

Le segment iléo-caecal dans le traitement de l'exstrophie vésicale

J. M. GIL-VERNET (Barcelone)

On sait que l'exstrophie vésicale est une des anomalies les plus difficiles à traiter.

Actuellement il y a deux tendances :

1° la chirurgie reconstructive anatomique et fonctionnelle du conduit urogénital, qui sans doute, est l'idéale mais aussi la plus difficile ;

2° moins compliquée, est la chirurgie de dérivation urinaire dans une anse intestinale exclue ou non exclue, avec ou sans continence urinaire.

Notre opinion est que sauf quelques exceptions — le cas que nous allons présenter est l'un d'eux — on doit essayer toujours la chirurgie reconstructive, particulièrement chez l'homme, quoique en cherchant de nouveaux chemins. Si par principe, devant une exstrophie, on suit systématiquement la conduite la plus commode, c'est-à-dire, la dérivation urinaire, difficilement on obtiendra un progrès important dans le traitement de cette grave anomalie.

Ce n'est qu'après plusieurs échecs (ou d'emblée dans quelques cas d'exception), qu'on doit recourir à la dérivation urinaire, cette méthode doit garantir :

1° la protection rénale ;

2° une bonne continence urinaire.

Les deux méthodes qui s'approchent le plus de ces objectifs sont :

— l'anastomose du trigone à l'intestin (type MAYDL ou GRÉGOIR) ;

— la néo-vessie rectale ou méthode de GERSUNY.

La méthode que nous présentons peut se définir comme l'interposition valvulaire iléo-caecale entre la vessie exstrophée et le colon terminal.

L'idée d'intercaler le segment iléo-caecal entre la vessie fermée et le colon sigmoïde non exclu, est basée sur l'espoir que la valvule de BAUHIN s'oppose au reflux des excréments vers la vessie. On espère éviter aussi l'infection pyélo-néphritique en conservant intact le mécanisme d'abouchement urétéro-vésical et son innervation.

Le segment iléo-caecal avec son système valvulaire a montré son efficacité, depuis des années, dans les cas de méga-uretère ou de petite vessie avec reflux urétéral où il fut utilisé. D'autre part, l'exclusion de ce segment du circuit entérique, n'a été la cause de mortalité ni de morbidité dans aucun cas.

Le cas que nous présentons est celui d'un malade de 32 ans, habitant outre-mer dans une zone où les caractéristiques de la région rendaient difficile, pour ne pas dire impossible, un nouveau déplacement du malade en Espagne.

Ces circonstances, l'âge et le fait que le sphincter anal montrait une parfaite continence ainsi que l'absence de lésions dégénératives de la muqueuse vésicale (vérifié par biopsie préopératoire en différents points), nous amena à pratiquer cette méthode.

Incision autour de la plaque vésicale et section de l'urètre à niveau du col vésical. La vessie est isolée de l'urètre. Large désinsertion de ses bords pour faciliter la suture verticale de la vessie en un seul plan.

Ouverture de la cavité péritonéale et exclusion du segment iléo-caecal. Reconstruction de la continuité intestinale par une termino-latérale de l'iléon dans le colon ascendant. Ce segment isolé est retourné de 90° en direction inverse des aiguilles d'une montre. Anastomose de l'iléon au bas-fond vésical et du cœcum au colon sigmoïde, en essayant de ne pas altérer l'angle aigu iléo-caecal ni l'obtus cœco-colique, puisque la modification de ces angles anatomophysiologiques est à l'origine de l'insuffisance de la valvule de BAUHIN.

Réparation de l'épispadias par la technique classique.

Pour combler le défaut pariétal nous avons utilisé une plaque de nylon qui a été parfaitement tolérée et a résolu le problème de la fermeture du plan musculaire et aponévrotique.

La fermeture du plan cutané se réalise avec plastie en « Z ».

Les suites opératoires furent normales, à sa sortie l'exploration urographique ne démontra aucune altération morphologique ni fonctionnelle.

Le lavement opaque sous différentes pressions confirma la parfaite continence de la valvule iléo-caecale.

Le recul actuel est de deux ans et demie. Les nouvelles de son lieu de résidence, ne témoignent d'aucun symptôme d'infection ni d'intolérance.

Nous ne prétendons pas avoir trouvé la solution du problème de l'exstrophie vésicale, mais nous croyons que cette nouvelle méthode doit être discutée lorsqu'on envisage une dérivation urinaire. Nous croyons toutefois devoir insister sur l'intérêt des méthodes d'autoplastie. La reconstitution totale des voies urinaires est une voie ardue mais c'est elle qu'il faut s'efforcer d'adopter le plus possible.

Cet article est extrait des procès-verbaux, mémoires et discussions de la 64^e Session de l'Association Française d'Urologie (Paris 1969).