

GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENC

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

(I)

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T.B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



*Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

THESE

N° \_\_\_\_\_/

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE  
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DU  
6<sup>ème</sup> ARRONDISSEMENT DU DISTRICT DE  
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 29 /09 / 2023

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Sada DIARRA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

**JURY**

**PRESIDENT** : M. Cheick Bougadari TRAORE; Professeur Titulaire

**MEMBRE** : M. Moussa Salifou DIALLO ; Maître de Conférences

**CO-DIRECTEUR**: M. Mamadou DIALLO ; Maître de Recherche

**DIRECTEUR** : M. Mamadou Lamine DIAKITE ; Professeur Titulaire

## **SOMMAIRE**

I. INTRODUCTION .....	Erreur ! Signet non défini.
II. OBJECTIFS .....	Erreur ! Signet non défini.
1. Objectifgénéra .....	Erreur ! Signet non défini.1
2.	
Objectifsspécifiques.....E	rrreur ! Signet non défini.
III. GENERALITES .....	Erreur ! Signet non défini.
IV. METHODOLOGIE.....	Erreur ! Signet non défini.
1) Cadreetlieud'étude .....	Erreur ! Signet non défini.
2) Typeetpérioded'étude .....	Erreur ! Signet non défini.
3) Critèresd'inclusion .....	Erreur ! Signet non défini.
5) Critèresdenoninclusion .....	Erreur ! Signet non défini.
6) Echantillonnage.....	Erreur ! Signet non défini.
7)	
Matérielsdecollectedesdonnées.....	Erreur ! Signet non défini.
8) Saisieetanalysedesdonnée .....	Erreur ! Signet non défini.
9) Aspectséthiques .....	Erreur ! Signet non défini.
10) Lesvariablesutilisées .....	Erreur ! Signet non défini.
V. RESULTATS .....	Erreur ! Signet non défini.
VI. COMMENTAIRESETDISCUSSION .....	Erreur ! Signet non défini.
VII. CONCLUSION.....	Erreur ! Signet non défini.
VIII. RECOMMANDATIONS .....	Erreur ! Signet non défini.

IX. REFERENCES ..... Erreur ! Signet non défini.

X FICHED'ENQUETE..... Erreur ! Signet non défini.

# INTRODUCTION

## **I. INTRODUCTION**

Les urgences urologiques correspondent à des situations pathologiques de l'appareil urinaire, avec la mise en jeu du pronostic fonctionnel et/ou vital en l'absence de traitement approprié et efficace dans le meilleur délai. Ces urgences sont caractérisées par l'existence d'une souffrance grave qui exige un soulagement conséquent [1].

Les urologues dans leur pratique quotidienne, connaissent un nombre important de situations qui nécessitent une prise en charge en urgence sous peine de graves séquelles fonctionnelles, voire le décès du patient. Ces urgences sont entre autres : le traumatisme de rein, la vessie, la gangrène des organes génitaux externes, les pyélonéphrites aiguës, la torsion du cordon spermatique, les rétentions aiguës d'urines, le priapisme et les coliques néphrétiques [2]. Leur prise en charge est importante et nécessite donc non seulement un personnel qualifié mais aussi une organisation et un cadre adaptés [3].

Les urgences urologiques constituent un problème de santé publique et restent un sujet d'actualité en milieu africain [4]. Ces urgences sont nombreuses et peuvent survenir à des extrêmes d'âges de la vie [5]. La fréquence des urgences urologiques est de 7,7% des urgences médico-

chirurgicales et 8% des hospitalisations en urologie [2,6]. En France, les consultations urologiques en urgence sont, en moyenne, de cinq consultations par jour et les hospitalisations en urgence représentent 8% de l'ensemble des hospitalisations d'urologie au sein d'un groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de Paris [2].

En Afrique, d'une manière générale et au Mali en particulier, bien que les urgences soient le motif habituel de consultation des hôpitaux publics [7], les données sur l'épidémiologie des urgences urologiques sont rares. Néanmoins, en Guinée en 1996, les urgences urologiques représentaient 7,70% des urgences médico-chirurgicales à l'hôpital national Ignace-Deen et constituaient 60% des admissions du service [6].

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Au Mali, nous n'avons pas trouvé de données épidémiologiques sur les urgences urologiques, alors que l'urgence est le motif de consultation habituel. Ceci nous a motivé à entreprendre cette étude avec pour intérêt d'estimer le cas d'urgences urologiques reçus et d'estimer le cas opérés dans le service de chirurgie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSREF CVI) du district de Bamako.

# **OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier les urgences urologiques admises dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune VI du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer les profils socio-démographiques des urgences urologiques dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.
- Décrire le suivi clinique des urgences urologiques dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.
- Décrire l'itinéraire des urgences urologiques dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.

# **GENERALITES**



### **III. GENERALITES**

#### **A. Rappel embryologique du système neuro-génital [8-10].**

Le rappel du développement embryonnaire normale est indispensable à la bonne compréhension des anomalies qui peuvent survenir à son niveau durant la vie fœtale. Le développement du système urinaire est entièrement intégré à celui du système génital aussi bien chez l'homme que chez la femme. Tous deux se développent aux dépens du mésoblaste qui prolifère le long de la paroi postérieure de la cavité abdominale. En effet, le mésoblaste qui apparaît au cours de la gastrulation va se différencier en trois feuillettes qui sont : le mésoblaste paraaxial ; le mésoblaste intermédiaire et le mésoblaste latéral.

Le mésoblaste intermédiaire se met en place le dix-septième jour de la vie intra-utérine entre les deux autres portions du mésoblaste est entièrement à l'origine de l'appareil urogénital. A partir de ce mésoblaste intermédiaire, trois structures rénales se mettent en place suivant une succession cranio-caudale ; ce sont respectivement : le pronéphros, le mésonephros, le métanéphros.

#### **A.1. Le pronéphros ou rein primitif :**

Le pronéphros, ou néphrotomes cervicaux, apparaît à la fin de la troisième semaine de la vie intra-utérine. Il est représenté par sept à dix amas cellulaires pleins ou tubulaires. Ces néphrotomes régressent dans l'ordre de leur apparition et disparaissent tous à la fin de la quatrième semaine. Le pronéphros est donc transitoire et non fonctionnel.

#### **A.2. Le mésonephros ou rein intermédiaire appelé corps de Wolff.**

Le mésonephros ou rein intermédiaire apparaît au cours de la quatrième semaine de la vie embryonnaire au niveau thoracique. En effet au cours de la régression de l'appareil pronéphrotique, les néphrotomes se creusent en vésicules et s'allongent pour former les premiers tubules du mésonephros. Ces tubules s'allongent rapidement et un glomérule interne se forme à leur extrémité médiale alors qu'à l'extrémité opposée, ils pénètrent dans le canal pronéphrotique. On parle à ce moment du canal mésonephrotique ou canal de Wolff.

ff. A la fin de la quatrième semaine, le canal de Wolff se creuse d'une lumière et rejoint le cloaque. Le bourgeon urétéral va apparaître dans la partie caudale et postérieure du canal de Wolff. A la fin du deuxième mois, seuls persistent un petit nombre de tubules et de glomérules mésonéphrotiques, le reste ayant régressé. Le devenir du canal de Wolff est déterminé par le sexe de l'embryon. Il dégénère dans le sexe féminin et il n'en subsiste que des vestiges dans le ligament; chez l'homme il donne avec les tubules mésonéphrotiques les conduits génitaux: le déférent, la vésicule séminale, et le canal éjaculateur. Les gonades qui leur proviennent de la crête génitale ou crête gonadique apparaissent à la quatrième semaine entre le mésonéphros et le mésentère dorsal.

### **A.3. Le métanéphros ou rein définitif.**

En même temps que l'éclosion de l'appareil mésonéphrotique, le métanéphros encore appelé rein définitif apparaît. D'abord lombosacré, il devient lombaire par avortement de la partie caudale. Le bourgeon urétéral apparaît à la fin de la quatrième semaine et se développe en direction dorsocraniale et pénètre dans le blastème métanéphrogène. L'extrémité distale du bourgeon se développe en deux branches qui seront les futurs grands calices. Au même moment s'individualise au niveau du cloaque, en avant de l'éperon périnéal qui est apparu en même temps que le bourgeon urétéral le sinus urogénital primitif. A la sixième semaine, un autre canal se forme parallèlement au canal de Wolff: c'est le canal de Muller ou canal paranéphrotique. Il descend comme le canal de Wolff et s'abouche dans le cloaque. Les canaux paranéphrotiques sont destinés à former les trompes, l'utérus et la plus grande partie du vagin mais ils disparaissent en presque totalité chez l'embryon de sexe masculin. Les grands calices dans le tissu métanéphrogène vont subir d'autres transformations et le bourgeon urétéral donnera en fin de compte naissance à l'uretère, au bassin et, aux calices et aux tubules rénaux. Le sinus urogénital quant à lui se distingue en trois portions:

-- la première portion située dans la partie haute donnera naissance à la vessie;

-- la seconde portion qui est pelvienne donnera dans le sexe masculin l'urètre postérieur;

--latroisièmeportionouencorepartiepelviennedusinusuro-génital donnera quant à elle l'urètre pénien chez le garçon et chez la fille une petite portion de l'urètre et le vestibule.

## **B. Rappel anatomique du système neuro-génital [11,12]**

### **1. L'appareil urinaire**

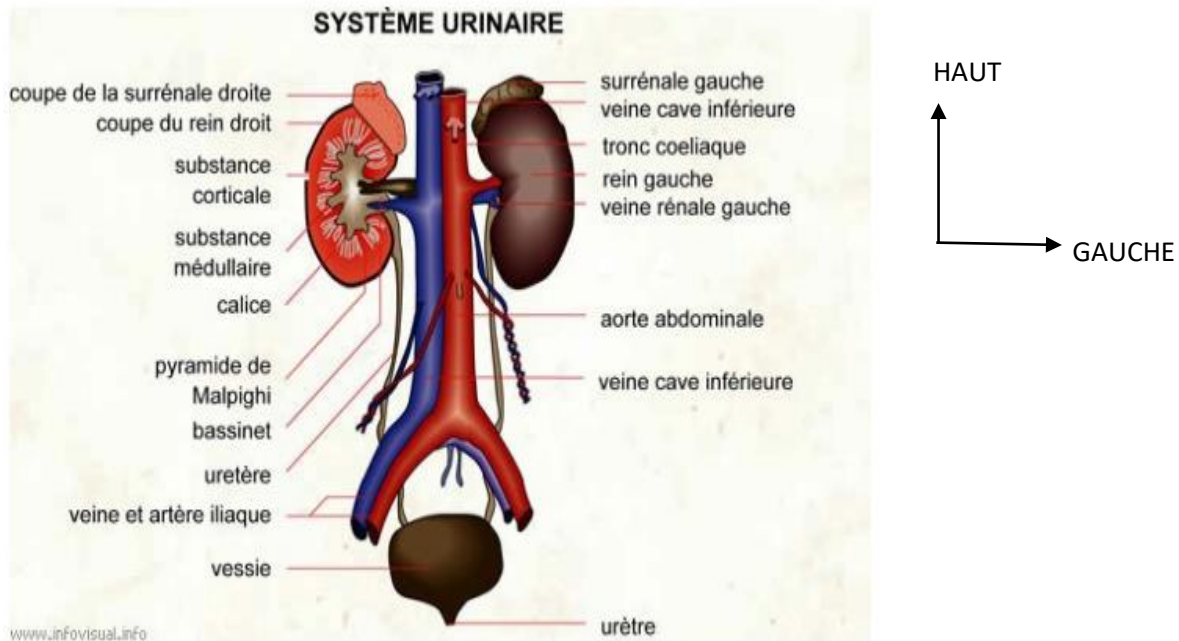


Fig.1: Système urinaire [13]

L'appareil urinaire comprend principalement: le haut appareil urinaire formé par les reins et les uretères et le bas appareil urinaire constitué par la vessie et son canal évacuateur, l'urètre.

#### **1.1. Le haut appareil urinaire:**

##### **a) Les reins:**

Ils sont normalement au nombre de deux situés de part et d'autre de la colonne vertébrale.

Ils ont la forme de haricot mesurant 12 cm de long sur 6 cm de large et 3 cm d'épaisseur et pèsent chacun 150 g environ.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Ils sont rétro-péritonéaux, thoraco-abdominaux et symétriques, l'un est droit et l'autre est légèrement plus bas que l'autre gauche. Chaque rein ouvert tendue présente à décrire un parenchyme périphérique et une cavité centrale. Le parenchyme rénal est composé de centaines de milliers de petits tubes urinaires encore appelés néphrons. Ce sont eux qui produisent l'urine et la déversent dans les cavités rénales.

La cavité rénale comprend quant à elle:

-

les calices: ils reçoivent directement l'urine venue du parenchyme périphérique. Chaque rein a trois calices majeurs (supérieur, moyen et inférieur). Chaque calice majeur résulte de la réunion de plusieurs calices mineurs.

- le bassinet: il résulte de l'association de trois calices majeurs. Il se continue lui-même à l'extérieur du rein.

