

# UN CAS DE REPRISE DE LA FONCTION SÉCRÉTOIRE et excrétoire du haut appareil urinaire gauche

après un silence de près de trois mois chez une femme présentant  
un épithélioma épidermoïde indifférencié du col utérin  
( au stade II-fort )

RAMAHANDRIARIVELO, RABARIDELINA, ANORIAMAHOLISON, FRANCO, PROVENÇAL et PEYRON

## OBSERVATION

*C'est une femme de 51 ans, ménopausée depuis un an environ, qui est entrée dans le service de Chirurgie générale, le 8 août 1963 pour métrorragie avec amaigrissement et asthénie. L'examen clinique et la biopsie du col utérin ont fait conclure à un épithélioma épidermoïde indifférencié du col au stade II fort. La cystoscopie n'a pas montré d'envahissement néoplasique décelable du trigone vésical: — pas d'état d'infiltration de nature cancéreuse au niveau de la muqueuse vésicale qui, par ailleurs, est absolument normale d'aspect — pas de bombement et pas d'œdème au niveau du bas fond vésical.*

*D'un commun accord, il a été décidé que la malade serait soumise à une curiethérapie préopératoire. Il est à noter que nous n'avons pas fait d'urographie veineuse avant la curiethérapie pour apprécier l'intégrité des voies urinaires supérieures.*

*Le 26 août 1963, après la radiumthérapie, l'un de nous fait une urographie veineuse de contrôle: et, il note un urogramme normal à droite et une absence totale de sécrétion à gauche. Le 10 octobre 1963, la malade est revenue pour un traitement chirurgical complémentaire éventuel, et pour des explorations de l'appareil urinaire en totalité. Il est à signaler qu'une radiographie pulmonaire et une radiographie de la colonne dorsolombaire et du bassin n'ont rien révélé d'anormal.*

*Le bilan humoral a montré, alors, une anémie globulaire, à 3.720.000, des tests hépatiques normaux. L'azotémie est à 0,20 gr. Protides totaux: 75 gr. Prothrombinémie: 88. Vitesse de sédimentation: 25 à la 1ère heure, et 57 à la 2ème heure. La concentration urinaire est assez satisfaisante: Urée urinaire: 5 gr. Chlorures: 4 gr. Mais il existe une albuminurie à 1,20 gr. et une tendance à la paridensité urinaire à 1010. L'examen des selles a révélé une ankylostomiase et une schistosomose, responsables en grande partie de l'état anémique. Les recherches successives des œufs de parasites dans les urines ont été négatives.*

*A l'examen clinique, les touchers vaginal et rectal ont montré que les culs-de-sac vaginaux, les bases des ligaments larges et la cloison rectovaginale sont souples. Le col utérin est petit, régulier et ne saigne plus au contact.*

*Devant le silence rénal gauche, l'indication d'une pyélographie rétrograde a été posée: il ne nous a pas été matériellement possible de faire une urétéropyélographie rétrograde complète. L'endoscopie vésicale a fait noter une muqueuse vésicale normale. Les deux méats urétéraux sont présents mais il n'y a pas de*

jet urinaire à gauche: des deux côtés, il n'a pas été observé de jet sanglant. Nous n'avons relevé aucun processus d'infiltration maligne de la paroi vésicale. L'essai de cathétérisme de l'urètre gauche a été seulement possible sur un trajet très court de 5 m/m environ: aussi, nous n'avons pas essayé d'injecter du liquide opaque.

Après une réanimation préopératoire et un traitement visant à déparasiter la malade, nous avons décidé de faire le 4 décembre 1963 une hystérectomie élargie, avec l'exploration, par la même voie, du système urinaire gauche.

**Intervention du 4 décembre 1963:** *Laparatomie médiane verticale hypogastrique dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt vers en haut en passant par sa gauche. L'exploration de la cavité abdomino-pelvienne a permis facilement de découvrir à travers le péritoine postérieur, un urètre lombaire et pelvien gauche dilaté jusqu'à son abouchement dans la vessie: cette portion urétérale a présenté un diamètre extérieur de plus de 1 cm environ. Il nous a été difficile d'apprécier le volume du rein gauche. Et, nous n'avons pas noté, dans la région supérieure du flanc gauche, une tuméfaction plus ou moins remittente, pouvant faire penser à une rétention pyélocalicelle d'une certaine importance.*

*L'hystérectomie totale élargie a été pratiquée d'abord: la dissection des vaisseaux iliaques internes et externes n'a montré qu'un seul ganglion sur le côté interne et moyen de l'artère iliaque primitive droite.*

*Dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'isolement de l'urètre gauche dans des portions iliaque pelvienne et juxtavésicale, en évitant tout traumatisme pouvant être à l'origine de lésions anatomiques secondaires entraînant un trouble de la motricité urétérale. La dissection prudente de cet urètre a été faite, vers en haut, jusqu'à trois travers de doigt de son point de croisement avec l'artère iliaque primitive gauche. L'exploration et la palpation de la paroi vésicale, surtout dans ses parties sus-trigonales gauches et postérieures ne nous ont pas fait constater de lésions d'infiltration cancéreuse: la portion intramurale de l'urètre gauche n'a pas présenté d'induration bien nette. La vessie est souple au niveau de toutes ses parois accessibles à la palpation directe: ce qui nous a poussé à la respecter par la suite.*

