

## RETRECISSEMENTS DE L'URETRE A L'HÔPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES A PROPOS DE 38 CAS

### SHRINKAGE OF URETRE AT THE FOUSSEYNI DAOU DE KAYES HOSPITAL ABOUT 38 CASES

DIAKITE A.S, BERTHE H.J.G, DIAKITE M.L, COULIBALY M, SISSOKO I, DIALLO M.S, DIARRA A, MAGASSA M, SANGARE D, TEMBELY A.D

**Auteur correspondant:** Dr Adama Salifou Diakité, Fousseyni DAOU Kayes, Service d'urologie. Kayes – Mali. Tel : 76 24 05 69. Email : adadiak@hotmail.fr

#### RESUME :

Le but était d'étudier les aspects sociodémographiques, étiologiques, ainsi que les résultats du traitement des rétrécissements de l'urètre. Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive portant sur une série de 38 patients admis sur une période de 9 mois (juin 2015 à février 2016). Tous les patients porteurs de rétrécissement urétral non étendu (inférieur ou égal à 1,5 cm) ont été inclus. Aucun patient n'avait été opéré pour cette pathologie auparavant. Les résultats du traitement ont été évalués après un an. La chirurgie du rétrécissement de l'urètre a représenté 13,28% des interventions réalisées sur la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 52 ans avec des extrêmes de 18 et 83 ans. Le principal motif de consultation était la dysurie dans 52,63%. Une infection urinaire a été retrouvée chez 57,9 % des patients (22/38). Le germe le plus souvent retrouvé était *Escherichia coli* (72,7%) des cas. L'étiologie était principalement infectieuse (89,47 %). Une cause traumatique a été retrouvée chez quatre patients. Le traitement a consisté à une anastomose termino-terminale dans 78,94 % des cas (30/38) et une dilatation aux sondes de Béniqué dans 21,06 % des cas (8/38). Les résultats du traitement après un an ont été jugés « bon » dans 89,47 % des cas (34/38) et « mauvais » dans 10,53 % des cas (4/38).

**Mots clés :** urètre, rétrécissements, chirurgie, Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

#### SUMMARY:

*The aim was to study the socio-demographic, etiological aspects, as well as the results of the treatment of urethral strictures. This was a cross-sectional and descriptive study of a series of 38 patients admitted over a 9-month period (June 2015 to February 2016). All patients with non extended urethral stricture (less than or equal to 1.5 cm) were included. No patient had been operated on for this condition before. The results of the treatment were evaluated after one year. Surgery of the urethral stricture accounted for 13.28% of interventions performed during the study period. The average age of patients was 52 years with extremes of 18 and 83 years. The main reason for consultation was dysuria in 52.63%. A urinary tract infection was found in 57.9% of patients (22/38). The germ most commonly found was *Escherichia coli* (72, 72% of cases). The etiology was mainly infectious (89, 47%). A traumatic cause was found in four patients. Treatment consisted of an end-to-end anastomosis in 78.94% of cases (30/38) and dilation with Beniqué probes in 21.06% of cases (8/38). Results of treatment after one year were judged to be «good» in*

*89.47% of cases (34/38) and «bad» in 10.53% of cases (4/38).*

**Keywords:** urethra, strictures, surgery, Fousseyni Daou Hospital of Kayes

#### INTRODUCTION

Le rétrécissement urétral est une réduction plus ou moins complète de la lumière urétrale ayant comme conséquence un obstacle à l'écoulement des urines [1]. Plusieurs techniques de traitements ont été proposées pour leur prise en charge selon les cas: urétroplasties, greffes, urérotomie interne endoscopique (UIE), dilatations...

Les infections et les traumatismes sont les causes les plus fréquentes de cette pathologie. Cette fréquence s'explique par la recrudescence des maladies vénériennes, et les traumatismes de l'urètre dus à des cathétérismes urétraux réalisés par un personnel non qualifié. Ces étiologies sont plus souvent responsables de lésions courtes (< ou égale 1cm) [2].

Le traitement endoscopique, a beaucoup amélioré la prise en charge de cette pathologie ces dernières années. Son absence dans notre arsenal de traitement a limité les choix thérapeutiques.

