



Défis de prise en charge de l'extrophie vésicale de l'adulte en milieu rural : à propos d'un cas et revue de la littérature

Manda Kisimba Emmanuel¹, Mambue Mwepu Nadine², Katapala Mwenda Francine³,
Ngeleka Mwandwe Kakoka Ivan⁴, Arung Kalau Willy¹.

¹ Département de chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo.

² Département d'anesthésie et réanimation, Université Officielle de Bukavu, Province de Bukavu, République Démocratique du Congo

³ Service d'imagerie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo

⁴ Service de Chirurgie, Hôpital général de référence Cinquantenaire Kipushi, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo

Résumé

Introduction : L'extrophie vésicale est une anomalie congénitale rarement observé chez les adultes dans le pays développés. Mais encore observée dans les pays en voie de développement.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude observationnelle d'une patiente de 21 ans, prise en charge à l'hôpital général de référence Cinquantenaire de Kipushi d'avril à juin 2025 pour une extrophie vésicale.

Résultat : Elle est venue consultée pour une masse abdominale et une émission des urines involontaires découverte dès sa naissance à Mulongo d'abord prise par la médecine traditionnelle à l'enfance. Nous objectivons à l'hypogastre, une agénésie de la paroi abdominale et vésicale surplombé par une tuméfaction ovoïde laissant à nue la muqueuse vésicale et les méats urétéraux. Sa vulve mouillée d'urine, une ouverture en livre ouvert de l'urètre à sa face ventrale. Sa radiographie du bassin a montré un diastasis de la symphyse pubienne. Lors de l'intervention chirurgicale, nous avons cathétérisé les deux méats urétéraux à l'aide de sonde naso-gastrique n°8. Après dissection de la vessie de la paroi abdominale et mis en place une sonde vésicale de Folley N°10, suture la face ventrale de l'urètre en surjet et suturer le plan antérieur de la vessie en surjet. Nous avons suturé la paroi et posé un pansement sec et stérile. Les sondes urétérales ont été retirées au 21^{ème}

jour post opératoire et celle de Folley au 27ème jour. Les suites post opératoires ont été marquées par des fuites involontaires d'urine de faible quantité.

Conclusion : L'extrophie vésicale pris en charge chez les adultes reste un problème dans nos milieux ruraux. Sa prise en charge par une équipe spécialisée dès l'enfance peut assurer une meilleure récupération de la fonction vésicale et du sphincter urétrale.

Mot clé : extrophie vésicale, adulte, milieu rural

Correspondance

Manda Kisimba Emmanuel, Département de chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Province du Haut Katanga, République Démocratique du Congo

Téléphone : (+243) xxxxxxxx

Email : emmymanda2@gmail.com

Article reçu : 11-02-2026

Accepté : 27-05-2026 **Publié :** 02-08-2026



Copyright © 2026. Manda Kisimba E. 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 : Manda Kisimba E. et al. Défis de prise en charge de l'extrophie vésicale de l'adulte en milieu rurale : à propos d'un cas et revue de la littérature. 2026 ; 9(2) : 227 -237

Introduction

Le complexe exstrophie-épispade (EEC) est une anomalie congénitale rare qui affecte le système génito-urinaire, la paroi de l'appareil génito-urinaire, de la paroi abdominale antérieure et du bassin(1).

Les trois manifestations les plus fréquentes de l'EEC sont l'épispadias, l'exstrophie vésicale classique (ECC) et l'exstrophie cloacale (EC). L'ECC, la manifestation la plus fréquente de l'EEC, se manifeste par un large diastase pubienne et une malformation de la paroi abdominale exposant une vessie et un urètre ouverts avec une ouverture épispadiaque(2).

L'incidence estimée du complexe EEC se situe entre 0,3 et 2,2 cas pour 100 000 naissances vivantes en Europe(3).

L'extrophie vésicale est rarement observée chez les adultes dans le pays développés. Par contre, elle est encore observée dans les pays en voie de développement en raison de l'absence d'infrastructures spécialisées, du faible connaissance des parents sur la pathologie et le manque de motivation des parents à rechercher des traitements adéquats(4).

