

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES STÉNOSES URÉTRALES CHEZ L'HOMME AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DE COCODY DE 2021 À 2023

RESULTS OF TREATMENT OF URETHRAL STRUCTURES IN MEN AT THE UROLOGY DEPARTMENT OF COCODY UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2021 TO 2023

FOFANA A, YEO DD, COULIBALY I, GNABRO GAP, YAO EK, DRABO A, KONAN DKMA, TUO LSM, COULIBALY N.

Université Felix Houphouët Boigny, UFR sciences médicales, Département de chirurgie et spécialités chirurgicales

Auteur Correspondant : Dr FOFANA Abroulaye, Maître de Conférences Agrégé, Téléphone 002250707891836/ BPV 16 Abidjan, Université Felix Houphouët Boigny, UFR sciences médicales, Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Service d'urologie Andrologie CHU Cocody Abidjan; f.abroulaye1@gmail.com

Résumé :

Objectif : rapporter les données du traitement chirurgical des rétrécissements de l'urètre masculin dans le service d'urologie du CHU de Cocody.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une cohorte rétrospective portant sur 65 dossiers de rétrécissements de l'urètre colligés dans le service d'urologie du CHU de Cocody sur une période de 3 ans.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 49 ans avec des extrêmes de 17 et 86 ans. Les sujets de classes sociale modeste étaient les plus atteints à 79% et ne disposaient pas d'assurance maladie. Les rétrécissements étaient à 68% scléro-inflammatoires, dans 21% des cas post-traumatiques, 9% iatrogènes (sondage). L'urètre bulbaire était la portion la plus touchée à 79%. L'urétroplastie en 1 temps était l'indication chirurgicale la plus réalisée à 47%, avec des résultats favorables à 75% et 4% de complications dans les suites opératoires (saignements, suppurations). Les suites étaient favorables à long terme dans 85% des cas, avec seulement 15% de récurrence. Aucun décès n'a été constaté dans l'étude.

Conclusion Le rétrécissement urétral reste fréquent dans le CHU de Cocody. Il touche les hommes jeunes et âgés aux revenus modestes qui consultent avec retard et dans le plus souvent des cas dans un tableau de rétention urinaire. La principale étiologie reste l'urétrite mal traitée et l'intervention chirurgicale la plus réalisée est l'urétroplastie en 1 temps avec des résultats favorables.

Mots clés : Rétrécissement urétral, scléro-inflammatoire post infectieux, Urétroplastie en un temps, Récidive.

Summary:

Objective: To report data on the surgical treatment of male urethral strictures in the urology department of the Cocody University Hospital.

Patients and method: This was a retrospective cohort of 65 urethral stricture cases collected in the urology department of the Cocody University Hospital over a

3-year period.

Results: The average age of patients was 49 years with extremes of 17 and 86 years. Subjects from modest social classes were the most affected at 79% and did not have health insurance.

Strictures were 68% sclero-inflammatory, in 21% of cases post-traumatic, 9% iatrogenic (urethral catheter). The bulbar urethra was the most affected portion at 79%.

One-stage urethroplasty was the most commonly performed surgical indication at 47%, with favorable results at 75% and 4% of complications in the postoperative period (bleeding, suppurations).

The long-term outcomes were favorable in 85% of cases, with only 15% of recurrence. No deaths were observed in the study.

Conclusion: Urethral stricture remains common in the Cocody University Hospital. It affects young and elderly men with modest incomes who consult late and in most cases in a picture of urinary retention. The main etiology remains poorly treated urethritis and the most commonly performed surgical procedure is one-stage urethroplasty with favorable results.

Key words: Urethral stricture, Post-infectious sclero-inflammatory stricture, One-stage urethroplasty, Recurrence.

INTRODUCTION

Le rétrécissement urétral est une réduction du calibre, plus ou moins étendue, du canal de l'urètre qui gêne le libre écoulement des urines quel que soit son siège et son étiologie [1]. Les symptômes sont dominés par la dysurie et la rétention urinaire en général [2, 3].

Les étiologies sont variées. L'Urétrocystographie Ascendante et Mictionnelle (UCAM) est l'examen clé du diagnostic topographique de la lésion [4].

