

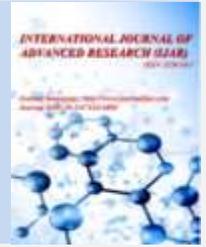


Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/10816

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10816>



### RESEARCH ARTICLE

#### KYSTE PARA-URETRAL FEMININ : A PROPOS D'UN CAS RARE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Abdallah Hussein, Dergamoun Hamza, Ouskri Salim, Hachem Al Sayegh, Benslimane Lounis and Nouini Yassine

Service d'Urologie A, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 12 February 2020

Final Accepted: 14 March 2020

Published: April 2020

#### Abstract

Le kyste para-urétral féminin est un trouble kystique bénin et rarement rapporté dans la littérature, il est cliniquement, diagnostique et thérapeutique différent du diverticule sous-urétral. Son traitement n'est pas bien codifié, vu sa rareté. Nous rapportons le cas d'un kyste sous-urétral chez une femme de 42 ans. Le kyste a provoqué une symptomatologie et donc le patient a bénéficié d'un traitement chirurgical. Nous discuterons des aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette entité rare.

Copy Right, IJAR, 2020.. All rights reserved.

#### Introduction:-

Le kyste para-urétral est rare et peut être congénital ou acquis. Il est différent du diverticule sous-urétral et considérablement moins fréquent. Les symptômes qui se manifestent comprennent une masse palpable ou visible, de la douleur, une dyspareunie, une dysurie, un flux mictionnel déformé et un écoulement vaginal [1]. Les kystes para-urétraux peuvent être totalement asymptomatiques et découverts lors d'un examen pelvien de routine. En revanche, leur nature et leur apparence relativement bénignes chez les femmes expliquent probablement la rareté de tels rapports dans les publications urologiques [2] Les kystes symptomatiques sont une indication pour un traitement chirurgical [3]. Nous rapportons un cas de kyste para-urétral chez une femme de 42 ans et discutons des aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette entité rare à travers une revue de la littérature

#### Patient et Observation:-

Patiente de 42 ans, admis en consultation pour une tuméfaction et sensation de corps étranger endovaginal. Cette symptomatologie remontait à deux ans et se manifestait par des signes urinaires de «déviation du flux urinaire» et de pollakiurie, sans autres signes associés (figure 1,2).

Le patient dans l'histoire précédente avait signalé une infection génitale récurrente composée de leucorrhée fétide, et présenté comme un défaut: le diabète et l'hypertension artérielle qui faisaient l'objet d'un traitement bien adapté.

L'examen clinique a objectivé un périnée propre, une tuméfaction endovaginal atteinte la limite de la vulve à l'inspection, indolore à la palpation. Le méat urétral était visible à l'inspection. Le reste de l'examen somatique était sans particularité

L'examen d'urine cyto bactériologique a révélé une urine stérile.

**Corresponding Author:- Abdallah Hussein**

Address:- Service d'Urologie A, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina.

L'échographie pelvienne et surtout l'échographie endovaginale avaient montré une formation kystique à contenu anéchogène, l'utérus et la vessie étaient sans particularité.



**Figurelet 2:-** Kyste sous-urétral arrivant à la vulve.

Le premier temps opératoire consiste à fixer les petites lèvres, suivie d'un cathétérisme vésical, on a pratiqué une incision vaginale latérale.

L'exploration per opératoire a montré: un kyste à contenu clair ramenant environ 30 cc de liquide. On note l'absence de toute communication de kyste avec l'urètre. Le siège du kyste était à la partie distale de l'urètre.

Après évacuation et nettoyage du contenu du kyste avec une solution saline. On a réalisé une résection de la paroi du kyste et du vagin suivie de sa fermeture (figure 3).

Nous avons laissé un tampon vaginal qui a été retiré un jour plus tard..

Le drainage urinaire était assuré par une sonde urétrale laissée en place pendant 24heures.

La durée d'hospitalisation était 48 heures avec des suites opératoires simple.

La patiente vue en consultation par la suite avec une grande amélioration sur le plan clinique.



**Figure 3:-** à la fin de l'intervention.

### **Discussion:-**

Les kystes paraurétraux chez les femmes sont classés principalement comme acquis ou congénitaux, bien qu'une distinction claire soit souvent difficile. Les kystes paraurétraux congénitaux proviennent des différents composants embryologiques et des restes vestigiaux du vagin et de l'urètre féminin [2]. Les kystes acquis souvent considérée comme secondaire au traumatisme de l'accouchement ou causée par un traumatisme chirurgical iatrogène [4].

