

## **Valves de l'urètre postérieur : pronostic vésical à long terme.**

Ourdia Bouali, Philippe Galinier, Jacques Moscovici

Dans les plus larges séries de la littérature récente sur le devenir à moyen et long terme des patients opérés de VUP, la **fréquence des troubles mictionnels (TM) et la dysfonction vésicale** étaient évaluées de façon variable entre les études (de 18 à 41 %), ce qui rend leur comparaison et leur interprétation difficiles [1-3].

Dans l'étude de Lopez Pereira *et al.* portant sur 16 patients de 24 ans en moyenne, tous les patients avaient des mictions spontanées (vessie native), 3 patients avaient une incontinence diurne occasionnelle (18%) [2]. Les auteurs ne rapportaient aucun patient avec des symptômes d'hyperactivité vésicale, toutefois le nombre de mictions était de 5 par jour en moyenne, avec des extrêmes de 3 à 10, sous-évaluant peut-être les TM. Les auteurs reconnaissent que l'une des limites de leur étude était que l'évaluation de la vessie avait été réalisée uniquement sur des questionnaires, plutôt que sur un calendrier mictionnel. On peut ajouter aussi comme limites le faible effectif de patients et l'absence d'évaluation fonctionnelle (débitmétrie, exploration urodynamique). Il est en effet classique que, malgré un profil mictionnel normal, peuvent exister une hyperactivité détrusorienne ou des troubles de la compliance menaçant pour le haut appareil.

Dans l'étude française de Sarhan *et al.*, portant sur 65 patients, 10 patients n'étaient pas propres, près de la moitié (32 patients) étaient propres vers l'âge de 3 ans et 23 patients (41 %) avaient un dysfonctionnement vésical, avec 13 patients présentant une incontinence urinaire diurne et/ou nocturne.

Dans leur courte série sur 19 adultes âgés de 31 à 44 ans, et opérés en Suède de 1956 à 1970, Holmdahl *et al.* ont constaté que les patients présentant une insuffisance rénale dans l'enfance étaient devenus continents plus tardivement que ceux avec une fonction rénale normale [3]. Tous les patients adultes étaient continents jour et nuit, mais 40 % des patients avaient des TM évocateurs de vessie distendue avec insuffisance détrusorienne (jet faible, miction en 2 temps).

Les troubles mictionnels sont un facteur pronostique important et un marqueur de qualité de vie pour les patients opérés de VUP. Ils témoignent de l'importance de la dysfonction vésicale et ils peuvent aggraver une fonction rénale déjà altérée par l'obstacle sous-vésical. Un suivi tout au long de la croissance et à l'âge adulte est indispensable.

### **Références bibliographiques :**

1. Sarhan O, Zaccaria I, et al. *Long-term outcome of prenatally detected posterior urethral valves: single center study of 65 cases managed by primary valve ablation.* J Urol 2008;179:307-12; discussion 312-3.
2. Lopez Pereira P, Miguel M, et al. *Long-term bladder function, fertility, and sexual function in patients with posterior urethral valves treated in infancy.* J Pediatr Urol 2013; 9:38-41
3. Holmdahl G, Sillén U. *Boys with posterior urethral valves: outcome concerning renal function, bladder function and paternity at ages 31 to 44 years.* J Urol 2005;174(3):1031-4; discussion 1034.
4. Caione P, Nappo S. *Posterior urethral valves: long-term outcome.* Pediatr Surg Int 2011;27:1027-35

## Valves de l'urètre postérieur : transition de la pédiatrie vers les secteurs de soins adultes.

Ourdia Bouali, Philippe Galinier, Jacques Moscovici

L'adolescence est une étape à part entière du développement humain et est caractérisée par des changements physiques, psychologiques, sexuels et sociaux, entre autres. L'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une **période de transition critique (...)** » [1]. En effet, caractérisée par des bouleversements hormonaux importants, l'adolescence induit de nombreux changements physiques et psycho-sociaux. La modification des interactions avec l'entourage, de la relation au corps et l'émergence de problématiques nouvelles compliquent la transition médicale d'un secteur de soins à l'autre. Pour les patients suivis depuis la naissance, en particulier en urologie pédiatrique et neuro-urologie, la prise en charge médico-chirurgicale est parfois lourde et le passage de l'adolescent des soins pédiatriques aux soins pour adultes constitue une étape critique. Les difficultés conduisent parfois les patients à abandonner toute forme de suivi avec un **risque de complications et de séquelles**, avec de nombreux perdus de vue, comme l'attestent les rares séries sur le devenir à long terme des patients opérés dans l'enfance de valves de l'urètre postérieur (VUP) [2-4].