La prise en charge est essentiellement chirurgicale, soit par la chirurgie à ciel ouvert ou la chirurgie endoscopique en fonction du mécanisme et du type lé-

sionnel. Avec son taux élevé d'échec et de récurrence, le choix de la technique opératoire la mieux adaptée pour un résultat à long terme est un défi majeur pour l'urologue partout dans le monde [5].

L'objectif général était de rapporter les résultats post opératoires après un recul de 12 mois et de façon spécifique, énumérer les complications en fonction du traitement chirurgical et identifier les facteurs pronostiques.

I. MÉTHODOLOGIE

Type, lieu et période d'étude

Il s'agissait d'une cohorte rétrospective sur une période de 3 ans allant de 01 Janvier 2021 au 31 mars 2023 au service d'urologie du CHU de Cocody.

Méthode

De janvier 2021 à Octobre 2022, les patients opérés pour sténose de l'urètre étaient de 104.

Les dossiers de ces patients devaient contenir un bilan clinique et paraclinique avec diagnostic de rétrécissement urétral retenu, un compte rendu opératoire, un suivi post opératoire d'au moins douze mois (octobre 2022 à décembre 2023) avec au moins un débitmètre et une Uretro-Cystoscopie Rétrograde (UCR) et Uretro-Cystoscopie Ascendante et Mictionnelle (UCAM).

Les critères de bonne évolution étaient cliniques (absence de dysurie, de brûlures mictionnelles et de pollakiurie) et paraclinique avec à la débitmètre une courbe monophasique en cloche, l'UCAM montrant un conduit urétral régulier perméable sans résidu post mictionnel).

Ainsi sur les 104 dossiers de patients opérés en 20 mois seuls 65 ont respectés les rendez-vous de suivi et ont réalisés les bilans post opératoires comportant les variables étudiées.

Ces variables étaient sociodémographiques, les lésions anatomo-cliniques et l'évolution post opératoire.

Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion puis les quantitatives par les moyennes.

II. RÉSULTATS

II.1. âge

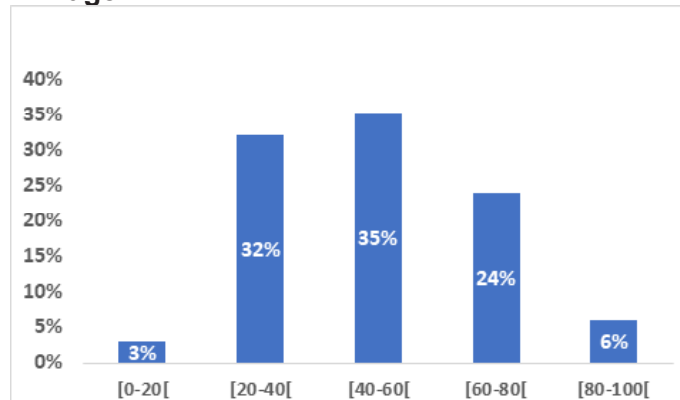


Figure 1 : Répartition en fonction de l'âge (en années)

L'âge moyen des patients était de 49 ans avec des extrêmes de 17 et 86 ans.

II.2 Le motif de consultation

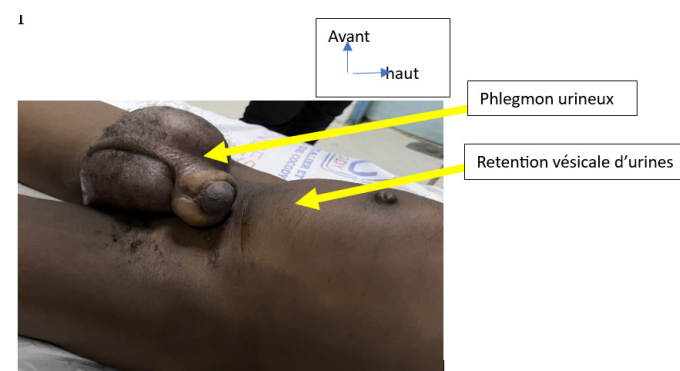


Figure 2: patient admis pour rétention vésicale et phlegmon urinaire (rétrécissement de l'urètre compliqué)

Le motif de consultation était dominé par les troubles urinaires tels que la dysurie et la pollakiurie dans 53 % des cas et les complications dans 47% des cas, qui étaient représentées majoritairement par la rétention urinaire et le phlegmon urinaire.