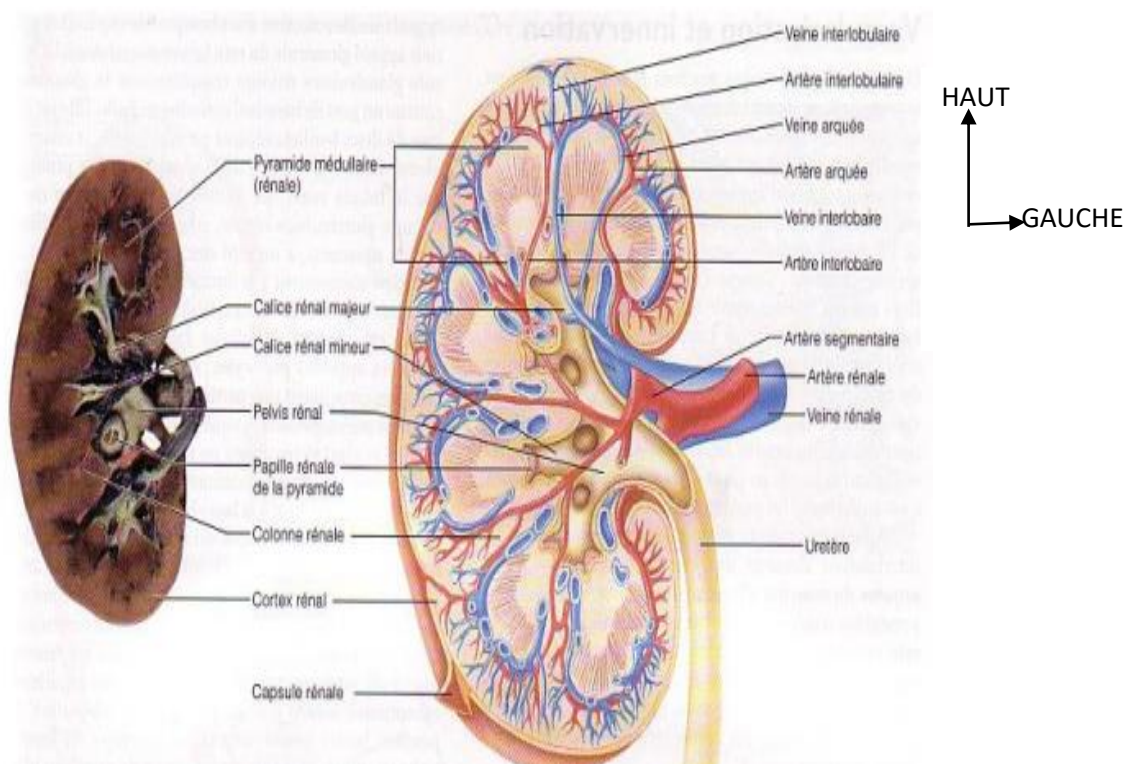


Fig.2: coupe frontale du rein droit [13]

b) L'uretère:

Il constitue avec les calices et le bassin et la voie excrétrice supérieure. L'uretère est un long canal d'environ 25 cm sur 3 à 5 mm de diamètre. Il est rétro-péritonéal dans sa portion lombaire où il descend de manière verticale, et sous-péritonéal dans sa portion pelvienne où il se termine dans la vessie par un court segment intravésical. Dans son ensemble, chaque uretère décrit un S dont la courbe inférieure, pelvienne, est la développée.

## **1.2. Le bas appareil urinaire:**

a. La vessie.

C'est un réservoir musculo-membraneux dont la seule fonction est de transformer le débit des uretères en des mictions intermittentes. Sa capacité physiologique moyenne varie de 150 à 300 ml. Mais elle peut contenir 2 à 3 litres d'urine. Elle a une situation rétro-pubienne, sous-pubienne et sous-péritonéale. La vessie a une forme globuleuse; à la coupe, elle a une forme pyramidale avec une base appelée dôme vésical et un apex qui constitue la partie antérieure. La paroi vésicale est musculaire et s'appelle détrusor.

Elle présente 3 orifices dans sa partie inférieure:

- l'orifice antérieur correspond au col vésical,
- les deux méats urétéraux situés en arrière du col vésical.

Ces 3 orifices forment un triangle appelé trigone.

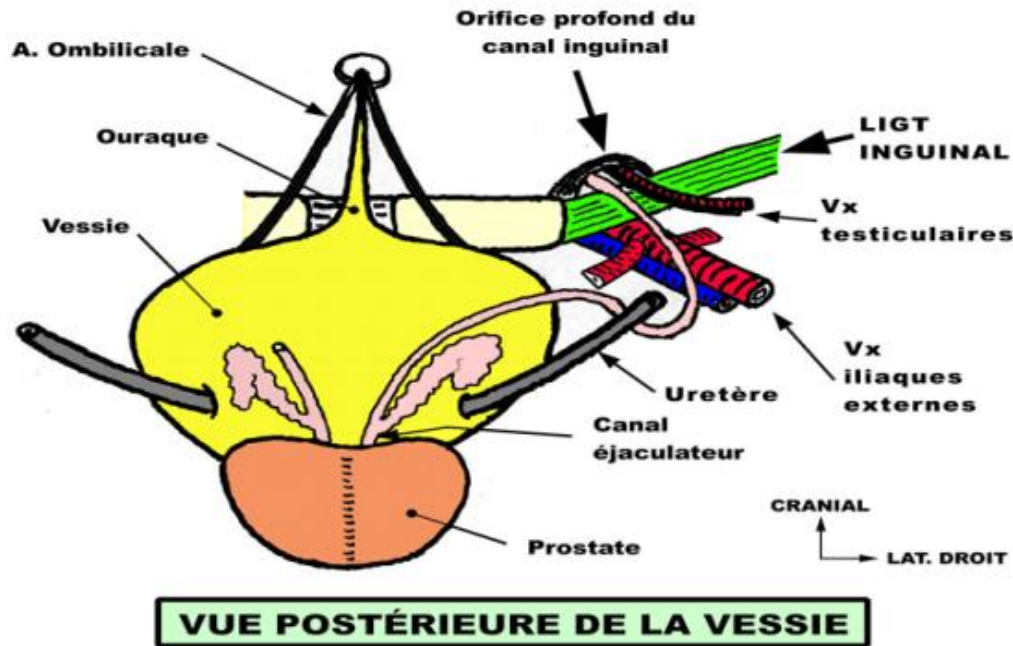


Figure3 :vuepostérieuredelavessie

b. L'urètre:

C'est un conduit qui va du col vésical au méaturétral. Chez l'homme, il décrit dans son ensemble un S à la queue formé de deux courbures à sens inversés dont une antérieure et l'autre postérieure et fixe. Ils se subdivisent chez l'homme en:

- Urètre prostatique qui va du col vésical au bec de la prostate,

- Urètre membraneux qui traverse le plan musculo-aponévrotique moyen du périnée,

-

Urètre spongieux qui est complètement engainé par le corps spongieux. Les dimensions de l'urètre varient selon l'âge et suivant les sujets.

Chez l'adulte, la longueur varie de 15 à 18 cm. Chez la femme, l'urètre est nettement plus court que chez l'homme. Il traverse le plancher périnéal antérieur pour s'aboucher en avant du vagin et derrière le clitoris.

## 2. L'appareil génital:

Ils se définissent comme étant l'ensemble des organes qui contribuent à la reproduction.



**2.1 Chez l'homme:**

Il regroupe: les organes génitaux externes (les testicules et la verge) et les organes génitaux internes (la prostate, le déférent et les vésicules séminales)

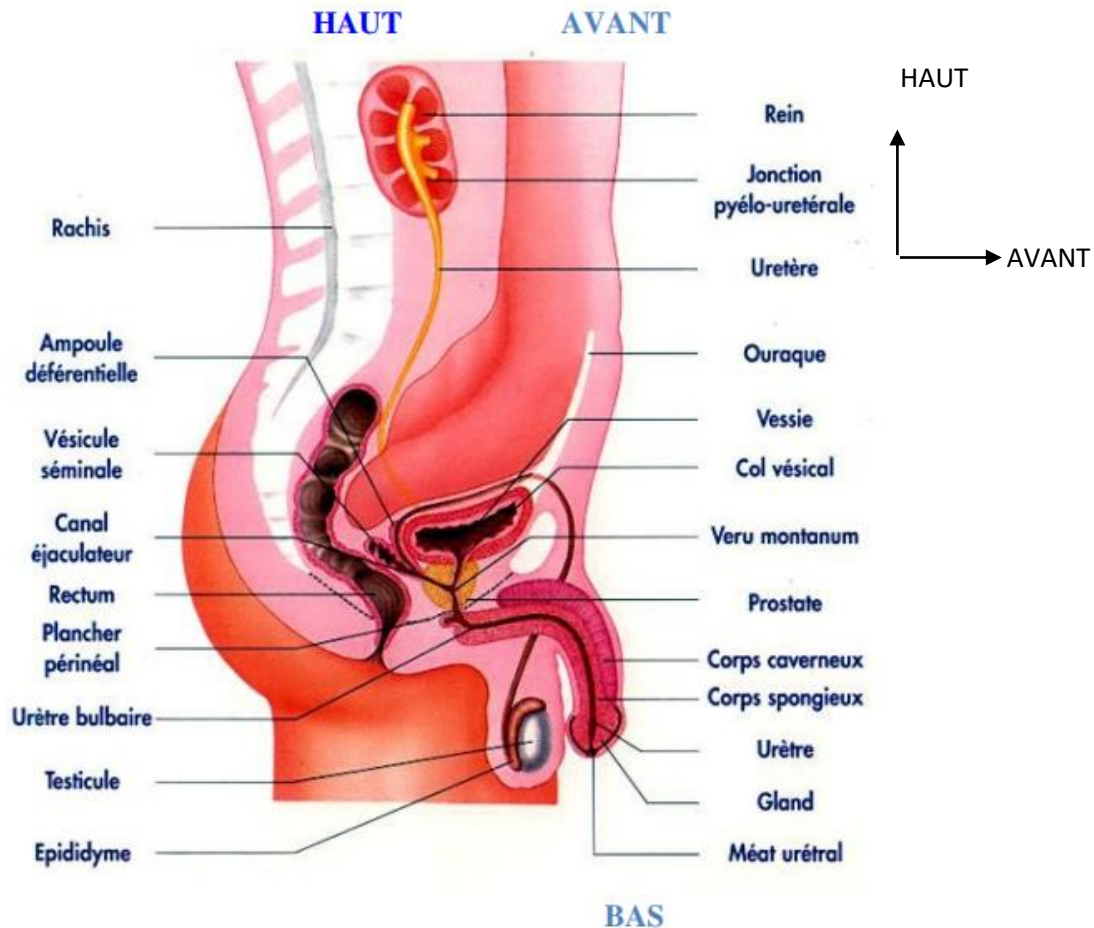


Figure 4: L'appareil génito-urinaire de l'homme profil [14]

a) Les testicules:

Ces sont des glandes sexuelles d'environ 20g contenues dans les bourses sous scrotum qui sont une poche fibro-cutanée. Ils communiquent avec la cavité abdominale par le cordon spermatique qui contient le pédicule vasculaire du testicule et le canal déférent. Ce cordon gagne la cavité péloviennne par le canal inguinal. Les testicules ont une forme ovoïde, souvent dissemblable; en effet, le testicule gauche est souvent plus abaissé et légèrement plus gros que le testicule

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

droit. Les enveloppes des testicules sont de dehors dedans : la peau scrotale, le dartos, le crémaster, la fibreuse externe, la fibreuse interne et la vaginale.

b) **La verge ou pénis:**

C'est un organe génito-urinaire permettant la copulation chez l'homme. La verge est formée principalement par les deux corps caverneux et un corps spongieux qui sont des organes érectiles. Le corps spongieux, impair et médian est traversé par l'urètre spongieux. La verge est flaccide en repos normale et mesure en moyenne 10 à 11 cm de long. La portion terminale de la verge est renflée et forme le gland qui est recouvert d'une enveloppe cutanée muqueuse mobile appelée prépuce.

c) **Le déférent:**

C'est un canal d'environ 35 cm de long qui relie l'épididyme au canal éjaculateur. Il fait partie du cordon spermatique qui parcourt le canal inguinal. Dans la région prostatique, il fusionne avec la vésicule séminale pour donner le canal éjaculateur qui s'ouvre dans la portion intraprostatique de l'urètre.

d) **La prostate:**

C'est une glande d'environ 3 cm qui est au début de l'urètre et du sphincter urétral. Elle a une forme conique et pèse 20g. Elle est placée dans la loge prostatique faite par lesaponévroses et est traversée par les deux canaux éjaculateurs qui s'ouvrent dans l'urètre prostatique.

**1.2. Chez la femme:**

L'appareil génital comprend : l'utérus, les deux annexes qui sont la trompe et l'ovaire, le vagin et la vulve.



