JOURNAL OF SCIENCE & DISEASES

Césarienne chez une femme avec extrophie vésicale diagnostiquée tardivement : à propos d'un cas à l'hôpital provincial de Lai

Cesarean section in a woman with late-diagnosed bladder extrophy: about one case in Provincial Hospital of Lai

Foba K[12]., Damtheou S[1 2]., Hawaye C[1 2]., Ramadji K[1], Adoumadje J.R[2], Foumsou L[1 2]. , Djientcheu V.D.P[1,2]

Cas clinique

[1] Faculté des Sciences de la Santé Humaine de N'Djamena.
[2] CHU de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, Tchad

Auteur correspondant :
Damtheou S, CHU de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena,
Tel : 00235 68 79 11 02,
Email : damsadjol@gmail.com

Mots clés : Extrophie vésicale, Grossesse, Césarienne, Tchad.

Keywords : Bladder exstrophy, Pregnancy, Caesarean section, Chad

RESUME

L'extrophie vésicale est une malformation congénitale grave caractérisée par un défaut de fermeture de la paroi abdominale sous ombilicale, de la paroi antérieure de la vessie, souvent associée à une anomalie de l'urètre, de la ceinture pelvienne, des organes génitaux externes et du périnée. Son diagnostic se fait généralement en période anténatale chez le fœtus ou à la naissance chez le nouveau - né. Nous rapportons un cas d'extrophie vésicale diagnostiqué tardivement chez une patiente de 24 ans porteuse d'une grossesse de 34 semaines d'aménorrhée et 6 jours. Notre attitude a été le suivi de la grossesse et la pratique d'une césarienne. La prise en charge chirurgicale de l'extrophie vésicale n'a pas été faite mais un suivi en urologie a été préconisé après la césarienne.

ABSTRACT

Bladder exstrophy is a serious birth defect characterized by a failure to close the subumbilical abdominal wall, the anterior wall of the bladder, often associated with an abnormality of the urethra, pelvic girdle, external genitalia, and perineum. Its diagnosis is generally made antenatally in the fetus or at birth in the newborn. We report a case of bladder exstrophy diagnosed late in a 24-year-old patient with a pregnancy of 34 weeks of amenorrhea and 6 days. Our attitude was to follow up on the pregnancy and to perform a caesarean section. Surgical management of bladder exstrophy was not done but a follow-up in urology was recommended after the caesarean section.

Copyright © 2025 Journal of Science and Diseases

Citation as **J Sci Dis 2025, Vol 3 (1): 95-98**

Introduction

L'extrophie vésicale est une malformation congénitale grave caractérisée par un défaut de fermeture de la paroi abdominale sous ombilicale, de la paroi antérieure de la vessie, souvent associée à une anomalie de l'urètre, de la ceinture pelvienne, des organes génitaux externes et du périnée [1 - 2]. C'est une malformation congénitale rare du tractus uro-génital qui affecte 1/10000 à 50000 naissances [1]. Diagnostiquer généralement en période anténatale et repose sur une non visualisation de la vessie à l'échographie morphologique du deuxième trimestre [3], chez certains patients le diagnostic est soit posé en période post natale précoce soit à l'âge adulte [4]. Une prise en charge précoce de cette malformation rend possible le développement social des patients. Dans notre milieu, l'accès difficile au service de santé peut conduire à la découverte d'une grossesse chez les jeunes femmes atteintes de cette anomalie congénitale.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 24 ans, référée du Centre de Santé de NINGA à l'Hôpital Provincial de Lai au Tchad pour prise en charge d'une infection urinaire sur grossesse de 07 mois. Elle serait née à domicile et avait eu ses menarches à l'âge de 14 ans. Son cycle menstruel était de 28 jours, la durée des règles est de 5 à 7 jours avec un flux d'abondance moyenne ; pas de notion de IST mais elle faisait des infections urinaires à répétition. C'était une primigeste nullipare avec un niveau socio- économique bas.

