

Kyste de la vésicule séminale avec agénésie du rein homolatéral

Tariq KARMOUNI, Mohamed Jamal EL FASSI, Khalid EL KHADER,
Abdellatif KOUTANI, Mohamed HACHIMI, Ahmed LAKRISSA

Service d'Urologie «B», Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

RESUME

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un kyste de la vésicule séminale droite symptomatique avec agénésie rénale homolatérale. Au terme du bilan (échographie pelvienne, UIV, cystoscopie et tomодensitométrie abdomino-pelvienne), le patient était opéré et bénéficiait d'une ablation du kyste avec urérectomie droite et réimplantation urétérale gauche. A la lumière de cette observation, la symptomatologie, le diagnostic et les options thérapeutiques sont discutées.

Mots clés : Rein, agénésie, vésicule séminale.

Le kyste de la vésicule séminale associé à une agénésie rénale est rare. Le nombre de cas rapporté dans la littérature n'excède pas les 150 [10]. C'est ZINNER, en 1914 qui en décrit le premier cas [12].

Ce kyste peut être acquis ou plus souvent congénital auquel cas il est associé à d'autres anomalies du tractus urogénital. Nous rapportons le cas d'un homme présentant un kyste congénital de la vésicule séminale associé à une agénésie du rein homolatéral.

OBSERVATION

M. O. ..., âgé de 39 ans, père de 5 enfants, était hospitalisé dans notre service pour une hématurie intermittente et capricieuse évoluant depuis 10 ans. Ses antécédents étaient marqués par l'existence de plusieurs épisodes d'infection urinaire au cours de son enfance et de son adolescence.

Depuis une année environ, le patient présentait une hématurie terminale et une pyurie associées à des douleurs lombaires droites irradiant vers les organes génitaux externes. L'examen trouvait un patient en bon état général, apyrétique. L'abdomen était souple sans masse palpable. Le toucher rectal trouvait une masse rénitente bombant dans le rectum.

Le bilan biologique notamment l'examen cyto bactériologique des urines ne présentait pas d'anomalie.

L'échographie trouvait une formation hypo-échogène s'accompagnant d'un renforcement postérieur évoquant une collection liquidienne impure (Figure 1). L'UIV montrait un rein gauche normal mais ne permettait pas d'étudier le rein droit (rein muet ?). Lors des clichés

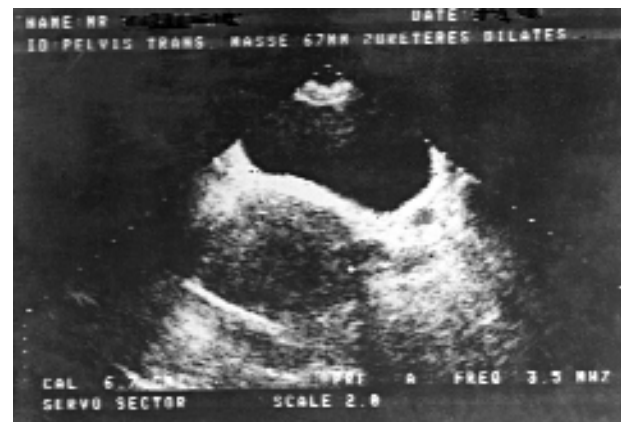


Figure 1. Echographie sus-pubienne montrant une masse rétrovésicale hypoéchogène hétérogène.

mictionnels, on notait un reflux vésico-urétéral bilatéral avec opacification d'un uretère droit borgne (Figure 2) La TDM montrait une formation kystique rétrovésicale (Figure 3) et une agénésie rénale droite.

Quant à l'uréthrocystographie rétrograde, elle ne nous avait pas semblé indispensable ni au bilan topographique ni à l'évaluation du reflux.

En effet, les clichés mictionnels de l'UIV permettaient de conclure à un abouchement intra-vésicale de l'uretère droit (opacification de l'uretère droit sans opacification du kyste) et la cystoscopie était normale en dehors des méats urétéraux béants en trou de golf.

Manuscrit reçu : avril 2001, accepté : décembre 2001.

Adresse pour correspondance : Dr. T. Karmouni, BP 6574 Rabat Instituts, 10100 Rabat, Maroc.

e-mail : Karmtariq@hotmail.com



Figure 2. Le cliché mictionnel de l'UIV montre un reflux vésico-urétéral bilatéral, l'uretère droit borgne est refoulé vers la gauche par une masse.