L'*International Children's Continence Society* (I.C.C.S.) définit la transition comme « **un processus spécifique, planifié, qui répond aux besoins médicaux, psycho-sociaux, éducatifs et professionnels des adolescents et des jeunes adultes** » et estime dans un état des lieux publié en 2016 qu'il existe un besoin pressant visant à améliorer la prise en charge des adolescents suivis pour maladie urologique chronique [5]. Réussir la transition, réussir ce « rituel de passage », c'est répondre à un double enjeu :

- Un enjeu individuel pour le patient : échec(s) thérapeutique(s), devenir, séquelles, traitements lourds ;
- Un enjeu de santé publique : morbidité, mortalité, coût.

Chez les **jeunes patients suivis pour VUP**, une transition réussie peut être un véritable challenge. En effet, les aspects de cette transition sont multiples et interagissent : le versant néphrologique avec la néphroprotection et/ou la prise en charge d'une insuffisance rénale parfois terminale nécessitant une transplantation rénale, la vessie (native ou néo-vessie), la sexualité et la fertilité. En effet, ces patients se sentent souvent bien et ne perçoivent pas qu'ils ont un problème, ce qui peut limiter leurs interactions avec le monde médical [5]. Les **fonctions rénale, vésico-sphinctérienne et génito-sexuelle** sont difficiles à prédire sur le long terme et vont donc nécessiter une surveillance obligatoire jusqu'à l'adolescence et bien au-delà. De plus, une cystoplastie réalisée dans l'enfance (néo-vessie) induit un « contrat à vie » entre le patient et l'équipe médico-chirurgicale [6], et ce d'autant qu'il est classique de constater, au moment de l'adolescence, une mauvaise compliance voire une opposition aux thérapeutiques mises en place, notamment le cathétérisme intermittent.

La prise en charge et la surveillance des patients pris en charge à la naissance pour des VUP nécessitent, **pour tous les intervenants, tant dans les secteurs de soins pédiatriques qu'adultes**, une bonne compréhension :

- de la malformation ;

- de sa prise en charge médico-chirurgicale, et ce à tous les stades de la maladie ;
  - du retentissement possible sur le haut appareil urinaire et le bas appareil ;
  - des implications des interventions chirurgicales réalisées dans l'enfance : geste urétral ou pénien, cystoplastie avec greffon iléal ou sigmoïdien, appendicostomie, etc... ;
  - des complications génitales (infections génitales, hypofertilité, troubles génito-sexuels).
- Cette transition peut s'avérer d'autant plus difficile qu'elle implique de facto de nombreux acteurs, à fois médicaux (chirurgien pédiatre, néphrologue, radiologue, urologue adulte, etc...) et paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, etc...). Et souvent le patient adolescent suivi en pédiatrie craint de ne pas retrouver les mêmes acteurs de soins versant adulte. Ainsi, la transition nécessite une très bonne collaboration entre les secteurs de soins pédiatriques et de soins adultes et implique des « devoirs » tant du pédiatre que du médecin adulte (liste non exhaustive) :
- Préparer le patient et ses parents à un suivi en secteurs de soins adultes, en l'abordant **progressivement** au cours des consultations.
  - Prévoir une transition en douceur, en valorisant l'équipe adulte, en collaborant avec les adultes avant le transfert, avec par exemple une **consultation de transition** en secteur pédiatrique, en rassurant le patient sur la possibilité d'« allers-retours », etc...
  - Faire avant le transfert un état des lieux (clinique, radiologique, biologique, urodynamique) de l'état du patient avec un **carnet de transition** (passeport-relais).
  - Ne pas transférer le patient en état instable.
  - En secteur adultes : proposer au patient d'avoir un **médecin référent unique** et de rencontrer progressivement les différents acteurs de sa prise en charge.
  - Aider le jeune adulte à s'approprier sa maladie et son traitement et à **s'autonomiser** vis-à-vis de ses parents.
  - Définir avec le patient des **objectifs** (objectifs du patient et objectifs des soignants, dans l'intérêt du patient).
  - Tenir compte avec le patient de ses aspirations, de son mode de vie (études, profession) et des contraintes thérapeutiques.

Le développement d'une médecine de l'adolescent et la reconnaissance de cette période à part entière du développement humain devraient permettre dans les années à venir de mieux suivre nos patients chroniques.

### **Références bibliographiques :**

1. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
2. Lopez Pereira P, Miguel M, et al. *Long-term bladder function, fertility, and sexual function in patients with posterior urethral valves treated in infancy.* J Pediatr Urol 2013; 9:38-41
3. Taskinen S, Heikkila J, Pekka Santtila, et al. *Posterior urethral valves and adult sexual function.* BJU Int 2012;110:E392-396
4. Holmdahl G, Sillén U. *Boys with posterior urethral valves: outcome concerning renal function, bladder function and paternity at ages 31 to 44 years.* J Urol 2005;174(3):1031-4; discussion1034.
5. Bower WF, Christie D, DeGennaro M, et al. *The transition of young adults with lifelong urological needs from pediatric to adult services: an International Children's Continence Society position statement.* Neurourol Urodyn 2016 DOI 10.1002/nau
6. Biers SM, Venn SN, Greenwell TJ. *The past, present and future of augmentation cystoplasty.* BJU Int 2012;109:1280-93