En Afrique, en particulier dans les régions reculées, En raison de la faible densité de spécialistes, les habitants des zones rurales se tournent vers les guérisseurs traditionnels pour obtenir des soins de santé(5).

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive d'un cas d'une patiente âgée de 21 ans, prise en charge à l'hôpital général de référence Cinquantenaire de Kipushi situé dans la zone de santé rurale de Kipushi à 30 kilomètres de la ville de Lubumbashi,

Présentation de la patiente

Il s'agit d'une patiente de 21 ans venue consultée en date du 14 avril 2025 pour une masse abdominale et une émission des urines involontaires au travers de la même masse.

Dans son histoire, cette masse a été mise en évidence dès son accouchement, elle a consulté des médecins tradi-praticiens de sa contrée ou des décoctions, des pommades lui ont été appliqué pendant plusieurs années sans succès. C'est en 2009, à l'âge de 4 ans,

qu'elle consulta des centres de santé de la place à Lubumbashi sans succès. La persistance de la symptomatologie a motivé la consultation à L'Hôpital général de Référence de Kipushi pour prise en charge.

Ici d'un accouchement eutocique à Mulongo situé à 600 kilomètres de la ville de Lubumbashi, dépourvue de chirurgien spécialiste, elle est célibataire, nulligeste, elle n'a jamais étudié à cause du gêne que sa famille ressentait due à la sortie permanente des urines. En anténatale, aucune échographie n'avait été réalisée durant les consultations prénatales.

Elle signale une tuméfaction congénitale au niveau de l'abdomen qui fait souder les urines en permanence depuis sa naissance. Des brûlures mictionnelles par moment accompagnées jadis par de la fièvre. Les autres systèmes sont sans particularités.

A notre examen physique, l'état général est bon, les signes vitaux dans les normes. A l'examen locorégional, nous avons objectivé au niveau de son hypogastre, une agénésie de la paroi abdominale et vésicale surplombée par une tuméfaction ovoïde de 4 centimètres de grand axe verticale et de 3 centimètres de petit axe horizontale laissant à nue la muqueuse vésicale et les méats urétéraux par où jaillissent des urines claires.

A l'examen des organes génitaux externes, sa vulve était mouillée d'urine, une ouverture en livre ouvert de l'urètre à sa face ventrale.

Nous avons conclu à une extrophie vésicale associée à un épispadias.

Nous avons réalisé une radiographie du bassin incidence face qui nous a permis de mettre en évidence un diastasis de la symphyse pubienne.

Un programme opératoire a été établi et réalisé en date du 30 avril 2025 après une consultation anesthésique dont voici le protocole opératoire.

La patiente a été mise en décubitus dorsale sous rachis anesthésie. Un badigeonnage large à l'isobétabine suivie du champagne fenêtré. Nous avons identifié les deux méats urétéraux que nous avons cathétérisé à l'aide de sonde naso-gastrique n°8. Nous avons disséqué la vessie de la paroi abdominale. Nous avons mis en place une sonde vésicale de Folley N°10. Nous avons suturé la face ventrale de l'urètre en surjet au Vickryl n° 3/0

Recommandation post opératoire :

- Surveiller la levée de l'anesthésie, état du pansement et la diurèse
- Boire minimum 2 litres d'eau per os par jour
- Garder en place la sonde vésicale de Folley pendant 14 jours et les cathéters urétéraux pendant 30 jours
- Médication :
 - R/Ceftriaxone flacon 1gr s/ 2x1 gr/jour en IVD//10 jours
 - R/Paracétamol infusion 1 gr s/2x1gr/jours en IVD//5 jours
 - R/Tramadol amp 100 mg s/2x1 amp/jours en IVD//5 jours

Les suites post opératoires étaient marquées :

- Par des douleurs péri lésionnelles qui se sont amendées après 6 jours
- La diurèse était bonne et les urines claires
- Une urgenterie après retrait de la sonde vésicale pour lequel elle a débuté une kinésithérapie périnéale
- Elle a bénéficié une psychothérapie pour lui expliquer son devenir obstétrical
- Sa sortie de l'hôpital a été autorisée au 35em jour post opératoire avec des rendez-vous cliniques

Discussion

L'exstrophie vésicale est une malformation rare secondaire à une anomalie de la membrane cloacale qui normalement, dans sa formation, constitue la paroi abdominale infra-ombilicale pendant les premières semaines de la vie embryonnaire(6).

