

## CASE REPORT

# LA BIFIDITE URETRALE A PROPOS D'UN CAS

M.B. DIALLO<sup>1</sup>, S. GUIRASSY<sup>1</sup>, A.A. DIALLO<sup>1</sup> ET T.I. BARRY<sup>2</sup>

Service d'Urologie, CHU Ignace Deen<sup>1</sup>, et Polyclinique de Dixinn<sup>2</sup>, Conakry, République de Guinée

## INTRODUCTION

La bifidité urétrale est définie par le caractère unique de l'orifice vésical et l'existence d'une «fourche» urétrale, avec deux orifices externes. C'est une anomalie rarissime, en vingt ans d'exercice urologique c'est le premier cas rencontré dans notre service.

Le niveau de la bifurcation peut être situé à n'importe quel point, entre le col vésical et l'urètre balanique<sup>1-3</sup>.

La classification des urètres surnuméraires chez le garçon, longtemps confuse, a bénéficié dans un premier temps de la contribution de Bertin<sup>1</sup>, dont le schéma très simple distinguait les duplicités, les bifidités, et les canaux accessoires. On lui préfère actuellement la classification de Williams et Kenawi<sup>4</sup>. Un point commun à toutes ces classifications est que l'urètre vrai est toujours le plus ventral et c'est ce dernier qui doit être conservé ou reconstruit<sup>1,3,5-8</sup>.

Le diagnostic repose sur la cystographie mictionnelle et l'urographie<sup>1,2,6,9</sup>.

Nous rapportons dans cet article, une observation personnelle de bifidité urétrale chez un garçon de 7 ans, traitée chirurgicalement par un abord pénien.

## OBSERVATION

M. B.A., âgé de 7ans, a été vu en consultation d'urologie pour un jet mictionnel double.

Dans les antécédents, il a été noté: une circoncision à 10 jours de la naissance par un infirmier dans un centre de santé, et des accès palustres répétés.



Fig. 1: Clichés de cysto-urétrographie montrant deux trajets urétraux superposés en canon de fusil

L'histoire de la maladie était marqué par un jet mictionnel double, parfois des gouttes retardataires s'échappant par le méat épispade.

A l'examen physique, l'enfant avait un bon état général, l'abdomen était souple, les fosses lombaires libres et indolores. L'hypogastre avait une configuration normale, le scrotum, les testicules et les épидидymes étaient d'aspect normal. Le pénis avait une peau lisse avec une cicatrice de circoncision nette, souple. Au niveau du gland, on a mis en évidence deux méats urétraux: l'un situé sur la face ventrale, l'autre situé sur la face dorsale, admettant de façon séparée une sonde 8 Fr, par lesquels s'écoulait de l'urine claire. Le cathétérisme simultané des deux méats a objectivé le siège de la malformation.

Le reste de l'examen clinique ne montrait rien de pathologique. En dehors d'une goutte épaisse positive, les examens biologiques

étaient normaux. Sur le plan de l'imagerie médicale, l'échographie réno-vésicale était normale, par contre l'uretro-cystographie rétrograde et mictionnelle mettaient en évidence au niveau de l'urètre antérieur deux trajets urétraux superposés en canon de fusil (Fig. 1). Les examens endoscopiques et urodynamiques n'ont pas été effectués.

Au terme de ce bilan radio clinique, le diagnostic de bifidité urétrale a été retenu.

Le patient a été opéré après un traitement antipaludéen classique, à base de quinine. Sous anesthésie générale et par une incision péniennne transversale au ras du gland, l'urètre épispade préalablement intubé a été disséqué, libéré des corps caverneux jusqu'au niveau de son insertion sur l'urètre normal, résection de l'urètre dorsal et fermeture de la brèche résiduelle au vicryl serti 5/0, sonde urétrale 8 Fr à demeure pendant 7 jours. Les suites ont été simples.

## DISCUSSION

Classée dans le groupe des duplications incomplètes, la bifidité urétrale est une anomalie congénitale peu fréquente; elle intéresse davantage le garçon que la fille<sup>1,2</sup>. L'origine embryologique est encore discutée du fait de la multiplicité des théories embryologiques et de l'aspect très variable de la bifidité urétrale.