**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

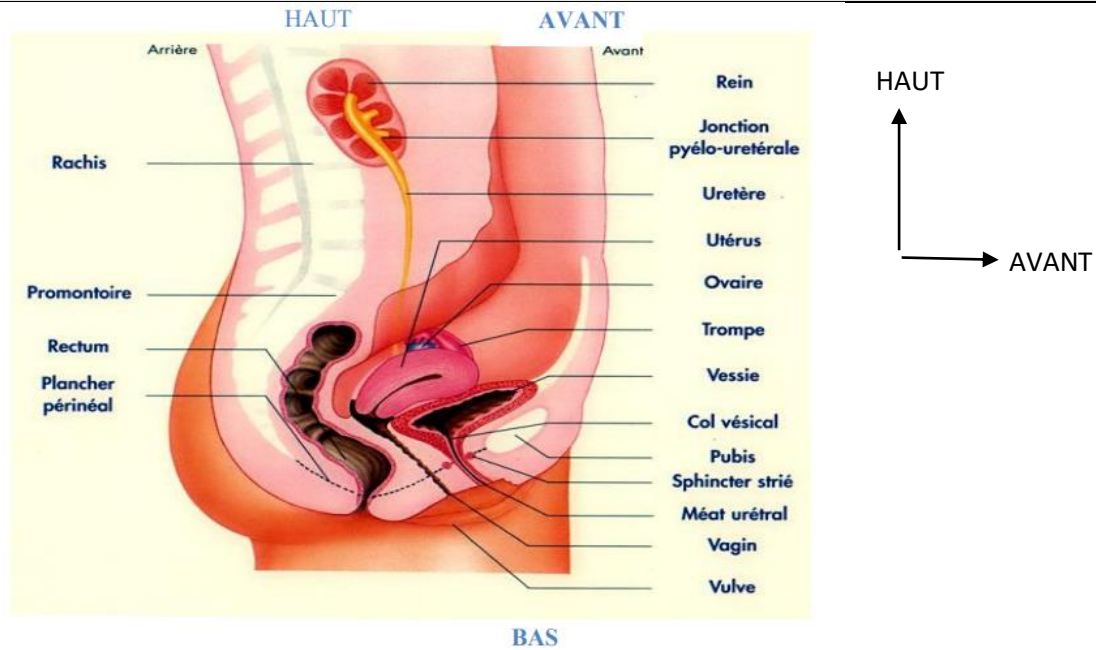


Fig. 5: L'appareil génito-urinaire de la femme profil [14]

a. L'utérus:

C'est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé tout au long de son évolution et à l'expulser quand il arrive à son développement complet. Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie, le rectum, le vagin et les anses intestinales. L'utérus mesure 6 à 8 cm de longueur et a la forme d'un cône tronqué.

Il présente principalement 3 parties:

- un corps triangulaire à base supérieure et aux angles supérieurs où s'abouchent les trompes,
- un col cylindrique avec un orifice interne et un orifice externe s'ouvrant respectivement dans la cavité utérine et dans le vagin,
- l'isthme situé entre le corps et le col. L'utérus est antéfléchi et antéversé à la fois; il est suspendu par les ligaments qui sont: les ligaments larges, ronds, et utéro-sacrés.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

L'utérus a une épaisseur d'environ 1 cm avec 3 tuniques. Ce sont de l'intérieur vers l'extérieur: l'endomètre, le myomètre et la séreuse.

b. Les ovaires:

Ce sont deux glandes situées dans le pelvis, à sécrétion exocrine (ovogénèse) et endocrinienne (œstrogène et progestérone). Elles ont la forme d'une amande de 3,5 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur. Les ovaires sont situés dans la cavité pelvienne en position intrapéritonéale, en arrière du ligament large au niveau du pavillon tubaire. Les moyens de fixation des ovaires sont au nombre de deux:

-

le mésovarium attachant le bord antérieur de l'ovaire à la face postérieure du ligament large,

- le ligament suspenseur de l'ovaire ou ligament lombovarien qui est constitué par un repli péritonéal et les vaisseaux ovariens.

c. Les trompes utérines:

Ce sont des conduits musculo-membraneux prolongeant latéralement la corne utérine et coiffant l'ovaire de ses franges. Elles ont une longueur de 10 à 14 cm avec un diamètre de 3 à 8 mm. De dehors en dedans, elles présentent à décrire 4 portions:

-

le pavillon, espèce d'entonnoir pourvue de franges permettant de mieux capter l'ovule lors de son expulsion;

- l'ampoule longue de 8 cm, recouvre la face interne de l'ovaire dans la grande partie;

- l'isthme, long de 4 cm, va de la corne utérine au pôle inférieur de l'ovaire;

- la portion interstitielle ou partie utérine qui est dans l'épaisseur du muscle utérin.

Chaque trompe est située dans le bord supérieur du ligament large et entre en rapport direct avec l'ovaire par son pavillon.

d. Le vagin:

C'est l'organe de copulation chez la femme, il s'étend du col utérin à la vulve. Il est long de 8 cm environ et est situé dans le pelvis entre le rectum en arrière, la vessie en avant, l'utérus en haut et la vulve en bas. Le vagin a une cavité virtuelle et son extrémité inférieure est fermée par l'hymen chez la vierge.

e. La vulve:

C'est l'ensemble des organes génitaux externes de la femme comprenant les grandes et petites lèvres et le vestibule du vagin.

Les grandes lèvres et les petites lèvres sont des replis cutanés qui délimitent une dépression médiane appelée vestibule. Les grandes lèvres se réunissent et se perdent en avant sur le pubis alors que les petites lèvres se réunissent quant à elles en avant au niveau du clitoris qui est un organe érectile situé en avant du méat urétral. Deux autres organes érectiles sont placés de part et d'autre de l'orifice vaginal: les bulbes vestibulaires.

À la fin de ce chapitre embryologique et anatomique, il est important de souligner sur le plan embryologique que le développement du système génital est entièrement intégré à celui des organes urinaires primitifs.

Cependant, il convient aussi de noter sur le plan anatomique la séparation absolue entre le système urogénital chez la femme contrairement à celui de l'homme chez lequel le système urinaire et génital dans leur partie terminale se confondent.

### **C. Rappel sur les urgences urologiques**

Les urgences urologiques correspondent à des situations pathologiques de l'appareil urinaire des 2 sexes et / ou génital masculin, avec la mise en jeu du pronostic fonctionnel et /

ou vitale en absence de traitement approprié et efficace dans le meilleur délai. Ces urgences sont caractérisées par l'existence d'une souffrance grave qui exige un soulagement consécutif [1].

On distingue plusieurs types d'urgences urologiques.

### **C.1. Les urgences obstructives**

a) La rétention aiguë complète d'urine [14, 16]

- Définition

C'est l'impossibilité brutale et totale de tout miction. C'est un syndrome urologique très fréquent. Elle survient par le biais d'un obstacle rétro-vésicoprostatique, ou d'une acontractilité vésicale.

Une étude publiée en Angleterre en 1999 montre qu'un homme sur dix (1/10) à 70 ans développe une RAU dans les 5 ans à venir et ce risque passe à 1/3 au-delà de 80 ans.

- Clinique

Le patient se plaint toujours d'une impossibilité d'uriner douloureuse, de douleurs sus-pubiennes et d'un besoin permanent d'uriner.

L'examen note un malade agité, couvert de sueur, et exprimant le besoin d'uriner. Le globe vésical est le signe capital. C'est une tumeur faciale hypogastrique, mate et douloureuse concave vers le haut. Il faut rapidement soulager le malade et simultanément faire la recherche étiologique.

Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour le diagnostic positif sauf chez les patients obèses où en cas de doute l'échographie est nécessaire.

- Etiologies

La recherche étiologique débute à l'interrogatoire en s'enquérant d'une notion de lithiase, d'urétrites surtout gonococciques, de traumatisme du bassin. Le toucher rectal est le geste capital à la recherche d'une étiologie prostatique, vésicale, pelvienne.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Les principales étiologies sont:

- chez l'homme dominées par:

- les obstacles cervico-

- prostatiques (adénome, cancer, prostatites aiguës ou chroniques).

- les sténoses urétrales,

- chez la femme les tumeurs pelviennes malignes (cancer du col utérin, de l'utérus), les fibromes enclavés.

- la sténose du méat,

- dans les deux sexes les tumeurs vésicales, les lithiases vésicales, les étiologies neurologiques, médicamenteuses, tumeurs rectales,

- chez les enfants les malformations urétrales (sténose congénitale, valves de l'urètre postérieur).

- **Traitement**

Le but du traitement en urgence est de soulager rapidement le malade: sonde vésicale, cathéter sus-pubien.

Ce choix est fonction de l'étiologie suspectée, des moyens disponibles et de la compétence de l'opérateur. Le traitement ultérieur obligatoire se fera en fonction de l'étiologie: adénomectomie, divulsion du col vésical, uretrotomie, lithotomie.

- b) **Lacolie néphrétique [17-20]**

- **Généralités**

C'est une douleur paroxystique liée à une hyperpression brutale des voies excrétrices en amont d'un obstacle quel qu'il soit.

En France c'est un symptôme présent dans 5 à 10% des cas chez les 2 millions de porteurs de calculs urinaires. Elle constitue 1 à 2% des entrées dans les services d'accueil d'urgence

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

.AuxEtatsUnissaprévalenceestestiméeà5à21/105personnes/an.Lacoliquenéphrétique nécessite un avis urologique dans trois circonstances:

-CN compliquée (5-

6% des cas): fièvre, hyperalgie, rupture de la voie excrétrice, insuffisance rénale aiguë obstructive.

-

CN sur terrain particulier: rein unique, grossesse, insuffisance rénale chronique ou uropathie obstructive préexistante.

-

CN avec facteurs de gravité: taille de calcul supérieure à 6 millimètres, calculs bilatéraux, empiement de la voie excrétrice.

Elle peut se compliquer par: Rupture du fornix avec extravasation d'urine dans le retroperitoine ou abcès retroperitoineal (rare). C'est une urgence médicale et/ou chirurgicale.

- Clinique

Dans sa forme clinique typique, ils'agit d'une douleur violente, brutale unilatérale de la fosse lombaire, irradiant vers la fosse iliaque et la racine de la cuisse ou les organes génitaux externes. Elle est continue avec des paroxysmes et sans position antalgique. D'autres signes tels que: fièvre, hématurie, anurie peuvent exister et signaler une complication.

L'examen du malade note une agitation, parfois un torpeur, une adynamie. La palpation des fosses lombaires réveille la douleur.

Le toucher rectal obligatoire est habituellement normal. Il faut s'enquérir des antécédents personnels et familiaux de colique néphrétique.

Les explorations sétiologiques reposent sur:

- Uroscaner en absence de contre-indications,

- Le couple A USP + Échographie,

-UIV en absence de uroscanner.

-

La radiographie de l'abdomen sans préparation à la recherche d'une augmentation de la taille de l'ombre rénale, d'opacités se projetant sur l'ombre rénale.

Le tamisage des urines émises peut objectiver des sables, des calculs, des caillots sanguins.

- Diagnostic différentiel

Il faut éliminer les urgences chirurgicales abdominales et gynécologiques telles que : l'appendicite, la pyélonéphrite, la colique hépatique, la torsion de kyste ovarien.

- Conduite à tenir

Il faut rechercher les signes de gravité (fièvre, hyperalgie, hématurie, anurie), calmer la douleur.

Dans la forme simple les AINS, les antalgiques, la restriction hydrique sont préconisés.

Dans les formes compliquées un drainage des urines par sondage urétéral (sonde JJ), sonde urétrale ou par néphrostomie percutanée s'impose.

Après la levée de l'urgence entreprendre la recherche étiologique par l'ASP (90% des calculs sont radio-opaques), l'échographie, l'UIV, les scanners si possible.

- Etiologies

Elles sont soit :

- endoluminales de la voie excrétrice : lithiases, caillots,

- extrinsèques : fibrose ou tumeur rétro-péritonéale, adénopathies.

-

ou pariétales : rétrécissement congénital, cicatriciel infectieux, tumeur de la voie excrétrice.

c) L'anurie obstructive [18]

C'est l'insuffisance rénale aiguë provoquée par une obstruction brutale de la voie excrétrice supérieure. L'obstacle est bilatéral (ou unilatéral sur rein unique).

Elle met rapidement la vie du patient en danger par des troubles hydroélectriques, l'infection urinaire pouvant aboutir au choc septique ou par les complications métaboliques liées à l'insuffisance rénale aiguë.

- Clinique

La symptomatologie fonctionnelle est faite de douleurs lombaires, de troubles liés à l'insuffisance rénale aiguë : nausées, vomissements, diarrhée, céphalées.

Ces signes s'accompagnent le plus souvent d'un syndrome infectieux. Le contexte est important à préciser : malade qui n'a pas uriné depuis longtemps et qui n'a pas de globe vésical.

L'examen peut révéler une douleur ou une défense lombaire, un gros rein. Le toucher rectal aide à la recherche étiologique et peut noter une infiltration néoplasique du petit bassin.

- paraclinique

Le dosage de l'urée sanguine, de la créatininémie, des ions permet d'objectiver les troubles métaboliques et de guider la réanimation.

L'ASP, l'UPR et l'échographie et le Scanner sans injections sont les examens essentiels à la recherche étiologique. Ils préciseront la taille, le nombre des reins et le niveau de l'obstacle sur les voies excrétrices.

L'uretéro-pyélographie rétrograde et l'urétéroscopie aident également au diagnostic étiologique.

- Traitement



En urgence il est basé sur la réanimation hydro-

électrolytique, et la levée de l'obstacle par sonde urétérale, néphrostomie percutanée.

Le traitement définitif est fonction de l'étiologie: lithotomie, dilatation urétérale, réimplantation urétéro-vésicale ou urétéro-pyélique, urétérostomie percutanée....