L'exstrophie vésicale se caractérise par l'absence de fermeture de l'ensemble de la paroi abdominale antérieure médiane sous l'ombilic et de la paroi antérieure de la vessie, affectant également l'urètre, la ceinture pelvienne, le périnée et la paroi externe de la vessie(5).

Son diagnostic est possible en période embryonnaire dès le premier trimestre de la grossesse (15^e et 32^e semaines de grossesse) et repose sur une non-visualisation de la vessie qui est plus nette, dans la plupart des cas, durant le deuxième trimestre de la grossesse(7) (8).

Dans les pays en voie de développement et en particulier dans notre pays la RDC, nos milieux ruraux sont caractérisés par une inexistence de suivi prénatal par manque de plateau technique, notamment d'échographe et de spécialiste en imagerie, par le manque d'examen précis du nouveau-né à la naissance et par un suivi postnatal sont souvent inexistantes excluant ainsi précocement la possibilité de diagnostiquer la malformation à temps. La mauvaise répartition géographique des spécialistes en chirurgie fait que la population vivant en milieu rural n'a pas accès à des soins de qualité.

En ce qui concerne le sexe, Tumusifu M. (RDC, 2021) rapporte l'étude d'un patient âgé de 18 ans prise en charge à Bukavu en RDC(5).

Par rapport aux plaintes, Bazinet A et al, (France, 2024), quant à lui rapporte que les principaux motifs d'orientation sont l'incontinence (39 %) et les difficultés de cathétérisme (24 %)(9)

L'intervention chirurgicale pour une exstrophie avec épispadias non traitée à l'âge adulte pose deux problèmes majeurs le premier étant le risque de malignité dans la vessie et le second étant une forte fermeture de la paroi abdominale(1).

Les soins contemporains consistent principalement en une fermeture primaire de la vessie (PBC) chez les nouveau-nés, suivie d'une réparation de l'épispade et d'une reconstruction du col de la vessie (BN) dans les années suivantes. Certains praticiens combinent désormais en une seule procédure en une seule étape dans les premiers mois de la vie de l'enfant(10).

Cette fermeture est en générale controversée et plusieurs techniques de plastie ont été recourues notamment

- Plastie par recouvrement du muscle droit (11)
- Le croisement des muscles droits (12)
- Ou encore d'autre recours au maille synthétique (13)

Gupta A.K. et al, recommande une reconstruction abdominale en utilisant la gaine du droit antérieur et des lambeaux cutanés inguinaux jumelés(1).

Inouye B.M. et al (USA 2014), En raison de l'urètre comparativement plus court, la réparation des épispadias féminins isolés est généralement réalisée avec la reconstruction du col vésical de Young-DeesLeadbetter (BNR), la monoplastie, et une clitoroplastie(2)

Suson K.D. et al (USA, 2013) Comme pour les patients atteints d'épispadias masculins, si le gabarit de la vessie ne se développe pas après la BNR, d'une augmentation de la vessie et d'une dérivation urinaire continentale. Comme ces patients ont également une diastasis pubien, des ostéotomies iliaques bilatérales peuvent s'avérer nécessaires(14).

En ce qui concerne les suites post opératoires, Bazinet A et al, En fin de compte, seuls trois patients sur 38 ont continué à souffrir d'incontinence et aucun n'a signalé de problèmes de cathétérisme après avoir suivi le traitement dans notre centre(9).

Conclusion

L'extrophie vésicale chez les adultes reste un challenge dans le milieu rural, sa prise en charge nécessite en générale une chirurgie en un temps consistante à la création d'une néo vessie par fermeture de la paroi antérieure ainsi que de la fermeture de l'urètre autour d'une sonde urinaire. Les suites post opératoires peuvent être marquées par une incontinence urinaire de forme urgenturie qui nécessite une kinésithérapie périnéale.