L'examen physique avait retrouvé un bon état général avec un indice de masse corporelle de 28. La conscience était conservée, la peau et muqueuse étaient bien colorées. On notait un diastasis de la symphyse pubienne, un abdomen augmenté de volume, à grand axe longitudinal médian, à grosse extrémité supérieure présentant au pelvis une fibrose entourant une masse érythémateuse triangulaire à sommet inférieur débouchant sur le vagin. Il s'agissait de la vessie mise à nu par l'absence de la paroi antérieure de l'abdomen avec absence de l'ombilic. A la vulve, le clitoris était bifide, on notait l'absence de petites lèvres et un vestige de grandes lèvres. L'orifice urétral était bien visible et les parois vaginales étaient sans particularités. S'agissant de la grossesse, la hauteur de l'utérus était de 31cm. La présentation du fœtus était céphalique avec un dos à gauche, des bruits du cœur fœtal sont chiffrés 132 battements par minute au stéthoscope de Pinard ; pas de contraction utérine. La vulve était propre au toucher vaginal, le col était antérieur, souple, long et fermé. Le doigtier ramenait des urines mêlées d'enduits blanchâtres malodorants.

L'échographie obstétricale avait retrouvé une grossesse monofoetale évolutive de 34 semaines d'aménorrhée et 6 jours. Le placenta était antérieur, loin du col et un liquide amniotique en quantité normale. Aucune malformation fœtale n'était objectivée. L'échographie rénale mettait en évidence une hydronéphrose modérée bilatérale. La patiente avait bénéficié d'une césarienne prophylactique à 38 semaines d'aménorrhée avec une incision cutanée sous ombilicale au-dessus de la masse vésicale. La cœliotomie avait permis de constater un cul de sac vésico-utérine macroscopiquement sain, le nouveau-né était de sexe féminin pesait 3500 g, avec un score d'Apgar à 9/10 à la première minute. L'examen neurosomatique du nouveau-né était sans particularités. Les suites opératoires étaient simples.

Figure 1 : *vue inferieure de l'extrophie vésicale chez la patiente pendant la grossesse*

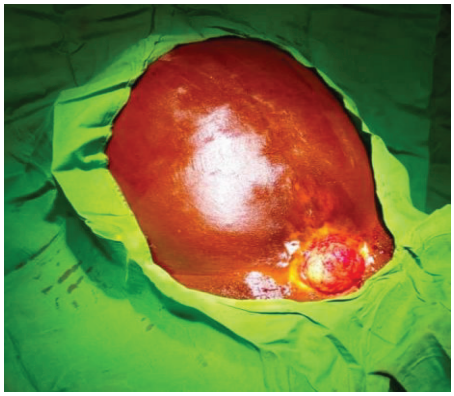

Figure 2 : *abdomen vue de profil de la patiente après installation, badigeonnage et champage stérile.*

Copyright © 2025 Journal of Science and Diseases

Citation as **J Sci Dis 2025, Vol 3 (1): 95-98**

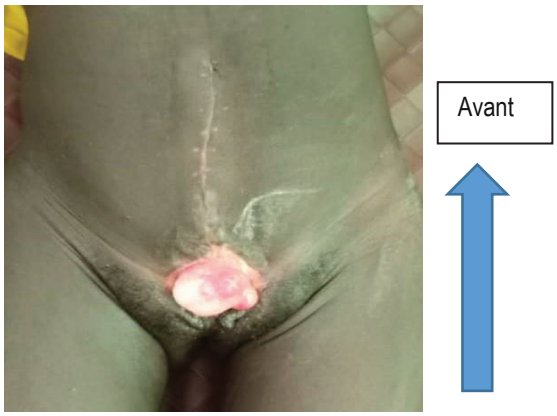

Figure 3 : *vue de face de l'abdomen de notre patiente après cicatrisation de la plaie de la césarienne*

La patiente était autorisée à sortir après bonne cicatrisation. Sur le plan urologique, la fonction rénale qui était normale. Une prise en charge chirurgicale de l'extrophie à distance de la césarienne par l'équipe de l'Urologie au CHU-RN de N'Djamena a été préconisée.

