



LITHIASE DE LA FOSSETTE NAVICULAIRE AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE ZONE SURU-LERE (CHUZ-SL): A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

HODONOU Fred*, AVAKOUDJO Josué*, AGOUNKPE Mickael*, SOUMANOU Fouad**, NATCHAGANDE Gilles*, YEVI Magloire*, SOSSA Jean*

*Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM . HODONOU Fred martini_bj@yahoo.fr

** Service de Chirurgie du CHUZ-SL

RESUME

Le calcul de l'urètre, conséquence d'une migration d'un calcul vésical ou du haut appareil urinaire est assez rare. Sa manifestation clinique principale est la survenue d'une rétention urinaire complète ou la dysurie. Nous rapportons à travers ce cas clinique un calcul enclavé de la fosse naviculaire chez un adulte jeune, tout en discutant ce cas à travers une revue de la littérature.

Mots-clés : fossette naviculaire – lithiase – dysurie.

ABSTRACT

The urethra calculus, resulting from a migration of a bladder or upper urinary tract, is quite rare. Its main clinical manifestation is the occurrence of complete urinary retention or dysuria. We report through this clinical case a landlocked calculus of the navicular fossa in a young adult, while discussing this case through a literature review.

Key words: navicular fossa, lithiasis, dysuria.

INTRODUCTION

La lithiase urétrale se définit comme la présence de concrétions pierreuses dans l'urèthre.

C'est une pathologie rare [1]. Elle peut être une séquelle rare d'un processus morbide généralement courant [2]. La lithiase uréthrale primitive est extrêmement rare et est souvent secondaire ou consécutive à une migration d'un calcul rénal ou vésical [1]. Nous rapportons un cas de cette forme topographique rare de lithiase urinaire.

OBSERVATION

Mr A.E. âgé de 37 ans, consulte pour une dysurie d'intensité progressivement croissante depuis 2 mois environ sans autres signes associés. L'interrogatoire ne permet de noter aucun antécédent urologique notable. L'examen de la verge permet de retrouver une induration de 2-3 cm en regard de la fossette naviculaire (Image 1).



Image 1 : lithiase perçue au niveau de la fossette naviculaire

A l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) apparaît une image de calcifica-

tion, ovale, d'environ 1cm de grand axe (Image 2).



Image 2 : lithiase vue à l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle

Aucune pathologie malformative uréthrale ni congénitale ni acquise telle une sténose scléro-inflammatoire n'a été notée. Le traitement a consisté en une anesthésie locale (infiltration à la Xylocaïne injectable 2%), une méatotomie d'élargissement, extraction à l'aide d'une pince, d'une lithiase de 2,5cm environ de grand axe (Image 3).



Image 3 : lithiase de 2,5cm environ de grand axe, spiculée, à surface granitée et de consistance dure

On procède ensuite à un nettoyage sous pression au sérum physiologique du lit de la lithiase puis une méatorraphie au Vicryl 3.0.

DISCUSSION

La lithiase uréthrale est rare et très peu de cas de calculs urétraux ont été rapportés dans la récente littérature [2]. C'est le premier cas rapporté dans la littérature récente au BENIN. Les lithiases urétrales représentent environ 0,3 à 2% de toutes les lithiases urinaires [2,3,4]. OKEKE [5] retrouve dans son étude 2,2% de lithiases urétrales tandis que BAH [6] à Conakry retrouve seulement 9 cas de lithiases urétrales sur une série de 102 cas de lithiases urinaires. GALI souligne qu'elle est généralement vue chez des patients porteurs d'une pathologie uréthrale [1].

C'est une pathologie presque exclusivement masculine [notre cas, 1,2,4]. Ceci serait dû au caractère tortueux et plus long de l'urètre masculin [2]. Cependant quelques cas sont rapportés chez la femme [1,7].

Toutes les tranches d'âge sont concernées. Cette diversité des groupes d'âge atteints est confirmée par KAMAL [8]. Notre patient avait 37 ans tandis que GALI rapportait dans sa série, une tranche d'âge entre 17 et 27 ans [1]. SALMAN [9] avait une série pédiatrique de 60 enfants et VERIT retrouvait environ 53% de cas pédiatriques dans sa série [3]. Pour SALMAN et KAMAL, l'incidence de la lithiase uréthrale surtout pédiatrique est basse dans les pays développés [8,9].

La pathologie lithiasique est fréquente dans les pays en voie de développement. Elle concerne surtout les populations d'un bas niveau économique [5]. C'est une pathologie rare en Occident surtout en Amérique du Nord mais les fréquences sont relativement hautes en Asie et au Moyen-Orient et le Sud-Est de la Turquie est considérée comme étant une région endémique [3].