Le but de cet article est d'étudier Les aspects sociodémographiques, étiologiques ainsi que les résultats du traitement des rétrécissements de l'urètre dans notre service en absence de moyens endoscopiques.

#### PATIENTS ET METHODES

Cette étude était transversale et descriptive portant sur une série de 38 patients admis dans le service pour rétrécissement urétral sur une période de 9 mois (juin 2015 à février 2016).

Les patients inclus avaient une sténose urétrale non étendue (inférieure ou égale à 2 cm) et n'avaient jamais été opérés pour cette pathologie.

L'urétrocystographie ascendante et mictionnelle (UCAM) a été l'examen de référence pour déterminer le siège et évaluer l'étendue de la sténose.

Un examen cyto bactériologique des urines a été réalisé chez tous les patients et une stérilisation des urines obtenue avant l'opération.

Le traitement a consisté soit à une anastomose termino-terminale après ablation de la zone de sténose

ou à une dilatation urétrale progressive aux sondes de Béniqué sous anesthésie locorégionale.

Le résultat du traitement a été évalué un an après la prise en charge. Il était jugé « bon » si les critères suivants étaient réunis :

- Absence de dysurie selon l'appréciation du patient,
- Possibilité d'un cathétérisme urétral par une sonde de Foley CH 18,
- Absence de résidu post mictionnel significatif évalué à l'échographie.

Le résultat était jugé « mauvais » dans les autres cas.

## RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 38 cas de sténose de l'urètre ont été diagnostiqués, représentant 4,8 % des consultations externes et 13,28 % du volume d'activité chirurgical (38/ 286 patients opérés). L'âge moyen des patients était de 52 ans avec des extrêmes de 18 à 83 ans. Le principal motif de consultation a été la dysurie retrouvée chez 52,63 % des patients suivie de la rétention complète d'urines (31,6 % des cas) et du phlegmon diffus périurétral (15,8 % des cas). Une infection urinaire a été retrouvée chez 57,9 % des patients (22/38). Le germe le plus souvent retrouvé était *Escherichia coli* (72,72% des cas) suivi de *Staphylococcus aureus* (27,27 %). L'étiologie était principalement infectieuse (89,47 %). Une cause traumatique a été retrouvée chez quatre patients. Dans 84,21 % des cas, le siège de la sténose était bulbaire et pénien dans les autres cas (15,79 %).

Les modalités d'options thérapeutiques validées des sténoses urétrales comme l'urétrotomie interne endoscopique, l'urétrotomie au laser (HLU) holmium, la dilatation aux sondes de Béniqué ou au sondes Amplatz. Comportent chacune ses avantages et ses complications.

Notre option thérapeutique a consisté à une anastomose termino-terminale dans 78,94 % des cas (30/38) et une dilatation aux sondes de Béniqué dans 21,06 % des cas (8/38).

La durée moyenne du cathétérisme urétral a été de 15 jours en cas de d'anastomose termino-terminale et 5 jours en cas de dilatation urétrale. Les suites post opératoires immédiates ont été marquées par une suppuration pariétale dans 3 cas (0,79 %) et un saignement pariétal dans 2 cas (0,52 %). Les résultats du traitement après un an ont été jugés « bon » dans 89,47 % des cas (34/38) et « mauvais » dans 10,53 % des cas (4/38). Les résultats « mauvais » ont concerné deux cas d'anastomose termino-terminale (2/30) et deux cas de dilatation urétrale (2/8).

