

In memoriam

Dr JeanLouis Garbit qui complétait avec brio notre amical trio lors de notre séjour en Égypte.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Ghoneim MA, Ashamalla AK, Mahram MR, Kock NG. Further experience with the modified rectal bladder (the augmented and valved rectum) for urine diversion. *J Urol* 1992;147:1252–5.
- [2] Ghoneim MA, Shehab-El-Din AB, Ashamalla AK, Gaballah MA. Evolution of the rectal bladder as a method of urinary diversion. *J Urol* 1981;126:737–40.
- [3] Kock NG, Ghoneim MA, Lycke KG, Mahran MR. Urinary diversion to the augmented and valved rectum: Preliminary

- results with a novel surgical procedure. *J Urol* 1988;140:1375–9.
- [4] Baron JC, Arhan P, Boccon-Gibod L. Ureterorectal diversion with rectal augmentation Morphological and manometric study in the dog. *Urol Res* 1992;20:247–51.
- [5] Pfitzenmaier J, Gilfrich C, Haferkamp A, Buse S, Hohenfellner M. Change of ureteral submucosal anti-reflux implantation into an intussuscepted ileal nipple valve as reflux protection in ureterosigmoidostomy. *Urology* 2008;72(1):192–5.
- [6] Stöckle M, Becht E, Voges G, Riedmiller H, Hohenfellner R. Ureterosigmoidostomy: An outdated approach to bladder exstrophy? *J Urol* 1990;143:770–4.
- [7] Azimuddin K, Khubchandani It, Stasik JJ, Rosen L, Riether RD. Neoplasia after ureterosigmoidostomy. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1632–8.
- [8] Irani J, Descazeaud A. Cancer de vessie : actualités. *Prog Urol* 2008;18(6 Suppl):S125–9.
- [9] Dawaba MS, Dawood A, Ghoneim MA. The modified rectal bladder in children: Long-term follow-up. *World J Urol* 1996;14:73–7.
- [10] El Mekresh MM, Hafez AT, Abol-Enein H, Ghoneim MA. Double folded rectosigmoid bladder with a new ureterocolic antireflux technique. *J Urol* 1997;127:2084–5.

COMMENTAIRE À...

Les dérivations urinaires transrectales ont-elles encore une place en 2010? ☆

Do trans-rectal urinary derivation techniques still have a place in our armamentarium in 2010?

A. Ruffion

Service d'urologie Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud, université Claude-Bernard Lyon-I, bâtiment 3C, chemin du Grand-Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France

Disponible sur Internet le 27 mai 2010

Les auteurs de cet article doivent être félicités particulièrement car ils ont souhaité faire partager leur expérience sur une technique méconnue qu'ils ont développée dans leur centre, la « vessie rectale à basse pression de Gonheim ». Ce travail est d'autant plus intéressant qu'il ne nous a été possible de trouver que peu de trace des résultats de cette technique par l'équipe de Gonheim, au-delà de la publication princeps signalée par les auteurs [1]. À notre connaissance, aucune autre équipe que la leur n'a publié les résultats de leur technique.

DOI of original article: [10.1016/j.purol.2010.01.005](https://doi.org/10.1016/j.purol.2010.01.005).

☆ Commentaire de l'article : Paillot J, Firmin F, Association nationale pour la formation urologique continue. Dérivation urinaire rectale à basse pression et anti-reflux : technique simplifiée.

Adresse e-mail : alain.ruffion@chu-lyon.fr.

Cela n'empêche pas d'avoir un regard critique sur certains des résultats annoncés. En effet, la nature de la publication (série monocentrique rétrospective) est, on le sait, sujette à de nombreux biais (perdus de vue, biais liés aux modalités de suivi non systématique, biais d'attribution des complications à d'autres pathologies, etc.). Cela doit donc inciter à rappeler au lecteur de considérer que le pourcentage de complications rapporté par les auteurs est une estimation minimale du taux réel de problèmes.

Une partie des problèmes amenés par cette technique de dérivation peut par exemple avoir été gommé par la mortalité très importante rapportée dans cette série, liée à la pathologie néoplasique sous-jacente (près du un tiers de l'effectif est décédé dans les cinq années qui ont suivi le geste). Le risque de pathologie néoplasique sur le long terme (de dix à 15 ans) ne peut ainsi être écarté à ce jour et on recommanderait volontiers de débiter un suivi coloscopique régulier au fur et à mesure ou l'on s'éloigne de la date opératoire. En effet, on sait que les risques néoplasiques rencontrés après les dérivations type Coffey sont souvent survenus après des délais très longs. Nous espérons bien sûr qu'aucun problème ne survienne dans les années qui viennent, mais il nous semble qu'il est trop tôt pour tirer des conclusions définitives à ce sujet.