- Etiologies

Elles sont représentées par:

-

les tumeurs malignes: les tumeurs de la voie excrétrice, les infiltrations rétrotrigonales bloquant les uretères à leur abouchement vésical: cancer de vessie, de l'ovaire, de l'utérus.

- les lithiases réno-

urétérales, la fibrose rétro-péritonéale, les malformations jonctionnelles pyélo-urétérales.

## **C.2. Les urgences infectieuses**

- 1) L'apyélonéphrite aiguë [21-23]

- Définition-généralités

C'est l'infection bactérienne aiguë du haut appareil urinaire: cavités pyélo-calicielles et parenchyme rénal. Elle survient le plus souvent chez les enfants, les femmes enceintes, les sujets âgés.

Les germes les plus fréquemment en cause sont *Escherichia Coli*, les *Proteus*, les *Klebsielles*, le *Staphylocoque*.

C'est une urgence médicale dans sa forme clinique simple. Elle devient une urgence chirurgicale urologique lorsqu'elle est compliquée ou secondaire à une neuropathie obstructive, à un reflux vésico-rénal, ou à un geste endoscopique.

Ses complications immédiates ou à long terme sont gravissimes: choc septique ou cicatrices fibreuses du parenchyme entraînant une insuffisance rénale chronique.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Aux Etats Unis en 1997 et en 1998 les pyélonéphrites aiguës avaient un taux d'hospitalisation de 11,7/105 femmes et de 2,4/105 hommes. Les taux de mortalité intrahospitalière respectifs étaient de 7,3 et 16,5/1000.

- Clinique

Le début est marqué par un syndrome infectieux : fièvre à 40°C, frissons, myalgies, altération de l'état général.

A la phase d'état le malade se plaint de douleurs lombaires, permanentes avec des paroxysmes. Des brûlures mictionnelles, une pollakiurie, des douleurs hypogastriques sont parfois notées.

L'examen physique notera l'altération de l'état général, la palpation réveillera une douleur à un niveau des fosses lombaires, parfois une défense pariétale, un contact lombaire signifiant un gros rein. L'observation des urines émises peut retrouver une pyurie franche.

L'examen s'attachera à rechercher également des signes de choc : hypotension, pouls filant, hypothermie, marbrures.

Plusieurs formes cliniques sont possibles :

- Dans la forme d'un nourrisson et d'un nouveau-né le tableau clinique est dominé par les signes digestifs. Ces formes se compliquent le plus souvent de toxémie. Elles sont favorisées par les malformations congénitales (valves de l'urètre postérieur).

-

Chez la femme enceinte elles surviennent entre le 5<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> mois, se manifestent le plus souvent par une pollakiurie, une pyurie.

- Paraclinique

Les examens nécessaires en urgences sont :

- L'Uroscanner qui est l'examen de référence.

-  
l'échographie pouvant montrer de gros reins hyperéchogènes, des cavités hypotoniques.

-  
l'UIV pouvant noter une hypotonie des voies excrétrices, des obstacles organiques, une irrégularité des contours des calices et du bassinet.

-  
la radiographie de l'abdomen sans préparation à la recherche d'une augmentation de la taille de l'ombre rénale, d'opacités se projetant sur l'ombre rénale.

-  
les examens biologiques NFS, ECBU, urocultures, hémocultures, permettent d'identifier les germes.

- Diagnostic différentiel

Il faut éliminer les autres causes de lombalgies fébriles : abcès du rein, phlegmon périnéphrétique.

- Traitement

Le traitement en urgence des formes urologiques comporte :

- une rééquilibration hydroélectrolytique

- un drainage des urines par sonde urétérale, ou par une néphrostomie percutanée.

- une antibiothérapie sur la base des résultats de la culture avec un antibiogramme pendant 3 à 4 semaines puis un relais par une monothérapie pendant trois semaines par voie orale.

- des urocultures de contrôle.

2) Laprostatite aiguë [24-27]

- Définition-généralités

C'est l'infection bactérienne aiguë du parenchyme prostatique. Elle se fait soit par voie urinaire (stase urinaire, manœuvre rétrograde), soit par voie sexuelle.

Elle touche le plus souvent l'homme de 30 à 70 ans. Les germes les plus rencontrés sont: *Escherichia Coli* (80%), *Proteus*, *Klebsiella*, *Gonocoque*...

L'évolution peut être émaillée de complications: rétention aiguë d'urine, choc septique, orchite-épididymite, abcès prostatique, récurrence.

- Clinique

On note un syndrome infectieux: frissons, ascension thermique à 39°, myalgies, malaise général et signes urinaires faits de brûlures mictionnelles, mictions impérieuses, douleurs périméales ou rectales avec ténesmes.

Le toucher rectal est l'examen capital. Il donne des renseignements diagnostiques décisifs en notant une prostate volumineuse, chaude, turgescente et surtout douloureuse.

- Diagnostic différentiel

La cystite aiguë et la lithiase vésicale peuvent prêter à confusion.

La cystite aiguë est apyrétique et l'ASP élimine la lithiase.

- Paraclinique: le diagnostic d'une prostatite aiguë est clinique sauf en cas d'évolution défavorable ou en cas de suspicion d'abcès de la prostate.

L'échographie ou l'UIV avec clichés permictionnels peuvent noter des obstacles rétro-prostatiques. Les ECBU permettent d'identifier le germe.

- Traitement

Les antibiotiques doivent être de bonne diffusion prostatique et de durée suffisante pour éviter les récurrences et le passage à la chronicité.

Le traitement consiste en :

- une bi-antibiothérapie adaptée au germe grâce à l'ECBU pendant 3 à 4 semaines

- un drainage en urgence par cathétersus-pubien en cas de rétention aiguë.

- des antalgiques - un drainage par voie endo-

rectale en cas de prostatite aiguë collectée. Toute manœuvre endo-urétrale est proscrite

### 3) Les orchite-épididymites aiguës [18,28]

- Définition

C'est l'inflammation concomitante du testicule et de l'épididyme, mais une atteinte isolée de l'un ou l'autre organe est possible. Les épididymites aiguës sont plus fréquentes et constituent  $6 \times 10^5$  motifs de consultation aux Etats Unis.

Les orchites aiguës puressont rares. Elles sont l'apanage de l'enfant et sont le plus souvent d'origine ourlienne.

Les orchite-

épididymites surviennent par voie rétrograde à partir d'une urétrite, d'une prostatite, par voie sexuelle ou par voie hématogène dans les infections virales notamment ourliennes.

Elles touchent principalement les tranches d'âge de 15 à 30 ans et supérieure à 60 ans. Dans la littérature une personne/1000/an développe une orchite-

épididymite aiguë. Les germes les plus souvent rencontrés : E. Coli, P. aeruginosa, les chlamydiae, le M. tuberculosis, le virus ourlien.

- Clinique

L'orchite-

épididymite aiguë de l'adulte et du grand enfant débute le plus souvent de façon brutale par des douleurs intenses au niveau du scrotum, irradiant le long du cordon et soulagées par la surélévation du testicule. Ces douleurs s'accompagnent de frissons, de fièvre à 39-40°.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

L'examen note un scrotum rouge, luisant. L'épididyme et le testicule nettement perceptibles au début deviennent indissociables à un stade avancé, le cordon s'épaissit.

L'examen peut noter des urines troubles, une prostate normale ou une prostatite associée. Plusieurs formes cliniques sont possibles: les formes isolées (orchite ou épididymite aiguë), les formes anatomie pathologiques (suppurées, fistulisées). Paraclinique L'échographie des bourses s'impose en cas de suspicion d'abcédation ou d'hydrocèle réactionnelle.

- Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel se pose avec celui de la torsion du cordon spermatique. Dans la torsion il n'existe pas de signes infectieux et la surélévation du testicule ne soulage pas la douleur (signe de Prehn).

- Traitement

La recherche étiologique se fait par les ECBU, les urocultures, les hémocultures, la recherche de maladies sexuellement transmissibles.

Le traitement est chirurgical dans les cas d'orchite-épididymite suppurée par une mise à plat, et également dans les cas chroniques (après 6-8 semaines de traitement médical). Une antibiothérapie (quinolones, tétracyclines, ou céphalosporines) empirique puis adaptée au germe pendant 3-4 semaines sera instituée.

Dans les autres cas le repos au lit, l'antibiothérapie et les antalgiques suffisent à enrayer l'infection.

#### 4) La gangrène des organes génitaux externes [29,30]

- Définition

C'est une thrombophlébite suppurée de tissu cellulaire sous-cutané, avec nécrose de la peau des organes génitaux externes de l'homme dans un tableau de septicémie.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

C'est une infection à forte mortalité (20%) survenant généralement sur un terrain débilité : diabète, malnutrition, immuno-dépression, éthyliisme, malnutrition. Les germes les plus souvent en cause sont les bacilles gram négatifs, les anaérobies (bacille perfringens).

Il y a deux formes nosologiques : une forme primitive où on ne retrouve pas de porte d'entrée : maladie de Fournier (5%) des cas, et une forme secondaire où une porte d'entrée est retrouvée (95%) des cas. Dans les formes secondaires la porte d'entrée est souvent une plaie périnéale, une fistule urétrale, un abcès rectal...

La gangrène des organes génitaux externes évolue en trois phases :

-  
phase d'invasion : apparition d'un œdème et d'un érythème au niveau des organes génitaux externes, cette phase dure environ deux jours.

-  
phase d'état : extension de l'œdème, puis apparition de plaques noirâtres de nécrose avec un syndrome infectieux sévère, une altération de l'état général, un choc septique évoluant vers le décès. Lorsque l'évolution est favorable les parties nécrosées tombent mettant à nu les testicules qui sont respectés, les signes généraux régressent.

La nécrose peut être limitée aux seuls organes génitaux externes ou être étendue au périnée, à l'hypogastre.

-  
phase de restauration : cette restauration se fait à partir des parties molles périphériques et peut nécessiter une greffe de peau pour accélérer la cicatrisation.

- Clinique

Le malade présente des douleurs, un œdème des bourses, des lésions nécrotiques de la peau des bourses.

L'examen clinique suffit à faire le diagnostic en notant une odeur fétide, un aspect infiltré du tissu cellulaire sous-cutané, et souvent un crépitements des bourses.

Il faut rechercher des signes de choc, une portée d'entrée, un facteur favorisant (immunosuppression, diabète...) et faire des prélèvements locaux et généraux: NFS, hémocultures.

- **Traitement**

C'est une urgence chirurgicale et le traitement consiste en:

- une antibiothérapie avec des mesures de réanimation,
- une excision large, parfois délabrant des tissus nécrotiques,
- la suppression d'une éventuelle portée d'entrée, -  
parfois une colostomie de décharge, un cathéter sus-pubien, une oxygénothérapie hyperbar,
- une antibiothérapie par voie générale d'abord empirique puis adaptée au germe
- une greffe cutanée à distance si la cicatrisation est lente.

### **C.3. Les hématuries non traumatiques [18,31]**

C'est le passage de hématies dans les urines à un débit supérieur à  $10^6$ /minute. Les urines ont colorées en rouge. Elles peuvent s'accompagner d'émission de caillots sanguins.

Les admissions d'urgences sont motivées le plus souvent par l'association d'autres symptômes à l'hématurie: douleurs pelviennes, fièvre, altération de l'état général.

- **Clinique**

Il faut préciser la chronologie de l'hématurie par rapport à la miction: hématurie initiale, terminale, ou totale. Il faut noter la présence ou non de signes accompagnateurs tels que douleurs lombaires, brûlures mictionnelles, caillots, signes d'infections.

L'examen physique sera axé sur la palpation des fosses lombaires à la recherche de grossissements, et les touchers pelviens à la recherche d'une masse pelvienne.



- Paraclinique

Les examens nécessaires à la recherche étiologiques sont l'échographie, l'DIV, la cystoscopie, la tomodensitométrie et la cystologie urinaire.

- Etiologies

Les étiologies sont:

- tumorales: prostatiques, vésicales, rénales, tumeurs des voies excrétrices,

- infectieuses, parasitaires: bilharziose.

- lithiasiques: vésicales, rénales.

- traumatiques.

- iatrogènes.

- Traitement

Le traitement symptomatique est fonction de l'importance de l'hématurie appréciée biologiquement par le taux d'hémoglobine. Les hémostatiques seuls peuvent suffire, mais une compensation sanguine par la transfusion est souvent nécessaire.

Une sonde vésicale pour irrigation peut être nécessaire pour éviter le caillottage.

#### **C.4. Les traumatismes urologiques**

- Les traumatismes du rein et des uretères [32, 18, 33-37]
- Définition-généralités

Ces sont les lésions traumatiques du parenchyme rénal, de la voie excrétrice ou du pédicule rénal. Ils sont fréquents en cas de polytraumatismes. Le mécanisme est indirect par décelération, rarement le mécanisme est direct (écrasement du rein contre les queues de la vertébrale, plaie pénétrante).

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Il s'agit d'un double pronostic, vital par hémorragie, et fonctionnel par destruction du parenchyme rénal. Le pronostic immédiat est souvent fonction des lésions associées: vasculaires, abdominales, thoraciques, neurologiques....