Ce kyste est différent du diverticule ou de poche sous urétrale sur les plans clinique, diagnostique et thérapeutique. Les pathogénies peuvent être les mêmes mais non documentées dans la littérature actuelle vue sa rareté. La pathogénie des diverticules urétraux féminins reste discutée. Plusieurs hypothèses ont été avancées, congénitale, iatrogène, traumatique et infectieuse [5].

Les kystes para urétraux peuvent être divisés en quatre groupes, caractérisés par des étiologies différentes : kyste de Muller, kyste du canal de Gartner, kyste de la glande de Skene, kyste acquis de la squamation épithéliale. La différenciation clinique entre ces différents types de kystes est difficile. Les signes observés en cas de kyste para urétral dans la littérature sont : sensation de masse, dyspareunie, dysurie, douleurs périodiques dans la région des organes génitaux externes [3, 6]

Les kystes de Muller présentent la plupart des kystes vaginaux, ils sont tapissés d'épithélium pavimenteux stratifié. Ils sécrètent généralement du mucus et peuvent être symptomatiques, en particulier chez le patient plus âgé [4]

Les kystes de Gartner sont tapissés d'épithélium cuboïde ou à faible colonne et ne sécrètent pas de mucus [7]. Ils se trouvent généralement dans la paroi vaginale antérolatérale et généralement asymptomatiques.

Les kystes de Skene ou du canal paraurétral situées le plus souvent proximal sont tapissés d'épithélium de transition [2]. Cependant, il ya des canaux paraurétraux qui s'ouvrent distalement près du méat externe et qui sont tapissés d'épithélium pavimenteux stratifié [8].

Les diagnostics différentiels les plus importants sont: une urétérocèle ectopique, néoplasme urétral / vaginal, prolapsus urétral, diverticule urétral.

Les kystes acquis représentent la lésion kystique la plus courante du vagin. Généralement sont petits, et souvent asymptomatiques, bien que plus fréquentes dans la paroi antérieure et postérieure.

Il est à noter que quelques cas de kyste para-urétral ont été rapportés chez des nourrissons [9].

Dans notre cas, le diagnostic était clinique et échographique. Le kyste était palpable. La tuméfaction était rénitente permettant de faire le diagnostic différentiel avec le diverticule sous urétral.. L'échographie pelvienne et endovaginale a montré un kyste à contenu anéchoïque sans autres anomalies associées.

Les cas rapportés dans la littérature proposent un traitement chirurgical des kystes symptomatiques. Ce qui est pareil dans notre cas.

### **Conclusion:-**

Le kyste para-urétral est rare; son diagnostic est confondu avec les diverticules sous urétraux à l'examen clinique. Les quelques rares cas rapportés dans la littérature proposent un traitement chirurgical des kystes para-urétraux symptomatiques; cependant ce traitement peut également être conseillé chez les patients présentant des dommages esthétiques, même s'il est asymptomatique.

### **Bibliographie:-**

1. Stovall TG, Muram D, Long DM. Paraurethral cyst as an unusual cause of acute urinary retention. J Reprod Med 1989; 34: 423 CAS PubMed Web of Science@Google Scholar
2. Das SP. Paraurethral cysts in women. J Urol 1981; 126: 41 CAS PubMed Web of Science@Google Scholar
3. Tomasz konecki, Maciej Salagierski, Marek Sosnowski. Treatment of paraurethral cysts in female patients- description of tree cases. Central European Journal of Urology. 2009 Jun;62(2): 111-113. PubMed | Google Scholar
4. Deppisch LM. Cysts of the vagina: Classification and clinical correlations. Obst Gynec 1975; 45: 632
5. Marshall S. Urethral diverticula in young girls. Urology. 1981 Mar;17(3):243-245.PubMed | Google Scholar
6. Isen K, Utku V, Atilgan I, Kutun Y. Experience with the diagnosis and management of paraurethral cysts in adult women. The Canadian journal of urology. 2008 Sep;15(4):4169-73. PubMed | Google Scholar
7. Blackwell WJ, McElin TW. Vaginal cysts of mesonephric duct origin (Gartner's duct cysts); Report of 22 cases. Quart Bull Northwestern U Med School 1955; 29: 94
8. Johnson FP. The homologue of the prostate in the female. J Urol 1922; 8: 13Crossref PubMed Web of Science@Google Scholar
9. Ceylan H, Ozokutan BH, Karakok M, Buyukbese S. Paraurethral cyst: is conservative management always appropriate? European journal of Pediatric surgery. 2002 Jul;12(3):212- 4. PubMed | Google Schola.