## TABLEAUX ET FIGURES :

**Tableau I :** répartition des patients selon les groupes d'âge

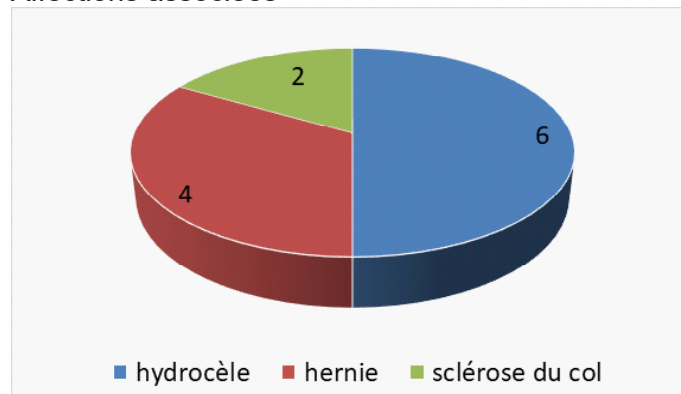
Groupe d'âge (ans)	Effectifs	Pourcentage
18-40	8	21,05 %
41 - 60	18	47,36 %
61-85	12	31,6%
Total	38	100 %

La tranche d'âge 41-60 a été la plus fréquente.

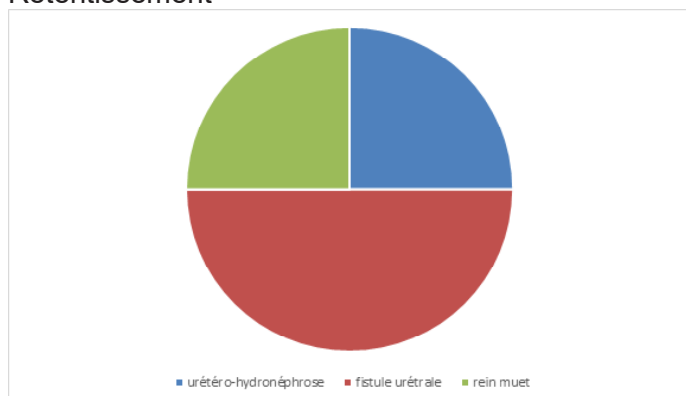
**Tableau II :** Aspects étiologiques et cliniques

Variables	Fréquence	pourcentage
Etiologie		
Infection	34	89,47 %
Traumatisme	4	10,52 %
Motif de consultation		
Dysurie	20	52,63 %
Rétention aiguë d'urines	12	31,57%
Phlegmon péri-urétral	6	15,78%
Données de l'examen physique		
Ecoulement urétral	4	10,52%
Fistule urétrale	8	21,05%
Globe vésical	20	52,63 %
Gangue péri-urétrale	6	15,78%
Résultats de l'ECBU		
Infection à Gram -	16	72,72%
Infection à Gram +	6	27,27%
Absence d'infection	14	36,84%
Siège de la sténose à l'UCR		
Urètre bulbaire	32	84,2%
Urètre pénien	6	15,8%

Affections associées



## Retentissement



**Fig 1 :** UCR montrant une sténose serrée de l'urètre bulbaire

## DISCUSSION

Si dans les pays développés les rétrécissements urétraux sont le plus souvent d'origine iatrogène, dans nos pays en voies de développement ils sont au contraire le plus souvent secondaires à des infections sexuellement transmissibles (IST) insuffisamment traitées ou pas traitées du tout. Ceci explique la grande fréquence des rétrécissements urétraux d'origine infectieuse.

De juin 2015 à février 2016 nous avons colligé 38 dossiers de rétrécissement urétral. Cet effectif a constitué 4,8% des consultations externes et 13,28% des activités chirurgicales du service. Le rétrécissement de l'urètre représente la quatrième pathologie en termes de fréquence après les infections sexuellement transmissibles (IST), l'adénome de la prostate et la hernie inguinale.

Dans l'étude réalisée ML. DIAKITE et collaborateurs, le rétrécissement urétral a représenté 12,09% des activités chirurgicales ; ce taux est proche de celui que nous avons obtenu.

La dysurie a été le principal motif de consultation 52,63%. ML.DIAKITE et collaborateurs ont trouvé 58,56%. (2).

Dans 57,9%, une infection urinaire avait compliquée le rétrécissement urétral et *Escherichia Coli* a été le principal germe retrouvé (42,11%) ; Cette fréquence élevée des infections urinaires à *E coli* sur rétrécissement urétral se confirme aussi dans l'étude réalisée par ML. DIAKITE, T. FOFANA au CHU Gabriel TOURE à propos de 77 cas (2).