Aux Etats Unis en 1997-

1998, 1 à 2% des hospitalisés pour traumatismes avaient une atteinte rénale. 64% étaient des contusions ou hématomes, 26,60/0 des lacérations, 5,4% des ruptures parenchymateuses, 4% des atteintes vasculaires.

Les traumatismes des uretères sont rares (3%) mais gravissimes, ils sont le plus souvent iatrogènes notamment dans la chirurgie gynécologique.

- Clinique

La lombalgie, l'hématurie sont les signes fonctionnels urologiques, et à l'examen on note une fosse lombaire douloureuse voire empâtée. Il faut rechercher une atteinte vasculaire, thoracique, abdominale, ostéoarticulaire, neurologique, des signes de choc.

- Paraclinique

Il comporte trois volets:

- un bilan préopératoire: groupages sanguins, NFS, glycémie, azotémie.

-

un bilan non spécifique: à la recherche de lésions associées selon l'orientation clinique: gélulcostal, radiographie du crâne, l'échographie abdominale,

-

un bilan lésionnel urologique dont le scanner, l'artériographie et l'UIV sont les examens de référence. Ils permettent une classification des lésions.

- Anatomie pathologique

Chatelaina a établi une classification des lésions traumatiques rénales en quatre types:

-

Type I: contusion rénale bénigne: capsule intacte, hématurie discrète, hématomes sous capsulaire peu importants, fissure rénale étendue à un groupe caliciel (1a) ou respectant la voie excrétrice (1b), les constantes hémodynamiques sont stables. Auscanner: hématome rénal, pas de fuite de produit de contraste.

-

Type II: contusion rénale de moyenne gravité: hématurie abondante, capsule rompue, hématome rétro-péritonéal important, fracture rénale unique atteignant les cavités pyélocalicielles (IIa) ou limitée au parenchyme (IIb), les constantes se stabilisent après compensation. Auscanner: fuite de produit de contraste, hématome péri-rénaux rétro-péritonéal, fracture du parenchyme.

-

Type III: contusion rénale grave: capsule déchirée, hémorragie importante, hémodynamique instable. Auscanner: fractures multiples du parenchyme, fuites importantes du produit de contraste, hématome péri-rénal majeur.

-

Type IV: lésions du pédicule rénal: généralement hématurie microscopique associée à un collapsus.

Le scanner montre un rein muet.

- Traitement

Il est fonctionnel malgré les lésions.

-

Type I: le malade est surveillé jusqu'à disparition de l'hématurie et une échographie de contrôle est réalisée 15 jours plus tard.

-  
Type II: si l'hémodynamique est stable on surveille le malade, dans le cas contraire un néphrectomie d'hémostase est pratiquée.

- Type III: la néphrectomie d'hémostase s'impose.

-  
Type IV: on réalise une artériographie si possible, puis intervention d'urgence de revascularisation.

- Les traumatismes de la vessie [18,27]
- Généralités

La situation pelvienne de la vessie (vide) la protège contre les traumatismes. Les lésions traumatiques de la vessie sont favorisées par sa réplétion et les fractures du bassin. Le traumatisme est généralement violent.

Les lésions traumatiques de la vessie s'associent dans 5 à 10% des cas aux fractures du bassin. Les associations lésionnelles sont fréquentes et 10 à 20% des patients ayant une atteinte rétro-péritonéale ont une atteinte vésicale. Dans 5 à 10% des cas une atteinte du haut appareil urinaire est associée.

Les lésions sont à type de contusion, ruptures intrapéritonéales (25-43%) ou sous-péritonéales (50-71%), association des deux types de ruptures (20%).

Les taux de mortalité sont de 17-22% pour les ruptures sous ou intrapéritonéales et de 60% dans l'association des deux types de rupture.

- Clinique

Dans les ruptures sous-péritonéales la symptomatologie clinique est faite d'hématurie, de douleurs pelviennes

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

,derétentionaiguëd'urine.L'examennoteunempâtementouunedéfensepelvienne.Danslesrupturesintrapéritonéaleslessignessontceuxd'unepéritoniteaiguëgénéralisée.

- Paraclinique

Laradiographiepermetunbilanlésionnelosseux(bassin).

Lacystographieenabsencedetoutelésionurétrale,

L'UCR,

L'UIVmontreuneextravasationlatéro-

vésicaleduproduitdecontrastédanslesrupturesouspéritonéalesetunefuiteintrabdominaleduproduitdecontrastédanslesrupturesintra-abdominales.

L'échographieobjectiveunépanchementpéritonéaldanslesrupturesintraabdominales

.

- Traitement

Undrainagevésicalpeutsuffireàlacicatrisationdanslesrupturesouspéritonéales,Duréedudrainageestde5à7j.

Letraitementestuneinterventiond'urgencepourfermerlabrèchedanslesrupturesintraabdominales.Undrainagedesurinesparsondevésicaleestnécessairejusqu'àcicatrisation.Duréedudrainageestde7à15j.

- Lestraumatismesdel'urètre[38-43]
- L'urètreantérieur:généralités

C'estlaportiondel'urètrecomprenantl'urètrespongieuxetl'urètrépérinéal.Elleestlaplusexposéeauxtraumatismes,cependantceslésionstraumatiquessontplusraresquecellesdel'urètrepostérieurdufaitdesamobilité.

Le mécanisme lésionnel est un choc direct: chute à califourchons sur le barreau d'une échelle ou le cadre d'un vélo, coup de pied, plaies par arme à feu ou par arme blanche, traumatisme

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

mesdupénisenérection,traumatismesiatrogènes.Leslésionsvontde lacontusionauxrupturespartiellesoutotales.

- Clinique

Lessignescliniquessontl'urétrorragie,unhématomepérinéalenailedepapillonlarétentionaiguëd'urine.Autoucherrectallaprostateestenpositionnormalealorsqu'elleestascensionnéedansleslésionsdel'urètrepostérieur.

- Paraclinique

Lebilanparacliniquecomporteuneradiographiedubassin(bilandeslésionsosseuses),uneUIVavecclichéspermictionnels,uneurotrocystographiedescendanteteetuneUCR pourlebilanlésionnelurétralenabsencedeContreindication.

- Traitement

Danslesruptureslaconduithérapeutiqueestundrainagesuspubienetunoplastieurétraleàdistancepouursténose.Danslescontusions,lecathétérismesuspubienassociéàuntraitementmédicalsuffi.

- L'urètrepostérieur:généralités

C'estlaportiondel'urètrecomprenantl'urètremembraneuxetl'urètreprostatique.

Lestraumatismesdecetteportionsurviennentdans5à10%descasdanslesfracturesdubassin(pubis).Le traumatismeestgénéralementviolentetle pronosticvitalestenjeudans10à20%descas.Leslésionssurviennentdans75%descaslorsd'accidentdelavoiepublique.

Lecisaillement,l'étirement,l'effetguillotinesurletranchantduligamenttransverseson tlesmécanismeshabituels.

Leslésionssontàtypedeconusionderupturespartiellesoutotales.

- Clinique

Le diagnostic clinique est relativement aisé, les symptômes sont fait de hématurie, de rétention aiguë complète de l'urine, d'une défense hypogastrique.

- Paraclinique

Le bilan paraclinique comporte radiographie du bassin, l'UIV avec clichés permictionnels, l'urocystographie descendante, l'UCR, la tomographie.

- Traitement

Le sondage urétral est contre-indiqué en urgence dans les traumatismes de l'urètre.

Le traitement a été longtemps controversé; à la réparation chirurgicale immédiate des années 1980, le drainage suspubien suivi d'une uréthroplastie à distance a pris le pas.

- Les traumatismes des bourses [39, 18, 44]
- Généralités

Ils surviennent lors de traumatismes de sport, de rixes, d'accidents de la voie publique, de guerre, ou d'automutilation.

Les lésions sont variables: contusion, fracture ou luxation du testicule, hématome intratesticulaire, hématome du scrotum, lésions des annexes (épididyme et cordon).

- Clinique

Après un traumatisme le malade ressent une douleur scrotale constante, vive, accompagnée de nausées et de vomissements. L'examen note un scrotum douloureux, tendu, non transilluminable en cas de hématocele. Le risque évolutif est l'hypofertilité voire la stérilité éparnécréticulaire ou par fibrose épидидymaire.

L'échographie testiculaire est l'examen principal pour apprécier les lésions.

- Traitement

Il est médical en cas de contusion: repos, antalgiques et/ou anti-inflammatoires. La chirurgie est de mise en cas de rupture, ou de luxation ou de gros hématome.

- Les traumatismes de la verge [32,45,18,46]

Ils'agit soit de rupture des corps caverneux soit de rupture du frein.

- La Rupture des corps caverneux

La première description a été faite en 1807 mais les cas rapportés dans la littérature sont rares. Les ruptures des corps caverneux sont secondaires à un traumatisme sur la verge en érection. Le mécanisme est une flexion, une rotation brutale ou un choc violent du pénis en érection sur le pubis ou le périnée de la partenaire. La rupture peut survenir également au cours d'une érection pendant le sommeil.

- Clinique

Le diagnostic est clinique. Le malade ressent une vive douleur, la verge devient flasque et tuméfiée. L'examen note la tuméfaction (hématome) et recherche une rétention urinaire associée.

- Traitement

Le traitement est chirurgical pour évacuer l'hématome et réparer l'albuginée du corps caverneux.

- La rupture du frein

La rupture du frein est due le plus souvent à un abrièvement. Elle survient sur la verge en érection.

- Clinique

Une vive douleur avec une hémorragie liée à la rupture de l'artère du frein sont les signes cliniques.

- Traitement

En urgence le traitement consiste à faire l'hémostase et ultérieurement une plastie d'alignement du frein pour éviter les récurrences.



d) Le paraphimosis [18,47]

- Définition

C'est l'impossibilité de recalotter le prépuce. L'anneau préputial est étroit et enserre le gland.

- Clinique

Il est fait de douleur et d'œdème du gland serré. A l'examen le prépuce est rétracté au niveau du sillon balano-préputial découvrant le gland qui est oedématisé. Non traité il évolue vers l'ischémie puis l'anécrose.

- Traitement

Le traitement au début est une réduction manuelle. A un stade tardif c'est une incision longitudinale de l'anneau au niveau de la face dorsale de la verge, et à distance une circoncision ou une postectomie pour éviter les récurrences.

### **C.5. Les urgences vasculaires**

a. La torsion du cordon spermatique et des annexes [48,18,49]

- Définition-Historique

La 1<sup>ère</sup> description a été faite par Delasiauve en 1840. En 1881 Langton présente le 1<sup>er</sup> cas britannique de torsion du testicule sur un testicule en place. En 1897 Taylor traite avec succès un testicule «étranglé» à la naissance. Dès lors tous les travaux consacrés à cette pathologie insistent sur deux choses : les difficultés diagnostiques et la nécessité d'un traitement chirurgical. Les difficultés diagnostiques amènent certains auteurs à préconiser l'exploration ultrasonographique de toute bourse aiguë.

Elle peut survenir à tout âge mais il existe deux pics de fréquence : les premières années de vie et la période pubertaire.

- Clinique

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Chez le grand enfant et l'adulte elle se traduit par une douleur scrotale brutale, vive, continue et irradiant le long du cordon vers la région inguinale.

Elles s'accompagnent de nausées et de vomissements. La surélévation du testicule ne soulage pas la douleur (signe de Prehn). A l'examen la masse épiddymo-testiculaire est ascensionnée et horizontalisée. Le toucher rectal est normal. Deux éléments sont importants: l'existence d'antécédents similaires et l'absence de signes urinaires. Le risque évolutif est la nécrose puis l'atrophie testiculaire.

NB: le diagnostic est clinique et aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge.

Il existe plusieurs formes cliniques:

- formes évolutives: suraiguës, subaiguës, récidivantes

- formes selon le terrain: torsion du cordon spermatique d'un nouveau-né, d'un nourrisson

- formes anatomiques:

torsions supra-ou intra-vaginales, torsions sur testicule ectopique, torsions des appendices testiculaires.

- Diagnostic différentiel

Il se fait avec l'orchite-épiddymite aiguë (fièvre, bourse chaude, notion d'écoulement urétral purulent, urines troubles, toucher rectal douloureux), l'hémorragie intratumorale, l'hématocèle post-traumatique.

- Traitement

Il est chirurgical d'extrême urgence (avant six heures) pour détorsion puis fixation si le testicule est viable ou une orchidectomie dans le cas contraire. Après l'accord préalable du patient et des parents. Dans tous les cas elle comporte une fixation du testicule controlatéral.

b. Lepriapisme[50-53]

- Définition-Historique

C'est l'érection prolongée et douloureuse en dehors de toute stimulation sexuelle et n'aboutissant pas à une éjaculation.

Le mot Priapisme vient de Priape, Dieu de la mythologie antique devenu pour les Romains des symboles de virilité et de fécondité. Il est représenté mun d'un phallus turgescent et géant.

Le 1er cas de priapisme a été décrit par Tripe en 1845. En 1914 Human réunit les 170 premiers cas de la littérature mondiale. En 1964 Grayhack note l'intérêt de l'anastomose saphéno-cavémeuse dans le traitement. Quackles décrit l'anastomose spongio-cavémeuse.

Une étude menée aux Pays-Bas en 2000 sur une cohorte de 145.071 personnes suivies pendant 341.133 personnes-années a noté une incidence de 1,5/100000 personnes-années.