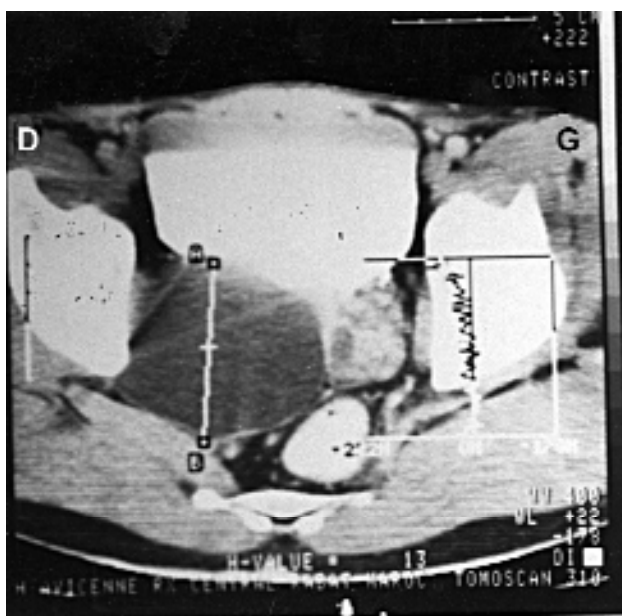


Figure 3. La TDM montre une masse rétrovésicale à droite bien limitée et hypodense.

L'indication d'une réimplantation urétérale étant retenue, le patient était opéré. Par une incision sus pubienne à cheval sur l'ombilic il subissait l'exérèse du kyste et de la vésicule séminale droite avec urétérectomie droite et réimplantation urétérale gauche de type Cohen. Les suites opératoires étaient simples. Avec plus de 5 ans de recul le patient va bien.

DISCUSSION

Le kyste de la vésicule séminale associé à une agénésie ou une dysplasie du rein homo latéral est rare. Leur fréquence est estimée, selon une étude chinoise portant sur 280000 enfants, à 0,00035% [9].

Lorsqu'il est associé à une malformation du tractus urogénital comme c'est le cas dans notre observation son origine congénitale est admise.

La malformation la plus fréquente est l'agénésie rénale, suivi par l'abouchement ectopique de l'uretère ipsilatéral. Cet abouchement se fait dans la vésicule séminale elle-même, le canal éjaculateur, le col de la vessie ou l'urètre prostatique. L'uretère est parfois absent. Lorsqu'il est présent il est borgne. L'association à un spina bifida ou à une duplicité urétérale ou à l'absence d'un testicule ou à une dysplasie rénale controlatérale a également été décrite [7, 8, 10].

Le kyste de la vésicule séminale peut également être acquis; il est dans ce cas dû à l'obstruction du canal éjaculateur. Cette obstruction peut être secondaire à une infection génito-urinaire, une résection de prostate ou un calcul du canal éjaculateur.

Sur le plan clinique, il est le plus souvent totalement asymptomatique. Plus rarement, il est responsable d'une douleur périnéale lors de l'éjaculation ou de la défécation, d'une dysurie, d'une rétention aiguë d'urine, d'une infection urinaire, d'une épididymite ou d'une prostatite [2, 8]. Le caractère récidivant de ces infections génito-urinaires est souvent retrouvé [5]. Il peut également se manifester par une hémospémie ou une infertilité [4]. D'après MAEDA, l'imagerie par résonance magnétique a révélé un kyste de la vésicule séminale chez 13 des 15 patients présentant une hémospémie [4]. Le toucher rectal trouve une masse de volume variable rénitente masquant la partie supérieure d'un lobe prostatique.

L'échographie trouve une image anéchogène à renforcement postérieur. Quand le kyste est compliqué d'hémorragie ou d'infection, des échos internes apparaissent comme dans le cas de notre patient. Exceptionnellement, du fait de l'hyperviscosité de son contenu, le kyste peut se présenter à l'échographie comme une masse tissulaire hypoéchogène [8].

L'utilisation de l'échographie endorectale dans le dia-

gnostic et le suivie des patients présentant une pathologie de la vésicule séminale peut être intéressante.

Le toucher rectal et l'échographie sont la clé du diagnostic [5, 11].

Cependant, un diagnostic différentiel peut se poser avec ;

- un kyste au niveau d'un reliquat mullérien,
- un kyste des canaux éjaculateurs,
- un kyste prostatique,
- un diverticule de l'ampoule déférentielle,
- une urétérocèle ectopique [1, 3]

La TDM et l'IRM permettent de confirmer ou d'affirmer dans les cas douteux le diagnostic. Elles permettent également de montrer les anomalies associées [1, 3].