La classification de Williams et Kenawi est actuellement la plus admise, bien que complexe elle est mieux structurée<sup>4</sup>. Selon le lieu d'abouchement de la branche «aberrante» plutôt que selon la «hauteur» de la bifurcation sur le trajet urétral, on distingue quatre types<sup>1,8,10,11</sup>

- La bifidité dorsale où la branche dorsale s'abouche à la face dorsale du pénis, à un niveau variable de la base à l'apex du gland. Dans notre cas l'urètre dorsal est sus-jacent à l'urètre ventral jusqu'à l'extrémité du gland, ce cas est peu fréquent.
- La bifidité ventrale: elle représente 4/5 des observations de la littérature<sup>5,6</sup>. Deux variétés principales semblent pouvoir être distinguées selon le siège pré anal ou périneo-pénien du méat ventral.
- La trifurcation urétrale : Là on a un urètre pénien un peu étroit correspondant à un

méat balanique (légèrement hypospade) et deux conduits surnuméraires, l'un dorsal avec un méat sur la face dorsale du gland, l'autre ventral s'ouvrant à l'angle pénoscrotal.

- La bifidité inversée en Y : deux branches urétrales distinctes quittent la vessie par deux orifices indépendants et s'unissent ensuite en un canal unique dans leur portion membranacée.

La symptomatologie de la bifidité urétrale se traduit en général par un jet double ; un goutte à goutte terminal, ressemblant à une fistule, ou par une infection urinaire récidivante chez le petit garçon<sup>2,4-7,12</sup>. Dans les formes dorsales, l'incurvation du pénis n'est pas exceptionnelle. Nous n'en avons pas observé dans notre cas.

Le diagnostic de la bifidité urétrale repose sur la cysto uréthrographie mictionnelle et/ou l'uretrographie. L'exploration urodynamique et l'uretroscopie qui apportent des informations sur l'existence d'un système sphinctérien strié n'ont pas été effectuées dans notre cas.

La majorité des urètres surnuméraires chez l'enfant ne nécessite pas de traitement<sup>2,3,5,8,10,12</sup>, une intervention est indiquée si l'anomalie s'accompagne d'infection récidivante, d'altération esthétique significative comme dans notre cas, d'une courbure du pénis ou d'incontinence urinaire<sup>2,3,5,6,7,12</sup>.

La résection de l'urètre surnuméraire a été effectuée dans notre cas par un abord pénien transversal au ras du gland. Nous n'avons pas effectué d'érection pré-opératoire, compte tenu de l'absence d'incurvation à l'examen physique.

Certains auteurs préconisent la sclérose ou l'électrocoagulation de l'urètre accessoire.

Dans tous les cas le traitement de la bifidité urétrale symptomatique est chirurgical.

En conclusion, la bifidité urétrale, est une anomalie rare. Sa gravité est variable allant de l'absence de symptôme jusqu'au sévère retentissement rénal. Le traitement est chirurgical, et dans toutes les formes, l'urètre le plus ventral est toujours de meilleur et donc celui à conserver.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Bertin P. Remarque à propos des bifidités urétrales. *Ann Urol* 1969, 111:51.
2. Effeman EL, Lebowitz RL, Colodny AH. Duplication of the urethra. *Ped Radiol* 1976, 119:179.
3. Rossi D, Masson J, Bladou F, Serment G. Les urètres surnuméraires chez l'homme. A propos d'un cas surnuméraire épispade borgne. *Prog Urol* 1993, 3:66.
4. Williams DI, Kenawi MM. Urethral duplication in the male. *Eur Urol* 1975, 1:209.
5. Biegansky A, Launay S, Biserte J, Robert Y. Duplication de l'urètre de type II chez le garçon. A propos d'un cas. *J Radiol* 2002, 83:650.
6. Bouhafs A, Abarchi H, Belkacem R, Barahioui M. Duplications sagitales antérieures de l'urètre chez le garçon. A propos d'un cas. *Ann Urol* 2002, 36:146.
7. Chatelain C, Weisgerber G, Boureau M, Van Kote G. Duplicité et bifidité urétrales. *Annales de Chirurgie Infantile* 1975, 16:75.
8. Podesta ML, Medel R, Castera R, Ruata AC. Urethral duplication in children: Surgical treatment and results. *J Urol* 1998, 160:1830.
9. Diallo MB, Guirassy S, Sow KB, Bah I, Balde I. Duplicité urétrale: A propos d'un cas. *African Journal of Urology*, 2000, 6:142.
10. Gosalbez B, Garat JM. *Urètre accessoire*. Dans: Cendron J, Schulman C (eds): *Urologie Infantile*. Paris:Flammarion Médecine Science, pp. 232-239, 1985.
11. Salle JI, Sibai H, Rosenstein D, Brzezinski AE, Corcos JJ. Urethral duplication in the male: review of 16 cases. *J Urol* 2000, 163:1936.
12. Willem C, Coupagne M, Deleval J, Hennebert P. Duplication complète de l'urètre à propos d'un cas. *Acta Urologica Belgica* 1990, 58:65.

Tirés à part:

Dr. S. Guirassy  
 Chirurgien Urologue  
 B.P. 4620  
 Conakry  
 République de Guinée (West Africa)