L'origine infectieuse avait été retrouvée dans 89,47% ; elle a été de 52,73% dans l'étude réalisée par ML. DIAKITE, T. FOFANA au CHU Gabriel TOURE (2). L'importance de l'étiologie infectieuse s'explique aussi par le poids des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein de la population malgré les campagnes de sensibilisations et les moyens de préventions disponibles.

La moyenne d'âge était de 52 ans ; cet âge est proche de celui obtenu par Benjelloun et collaborateurs sur une étude portant sur 244 cas de sténose urétrale traitée par urétrotomie interne endoscopique. (3).

Nous n'avons pas enregistré de cas de rétrécissement urétral d'origine tuberculeuse ni de cas d'origine bilharzienne.

Sur le plan thérapeutique

L'urétrotomie interne endoscopique (UIE) est actuellement le traitement de choix des lésions courtes (< 2 cm) [4,5]. En absence de matériel endoscopique disponible dans notre service, ces sténoses courtes ont été prises en charge par des techniques d'anastomose termino-terminale et par des techniques de dilatation par des sondes de Béniqué.

Les urétroplasties avec anastomose termino-terminale ont été évalués à 78,94% de bons résultats contre 6,6% d'échec ; ce taux est légèrement inférieur à celui obtenu par DIARRA et KASSOGUE A qui est de 80 % portant spécifiquement sur les rétrécissements post traumatiques. (6) il est aussi inférieur à celui obtenu par Koraitim 91,7 % sur 145 cas. (7)

Un taux de succès à 94,44% a été obtenu par Sallif I T, Ousmane D et al dans une étude réalisée à la chirurgie générale de l'hôpital régional de Sikasso (8).

Ces résultats confortent le choix de l'option thérapeutique par résection anastomose termino-terminale dans la prise en charge des rétrécissements urétraux non étendus.

Les dilatations aux sondes de Beniqué

La première modalité de traitement connue de la sténose urétrale dans l'histoire a été la dilatation (9). La dilatation aux sondes métalliques de Beniqué nous a donné de très bons résultats à cause de la faible étendue des sténoses (< à 1 cm) et pas trop serrées et sur des sujets neufs n'ayant subi aucune manœuvre endo-urétrale; ces dilatations ont été au début une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines puis une fois par mois pendant 3 mois. Dans 75% (6/8) ces dilatations ont donné un résultat jugé «bon». ML.DIAKITE et collaborateurs ont obtenu 58,13% de bon résultat et 30,23% de résultat moyen.

L'efficacité de la dilatation a déjà été documentée dans une étude qui était rétrospective portant sur 199 hommes avec rétrécissements traités à la clinique Mayo, 101 (67%) patients ont subi une dilatation et 39 (26%) patients ont subi une urétrotomie interne en vision directe. A un suivi moyen de 3,5 ans, la probabilité de ne pas nécessiter de retraitement dans les 3 ans était de 65% pour la dilatation et de 68% pour l'urétrotomie, ce qui indique que ces procédures étaient tout aussi efficaces dans le traitement initial des sténoses de l'urètre bulbaire(4).

Une autre étude faite par Karsli O et al (10) comparant la dilatation urétrale par sondes Amplatz à urétrotomie interne par vision directe trouve des taux de récives à 18 mois de 6% pour la dilatation par



sonde d'Amplatz et de 36% pour l'urétrotomie interne par vision directe.

Dans cette étude, ils ont trouvé le taux de réussite de l'urétrotomie interne par vision directe inférieur à celui obtenu par la dilatation par sonde d'Amplatz. Ils suggèrent que le traitement initial des sténoses urétrales devrait être la dilatation amplatz en raison du taux de réussite plus élevé que l'urétrotomie interne par vision directe.

Dans notre étude, le taux de «bon résultat» sur l'ensemble des patients opérés a été estimé à 89,47% ; ce taux prouve qu'on peut obtenir de bons résultats par ces techniques lorsque les indications sont bien posées et les gestes correctement exécutés.

Le résultat de notre étude s'explique aussi par le choix des critères d'inclusions des patients et par le fait que les patients étaient opérés pour la toute première fois.

