



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Original article

Les rétrécissements iatrogènes de l'urètre: expérience d'un hôpital Sénégalais



C. Ze Ondo^{a,*}, B. Fall^a, Y. Diallo^b, Y. Sow^a, A. Sarr^a, R. Ngonga^a,
B. Diao^a, P.A. Fall^a, A.K. Ndoye^a, M. Ba^a, B.A. Diagne^a

^a Service d'urologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

^b Service d'urologie de l'hôpital St Jean De Dieu, Thiès, Sénégal

Reçu le 15 novembre 2014; reçu sous la forme révisée le 2 mars 2015; accepté le 9 mars 2015

MOTS CLÉS

Rétrécissement urétral;
Iatrogénie;
Dilatation urétrale;
Sénégal

Résumé

Buts: rapporter les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques des rétrécissements iatrogènes de l'urètre (RIU).

Patients et méthodes: étude prospective et descriptive colligeant 28 patients pris en charge pour RIU dans un service d'urologie au Sénégal du 1^{er} Janvier 2012 au 30 Septembre 2013. L'âge, le lieu de provenance, les motifs de consultation, les délais de consultation, le type de manœuvres urétrales, l'examen physique, les examens complémentaires, les modalités thérapeutiques et leurs résultats ont été analysés.

Résultats: l'âge moyen était de $34,5 \pm 19,4$ ans. La majorité des patients (89,5%) avait été adressée par des confrères exerçant dans des structures sanitaires où il n'y avait pas un service d'urologie. Le délai de consultation moyen était de $5,4 \pm 4,5$ mois. La dysurie était la plainte la plus observée. Le cathétérisme urétral était la source la plus fréquente de RIU (75 %) et la sonde de Foley en latex a été la plus utilisée (86%). La débitmètrie avait été réalisée chez 04 patients et elle mettait en évidence une baisse du débit urinaire maximum en faveur d'une sténose urétrale. Les clichés d'UCRM avaient permis de confirmer la sténose urétrale chez 22 patients (79 %) et l'urètre bulbaire était le siège de prédilection. La dilatation urétrale aux bougies métalliques (Béniquets) avait été le moyen thérapeutique le plus noté. Avec un délai de suivi de 13 mois, les résultats thérapeutiques évalués sur l'existence ou non d'une dysurie étaient satisfaisants.

Conclusion: Le RIU avait une incidence élevée. Le cathétérisme urétral a été la source la plus fréquente de RIU. Les sténoses peu étendues de l'urètre bulbaire étaient les formes les plus nombreuses et leur traitement par dilatation aux bougies métalliques a donné des résultats satisfaisants.

© 2015 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zecyrlle@yahoo.fr (C. Ze Ondo).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2015.03.003>

1110-5704/© 2015 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

KEYWORDS

Urethral stricture;
Iatrogenic;
Urethral dilatation;
Senegal

The iatrogenic urethral stricture: experience of a Senegalese hospital**Abstract**

Objectives: to report on the etiopathogenic, clinical and therapeutic aspects of iatrogenic urethral stricture (IUS).

Patients and Methods: prospective descriptive study gathering 28 patients treated for IUS in a urology department in Senegal from 1st January 2012 to 30 September 2013. Age, place of origin, reasons for consultation, consultation periods, type of urethral maneuver, physical examination, investigations, treatment modalities and Outcomes were analyzed.

Results: mean age was $34,5 \pm 19,4$ years. The majority of patients (89, 5%) had been sent by colleagues practicing in hospital structures without a urology department. The average consultation time was $5,4 \pm 4,5$ months. Dysuria was the most observed complaint. Urethral catheterization was the most common source of IUS (75%) and the Foley catheter latex was the most used (86%). The flow measurements was performed in 4 patients and showed a decrease in maximum urinary flow rate in favor of a urethral stricture. Retrogram had confirmed urethral stenosis in 22 patients (79%) and the bulbar urethra was the predilection. Urethral dilatation metal candle was therapeutic means most noted. With a follow-up period of 13 months, the therapeutic outcomes assessed on the existence or absence of dysuria was satisfactory.

Conclusion: the IUS had a high incidence. Urethral catheterization was the most common source of IUS. Stenosis few stretches of the bulbar urethra were the most numerous and their treatment by dilatation using metal candles gave satisfactory results.