Il semble que l'IRM est supérieure à la TDM pour l'étude des formations kystiques pelviennes [3]. Elle permet également une étude précise des rapports du kyste en vu d'un traitement chirurgical [1, 3].

L'UIV montre un refoulement des uretères, une empreinte sur le bas fond vésical et permet de rechercher les malformations du tractus urinaire associées.

La vésiculographie sera réalisée quand un doute subsistera sur l'abouchement ectopique de l'uretère dans le kyste [5].

Seule les formes symptomatiques sont justifiables d'un traitement. Ce traitement est essentiellement chirurgical: l'excision du kyste. Cette approche chirurgicale peut se faire par voie trans-vésicale, extra-vésicale ou par voie laparoscopique [2, 11]. Les abords trans-coccygiens et trans-périnéaux ont également été décrits [5, 11].

D'après WILLIAMS, la voie trans-coccygienne ne doit être utilisée qu'en dernier recours car exposant au risque de plaie rectale et d'impuissance [11]. La voie trans périnéale est intéressante pour traiter le kyste mais elle ne permet pas le traitement dans un même temps des anomalies associées. La laparoscopie semble être une alternative aux autres voies d'abord [2]. Mais, la réimplantation urétérale qui s'impose dans certains cas semble être une limite à l'utilisation de cette technique.

D'autres approches ont également été proposées ; il s'agit de la résection transurétrale et de l'aspiration du kyste par voie trans-rectale ou trans-périnéale [6, 11]. En cas de récurrence après aspiration, certains auteurs préconisent d'aspirer à nouveau le kyste puis d'y injecter un produit sclérosant [11].

REFERENCES

1. DAHMS S.E., HOHENFELLNER M., LIN J.F., EGGERS-MANN C., HAUPT G., THUROFF J.W. Retrovesical mass in men : pitfalls of differential diagnosis. J. Urol., 1999, 161 :1244-1248.
2. IKARI O., CASTILHO L.N., LUCENA R., D'ANCONA C.A., NETTO N.R. Jr. Laparoscopic excision of seminal vesicle cysts. J. Urol. 1999, 162: 498-499.
3. LIVINGSTON L., LARSEN C.R. Seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis. A.J.R., 2000, 175: 177-180.
4. MAEDA H., TOYOOKA N., KINUKAWA T., HATTORI R., FURUKAWA T. Magnetic resonance images of hematospermia. Urology, 1993, 41: 499-504.
5. MEGE J.L., SABATIER-LAVAL E., MURE P.Y., VARGAS B., DUBOIS R., TAKVORIAN P., DODAT H. Malformations des organes génitaux masculins issus du canal de Wolff (épididyme, déférent, vésicule séminale, canal éjaculateur). Prog. Urol., 1997, 7: 262-269.
6. OKOYE B.O., JONES D.J., LANCASHIRE M.J., BROWN E.F., RITCHIE A.W. Transvesical endoscopic drainage of a seminal vesicle cyst. Br. J. Urol., 1995, 76: 810.
7. PHILLIS TM J.R., TEAGUE J.L.. Seminal vesicle cyst in a child with a controlateral upper urinary tract abnormality. B.J.U. Int., 1999, 83: 359-360.
8. RAZI A., IMANI B. Seminal vesicle cyst presenting with lower urinary tract symptoms and huge abdominal mass. J. Urol., 2000, 164: 1309-1310.
9. SHEIH C.P., HUNG C.S., WEI C.F., LIN C.Y. Cystic dilatations within the pelvis in patients with ipsilateral renal agenesis or dysplasia. J. Urol., 1990, 144: 324-327.
10. SHEIH C.P., LI Y.W., LIAO Y.J., HUNG C.S. Bilateral congenital cysts of the seminal vesicle with bilateral duplex kidneys. J. Urol., 1998, 160: 184-185.
11. WILLIAM R.D., SANDLOW J.I. Surgery of seminal vesicles. In Campbell's urology. Edited by Walsh, Retik, Vaughan, Wein. Saunders, 1998, 3 : 3299-3315.
12. ZINNER A. Ein fall von intravesikaler samenblasenzyste. Weien Med. Wschr, 1914, 64: 604-610.

SUMMARY

Cyst of the seminal vesicle with agenesis of the homolateral kidney.

A case of seminal vesicle with ipsilateral renal agenesis is presented. In the light of this case, symptomatology, diagnosis and treatment option are discussed.

Key Words : Kidney, agenesis, seminal vesicle.