II.3 bilan paraclinique

Tableau I : Répartition des patients selon la longueur des lésions à l'UCAM

LONGUEUR	EFFECTIF	%
< 2cm	48	74
>2cm	17	26
TOTAL	65	100

L'UCAM était l'examen radiologique le plus réalisé pour tous les patients à 100%, l'ECBU et l'échographie de l'arbre urinaire étaient demandés à la recherche des complications.

Le siège majeur était bulbaire à 79%, membraneux 12% et pénien dans 9% des cas.

Les lésions étaient uniques 65% dans des cas, multiple dans 24% et étendue dans 12% des cas.



Figure 3 : UCAM images de sténoses au niveau Peno-bulbaires

II.4 L'étiologie

Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'étiologie

ETIOLOGIE	EFFECTIF	%
Congénitale	02	03
Infectieux	44	68
Traumatique (chute)	14	21
Sondage	05	09
TOTAL	65	100

Les étiologies des sténoses étaient dominées par les formes acquises 98% et surtout le rétrécissement scléroinflammatoire post infectieux à 44%

II.5 Le traitement

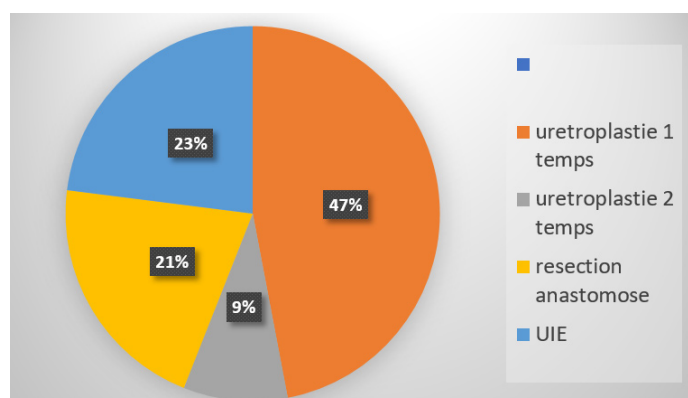


Figure 4: Répartition en fonction du type de traitement

L'indication opératoire posée était la chirurgie à ciel ouvert dans 77 % des cas et la chirurgie endoscopique dans 23 %.

L'urethroplastie en un temps était réalisée dans 47%

des cas, la résection anastomose termino-terminale 21% et urethroplastie en deux temps dans 9 %.

II.6 L'évolution

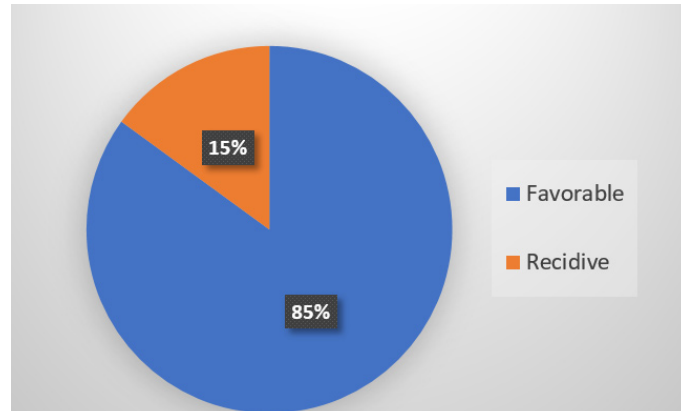


Figure 5 : Répartition en fonction de l'évolution
Le résultat post opératoire était satisfaisant chez 85% des patients qui avaient un bon état mictionnel.

III. DISCUSSION

La moyenne d'âge dans l'étude était de 49,2 ans avec des extrêmes allant de 17 à 86 ans. La tranche d'âge de 41 à 60 ans était la plus représentée avec 35% des cas, suivi de celle de 21 à 40 ans avec 32% des cas. Ce résultat est comparable à l'étude de B. ZANGO [5] et Collaborateurs et HALI DOU [4] qui avaient retrouvé respectivement des extrêmes de 17 à 90 ans avec une moyenne de 47,8 ans et 16 à 90 ans avec une moyenne de 45,3 ans. L'on constatait que les adultes étaient les plus touchés. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait de la population très susceptibles aux urétrites et aux traumatismes de l'urètre (maçons, ouvriers).