Figure 4 : *la mère et son bébé*

Discussion

L'extrophie vésicale est une malformation congénitale dont la fréquence varie selon les études. William *et al.* estimaient l'incidence en Afrique à 3,3 pour 100 000 naissances vivantes avec un ratio homme femme de 2,3 :1 [5]. Nelson *et al.* et Siffel *et al.* retrouvaient respectivement une fréquence de 2,5 et 2,7 pour 100.000 naissances. Caton *et al.* [4] a trouvé plutôt que le sexe masculin semblait être un facteur de risque dans la survenue de cette malformation. L'extrophie vésicale est souvent diagnostiquée en période anténatale, généralement dans le deuxième trimestre lors de l'échographie de morphologie. Certains auteurs ont fait le diagnostic en post natal précoce ou dans les premières années de vie de l'enfant [6]. D'autres ont posé le diagnostic chez des personnes âgées de 15 ans et plus [7]. Dans leur série, Traoré *et al.* ont trouvé des patientes âgées de 24 ans, 25 ans et 28 ans [8]. Le diagnostic de certitude se pose après la naissance. Notre patiente avait 24 ans et était porteuse d'une grossesse. Sa malformation avait été objectivée dès la naissance, mais le diagnostic de certitude a été posé plusieurs années plus tard. Plusieurs auteurs ont fait remarquer que le diagnostic et la prise en charge de cette malformation étaient tardifs parce-que ces patients étaient issus de milieux défavorisés. Ces derniers étaient caractérisés par l'accès non rapide aux formations sanitaires, le manque de consultation prénatale avec absence d'échographie obstétricale et certaines fois des accouchements à domicile [8-9]. Dans notre observation : la patiente était issue d'un milieu socio-économique bas. Sa mère n'avait pas fait de consultation prénatale ; le diagnostic anténatal n'a donc pas été possible. L'accouchement non assisté, à domicile n'a pas permis un diagnostic à la naissance. L'extrophie a été presque toujours associée à un épispadias et une malformation génitale. Les formes isolées sont rares [9]. Tambo *et al.* ont rapporté un rare cas d'extrophie vésicale fermée continente, chez une fillette de 5 ans[12] . Notre patiente avait une forme complète, avec incontinence touchant l'appareil urinaire (extrophie vésicale et épispadias), associée à un diastasis de la symphyse pubienne. La prise en charge adéquate de l'extrophie vésicale est multidisciplinaire mais se concentre plus sur la chirurgie de reconstruction urogénitale peu importe l'âge du patient. Les objectifs sont multiples :Fermer la vessie, fermer la paroi abdominale ainsi que rapprocher le bassin afin de réintégrer les organes dans la cavité pelvienne ; Reconstruction des organes génitaux ; Récréer un sphincter urinaire ; Assurer le bon fonctionnement rénal et prévenir les infections urinaires

Sabetkish *et al.* suggéraient qu'une injection aux patients traités chirurgicalement de gonadotrophine humaine à faible dose les rendrait plus continents [10] . Nous n'avons pas fait un traitement chirurgical de l'extrophie vésicale chez notre patiente qui était âgée de 24 ans et porteuse d'une grossesse de 34SA et 6 jours. D'autres auteurs ont signalé que des grossesses réussies ont été possibles chez des patientes présentant une extrophie vésicale et ayant eu des reconstructions génitales avant, à type d'élargissement de l'orifice vaginal et rapprochement clitoridien. La césarienne a été préférée aux accouchements par voie basse, à cause du risque

Copyright © 2025 Journal of Science and Diseases

Citation as **J Sci Dis 2025, Vol 3 (1): 95-98**

obstétrical plus important chez ces femmes notamment de prolapsus pelvien [11]. L'attitude thérapeutique a été le suivi de la grossesse jusqu'à 38 semaines d'aménorrhée et nous avons réalisé une césarienne prophylactique, avec un nouveau-né bien portant sans malformation ; de sexe féminin pesant 3500gr. Les suites de couches étaient sans complications. Le pronostic de notre patiente par rapport à l'évolution de l'extrophie vésicale reste réservé et dépendra de la rapidité de sa prise en charge en urologie déjà envisagée et de son suivi.

