumu Jean Paul¹, Lopoosso Nkumu Mathieu¹, Diangienda Kuntima Diasama Pablo¹, Mwangala Mwinana Dieudonné¹, Moningo Molamba Dieudonné¹.

¹Service d'Urologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RDC

²Département de Chirurgie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Université de Lubumbashi, RDC

Résumé

Les auteurs rapportent un cas de kyste de l'utricule prostatique suivi au service d'urologie-andrologie des cliniques universitaires de Kinshasa, il s'agit d'une dystrophie kystique qui se développe au dépens d'un reliquat embryonnaire du tubercule de Muller situé à la paroi postérieure de l'urètre prostatique, affection rare, constituant une des entités des kystes intraprostatiques, certaines formes sont incriminées dans l'infertilité masculine, le diagnostic est actuellement guidé par l'imagerie et sa prise en charge bien que, non codifié repose sur la résection par voie endoscopique.

L'intérêt de cet article réside dans la rareté de l'affection et passe en revue les caractéristiques cliniques, diagnostic et thérapeutique en milieu Africain.

Mot clés : kyste intraprostatique, utricule prostatique, résection endoscopique

Correspondance

Mbey Mukaz Pitchou, Service d'Urologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa, Département de Chirurgie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, RDCongo

Téléphone : +243 99 70 22 835

Email : pitchoumbey@gmail.com

Article reçu : 05-04-2024 Accepté : 03-09-2024 Publié : 02-10-2024



Copyright © 2024. Mbey Mukaz Pitchou et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Mbey Mukaz Pitchou et al. Kyste de l'utricule prostatique cause rare d'uropathie obstructive basse : A propos d'un cas. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(2) : 71 - 77

INTRODUCTION

Les kystes intraprostatiques sont des affections rares et d'allure bénigne, ils sont souvent d'origine congénitale mais rarement acquise. Ces affections peuvent évoluer à bas bruit pendant des longues années et devenir d'un coup responsable d'une symptomatologie dont la gravité dépend de leur diamètre et de leur topographie, leur incidence est de 1 à 7,6% dans la population générale et se distingue en kyste d'origine mullerienne, kyste de vésicules séminales, kyste des canaux éjaculateurs et kyste de l'utricule prostatique (1,2,3).

Nous rapportons un cas de kyste de l'utricule prostatique découvert au cours d'une uropathie obstructive basse, sur fond des maladies rénales chroniques traité par résection endoscopique aux suites post opératoires simples.

OBSERVATION

Il s'est agi d'un patient âgé de 43 ans transféré d'un centre périphérique pour prise en charge d'une asthénie physique persistante et notion des infections urinaires à répétition après qu'il ait présenté quelques semaines auparavant des fièvres, vomissements, des hoquets, des dysuries à types d'impériosités mictionnelles et parfois des gouttes retardataires. Dans ses antécédents nous avons noté la notion de prise des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Son examen physique avait mis en évidence un globe vésical pour lequel un sondage urétrovésical avait été indiqué et réalisé avec une sonde CH16, un bilan fait : de la fonction rénale, un hémogramme complet, l'ionogramme, un bilan inflammatoire ainsi que l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle demandé (figure 1, 2), dont les résultats l'urée revenue à 336mg/dl, la créatinine à 27,50 mg/dl, K^+ à 6,6 mmol/L, Na^+ : 140, Ca^+ à 2,2 meq/l, l'hémoglobine à 9,9g/dl, Hématocrite à 28%, GB 13170/mm³, plaquette à 475000/mm³, DFG : 1,87ml/min

Nous avons pensé à une agression rénale en phase chronique et une sténose uretrale à mettre au point. L'UCRM avait montré une petite masse bien circonscrite au niveau de l'uretre prostatique avec une paroi hyperdense, isolant une zone hypo dense en son centre suggestif d'un kyste intraprostatique,

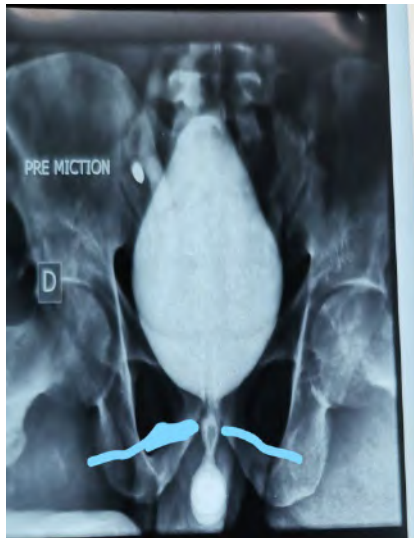


Figure 1. Masse du sinus prostatique à tonalité hydrique avec une paroi hyper dense