C'est une affection relativement fréquente dans la racenoire liée à la drépanocytose qui est un facteur favorisant. Elle surviendrait chez 6% des enfants et 44% des adultes drépanocytaires.

Le priapisme est secondaire à l'absence de drainage veineux des corps caverneux par la veine dorsale profonde de la verge, mais le corps spongieux reste bien drainé par la veine dorsale superficielle de la verge.

- Clinique

La verge est tendue, en érection permanente, irréductible et n'aboutissant pas à une éjaculation, mais le gland reste mou. L'évolution spontanée peut se faire vers la détumescence mais avec un risque de fibrose du tissu caverneux.

- Etiologies

Les étiologies sont neurologique, hématologique (drépanocytose en Afrique), vasculaire, médicamenteuse et idiopathique.

- Traitement

Le but du traitement est d'obtenir rapidement une détumescence et éviter la fibrose cicatricielle des corps caverneux source d'impuissance.

A un stade précoce il peut être médical par hypotension contrôlée; mais le traitement de choix reste la chirurgie de dérivation des corps caverneux: anastomoses artério-caverneuse, spongio-caverneuse, corps caverneux et veine dorsale de la verge.

**METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1) Cadre et lieu d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako dans les services de chirurgie générale. Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en Centre de Santé de Référence en 1999. Ce centre est l'un des six centres de référence de la commune du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en 2004.

Ce centre est constitué de trois (3) grands bâtiments :

- Un bâtiment à étage abritant un ensemble des services techniques et administratifs
- Le deuxième bâtiment constitue le bloc opératoire
- Le troisième bâtiment est constitué du complexe mère-enfant
- A côté de ces grands bâtiments il existe :
  - Un bâtiment pour le logement des agents de sécurité
  - Un magasin
  - Deux toilettes externes
  - Une chambre abritant le groupe électrogène
  - Une salle des soins.

### **2) Type et période d'étude**

Ils'agissait d'une étude descriptive avec un recueil prospectif des données sur une période de 14 mois allant du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 28 février 2022.

### **3) Population d'étude**

La population était constituée des patients qui ont consulté dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.

#### **4) Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude tous les patients ayant consulté pour une manifestation clinique relative aux urgences urologiques.

#### **5) Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les patients chez qui ont consulté pour d'autres pathologies différentes des urgences urologiques.
- Les patients dont les dossiers sont incomplets.

#### **6) Echantillonnage**

L'échantillonnage a concerné tous les patients ayant présenté au moins une manifestation clinique relative aux urgences urologiques pendant la période d'étude. La taille minimale de cet échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz  $N = z^2 \cdot p \cdot q / i^2$  avec  $i$  (précision) = 0,05,  $p = 7,7\%$  [6],  $q = 92,3\%$  et  $z = 1,96$ .

Donc  $N = 1,96^2 \times 0,077 \times 0,923 / 0,05^2 = 109,21$  soit  $N = 109$  Patients.

#### **7) Matériels de collecte des données**

Les données ont été collectées à partir des supports suivants :

- Les registres de consultations
- Les registres du compte rendu opératoire
- Les registres d'hospitalisations
- Les dossiers des malades

#### **8) Saisie et analyse des données**

La saisie et l'analyse des données étaient réalisées à partir des logiciels Microsoft Word et Excel 2013 et SPSS 22.0.

Nous avons utilisé le test statistique de Chi-deux pour comparer les résultats avec pour une valeur de signification  $P < 0,05$ .

### **9) Aspects éthiques**

Les supports utilisés ont été analysés dans le strict respect de la confidentialité (les fiches d'enquête seront anonymes, seuls les numéros des dossiers étaient utilisés pour la saisie des données) puis retournés et classés immédiatement après exploitation.

### **10) Les variables utilisées**

Cesont :

- Les données socio-démographiques : âge, sexe, ethnie, profession et résidence
- Les données cliniques : motifs de consultation, signes physiques, signes généraux...
- Les données paracliniques : échographie, ASP...
- Les données thérapeutiques



# **RESULTATS**

## **V. RESULTATS**

### **1. Résultats globaux**

Aucoursdenotreétudeallantdu1<sup>er</sup>décembre2020au28février2022nousavonscolligé200patientsqui ontconsultépoururgencesurologiquesurles1261patientsayantconsultédansleservicedechirurgieducentredesantédeRéférencedelaCommuneVIsoitunefréquencede15,86%.

### **2. Données socio-démographiques**

#### **2.1. L'exexe**

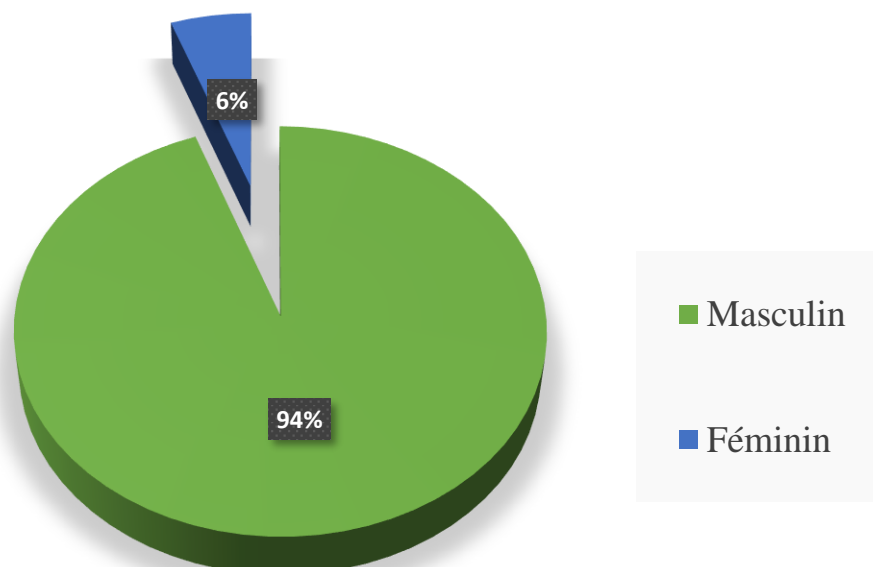


Figure6 :répartitiondesmaladesselonlesex

Lamajoritédespatientsétaitdesexemasculinsoit94%avecunsexeratiode15,67.

#### **2.2. L'âge**

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Tableau I : répartition des maladies selon l'âge

<b>Age</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
10-19	5	2,5
20-29	12	6
30-39	17	8,5
40-49	16	8
50-59	42	21
60-69	85	42,5
70-79	20	10
80-89	2	1
90-99	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Lapartdespatientsavaitunâgecomprisentre60et69anssoit42,5%.L'âgemoyenétaitde63,9ansavecunécarttype de 10,5ans. Les extrêmes d'âges étaient de 91 ans et 13 ans.

### 2.3. L'ethnie

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Tableau II : répartition des malades selon l'ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Bambara	68	34
Peuhl	26	14,5
Malinké	25	13
Sonrhäï	19	9,5
Soninké	17	8,5
Bozo	15	7,5
Dogon	13	6,5
Bobo	8	4
Minianka	4	2
Sénoufo	3	1,5
Tamashek	1	0,5
Guinéen	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans 34% des cas.

#### 2.4. La profession

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

Tableau III : Répartition des malades selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Cultivateur	56	28
Fonctionnaire	45	22,5
Chauffeur	31	15,5
Commerçant	28	14
Retraités	27	13,5
Ménagères	8	4
Elève/étudiant	5	2,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Laplupartdespatientsétaientcultivateurssoit28%.

#### 2.5. Larésidence

Tableau IV : Répartition des malades selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Commune VI	187	93,5
Horsdelacommune VI	13	6,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

LamajoritédespatientsrésidaitencommuneVIsoit93,5%.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

3. Données cliniques

3.1. Lemoded'admission

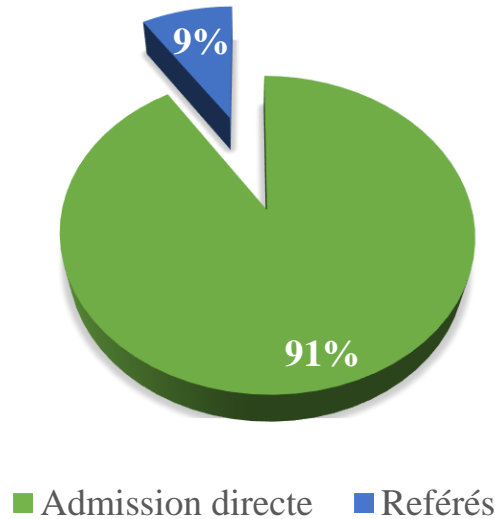


Figure7 :répartitiondespatients selonlemoded'admission

91% despatientsétaientadmisdirectementsansréférence.

3.2. Lemotifdeconsultation

TableauV :Répartitiondesmaladesselonlemotifdeconsultation

<b>Motifdeconsultation</b>	<b>Effectif(N=268)</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Impossibilitéd'uriner	89	33,21
Dysurie+pollakiurie	58	21,64
Hématurie	46	17,16
Douleurlombaire	36	13,43
Coliquenéphrétique	26	9,7
Tuméfactiondouloureuse desbourses	10	3,73
Nécrosescrotaleetdelaverge	3	1,12
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100</b>

Lemotifdeconsultationleplusfréquentétaitl'impossibilitéd'urinerdans33,21%descas.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

3.3. Les antécédents médicaux

Tableau VI : Répartition des maladies selon les antécédents médicaux

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif (N=225)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bilharziose urinaire	123	54,67
Ulcère gastro-duodénale	67	29,78
Diabète	23	10,22
HTA	7	3,11
Asthme	5	2,22
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

La bilharziose urinaire était l'antécédent médical le plus retrouvé dans 54,67% des cas.

3.4. Les antécédents chirurgicaux

Tableau VII : Répartition des maladies selon les antécédents chirurgicaux

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif (N=17)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Appendicectomie	7	41,17
Herniotomie	4	23,53
Cure de lipome	2	11,76
Cure d'hydrocèle	2	11,76
Adénomectomie	1	5,89
Ablation d'un nodule de sein	1	5,89
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

L'appendicectomie était l'antécédent chirurgical le plus représenté dans 41,17%.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

3.5. L'examen physique

Tableau VIII: Répartition des maladies selon les signes à l'examen physique

<b>Signes à l'examen physique</b>	<b>Effectif (N=404)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Douleur à la palpation	182	45,04
Matité hypogastrique	89	22,03
Voussure sus-pubienne	80	19,8
Prostate augmentée de volume au TR	40	9,90
Tuméfaction de la bourse	10	2,47
Nécrose scrotale et de la verge	3	0,74
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>100</b>

La douleur à la palpation était le signe physique le plus représenté dans 45,04%.

3.6. Le toucher rectal

Tableau IX : Répartition des maladies selon le toucher rectal

<b>Touche rectal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Normal	86	44,5
Prostate augmentée de volume	40	20
Non fait	74	35,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le toucher rectal était normal dans 44,5% des cas.



**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

3.7. Letyped'urgenceurologique

Tableau X : Répartition des maladies selon le type d'urgence urologique

<b>Typed'urgenceurologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Rétention d'urine vésicale	89	44,5
Hématurie	46	23
Colique néphrétique	28	14
Pyélonéphrite	16	8
Orchi-épididymite	13	7
Traumatismes uro-génitaux	5	2,5
Gangrène des organes génitaux externes	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La rétention urinaire était l'urgence urologique la plus fréquente dans 44,5% des cas.

3.8. L'étiologie de la rétention aiguë d'urine

Tableau XI : Répartition des maladies selon l'étiologie de la rétention d'urine vésicale

<b>Etiologie de la rétention d'urine vésicale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Hypertrophie bénigne de la prostate</b>	<b>31</b>	<b>34,84</b>
Sténose urétrale	22	24,72
Lithiase urinaire	18	20,22
Prostatite aiguë	9	10,11
Cancer de la prostate	9	10,11
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

L'hypertrophie bénigne de la prostate était l'étiologie la plus fréquente de la rétention urinaire dans 34,84% des cas.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

TableauXII :Répartitiondesmaladesselonletypedetraumatismeuro-génital

<b>Typedetraumatismeuro-génital</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Vessie</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
Bourses	1	20
Complicationd'hémorragiedecirconcision	1	20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Letraumatismedelavessieétaitleplusfréquentdans60%descas.