Conclusion

L'extrophie vésicale est une malformation congénitale rare diagnostiquée en période anténatale chez le fœtus ou chez le nouveau - né à la naissance. Son diagnostic chez une patiente en période de gestation démontre d'une mauvaise qualité de soins prénatals. Chez une gestante portant une extrophie vésicale, la césarienne reste la meilleure voie d'accouchement.

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs
Conception et acquisition de données : Foba K, Damtheou S, **Rédaction de l'article :** Foba K, Damtheou S, Hawaye C, **Critique révision du contenu intellectuel :** Ramadji K, Adoumadje J.R, **Approbation version finale :** Foumane P.

Références

1. Dembele A., Ouedraogo I., Ouattara S., Some D. A., Kiemtoré S., Bambara M., et al. Exstrophie vésicale : à propos d'un cas diagnostiqué tardivement chez une femme enceinte. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°1 p. 36-39.
2. Siffel C, Correa A, Amar E, Bakker MK,Bermejo-Sanchez E, Bianca S. Bladder exstrophy: an epidemiologic study from the International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research, and an overview of the literature. American Journal of Medecine Genetic, C Semin Med Genet 2011; 157 C (4):321–32.
3. Furtos C, Gautier C, Varlet M-N, Varlet F, Seffert P, Chauleur C. Diagnostic anténatal et prise en charge des extrophies vésicales isolées. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2010; 38 (10) : 624-630.
4. Caton AR, Bloom A, Druschel CM, Kirby RS. Epidemiology of bladder and cloacal exstrophies in New York State, 1983–1999. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2007; 79 (11):781–787.
5. William A M, Piet H. Bladder Exstrophy and Epispadias. Global Help in Pediatric surgery: a comprehensive text for Africa. 2003 Chap 92. 328-537.
6. Tshimbayi M, Ndua D, Kazadi C, Shamashanga Kwete, Bugeme Ma, Mubinda K P, et al. Exstrophie vésicale : à propos d'un cas diagnostiqué tardivement. Pan African Medical Journal. 2014; (17):172 : 30-31.
7. Nerli RB, Kamat GV, Alur SS, Koura A, Prabha V, Amarkhed SS. Bladder exstrophy in adulthood. Indian J Urol. 2008; 24(2): 164-168.
8. Traore MT, Niang L, Jalloh M, Ndow M, Labou I, Gueye S M. Prise en charge de l'exstrophie vésicale à propos de 7 cas. Urology and Andrology – 2016; (1) 5 : 247-249.
9. Ziouziou I, Karmouni T, El khader K, Koutani A, Iben Attya Andaloussi A, L'exstrophie vésicale chez l'adulte: A propos de 5 cas. African Journal of Urology. 2014 ; 20 :53–58.
10. Sabetkish N, Eftekharzadeh S, Elmi A, Talab SS, Kajbafzadeh A-M. *Low-dose Human Chorionic Gonadotropin Stimulation Test as a Prognostic Incontinent Indicator in Boys with Bladder Exstrophy-epispadias Complex. Urology 2017, (101): 133 – 138*.
11. Catti M, Paccalin C, Rudigoz RC, Mouriquand P. Quality of life for adult women born with bladder and cloacal exstrophy: a long-term follow up. Journal of pediatrie urology. 2006; 2(1):16-22.
12. Tambo J, Monica K.K, Rwomushana I, Mugambi I, Winnie N, Mloza BC and all. Impact of fall armyworm invasion on household income and food security in Zimbabwe. Original Research. Food Energy Security. 2021;10:e28. DOI: 10.1002/fes3.281

Copyright © 2025 Journal of Science and Diseases

Citation as **J Sci Dis 2025, Vol 3 (1): 95-98**