## Fertilité ... et sexualité : la partie oubliée... ?

Ourdia Bouali, Philippe Galinier, Jacques Moscovici

Les valves de l'urètre postérieur (VUP) peuvent avoir un impact négatif sur la fertilité et la fonction sexuelle. Peu d'études récentes les ont évaluées chez les patients opérés de VUP, et souvent sur un faible effectif de patients : 16 patients dans l'étude espagnole de Lopez Pereira *et al.* [1], 19 dans l'équipe suédoise de Holmdahl *et al.* [2], et jusqu'à 67 dans l'étude finlandaise de Taskinen *et al.* [3]. Les raisons principales de ces faibles cohortes de patients sont : la durée du suivi avec des patients perdus de vue (déménagement, émigration,...), le décès de patients (5 patients décédés dans l'enfance dans l'étude suédoise [2] et 3 décédés à l'âge adulte dans l'étude finlandaise [3]), des patients institutionnalisés ou incapables de répondre aux questionnaires, des patients n'ayant pas eu de rapports sexuels.

Chez les patients pris en charge pour VUP, **plusieurs causes peuvent être à l'origine de dysfonction sexuelle et/ou d'infertilité** [1,3]: dilatation urétrale, col vésical ouvert, reflux dans les vésicules séminales avec orchio-épididymites, antécédents de chirurgie testiculaire (anomalie de migration testiculaire), troubles de la libido et/ou dysfonction érectile secondaires à une insuffisance rénale.

Concernant la sexualité, dans l'étude de Taskinen *et al.* [3], les résultats de 67 patients âgés de 18 à 57 ans (7 patients transplantés rénaux, 5 avec insuffisance rénale chronique (IRC), 10 avec antécédents de chirurgie testiculaire) ont été comparés à un groupe contrôle (hommes de 18 à 48 ans). **Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant la fonction érectile**, y compris dans les sous-groupes de patients avec IRC ou traitement antihypertenseur, les auteurs reconnaissant la faible force statistique compte tenu du faible effectif de l'étude. Le seul facteur de risque de dysfonction érectile était l'âge croissant. Trois patients (nés et opérés de VUP avant 1970) n'avaient pas d'éjaculation, le seul facteur étiologique potentiel étant un antécédent d'incision du col vésical. L'équipe de Lopez Pereira *et al.* [1] retrouvait une **fonction sexuelle dans les limites de la normale** (érection et orgasme pour tous les hommes), avec toutefois 4 patients sur 16 présentant une dysfonction érectile modérée à moyenne, et une éjaculation lente chez 1 patient sur 16 (patient dialysé).

Concernant la fertilité, dans les 3 études citées précédemment, elle a été évaluée sur des spermogrammes et sur la paternité. Dans l'étude de Lopez Pereira *et al.* [1], sur 16 patients, 6 patients (fonction rénale normale) ont fait un **spermogramme**. Les paramètres volume, viscosité, temps de liquéfaction étaient normaux chez tous les patients. Le compte, la motilité et la morphologie des spermatozoïdes étaient normaux chez 5 patients. Du sperme était retrouvé dans les urines de 3 patients, suggérant une éjaculation rétrograde. Toutefois, le faible effectif de patients testés dans cette étude ne permettait pas de conclure, même si les auteurs reconnaissaient qu'a priori le compte de spermatozoïdes et leur motilité permettaient d'envisager une paternité. Sur les 19 patients de l'étude suédoise de Holmdahl *et al.* [2], la capacité à être père était mise en rapport avec l'**insuffisance rénale**, en particulier l'urémie. Enfin, dans l'étude de Taskinen *et al.* [3], 50 % des patients (33) étaient pères, dont 1 après PMA. Quatre des 7 patients transplantés rénaux étaient pères.

Même si elles semblent dans les limites de la normale, la fonction sexuelle et la fertilité des patients pris en charge pour VUP restent difficiles à évaluer. Des études plus larges sont

nécessaires, même s'il semble que la fertilité dépende plus de la fonction rénale séquellaire que des VUP.

**Références bibliographiques :**

1. Lopez Pereira P, Miguel M, et al. *Long-term bladder function, fertility, and sexual function in patients with posterior urethral valves treated in infancy.* J Pediatr Urol 2013; 9:38-41
2. Holmdahl G, Sillén U. *Boys with posterior urethral valves: outcome concerning renal function, bladder function and paternity at ages 31 to 44 years.* J Urol 2005;174(3):1031-4; discussion 1034.
3. Taskinen S, Heikkila J, et al. *Posterior urethral valves and adult sexual function.* BJU Int 2012; 110:E392-396