4. Donnéesparacliniques

TableauXIII :Répartitiondesmaladesselonlesexamensradiologiques

<b>Examensradiologiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Echographieabdomino-pelvienn</b>	<b>153</b>	<b>69,23</b>
UIV	26	11,76
ASP	39	17,64
UCR	3	1,35
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

L'examenradiologiqueleplusréaliséétaitl'échographieabdomino-pelviennedans69,23%descas.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

5. Données thérapeutiques

5.1. Le mode de traitement

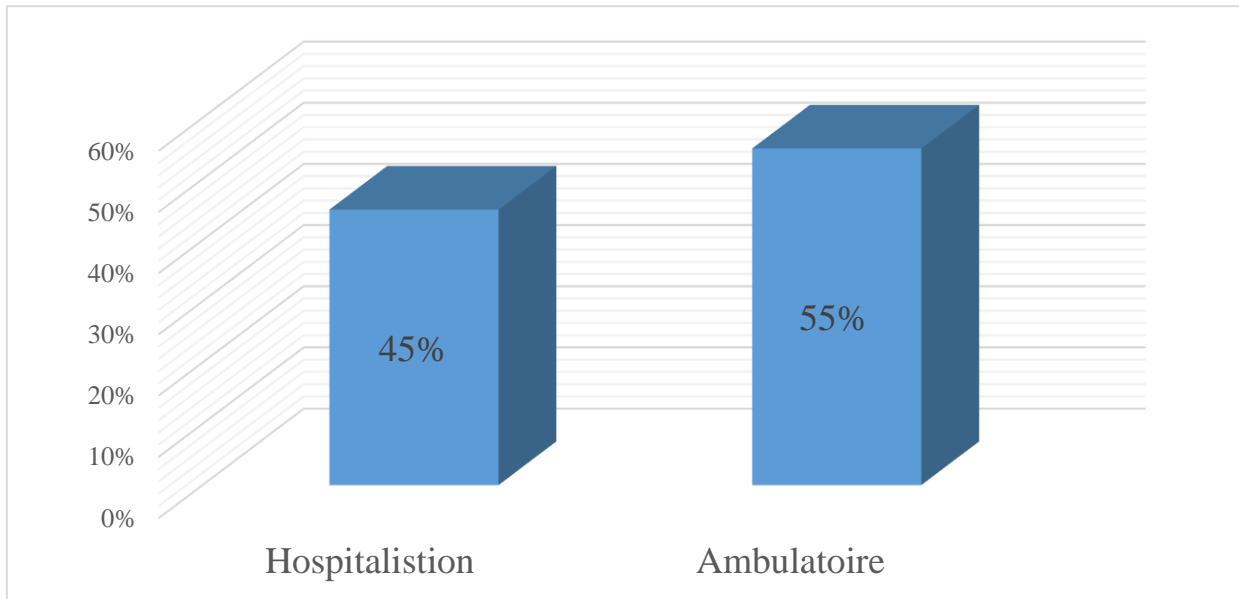


Figure 8 : répartition des patients selon le mode de traitement

La plupart des patients ont été traités en ambulatoire soit 55% après une prise en charge primaire.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

5.2. Laconduitetenueenurgence

TableauXIV :Répartitiondesmaladesselonlaconduitetenueenurgence

<b>Urgencesurologiques</b>	<b>Conduitetenueenurgence</b>	<b>Effe ctif</b>	<b>Pourcenta ges(%)</b>
Rétentiond'urinevésicale	<b>Cathétérismeurétrale</b>	<b>72</b>	<b>36</b>
	Sondagesus-pubienne	17	8,5
Hématurie	Sondagevésicale+Lavagevési cale+hémostase	7	3,5
	Traitementmédical	39	18
Coliquenéphrétique	Traitementmédical(antalgiqu e/anti-inflammatoire)	28	14
Pyélonéphrite	Antibiothérapie	16	8
Orchi-épidydimite	Traitementmédical	13	
Gangrènedefournier	Nécrosectomieetantibiothéra pie	3	1,5
Traumatismedelavessie	Sondagevésical	3	1,5
Traumatismedesbourses	Drainagedel'hématomescrota l	1	0,5
Complicationtraumatique decirconcision	Pansementcompressif	1	0,5
<b>Total</b>		<b>200</b>	<b>100</b>

Lesondagevésicalétaitlegesthérapeutiquelepluspratiquéenurgencedans49,5%de  
scas.Letraitementmédicalétaitconstituéd'associationd'antalgique,antispasmodiqu  
e,d'anti-inflammatoireet/oud'antibiotique.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

5.3. Lanaturedel'interventionchirurgicale

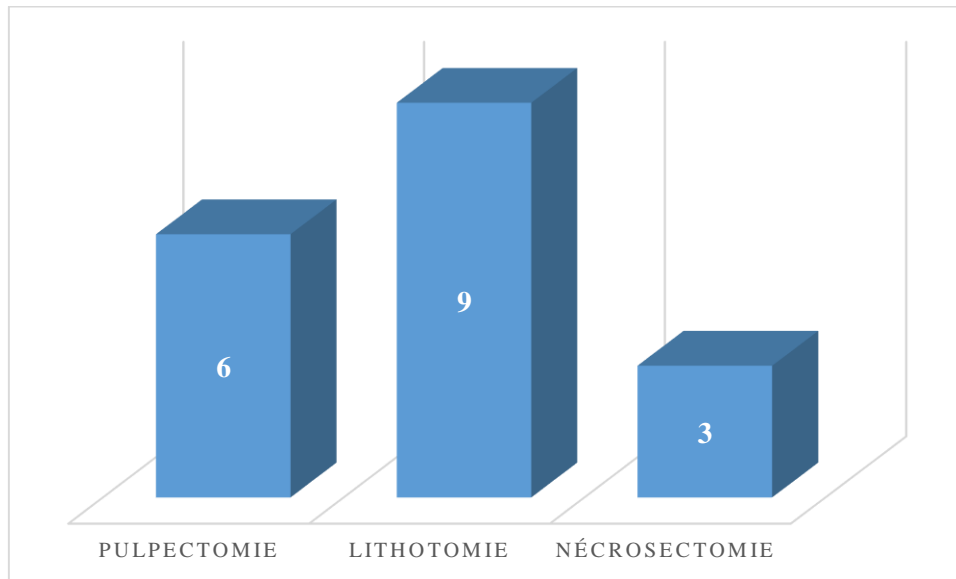


Figure9 :Répartitiondesmaladesselonlanaturedel'interventionchirurgicale.

L'interventionchirurgicalelaplusfréquenteaétélalithotomiechez9patients.

5.4. Latransfusionenurgence

TableauXV :Répartitiondesmaladesselonlatransfusionenurgence

<b>Transfusion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages(%)</b>
Nontransfusés	184	92
Transfusés	16	8
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

8%despatientsétaienttransfusés.

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

6. Données évolutives

Tableau XVI : Répartition des maladies selon l'évolution

<b>Evolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentages(%)</b>
Favorable	168	84
Perdue vu	15	7,5
Suppuration	12	6
Décès	5	2,5
Total	200	100

L'évolution était favorable chez 84% des patients.

**DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRESETDISCUSSION**

### **1. Résultatsglobaux**

Dansnotreétude,lesurgencesurologiquesreprésentent15,86%desconsultationsenchirurgie.CettefréquenceestsupérieureàcelledeTapilyD.auMalien2022quiaretrouvéunefréquencede13,16%[69] auCSRefdeMarkalademaï2021àavril2022.ParailleursurgencesurologiquesauSénégalreprésentent22%[70]desadmissionsdansleshôpitauxuniversitaires.Cettedifférencepeuts'expliquerparlesduréesdesétudesetleslieuxdesétudes.

### **2. Donnéessociodémographiques**

#### **a) Sexe**

Dansnotreétude,Lamajoritédespatientsétaitdesexemasculinsoit94%avecunsexeratiode15,67.Cerésultatestsimilaireàceuxd'A.BoboDialloetal.[54] etB.Falletal.[55] quiontrapportéaussiunepredominancemasculineavecrespectivementlessexesratio de16,60et20,32.Ceci pourrais'expliquerparlefaitquelamajoritédesfemmesseraientàprioriorientéesversleservicedegynécoobstétriqueetquecertainespathologiesétantstrictementmasculines,présententunegrandeproportion(adénomedelaprostate,hydrocèle).

#### **b) L'âge**

42,5%despatientsavaientunâgecomprisentre60et69ans.L'âgemoyenétaitde63,9ansavecunécarttype de10,5ans.Lesextrêmesd'âgesétaientde91et13ansdansnotresérie.CequiestprochedesrésultatsdeB.Falletal.[55] quirapportentunâgemoyende58,8ans.

Denombreusesétudesrévèlentquelespathologiesurologiques touchentessentiellementlesujetâgétésontresavant50ans,maiségale mentqueleurfréquenceaugmenteavecl'âge.Onpeutdoncdirequelespathologieschirurgicalesurologiquesserencontrentà touslesâges.Cependantlespathologiescommel'adénomedelaprostateserencontrentchezlespersonnesâgées.[56,7]



**c) Résidence**

Dans notre étude, la majorité des patients résidait en commune VI soit 93,5%. Ce résultat est conforme à celui de KONATEID.[57] qui rapporte aussi que les patients en grande partie résidaient en commune VI dans 70% des cas, ce qui s'explique par un accès facile du centre de santé de référence par la population.

**d) Ethnie**

Dans notre travail, l'ethnie Bambara était la plus représentée dans 34% des cas. Les Bambara étaient aussi majoritairement représentés, dans l'étude de KONATEID.[57] soit 33,62% des patients, et de Dara.E[58] soit 41,1%. Cela concorde avec la répartition ethnique du pays, le Mali[59].

**e) Profession**

De l'ensemble des activités pratiquées par nos sujets, l'agriculture était la plus dominante avec 28%. Ce résultat est proche de celui d'A. Bobo Diallo et al.[54] chez qui l'agriculture était la plus dominante avec 40,6% suivie de l'activité ouvrière avec 21% et à ceux de Diallo et al.[6] qui ont trouvé respectivement 42,77 et 27,79% pour les fermiers et les ouvriers/artisans. Cette prédominance des fermiers pourrait s'expliquer par la prédominance du secteur primaire sur les autres secteurs d'activité dans notre pays.

**3. données cliniques et paracliniques**

**a. L'antécédent médical**

La notion de bilharziose urinaire a été retrouvée chez 54,67% de nos patients, supérieure à celle de Bagayogo S[60]: 8,3%. Traoré B[61] a trouvé 57,1% de bilharziose urinaire, ce qui peut s'expliquer par le fait que Niono et Bamako sont les zones d'endémie bilharzienne.

**b. L'antécédent chirurgical**

L'appendicectomie a été réalisée chez 41,17% de nos patients. Ce résultat est différent de celui de Sanogo BG[62] qui a trouvé une appendicectomie dans 8,10% qui pourrait s'expliquer par le manque d'hygiène alimentaire des patients.

**c. Letoucherrectal(TR)**

Le TR est un examen capital en urologie, dans notre étude il était pathologique dans 20% des cas. Ce résultat pathologique était en faveur de l'adénome de prostate. Il est inférieur à ceux de Waligora [63] et Dara Equi [58] ont trouvé respectivement 79% et 80%. Cette fréquence élevée pourrait expliquer la prédominance de l'adénome de la prostate dans les pathologies chirurgicales urinaires chez les sujets âgés.

**d. Types d'urgences urologiques**

La prise en charge des urgences urologiques constitue une part importante de l'activité quotidienne de notre service. La rétention d'urines vésicales a constitué la première urgence neurologique dans notre étude avec 44,5% des cas. Ce constat avait déjà été fait par Diallo et al. [6] en 1996 en Guinée dans une étude portant sur les urgences urologiques dans le même service avec 82% de rétention d'urine vésicale. Si, au Sénégal, la rétention aiguë d'urine constitue également la première urgence neurologique avec 53% des cas [64]. La grande incidence des rétentions d'urine vésicales dans nos séries expliquerait par le fait que nos patients consultent tard en raison du bas niveau socioéconomique d'une part et du fait que la plupart d'entre eux sont analphabètes donc ils commencent toujours par chez le guérisseur traditionnel. De plus, elle constitue l'une des principales circonstances de découverte de tumeurs prostatiques et de la sténose de l'urètre.

**e. L'étiologie de la rétention d'urine vésicale**

Les tumeurs prostatiques (44,95%) et la sténose urétrale (24,72%) constituaient les principales étiologies des rétentions d'urine vésicales dans notre étude. Ces deux pathologies sont également les principales pourvoyeuses de rétention aiguë d'urine dans les études de Fallet al. [64] au Sénégal et Ikuerowo et al. [65] au Nigeria. Ndemanga et al. [66], dans une étude portant sur la rétention aiguë d'urine, ont constaté que l'hypertrophie bénigne de la prostate était l'étiologie dans 47,8% des cas suivie de la sténose urétrale et du cancer

rdelaprostate dans respectivement 27 et 16,9% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par les modifications morphologiques de la prostate et donc de l'urètre liées à l'âge.

#### **f. Type de traumatismes uro-génitaux**

Dans notre étude, les traumatismes uro-génitaux intéressaient surtout la vessie dans 60%. Tout comme dans l'étude de Fallet al. [64], nous avons noté des cas d'accident de la circoncision; ces accidents sont fréquents dans notre pratique quotidienne [67,68], ils agissent de la circoncision effectuée par des guérisseurs traditionnels ou un personnel paramédical non qualifié. C'est à l'élévation du traumatisme de la vessie que l'on peut expliquer le fait que les sondages de la vessie vésicale sont souvent pratiqués par les étudiants qui ne maîtrisent pas le geste.

#### **g. L'examen radiologique**

L'examen radiologique le plus réalisé était l'échographie abdomino-pelvienne dans 69,23% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'échographie abdomino-pelvienne est l'examen le plus accessible et le plus disponible pour explorer les appareils urinaires et génitaux.

### **4. Données thérapeutiques**

#### **i. Hospitalisation**

La plupart de nos patients ont été traités en ambulatoire soit 55% après une prise en charge des symptômes pour lever l'urgence. Ceci s'explique par le fait que la majorité des patients présentaient des urgences urologiques plutôt non compliquées.