*Devant la présence d'une importante dilatation pyélocalicelle gauche et d'une injection urinaire, nous avons décidé de faire une urétérocystonéostomie. Nous avons d'abord sectionné l'urètre gauche dilaté à 5 m/m environ de la vessie. Cette section n'a permis de voir sortir, par le bout urétéral proximal, que quelques gouttes d'urine, malgré la dilatation urétérale qui pouvait faire penser à la présence d'une certaine quantité de liquide.*

*Le cathétérisme de l'urètre intramural, par une sonde urétérale n° 6 a été impossible.*

*Après ligature du bout distal urétéral au catgut chromé n° 1, nous avons procédé à l'exécution d'une urétérocystonéostomie extravésicale suivant le procédé de Payne, le plus près possible de la zone trigonale, à gauche, et suivant un trajet légèrement oblique en bas et en avant, entre la musculieuse et la muqueuse vésicale. L'urètre gauche restant a été d'une longueur suffisante pour permettre une anastomose urétérovésicale sans la moindre tension. Les points fixant les deux valves du bout urétéral proximal à la face interne de la paroi vésicale ont été faits au catgut chromé n° 0. Deux points séromusculaires, au catgut chromé n° 0 également, diamétralement placés, consolident l'anastomose au niveau point de jonction urétéro-vésicale. Il n'a pas été mise en place de sonde urétéro-vésico-urétrale. Lors de la péritonisation du pelsis, faite aussi complète que possible, nous avons mis un drain extra-péritonéal au contact presque, de l'urètre pelvien, et un autre drain à l'intérieur de la cavité péritonéale.*

*Une sonde vésicale droite de Pezzer n° 18 a été placée afin de mettre au repos, la vessie pour une douzaine de jours environ.*

*Les suites opératoires ont été simples: — diurèse satisfaisante dès le 1<sup>er</sup> jour — normalisation de la coloration des urines à partir du 2<sup>e</sup> jour — trois densités urinaires demandées à des périodes différentes, à partir du 8<sup>e</sup> jour ont donné les chiffres suivants: 1008, 1007, — donc une certaine imparidensité urinaire.*

— concentration urinaire: chlorures: 5 gr %, urée: 6 gr %.

— Azotémie normale: 0,35 %.

L'examen histopathologique du bloc utéroannexiel complet et du ganglion prélevé au niveau de l'artère iliaque primitive droite, le 18 décembre 1963, n'a montré aucune lésion cancéreuse.

Les résultats les plus intéressants seront donnés par les urographies intraveineuses postopératoires successives. Une urographie intraveineuse pratiquée par le Docteur PEYRON, le 6 janvier 1964, soit un mois après l'intervention chirurgicale a fait noter:

— à droite, une sécrétion normale avec une morphologie pyélocalicielle et urétérale normale également.

— à gauche, images en boucles et urètre non visible — vessie partiellement opacifié.

Etant donnée l'absence totale de sécrétion rénale gauche avant l'opération, les images en boucles à gauche, montrent un début de la reprise de la fonction sécrétoire rénale.

Une deuxième urographie intraveineuse faite le 23 janvier 1964, nous a donné les résultats suivants:

— à droite, urogramme normal

— à gauche, sécrétion dans les délais physiologiques, excrétion retardée, dilatation modérée pyélocalicielle, urètre s'opacifiant davantage par rapport aux précédentes images.

L'ensemble des études des fonctions rénales globales, et les résultats donnés par la deuxième urographie intraveineuse (du 23 janvier 1964) permettent d'espérer une amélioration plus grande des fonctions sécrétoire et excrétoire du système urinaire gauche.

La malade a quitté l'Hôpital avec un très bon état général le 1<sup>er</sup> février 1964: nous espérons pouvoir suivre encore l'évolution ultérieure de sa maladie.



## COMMENTAIRES

— Que faut-il retenir de ce cas ?

1° L'obstacle au niveau de l'urètre intramural gauche pouvait être dû à un processus d'infiltration néoplasique à partir de l'épithélioma du col utérin au stade II (fort), mais la curiethérapie avait certainement agi sur ce processus, le cas échéant. Toujours est-il que l'état de souplesse de la vessie dans cette région, a fait écarter toute indication de cystectomie, même partielle, surtout qu'il s'agissait de la zone trigonale.

2° Au point de vue de la technique chirurgicale de l'urétérocystonéostomie, il n'est pas toujours besoin de mettre à demeure une sonde urétérale, mais il est recommandé :

- a) d'employer des fils de catgut qui se résorbent lentement (les fils non résorbables sont à exclure pour éviter la formation de calculs vésicaux secondaires)
- b) de bien drainer la cavité péritonéale et l'espace péri-vasical extra-péritonéal

3° L'arrêt de sécrétion rénale gauche, secondaire à l'obturation de l'urètre intramural progressive probablement, mais qui a fini par être plus ou moins totale, n'a pas été précédé d'un état de dilatation pyélocalicielle importante : ce fait n'est pas exceptionnel puisqu'il a été prouvé expérimentalement que la ligature complète d'un urètre n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'une énorme dilatation pyélocalicielle en amont.

4° Il est surtout intéressant de remarquer qu'un rein, qui a présenté une absence totale de sécrétion 3 mois auparavant, ait pu reprendre progressivement sa fonction sécrétoire et excrétoire après suppression de l'obstacle urétéral suivie d'une urétérocystonéostomie : le fait doit nous inciter à être plus prudent dans l'indication des urétéronéphrectomies quand il n'existe pas d'éléments majeurs poussant à les faire dans l'immédiat.

**Travail des Services Chirurgicaux,  
d'Anatomo-pathologie (Dr FRANCO) et de  
Radiologie (Dr PROVENÇAL)  
de l'Hôpital Befelatanana**