Ces résultats pourront être améliorés par l'introduction dans notre arsenal thérapeutique de moyen endoscopique, notamment l'urétrotomie interne endoscopique.

Le recul de suivi de nos patients était de 1 an.

## CONCLUSION

De juin 2015 à février 2016 il a été diagnostiqué 38 cas de rétrécissement urétral court (longueur était inférieure ou égale à 2 cm). Ces patients avaient bénéficié soit d'une anastomose termino-terminale soit d'une dilatation aux sondes de bényqué.

Malgré l'absence de matériel endoscopique dans notre arsenal thérapeutique, l'étude que nous venons de réaliser prouve (qu'on) que l'on peut obtenir de meilleurs résultats avec la méthodologie que nous avons utilisé

On pourrait réduire le poids des rétrécissements d'origine infectieuse en invitant la population à consulter dans les structures sanitaires dès les premiers signes d'infection uro-génitale.

La prise en charge des rétrécissements urétraux reste difficile dans nos contextes ; elle pourrait s'améliorer par acquisition de matériel endoscopique.

## REFERENCES

1. Dje K, Coulibaly A, Coulibaly N et al. L'uretroto- mie interne endoscopique dans le traitement du ré- trécissement urétral acquis du noir africain. A propos de 140 cas. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (1). Google Scholar
2. Diakité ML, Fofana T, Sanogo M et al. Les rétré- cissements de l'urètre au CHU Gabriel Touré A pro- pos de 77 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2012, 59 (4) : 193-198.
3. Benjelloun M, Drissi M, MakhloufiM, et al. Traite- ment des sténoses de l'urètre par urétrotomie interne

endoscopique : résultats anatomiques et fonctionnels d'une série de 244 cas. African journal of urology vol. 14, No.2, 2008 114-119.

4. Steenkamp JW, Heyns CF, de Kock ML. Internal urethrotomy versus dilation as treatment for male urethral strictures: a prospective, randomized comparison. J Urol.
5. Rossi NR, Tschirderahn, Rose A et al. Endosco- pic management of urethral stricture. Urol A. 2010 Jun;49(6):708, 710, 712-3
6. DIARRA A, KASSOGUE A, ELYAZAMI OA et al. Place de l'urethrorraphie termino-terminale (UTT) dans sténoses post traumatiques de l'urètre mem- braneux. Mali médical 2012 tome xxvii n°4.22-29
7. KORAITIM M.M. The lessons of 145 posttrauma- tic posterior urethral strictures treated in 17 years. J.Urol., 1995 ; 153 : 63-66.
8. Salifou I T, Ousmane D, Amadou M et al. Prise en charge du rétrécissement urétral acquis: ex- périence du Service de Chirurgie Générale de Sikasso. The Pan African Medical Journal. 2019;33:328. doi:10.11604/pamj.2019.33.328.16724
9. Vicente J, Salvador J, Caffaratti J. Endoscopic urethrotomy versus urethrotomy plus Nd-YAG la- ser in the treatment of urethral stricture. Eur Urol. 1990;18:166-8.
10. Karsli O, Ustuner M, Memik O, Ulukaradag E. Comparition of urethral dilatation Amplatz dilators and internal urethrotomy techniques for the treat- ment of urethral strictures. Urol J 2020 jan 26 ;17(1) :68-72; 1997 ; 157:98-101.
11. Ouattara Z, Tembely A, Sanogo ZZ , Doumbia D, Cissé CMC, Ouattara K. Le rétrécissement de l'urètre chez l'homme à l'hôpital du Point« G». Mali Médical ; 34 (19) : 48-49.
12. Monseur J. L'élargissement de l'urètre au moyen du plan sus urétral. Bilan après 13 ans. 219 cas. J. urol (Paris) 1980 ; 86 (6) :439-449.
13. Bouchot O, Guillonneau B, Karam G, et al. Les traumatismes de l'urètre postérieur à propos de 57 patients à l'exclusion de traumatismes iatogènes, Ann. Urol. 1989 ; 23 : 220-6.
14. Gelman J, Liss MA, Cinman NM. Direct vision balloon dilation for the management of urethral strictures. J Endourol. 2011;25:1249-51.