© 2015 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

Introduction

Le Rétrécissement iatrogène de l'urètre (RIU) se caractérise par une diminution du calibre de l'urètre en rapport avec un acte médical. Il va aboutir à une obstruction plus ou moins complète de la voie urinaire basse avec à la longue, une altération de la fonction rénale et un risque d'insuffisance rénale chronique. L'incidence de cette affection est en augmentation du fait de la multiplication des manœuvres endo-urétrales d'une part et d'autre part, du fait des insuffisances dans la formation du personnel impliqué dans la réalisation de ces gestes [1,2].

Le but de notre travail était de rapporter les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques des RIU.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée dans un service d'urologie de Dakar au Sénégal durant la période allant du 1^{er} Janvier 2012 au 30 Septembre 2013. Elle a permis de colliger 28 patients qui ont été pris en charge pour RIU. Les patients qui avaient un rétrécissement de l'urètre (RU) d'une autre origine notamment, infectieuse ou traumatique ont été exclus. La majorité des patients (89,5%) avait dans leurs antécédents une hospitalisation dans l'un des services hospitaliers suivants: traumatologie, neurochirurgie et réanimation. Nous nous étions intéressés aux paramètres suivants: l'âge; les motifs de consultation; les délais de consultation; le type de manœuvres urétrales; les catégories professionnelles ayant réalisé ces gestes (personnel médical ou paramédical); l'examen physique; les examens complémentaires; les modalités thérapeutiques à savoir la dilatation aux bougies métalliques (Béniquets) ou l'urétrotomie interne endoscopique pour des rétrécissements peu étendus inférieurs à 2 cm et la plastie pour des rétrécissements plus étendus ou associés à une gangue péri-urétrale et les résultats thérapeutiques évalués sur l'existence ou non d'une dysurie (l'examen de la miction, la débitmétrie et résultats de l'urétrocystographie rétrograde et

mictionnelle de contrôle (UCRM)), la fonction rénale et l'absence de dilatation des voies excrétrices supérieures à l'échographie.

Résultats

Durant la période étudiée, nous avons eu 28 RIU pour 310 RU traités dans le service, soit environ 9% des RU. L'âge moyen était de $34,5 \pm 19,4$ ans. Le délai de consultation moyen était de $5,4 \pm 4,5$ mois. La dysurie était la plainte la plus observée et existait chez tous les patients. Elle était associée à la rétention vésicale d'urine chez 12 patients (41,4%) et à la dysfonction érectile chez 5 patients (17,2%). Le cathétérisme urétral était la source la plus fréquente de RIU (75%) et il était suivi par la circoncision et la cystoscopie respectivement dans 21,5% et 3,5% des cas. Ainsi, pour sept patients, la sténose iatrogène n'était pas survenue dans les suites d'un cathétérisme urétral; 6 d'entre eux avaient développé une sténose du méat urétral dans les suites d'une circoncision et pour 1 patient la sténose urétrale était survenue au décours d'une cystoscopie. La durée moyenne de port de la sonde était de $8,7 \pm 8,4$ jours. Tous les cathétérismes urétraux avaient été effectués dans des structures hospitalières et par des agents paramédicaux en majorité (90%). La sonde de Foley en latex était la plus utilisée (86%). L'examen clinique a permis de recueillir de manière diversément associés les signes physiques suivants: globe vésical (11 cas), sténose du méat urétral (6 cas) et gangue péri-urétrale (4 cas). La fonction rénale était normale et l'ECBU avait une culture négative chez tous les patients. La débitmétrie avait été réalisée chez 04 patients. Elle mettait en évidence une baisse du débit urinaire maximum en faveur d'une sténose urétrale. Les clichés d'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) avaient permis de confirmer la sténose urétrale chez 22 patients (79%) et la longueur de celle-ci n'excédait pas 1,5 cm chez chacun d'eux. L'urètre bulbaire était le siège de prédilection de ces rétrécissements (figure 1). L'échographique de l'arbre urinaire évaluait le retentissement au niveau du haut appareil et un patient avait une urétéro-hydronéphrose bilatérale stade II.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4267602>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4267602>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)