Le mode de révélation du calcul uréthral dépend de sa taille, de sa localisation et de l'existence de complications ou pathologies urétrales associées [1]. La symptomatologie est variable allant de la dysurie [notre étude,1,4,6] à une rétention aiguë d'urines [1,2,5]. Des douleurs et une hématurie peuvent également survenir [1]. L'émission de calcul est un rare mode de révélation [1].

REFERENCES

- 1- B.M. GALI, N. ALI, G.O. AGBESE, I.I. GARBA, K. MUSA. Urethral calculi in Young –Adult Nigerian Males: A case Series. West African Journal of Medecine 2011;30(6):457-460.
- 2- H. BIELAWSKA, N. EPSTEIN. A stone down below: a urethral stone causing acute urinary retention and renal failure. CJEM 2010;12(4):377-380.

L'examen physique a permis de palper une masse ou une induration dans le pénis [notre étude, 1,4]. Ceci est d'autant plus aisé que la portion uréthrale est accessible à l'examen.

Les lithiases urétrales sont le plus souvent radio opaques [4]. Les examens radiologiques sont les plus utiles au diagnostic et comme BIELEWSKA [2] et BAH [6], l'urétrocystographie nous a permis de confirmer le diagnostic.

Les lithiases de l'urètre sont de siège variable [8]. GALI retrouve dans sa série, un cas de lithiase de la fossette naviculaire comme dans notre étude [1]. Mais elles sont le plus souvent postérieures selon GALI [1] et SHARFI rapporté par KAMAL [8]. Cette prédominance du siège uréthral postérieur s'expliquerait par l'association de la lithiase à la sténose uréthrale qui intéresse préférentiellement l'urètre postérieur [4,8]. Cependant nous ne notons aucune pathologie uréthrale associée chez notre patient. GALI et KAMAL non plus n'en retrouvent pas dans leurs séries [1,8].

Le traitement des lithiases est fonction de leur taille, leur position, la portion uréthrale intéressée ainsi que de l'existence de pathologies urétrales associées. Les techniques sont donc variées et font recours tant à la chirurgie ouverte qu'à la chirurgie endoscopique : instillation intra uréthrale de xylocaïne gel puis remontée de la lithiase jusqu'à la vessie [1,5] ou extraction au forceps [2], uréthrotomie externe en regard de la lithiase avec urétroraphie [notre étude,1,4].

Le lithotriteur ou le laser sont également utilisés [1,4]. Il faudra faire attention dans tous les cas à la muqueuse uréthrale qui est fragile. Ceci indiquerait l'utilisation de la lithotritie hydroélectrolytique dans les pays à plateau technique avancé [5].

CONCLUSION

Les calculs urétraux sont rares dans notre milieu. Ils ne sont pas forcément le fait d'une pathologie obstructive sous-jacente. Le diagnostic est aisé et conforté par la radiographie. Leur traitement est fonction de leur localisation et de leur taille.

- 3- VERIT A., SAVAS M., CIFTCI H., UNAL D., YENI E., KAYA M. Outcomes of urethral calculi patients in an endemic region and an undiagnosed primary fossa navicularis calculus. *Urol Res.* 2006;34(1):37-40.
- 4- VASHISHTA S., SUREKA S.K., AGARWAL S., SRIVASTAVA A., PRABHAKARAN S., KAPOOR R., SRIVASTAVA A., RANJAN P., ANSARI M.S. Urethral Stricture and Stone: Their Coexistence and Management. *UROLOGY JOURNAL* 2014; 11(1): 1204-1210.
- 5- I.OKEKE, A.TAKURE, S. ADEBAYO, O. OLUYEMI, A. OYELEKAN. Urethral obstruction from dis-logged bladder diverticulum stones: a case report. *BMC Urology* 2012,12:31.
- 6- I.BAH, A.B. DIALLO,O.R. BAH, K.BARRY, D. KANTE, S. BALDE, K.B. SOW, S. GUIRASSY et M.B. DIALLO. La lithiase du bas appareil urinaire: Analyse retrospective de 11 cas au CHU de Conakry. *Afr Journ of Urol* 2009; 15(1):38-43.
- 7- RIVILLA F., LUIS A., LLANOS D., RUIZ A. Giant urethral calculus in a 6-year-old girl. *J Pediatr Urol.* 2008 ; 4(6) :469-71.
- 8- B.A. KAMAL, R.M. ANIKWE, H. DARAWAMNI, M. HASHISH, S.A. TAHA. Urethral calculi: presentation and management. *BJU Int.* 2004;93:549-552.
- 9- A.B. SALMAN. Urethral calculi in children. *Journal of Pediatric Surgery* 1996;31(10):1379-1382.