Références

1. Gupta AK, Gohil AJ, Lamba S. Abdominal wall closure in adult patients with untreated exstrophy of bladder. *Indian J Urol.* janv 2022;38(1):48-52.
2. Inouye BM, Turchi A, Di Carlo HN, Young EE, Gearhart JP. Modern Management of the Exstrophy-Epispadias Complex. *Surg Res Pract.* 2014;2014:1-9.
3. Cervellione RM, Mantovani A, Gearhart J, Bogaert G, Gobet R, Caione P, et al. Prospective study on the incidence of bladder/cloacal exstrophy and epispadias in Europe. *J Pediatr Urol.* déc 2015;11(6):337.e1-337.e6.
4. Venkatramani V, Chandrasingh J, Devasia A, Kekre NS. Exstrophy-epispadias Complex Presenting in Adulthood: A Single-center Review of Presentation, Management, and Outcomes. *Urology.* nov 2014;84(5):1243-7.
5. Manegabe JDDT, Bahizire GM, Nteranya DS, Maheshe GB, Cikomola FG, Budema PM, et al. Bladder exstrophy: An atypical journey of a rare case of an adult. *Clin Case Rep.* févr 2022;10(2):e05414.
6. Kulkarni B, Chaudhari N. Embryogenesis of bladder exstrophy: A new hypothesis. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2008;13(2):57.
7. Furtos C, Chene G, Varlet MN, Varlet F, Seffert P, Chauleur C. Diagnostic anténatal et prise en charge des extrophies vésicales isolées. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2010;38(10):624-30.
8. Ebert AK, Reutter H, Ludwig M, Rösch WH. The Exstrophy-epispadias complex. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. déc 2009 [cité 19 juill 2025];4(1). Disponible sur: <https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-4-23>
9. Bazinet A, Filfilan A, Mokhtari N, Lenfant L, Elghoneimi A, Chartier-Kastler E. Adult patients treated for bladder exstrophy at a young age: What are their current demands? *Can Urol Assoc J* [Internet]. 1 mars 2024 [cité 5 juin 2025];18(7). Disponible sur: <https://cuaj.ca/index.php/journal/article/view/8601>
10. Buyukunal CSN, Gearhart JP. A short history of bladder exstrophy. *Semin Pediatr Surg.* mai 2011;20(2):62-5.

11. Hosseini SMV, Sabet B, Zarenezhad M. Abdominal wall closure in bladder exstrophy complex repair by rectus flap. *Ann Afr Med.* 2011;10(3):243.
12. Mansour AM, Sarhan OM, Helmy TE, Awad B, Dawaba MS, Ghali AM. Management of bladder exstrophy epispadias complex in adults: is abdominal closure possible without osteotomy? *World J Urol.* avr 2010;28(2):199-204.
13. Ete G, Cordelia Mj F, Kingsly PM, Akamanchi AK, Agarwal S. Abdominal Wall Reconstruction in Adults With Exstrophy of the Bladder. *Ann Plast Surg.* déc 2022;89(6):675-8.
14. Suson KD, Preece J, Baradaran N, Di Carlo HN, Gearhart JP. The Fate of the Complete Female Epispadias and Exstrophy Bladder—Is There a Difference? *J Urol.* oct 2013;190(4S):1583-9.

Figures

Figure 1 : Masse hypogastrique mettant en évidence la vessie et les uretères



Figure 2 : Radiographie du bassin mettant en évidence un diastasis de la symphyse pubienne



Figure 4 : Dissection de la vessie



Figure 5 : création de la néo vessie

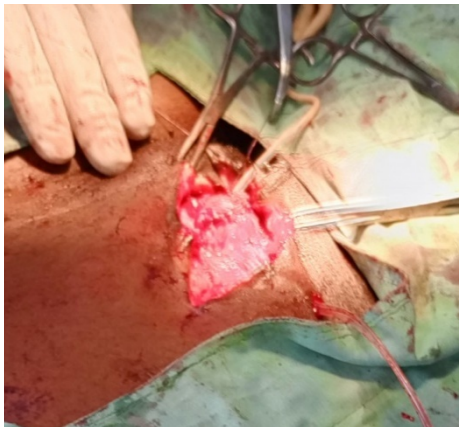


Figure 6 : création de la paroi abdominale



Figure 7 : Etat de la paroi vue au deuxième mois post opératoire