Figure 2. Masse vue de profil avec une dilatation de l'urètre sous utriculaire

Face à ce bilan, nous avons retenu le diagnostic d'insuffisance rénale sévère secondaire à une agression rénale aigue évolutive post prise des AINS, deuxiément une insuffisance rénale chronique sur uropathie obstructive basse kyste intraprostatique compliquée d'un syndrome urémique, d'hyperkaliémie, anémie et hypocalcémie. Un traitement médical fait de gluconate de calcium, kayexalate de calcium, insuline ordinaire et pantoprazole avait été instauré ainsi que des séances des dialyses après stabilisation du patient, l'exploration endoscopique avait été indiqué et dont le constat en per opératoire était marqué par un kyste de l'utricule prostatique obstructif (figure 3et 4)



Figure 3. Montrant un kyste obstructif de l'utricule prostatique



Figure 4. Montrant un kyste de l'utricule prostatique s'étendant au col vésical

Une résection endoscopique avait été réalisée (figure 4) et les suites post opératoires étaient simples. L'échographie endorectale réalisée trois mois après n'avait rien montré.

DISCUSSION

Les kystes intraprostatiques sont rares et d'expression cliniques variées tributaires de leurs topographies. Ils sont souvent congénitales rarement acquis, le kyste de l'utricule prostatique à la même origine embryologique que les kystes Mulleriens à la différence que celui de l'utricule survient tardivement et est volumineux, on parle alors d'hypertrophie congénitale de l'utricule prostatique qui dérive d'une anomalie de l'involution de l'extrémité caudale de l'appareil mullerien, par insuffisance de l'hormone anti-mullerien d'une part, et par défaut de fermeture du sinus urogénital par manque d'activité androgénique d'autre part (4,5,6)

Il prend naissance au niveau du veru montanum à la face postérieure de l'urètre prostatique avec lequel il communique contrairement aux kystes Mulleriens. Des malformations génito-urinaires y sont souvent associées notamment un hypospadias proximal dans 30% des cas, une cryptorchidie associée a un hypospadias dans 20% des cas et, une hypoplasie voire une aplasie rénale (5). Notre patient avait une maladie rénale chronique probablement sur fond d'une malformation rénale non documentée acutisée par la prise des anti- inflammatoires non stéroïdiens.

Classiquement on distingue dans cette entité : les kystes Mulleriens, les kystes des canaux éjaculateurs, les kystes des vésicules séminales et les dilatations kystiques de l'utricule prostatique secondaire à l'obstruction de l'orifice utriculaire leurs conférant le nom de kyste (4,6).

Ces derniers peuvent être secondaire à une métaplasie, à un néoplasie ou carrément corrélé à des infections répétitives traduisant ainsi une cause acquise (6), ce qui est le cas dans notre contexte où le patient avait présenté des infections a répétions avec des traitements interrompus et de surcroit sur un terrain de dis immunité à VIH. Le diagnostic des lésions kystiques intraprostatiques est à ce jour orienté par l'imagerie notamment l'imagerie par résonance magnétique pelvienne qui montre l'image d'une masse pelvienne à tonalité hydrique en précisant ses dimensions et ses différentes caractéristiques, cet examen n'a pas été accessible dans notre contexte.

L'échographie endorectale est également un outil précieux au diagnostic, dans notre contexte, vu la symptomatologie urinaire dominée par la dysurie ; le terrain particulier

associant : infection urinaire à répétition et dis immunité à VIH, la plausibilité diagnostic penché en faveur d'une sténose urétrale, ce qui avait indiqué en premier l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle qui, par ailleurs est un examen de choix qui permet de faire la part de chose entre le kyste de l'utricule où parfois la poche utriculaire peut être opacifiée lorsque l'orifice est encore perméable montrant une image d' addition et les autres formes des kystes intraprostatiques ne présentant pas de communication avec la lumière urétrale (6,7).

Au terme de cette exploration de l'étude de l'utricule prostatique quatre grades peuvent être distingués selon IKOMA (7,8) « Grade 0 : l'utricule ne descend pas au-dessous du veru montanum et son ouverture est situé sur l'urètre postérieur, Grade I : l'utricule est volumineux mais n'atteint pas le col, le Grade II : extension de l'utricule au-dessous du col vésical qui correspondait a notre contexte et le Grade III : l'ouverture de l'utricule se fait dans l'urètre bulbaire proche du sphincter externe. Cette exploration nous a permis de poser le diagnostic en objectivant une masse au niveau du sinus prostatique avec une paroi hyperdense dont le centre montré une image de tonalité hydrique implicitement dû à la fermeture de l'orifice utriculaire lié à des épisodes infectieux répétés.

