



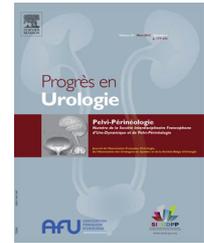
ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Résultats de l'urétroplastie anastomotique pour rétrécissement de l'urètre masculin

Results of anastomotic urethroplasty for male urethral stricture disease

B. Fall*, C. Zeondo, Y. Sow., A. Sarr, B. Sine,
A. Thiam, S.T. Faye, O. Sow, A. Traoré, B. Diao,
P.A. Fall, A.K. Ndoeye, M. Ba

Service urologie–androgologie, CHU Aristide-Le-Dantec, Dakar, Sénégal

Reçu le 14 septembre 2017 ; accepté le 16 mars 2018

MOTS CLÉS

Rétrécissement urétral ;
Post-infectieux ;
Urétroplastie anastomotique ;
Résultats

Résumé

Buts. – Évaluer les résultats et identifier les facteurs déterminants la réussite de l'urétroplastie anastomotique (UA) pour rétrécissement urétral (RU) dans notre institution.

Patients et méthodes. – Nous avons effectué une étude rétrospective sur une période de 4 ans et 6 mois (juillet 2012 à décembre 2016). Tout recours ultérieur à une urétrotomie endoscopique ou à une nouvelle urétroplastie a été considéré comme un échec.

Résultats. – Quarante-huit cas ont été retenus. L'âge moyen des patients était de $53,5 \pm 17,3$ ans (23–87 ans). La rétention complète d'urine était le motif de consultation dans 42 cas (87,5 %). L'urètre bulbaire était le siège préférentiel du RU ($n = 45$). La longueur moyenne du rétrécissement était de $1,23 \pm 0,62$ cm (0,5 à 3 cm) avec une médiane de 1 cm. L'étiologie était post-infectieuse dans 56,3 % des cas. Plus de la moitié (58,3 %) des patients avaient déjà subi au moins une manipulation urétrale. Après un suivi moyen de $21,1 \pm 12,6$ mois (1 à 52 mois), le taux global de réussite était de 77,1 %. En analyse univariée, la longueur du rétrécissement, l'âge du patient, les circonstances de découverte du rétrécissement, la cause et le siège du rétrécissement, les antécédents de manipulation urétrale préalable et l'expérience du chirurgien n'avaient pas significativement d'impact sur la réussite de l'urétroplastie anastomotique à un an et à deux ans.

Conclusion. – L'UA avait donné de bons résultats dans notre pratique. L'origine infectieuse du rétrécissement et la manipulation urétrale préalable n'avaient pas significativement influé sur le résultat de cette technique opératoire.

Niveau de preuve. – 4.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. Urology–androgologie, CAD university, BP 35354 Colobane, Dakar, Sénégal.
Adresse e-mail : bcrfall@yahoo.fr (B. Fall).

KEYWORDS

Urethral stricture;
Post-infectious;
Anastomotic
urethroplasty;
Results

Summary

Objective. – To report our experience with anastomotic urethroplasty (AU) due to male urethral stricture disease (USD) and to identify factors affecting the results.

Patients and methods. – We conducted a retrospective study over a period of 4 years and 6 months (July 2012 to December 2016). Any subsequent use of endoscopic urethrotomy or new urethroplasty was considered a failure.

Results. – Forty-eight cases were included. The mean age of patients was 53.5 ± 17.3 years (23–87 years). Urinary retention was the reason for consultation in 42 cases (87.5%). The most common localization of USD was the bulbar urethra ($n=45$). The mean length of USD was 1.23 ± 0.62 cm (0.5–3 cm) with a median length of 1 cm. The etiology was post-infectious in 56.3% of cases. More than half (58.3%) of patients had already undergone at least one urethral manipulation. After an average follow-up of 21.1 ± 12.6 months (1 to 52 months), the overall success rate was 77.1%. In univariate analysis, length, cause and location of the stricture, age of patient, the presenting symptoms of the stricture, previous urethral manipulation and surgeon experience did not significantly impact on the success rate of anastomotic urethroplasty at one and two years follow-up.

Conclusion. – The AU had provided good results in our practice. The infectious origin of the stricture and previous urethral manipulation did not significantly impact the result of this surgical technique.

Level of evidence. – 4.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le rétrécissement de l'urètre (RU) masculin est une diminution de calibre du canal de l'urètre entraînant un obstacle plus ou moins complet à l'écoulement des urines lors de la miction. Cette affection fréquente dans nos régions, peut avoir des complications graves [1].

Dans les pays développés, les rétrécissements d'origine infectieuse sont en nette régression et les rétrécissements traumatiques persistent [2]. Dans les pays en voie de développement les rétrécissements de l'urètre sont l'apanage des causes infectieuses [3]. Au Sénégal, une étude [4] a montré la prédominance des causes infectieuses suivies des causes traumatiques.

En dépit des progrès accomplis, le traitement de RU demeure délicat avec des résultats à distance souvent décevants [5]. Ce traitement utilise plusieurs moyens chirurgicaux comme l'uréthroplastie anastomotique qui consiste à faire l'exérèse de la portion sténosée et des tissus fibreux environnants suivie d'une anastomose termino-terminale [6]. C'est l'une des techniques les plus utilisées au Sénégal et elle y a été rarement évaluée.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les résultats et d'identifier les facteurs déterminants la réussite de l'UA dans notre pratique.

Patients et méthodes

Nous avons effectué une étude rétrospective sur une période de 4 ans et 6 mois (juillet 2012 à décembre 2016). Soixante et un patients ayant eu une UA ont été enregistrés mais treize d'entre eux ont été exclus de cette étude (7 patients perdus de vue, 3 évaluations incomplètes du résultat, 3 décès de cause inconnue).

L'UA consistait à faire une exérèse complète de la zone urétrale sténosée et de la spongiofibrose suivie d'une anastomose termino-terminale sans tension et large (spatulation des extrémités urétraux). Les paramètres étudiés étaient l'âge des patients, les circonstances de découverte du RU, le siège, la longueur et l'étiologie du rétrécissement, les antécédents de manipulation urétrale préalable, l'expérience du chirurgien (moins de 5 ans de pratique ou plus), les complications postopératoires rapportées selon la classification de Clavien–Dindo [7].

L'évaluation du résultat de l'UA a été clinique et radiologique. Ainsi ce résultat a été considéré comme :

- une réussite : le patient n'avait pas de dysurie ni de résidu post-mictionnel significatif à l'échographie sus-pubienne ou l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) montrait un canal urétral de diamètre normal. Aucun nouveau geste (urérotomie ou uréthroplastie) n'a été nécessaire. Lorsqu'une seule dilatation urétrale avait permis de maintenir l'urètre perméable, le résultat était considéré comme une réussite ;
- un échec : en cas de réapparition d'une dysurie ou de survenue d'une rétention d'urine après ablation de la sonde urétrale. En présence d'un résidu post-mictionnel significatif (plus de 100 cc) à l'échographie sus-pubienne ou de la persistance d'une sténose urétrale à l'UCRM. En cas de nécessité pour maintenir l'urètre perméable d'utiliser la dilatation urétrale plus d'une fois, d'effectuer une urérotomie ou une nouvelle uréthroplastie.

Cette évaluation a été faite à 3 mois, 6 mois, 12 mois, puis annuellement. L'analyse des données ont été effectuée grâce au logiciel SPSS 20. Les graphiques ont été élaborés sous Excel 2013. La comparaison a été faite avec le test de Student et de χ^2 et les différences ont été considérées comme significatives si $p < 0,05$.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8766648>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8766648>

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