De même, on est très surpris de ne pas voir rapporter de cas d'urétéro-hydronephrose dans cette série. On sait en effet que toutes les techniques qui ont recours à une réimplantation urétérale amènent à un taux incompressible de 5 à 10% de sténose de l'anastomose. Les techniques anti-reflux sont d'ailleurs un facteur d'aggravation de ce risque, même si la technique est « rigoureuse et reproductible ». Il est probable que les auteurs se sont axés principalement sur les complications septiques pour « dépister » des anomalies du haut appareil. Hors il est maintenant bien établi que la constitution d'une sténose de l'anastomose urétéro-iléale peut se faire à bas bruit et est dangereuse sur le long terme. Ici encore, on recommanderait volontiers de recontacter l'ensemble des patients de la cohorte et de leur suggérer un suivi régulier de cette complication particulière qui peut arriver plus de dix ans après la chirurgie initiale [2]. L'estimation de la fonction rénale nous paraît aussi nécessaire, car on sait qu'on peut avoir des dégradations à bas bruit qui ne se traduisent que tardivement par des élévations de la créatinine.

Les anomalies métaboliques générales semblent être un problème particulier des vessies rectales, puisqu'elles peuvent être à l'origine de retards de croissance chez l'enfant [3]. Il est intéressant de noter que dans la série rapportée le simple fait de consommer de l'eau de Vichy semble avoir réglé le problème. Ces données sont en contra-

diction avec l'équipe de Gonheim qui rapportait plus de complications métaboliques chez les patients avec une valve versus ceux qui n'en ont pas [4].

La technique de vessie « rectale » décrite ici n'a pas connu de réel essor suite à sa description. Une autre technique s'est beaucoup plus développée, celle dite de « Mainz II », qui consiste à utiliser la boucle sigmoïdienne pour créer un réservoir, les uretères étant implantés directement dans le sigmoïde, sans anti-reflux [5]. L'avantage de cette technique est qu'elle évite de prélever un segment iléal. Peu de séries [6,7], toutes rétrospectives, analysent les résultats avec cette autre dérivation rectale. On retrouve cependant, comme dans l'article de Paillot et al., une proportion très élevée de patients ayant une continence sociale acceptable.

En conclusion, la possibilité de réaliser une vessie « rectale » doit être connue. À l'heure actuelle, elle ne doit s'envisager que dans des cas exceptionnels à mon sens. En effet, on imagine les difficultés que l'on aurait à traiter chez des patients opérés avec une dérivation de ce type une sténose de l'anastomose urétéro-intestinale, ou, pire, une lithiase urétérale. De même, le risque néoplasique potentiel à long terme ne peut être totalement éliminé à ce jour.

Si, cependant, on doit proposer une cystectomie à des patients qui ne peuvent bénéficier d'une réimplantation sur l'urètre et qui, de plus, refusent l'idée (ou ne peuvent pas faire) des auto-sondages ou une stomie non continente, il est intéressant de connaître cette option technique.

Références

- [1] Ghoneim MA. The modified rectal bladder: a bladder substitute controlled by the anal sphincter. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1992;142:89–91.
- [2] Ruffion A, Villar E, Denys P, Chartier-Kastler E. Renal failure and neurogenic bladder. *Prog Urol* 2007;17(3):424–30.
- [3] Hafez AT, Elsherbiny MT, Dawaba MS, Abol-Enein H, Ghoneim MA. Long-term outcome analysis of low pressure rectal reservoirs in 33 children with bladder exstrophy. *J Urol* 2001;165(6 Pt 2):2414–7.
- [4] Shoma AM, Ashamalla A, Ghoneim MA. Rectosigmoid urinary diversion: the functional significance of creating an intussuscepted colorectal valve. *J Urol* 1999;161(2):415–7.
- [5] Fisch M, Hohenfellner R. Sigma-rectum pouch (Mainz pouch II). *BJU Int* 2007;99(4):945–60.
- [6] Pahernik S, Wiesner C, Gillitzer R, Stein R, Thuroff JW. Conversion from colonic conduit into recto-sigmoid pouch (Mainz pouch II). *BJU Int* 2006;97(1):157–60.
- [7] Cervellione RM, Bianchi A, Fishwick J, Gaskell SL, Dickson AP. Salvage procedures to achieve continence after failed bladder exstrophy repair. *J Urol* 2008;179(1):304–6.