Les circonstances de découverte sont variables et dépendent de l'âge, du volume et de la localisation des kystes ainsi que des complications éventuelles. En effet, les kystes d'origine mulleriennes sont souvent asymptomatiques, et certains resteront longtemps méconnus. La découverte se fait généralement dans l'enfance pour les kystes de l'utricule prostatique et entre la troisième et la quatrième décade pour les kystes mulleriens. La plupart des patients consultent pour des signes d'irritation vésicale tels que, la pollakiurie, l'impériosité mictionnelle voire de pseudo incontinence dans 49% des cas, où a l'inverse, des signes d'obstruction cervico urétrale, qui vont de la dysurie jusqu'à la rétention complète dans 29% des cas, ce fut le constat dans notre contexte (4, 8,9)

L'examen clinique recourt au toucher rectal qui perçoit où met en évidence une masse médiane rénitente intra ou supra prostatique, dont le volume, la consistance et les rapports varient en fonction du type de kyste. Dans des rares cas, on peut palper une masse abdominale ou pelvienne, l'examen se continu aux organes génitaux externes à la recherche des pathologies associées telles que des hypospadias, cryptorchidie, que nous n'avons pas isolés dans notre contexte.

La prise en charge des kystes intra prostatiques en général n'est pas encore bien codifiée. Il existe une grande variété de traitements disponibles dont les uns d'exécution facile et les autres difficiles de par les complications qu'ils peuvent induire, Selon Halpern et Hirsch les techniques endoscopiques consistant soit à l'incision longitudinale sur la paroi antérieure du kyste tout en respectant la région sphinctérienne, soit à la résection de la paroi antérieure du kyste par voie trans urétrale, permet une meilleure localisation du kyste sans endommager les canaux éjaculateurs. Cette technique a été utilisée avec succès dans notre contexte sans aucune complication dont l'éjaculation rétrograde (4, 11, 12,13).

CONCLUSION

Le kyste de l'utricule prostatique est une pathologie rare qui peut être responsable d'une uropathie obstructive basse, le diagnostic est facilité par les moyens d'imagerie simple dont l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle, le traitement est indiqué en cas de symptomatologie compliquée ou en cas de rétention d'urines, la résection endoscopique du kyste constitue le traitement de première intention.

Références

1. Felderman T, Schellhammer P.F, Devine C.Jr, Stecker J.F. Jr. Mullerian duct cysts: conservative management. *Urology*. 1987, 29:31-34
2. Dik P, Lock T.M, Schrier B.P, et al. Transurethral marsupialization of a medial prostatic cyst in patients with prostatitis-like symptoms. *J Urol*. 1996, 155:1301-1304
3. Ishikawa M, Okabe H, Oya T, et al. Midline Prostatic cysts in healthy men: incidence and transabdominal sonographic findings. *AJR Roentgenol*. 181: 1669-1672
4. Halpern FJ, Hirsh IH, Sonographically guided transurethral laser incision of a Mullerian duct cyst for treatment of ejaculatory duct obstruction. *AJR Am Roentgenol*. 2000, 175:777-778
5. Fontaine F, Jardin A, Anomalies des organes génitaux internes masculins et retentissement sur la fertilité. *Prog Urol*, 2001, 11 :729-732
6. Gilbert van Kote, les anomalies d'origine mullerienne chez l'homme et anomalies de la prostate, urologie pédiatrique, *Progrès en urologie*. 2001, 11 :712-728
7. Genevois P.A, Van Sinoy M.L, Sintzoff S.A Jr et al. Cysts of the prostate and seminal vesicles: MR imaging findings in 11 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 1990, 155:1021-1024
8. Ikoma F, Shima A, Yabumoto H, Classification of enlarged prostatic utricule in patients with hypospadias. *Brit J. Urol*, 1985, 57,334-337
9. McDermott VG, Meakem TJ 3rd, Stopen AH, Schnall MD, Prostatic and periprostatic cysts: findings on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol*, 1995,164:123-127
10. Moukaddam H.A, Haddad M.C, El-Sayyed K, Wazzam W. Diagnosis and treatment of midline prostatic cysts. *Clin Imaging*. 2003, 27:44-46
11. Schuhrke T.D, Kaplan G.W. Prostatic utricule cyst. *J. Urol*. 1978,119, 765-767
12. Hadj Slimen M, Faktfakh H, Charfi W, Tlijani J, Ketata H, Bahloul A, Mhiri M.N, les kystes intra prostatiques: à propos de trois observations. *Androl*.2009, 15:50-56
13. Eddegouj A, Mazgaldi J.E.I, Sidi Elmpktar H, Ahsaini M, Mellas S, Ammari J.E.El, Tazi M.F, Fassi M.J.El, Farih M.H, kyste de l'utricule prostatique à propos d'un cas, *International Journal of Academic Health and Medical Research*, 2021,5:13-17