Les motifs de consultation étaient dominés par les troubles urinaires tels que la dysurie et la pollakiurie dans 53 % des cas et les complications dans 47% des cas. Ces résultats étaient inférieurs à ceux de BAH [8], N'GAROUA et Collaborateurs [1] qui respectivement rapportaient un taux de 80,6% et 70,17%. La majorité de nos patients consultaient tardivement.

L'UCAM était l'examen clé pour le diagnostic, mettait en évidence un siège bulbaire dans 79%. Ce résultat était similaire à celui apporté par B. FALL [6] et Collaborateurs avec 94%, DJE. K et Collaborateurs [7] 67,9% et B. FALL [2] avec 83,3% dans leurs études. Les lésions urétrales étaient uniques avec 65% et de taille inférieure à 2 cm avec 74%.

Les sténoses d'origine infectieuse dominaient avec 68% des cas suivies des causes traumatiques (21%), iatrogènes post sondage (9%). Ce résultat était supérieur à ceux rapportés par BAH [8] et ZE ONDO [3] qui retrouvaient une sténose post infectieuse respectivement dans 60% et 63%. Cela serait dû aux infections sexuellement transmissibles compliquant une urétrite répétée ou en encore mal traitée.

Par contre dans les pays développés, le rétrécisse-

ment urétral était dominé par les causes iatrogènes avec l'avènement des traitements endoscopiques. Ainsi SING GP et BARBAGLI ont trouvé respectivement 20% et 0,7% de causes infectieuses [9].

La chirurgie à ciel ouvert était la plus pratiquée, avec l'uréthroplastie en un temps dans 47% des cas. Le résultat était de bon dans 75% et 25% de résultats défavorables. Ces résultats étaient similaires à ceux de HALIDOU [4] qui a rapporté 75% de bons résultats.

La résection anastomose termino-terminale était réalisée dans 21%. Nous avons obtenu 100% de bons résultats, supérieurs à ceux de FALL [6] qui a rapporté 60% et ceux de BAH [8] qui avait trouvé 75%. Il est dit dans la littérature que cette technique donne de bons résultats dans les sténoses traumatiques et infectieuses.

Urétrotomie interne endoscopique était la deuxième technique chirurgicale la plus réalisée avec 24% et des résultats favorables chez tous les patients. Ce résultat était nettement supérieur à celui rapporté par N'GAROUA [1] et Collaborateurs qui avaient trouvé que l'UIE était le geste chirurgical le plus réalisé à 58%.

Les suites opératoires étaient favorables avec 85% de bons résultats. Ce taux est comparable aux résultats obtenus dans plusieurs études notamment celles de N'GAROUA et Collaborateurs [1] qui rapportaient 87,73% et B FALL [6] qui avaient noté 97,5%. Contrairement K. DJE et Collaborateurs [7] qui publiaient 45,45%.

Les récidives étaient notées dans 15%. Ce taux était comparable aux résultats obtenus par N'GAROUA et Collaborateurs avec 12,27% [1].

Ainsi quel que soit le pays ou la technique utilisée le rétrécissement de l'urètre reste une pathologie récidivante. De nos jours avec les moyens diagnostiques plus performants le diagnostic est posé avec précision. Dans les études anciennes l'on notait souvent jusqu'à 40% de récurrence. De nos jours la revue de la littérature rapporte des taux de récidives globalement de moins de 20%. Cela pourrait encore s'améliorer avec des taux d'échec inférieurs si les indications opératoires sont respectées en fonction du type de rétrécissement.

CONCLUSION

Le rétrécissement urétral reste fréquent en urologie dans les services au sud du Sahara. Il touche les hommes jeunes et âgés aux revenus modestes qui consultent avec retard et dans le plus souvent des cas dans un tableau de rétention urinaire. La principale étiologie reste l'urétrite mal traitée et l'intervention chirurgicale la plus réalisée est l'uréthroplastie en un temps avec des résultats favorables.

RÉFÉRENCES

- 1-Ngaroua N, Eloundou NJ, Djibrilla Y, Asmaou O, Mbo AJ. Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge de sténose urétrale chez l'adulte dans un Hôpital de District de Ngaoundéré, Cameroun. Pan Afr Med Journal Avril. 2017, 1-6
- 2-Fall B, Zeondo C, Sow Y, Sarr A, Sine B, Thiam A, et al. Résultats de l'uréthroplastie anastomotique pour rétrécissement de l'urètre masculin. Progrès en Urologie. Juin 2018 ;28(7) : 377-81.
- 3-Ze Ondo C, Fall B, Diallo Y, Sow Y, Sarr A, Ngonga R, et al. Les rétrécissements iatrogènes de l'urètre : expérience d'un hôpital Sénégalais. African Journal of Urology. Juin 2015;21(2): 144-7.
- 4-Halidou M, Adamou H, Hassane D, Douthi M, Magagi IA, Adakal O, et al. Profils Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques de la Sténose Urétrale de L'homme à l'Hôpital National de Zinder (HNZ), Niger. ESJ 31 Mars 2020, p103-11
- 5-B. Zongo, T. Kambou, A. Sanou. Urétrotomie interne endoscopique pour rétrécissement urétral acquis à l'hôpital de Bobo-Dioulasso : faisabilité de la technique dans des conditions précaires et résultats à court terme. Bull Soc Pathol Exot (2003) 96, 2 : 92-5
- 6-B. Fall, C. Ze Ondo, Y. Sow, A. Sarr, B. Sine et col. Résultats de l'uréthroplastie anastomotique pour rétrécissement de l'urètre masculin. PUROL-1809 ; 5-8
- 7-K. Dje, A. Coulibaly, N. Coulibaly, L.S. Sangaré. L'urétrotomie interne endoscopique dans le traitement du rétrécissement urétral acquis du noir africain à propos de 140 cas. Méd. Afr Noire : 1999, 46 (1) : 57-61
- 8-Bah M.B, Bah I, Barry M II, Diallo A, Kanté D, Diallo TMO, et Col. Uréthroplastie anastomotique Termino-Terminale dans le traitement des sténoses urétrales à Conakry. Health Sci. Dis : Vol 21 (6) 2020, 65-9
- 9-Sing BP, Andankar MG, Swain SK, et al. Impact of prior urethral manipulation on outcome of anastomotic urethroplasty for post traumatic urethral stricture. Urology 2010 ;75 :179-83.
- 10-Salifou Issiaka Traore, Ousmane Dembélé, Amadou Maiga, et coll. Prise en charge du rétrécissement urétral acquis : expérience du Service de Chirurgie Générale de Sikasso. Pan Afr Med Journal. 2019; 33: 328.
- 11-Guirrassy S, Simakan NF, Balde A, Sow KB, Balde S, Bah I, et al. Rétrécissement post traumatique de l'urètre au service d'urologie du CHU Ignace Deen : à propos de 74 cas. Ann Urol. 2001;35(3):162-6.
- 12-Ishigooka M., Tomaru M., Hashimoto T., Sasagawa I., Nakada T., Mitobe K. Recurrence of urethral stricture after single internal urethrotomy. Int. Urol. Nephrol., 1995, 27, 101-6.
- 13-Mensah A, Barnaud P, Soumare A. Notre expérience sur le rétrécissement de l'urètre masculin.

Réflexion à propos de cent cas d'urétroplastie selon Michalowsky. Afr Med. 1978;17 185-7.

14-Michael Daneshvar, Jay Simhan, Stephen Blakely, Javier C. Angulo, Jacob Lucas, Craig Hunter, et al (2020). Transurethral ventral buccal mucosa graft inlay for treatment of distal urethral strictures: international multi-institutional experience. World Journal of Urology janvier 2020, 21-6.

15-MATANHELIA et coll. A prospective randomized study of self-dilatation in the management of urethral strictures. Jr Coll Surg Edinburgh 1995;40:295-7.

16-Ndemanga Kamoune J, Doui Doumgbu A, Khatan E, Mamadou Nali N. Les stenoses de l'uretre masculin à bangui (RCA): Approche épidémiologique à partir de 69 dossiers colligés au service d'urologie de l'hôpital de l'Amitié. Médecine Afr Noire. 2006;53(12):645 50.