#### **ii. Conduite tenue en urgence**

Dans notre étude le sondage vésical était le geste thérapeutique le plus pratiqué en urgence dans 49,5% des cas. Ce résultat est similaire à celui d'A. Bobo Diallo et al. [54] chez qui la cathétérisme de l'urètre a été pratiqué systématiquement dans 64,48% des cas.

desoulagerlespatientsenRUVoucommetraitementadjuvantpourd'autrespathologies.

Deplus,8%despatientsétaienttransfusésenurgence.Ils'agissaitdespatientsprésentantunehématuriechroniquedegrandeabondancecompliquéedesignesdedécompensationdel'anémie.

### **5. Donnéesévolutives**

L'évolutionétaitfavorablechez84%despatientsdansnotreétude.Cecis'expliqueparlefaitquelaplupartdespatientsprésentaientdesurgencesurologiquesnoncompliquées.

7,5%despatientsétaientperdusdevue.Cecipourraits'expliquerparlebasniveausocioéconomiquedespatients.

Néanmoins,nousavonsenregistré2,5%decasdedécès.Ils'agissaitdespatientsadmisdansunétatgénéralaltéréetprésentantdescomorbidités.

# CONCLUSION

## **VII. CONCLUSION**

Les urgences urologiques sont fréquemment rencontrées par les chirurgiens urologues au cours de leur pratique quotidienne et constituent un problème de santé publique.

Notre étude sur les urgences urologiques s'est déroulée dans le service de chirurgie du centre de santé de référence de la commune VI sur une période de 14 mois allant du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 28 février 2022 avec un recrutement prospectif des données.

Dans notre étude, les urgences urologiques représentaient 15,86% des consultations en chirurgie et touchaient principalement les hommes dans 94% des cas avec un sexe-ratio de 15,67. La tranche d'âge la plus représentée était de 60 à 69 ans dans 42,5% des cas. Le motif de consultation le plus fréquent était l'impossibilité d'uriner dans 33,21% des cas. L'urgence urologique qui prédominait était la rétention d'urine vésicale dans 44,5% des cas suivie de l'hématurie dans 23% des cas. L'hypertrophie bénigne de la prostate était l'étiologie la plus fréquente de la rétention d'urine vésicale dans 34,84% des cas. Le sondage vésical était le geste thérapeutique le plus réalisé en urgence dans 49,5% des cas. L'évolution était favorable dans 84% des cas.

Les urgences urologiques occupent donc une place de choix dans les activités en chirurgie. Une prise en charge précoce permet d'améliorer le pronostic vital du patient.

**RECOMMANDATIONS**

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités sanitaires :**

- Mettre à la disposition des structures de santé des dispositifs permettant de diagnostiquer et reprendre en charge les différentes urgences thérapeutiques
- Organiser des formations et donner des bourses d'études de formation du personnel soignant en matière d'urgence urologique

### **Aux personnels soignants :**

- Reconnaître les urgences urologiques
- Faire une prise en charge efficace en urgence des urgences urologiques afin de prévenir des complications
- Référer les patients vers les structures spécialisées en cas de doute diagnostique ou en l'absence d'équipement
- Sensibiliser la population sur les urgences urologiques et la nécessité de consulter précocement dès l'apparition des premiers signes

### **Aux patients :**

- Consulter rapidement un centre de santé dès l'apparition de signes d'urgence urologiques
- Éviter de se faire reprendre en charge par un guérisseur traditionnel
- Éviter l'automédication en cas d'urgence urologiques



**IX. REFERENCES**

- [1] :**BoboDialloA,BahI,DialloTMO,BahOR,AmougouB,BahMDetal.**Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. Prog Urol. 2010;20(3) :214-8.
- [2] :**MondetF,Chartier-KastlerE,YonneauL,BohinD,BarrouB,etRichardF.**Epidémiologie des urgences urologiques en centre hospitalier universitaire. Prog Urol. 2002;12:437-42.
- [3] :**MartinL,PillotP,BardonnaudN,LillazJ,ChabannesE,BernardiniSetal.**Evaluation de l'activité d'une unité d'urgences urologiques en centre hospitalier universitaire. Prog Urol. 2014;24(1) :62-6.
- [4] :**DiabatéaI,OndoaCZ,SowaI,BaA,etMboupC.**Urological emergencies at the hospital of Louga, Senegal : epidemiologic features and evaluation of the management. Afr Urol 2015;21:181-6.
- [5] :**ParraML,LopezPJC,PineiroFMC,SanchezMJM,MendezCMJ,Astorgan oDL Petal.**Urologic disease emergency : clinical-epidemiological analysis at a district hospital. Arch Esp Urol 2011;54(5):411-5.
- [6] :**DialloMB,BahIetBaldeI.**Les urgences urologiques au CHU Ignace-Deen : étude rétrospective. Guin Med 1996;10:9-14
- [7] :**SimaZueA,JosseumeA,NgakaNsafuD,Daloisy-Guiball,CharpentierJP.**Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Ann Fr Anesth Reanim 2003;22:189-95.
- [8] **LangmanJ:** Système urogénital. Abrégé d'embryologie médicale, développement humain et pathologique. Paris Masson, 1984. 411p;175-207,
- [9] **ManginP,ChoquenotC:** Les malformations surrénales. Rappel embryologique. Encycl. Méd. chir. (Paris France) Rein et organes génito-urinaires 18157R10,4-1988,4p.

- [10] **William J.**: Développement du système urogénital, Embryologie humaine 2<sup>e</sup> éd. Bruxelles: De Boeck, 2003
- [11] **Séguy B.**: Anatomie fascicule 3. Appareil urogénital, glandes endocrines, système nerveux, organes des sens. Maloine, 1983: p6-54
- [12] **Lemaître L.**: Les malformations de l'appareil urinaire à l'âge adulte. Radiologie urogénitale. Edition Guerbert-Edicorf 1994 P9-23.
- [13] **Elaine N. Marieb**: Anatomie et physiologie du corps humain. 4<sup>ème</sup> Edition Américaine (p981-1015)
- [14] **TANGARAS**: Etude de tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Thèse médecine, Bamako 2008, p. 84 N° 143
- [15] **EMBERTON M., ANSON K.**: Acute urinary retention in men: an age old problem. BMJ 1999; 18(3): 921-92
- [16] **GRISEP., SIBET L.** Rétentions aiguës d'urine complètes. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Néphrologie-Urologie, 1996, 18-207-0-10
- [17] **ANONYME.**: 2<sup>ème</sup> conférence de consensus thérapeutique anti-infectieuse; antibiothérapie des infections urinaires: 16 novembre 1990. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (S.P.I.L.F.). Médecine et Maladies Infectieuses 1991; 21: 51
- [18] **DEBREB., TEYSSIER P.**: Traité d'urologie Editions Médicales Pierre Fabre. (Paris, France)
- [19] **LECHEVALIERE., DUSSOL B. ET BRETHE AND.** - Manifestations cliniques de la lithiase urinaire. - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Néphrologie urologie, 18-104-A-30, 1995, 6p.

[20] **ZAHIRIK.,BENGHANEMM.G.,HACHIMK.,FATIHIE.,RAMDANIB.,ZAIDD.:**Coliquenéphrétique:conduiteàtenir.MédecineduMaghreb2001;n085:4p

[21] **ANDERSONJB,WILLIAMSONRe.:**TesticulartorsioninBristol:a25-yearsreVlew.BrJSurg.1988;75(10):988-9

[22] **FOXMANB.,KELLYL.K.,BROWNP.D.:**AcutepyelonephrissinUShospitalsandin-hospitalmortality.AnnalsofEpidemiogy.2003;13(2):144-50

[23] **ROSTOKERG.,BENMAADIAETLAGRUEG.-**  
Infectionsurinaireshautes:pyélonéphrites-Editionstechniques-  
Encycl.Méd.Chir.(Paris,France),Néphrologie-Urologie,18070-A-10,1991,11p.

[24] **ADEHOSSIE.,RANQUES.,BROUQUIP.:**Letraitementdesprostatites.Larevue deMédecineInterne2002;23(12):999-100

[25] **BENGONOG.:**Capacitédemédecined'urgence:avenirdesurgencesenAfrique  
.Méd.Trop2002;62:275-277

[26] **MANGINPh.,FOURNIERG.-**Prostatites-  
Encycl.Méd.Chir.(Paris,France)Reins-organesgénito-urinaires,18520A-10,12-1988,1

[27] **NICOLASM.**Traitementdesprostatitesaiguës.Progrèsenurologie,1999;(9):1130-1131.

[28] **DELAVIERED.,FOURNIERG.,etMANGINP.:**Orchi-Epididymites-  
EditionsTechniques-  
Encycl.Méd.Chir.(Paris,France),NéphrologieUrologie,1992,18635A-10,11p

[29] **HUBERT.J.,FOURNIERG.,MANGINP.,PUNGA-MAOLEM.:**Gangrènedesorganesgénitauxexternes.Progrèsenurologie,1995;(5):911-9

- [30] **MEURIOTN.T.,POUCHJ.L.:**Pathologiesintlammatoiredusrotum.-  
Encycl.Méd.Chir.,Paris,ReinsOrganesgénito-urinaires,18647A-10,3-1984
- [31] **BEAUFILSM.:**Sémiologierénale.EncycL.Méd.Chir.Reins-  
organesgénitourinaires,1983,18026C-10
- [32] **BENCHEKRÛUNA.,LACHKARA.,SÛUMANAM.,FARIHH.,BELANE  
CHZ.,MARZOUKM.,FAIKM.:**Lestraumatismesdel'uretère.Aproposde42cas.A  
nn.Vrol.,1997;31(5):267-2
- [33] **KRIDM.,BAHLOULA.,ELHADDADN.,TRIFAM.,MOSBAHA.F.,MHI  
RIMooN.:**Lestraumatismesdureinchezl'enfant.Aproposde65cas.Ann.Vrai.,1997;  
31(5):259-2
- [34] **MHIRIM.N.,TRIFAM.,BAHLOULA.,HADIJIS.,BEYROUTIM.I.:**Cont  
usionrénaleetaccidentsdelavoiepublique.Aproposd'uneexpériencetunisienne.Ann  
.Urol.,1997;31(5):243-2
- [35] **SCHMIDLINF.R.,ROHNER.S.,HADAYAK.,ISELINC.E.,VERMEULE  
NB.,KHANH.,FRSHADM.,NIEDERERP.,GRABERP.:**Letraitementconserva  
teurdutraumatisméréalmajeur.Ann.Vrol.,1997;31(5):246-2
- [36] **TAZIK.,FASSIELJ.,SADIQA,KARMOUNIT.,KOUTANIA,IBENATT  
YAA,HACHIMIM.,LAKRISSAA:**Lestraumatismesrénauxmajeurs:àproposde1  
8cas.Ann.Uro/~2000;34:249-25
- [37] **WESSELSH.,SUHD.,PORTERJR.,RIVARAF.,MACKENZIEEJ.,JUR  
KOVICHNATHENSA.B.:**RenalinjuryandoperativemanagementinUnitedStates.  
Resultsofapopulation-basedstudy.Trauma.2003;54(3):423-43
- [38] **BOUCHOTO.,GUILLONNEAU8.,KARAMG.,LENORMANDL.,BUZ  
ELINJ.M.,AUVIGNEJ.:**Lestraumatismesdel'urètrepostérieur:Aproposdecinqua  
nteseptpatientsàl'exclusiondestraumatismesiatirogènes.Ann.Urol.1989;23(3):220-  
2

**[39] CORMIERL.,TRACKOENG.,FOURNIERG.,etHUBERTJ.:**Les Traumatismes de l'urètre postérieur. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Néphrologie-Urologie, 1996, 18-340-A10, 1

**[40] FAUREG.,DAVINJ.L.,RAMBEAUDJ.1.,REVOLM.:**Ruptures récentes de l'urètre. De leur diagnostic à leur traitement. Journal d'Urologie 1984;90(3):187-1

**[41] RIDOUXG.,LOBEL8.:**Les ruptures de l'urètre membraneux. A propos de 25 cas. Ann. VraL., 1983;17(2):125-128

**[42] SARKISP.,DELMASV.,KOBLINSKYM.,etBOCCON-GIBODL.**Traumatismes de l'urètre antérieur. -Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Néphrologie-Urologie, 18-330-A-10, 1993,

**[43] VIVILLECh.,WELTZER1.,BITARS.,DePETRICONIR.:**Quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement d'urgence des ruptures traumatiques de l'urètre masculin dans les fractures du bassin: A propos de 14 observations. Journal d'Urologie, 1984;90(3):181-1

**[44] DESCOTTESJ.L.,COQUILHATP.,MICHELA.ETRAMBEAUDJ.-L.-**Traumatismes des bourses- Edition techniques. Encycl. Méd. chir. (Paris, France), Néphrologieurologie 18-625-A-10, 1995,

**[45] BENNANIS.,MHRINIELM.,MEZIANEF.,BENJELLOUNS.:**La rupture traumatique du corps caverneux. A propos de vingt-cinq cas et revue de la littérature. Ann. Urol., 1992;26(6-7):355-3

**[46] SYYLAC.,BAM.,NDOYEA,FALLP.A.,THIAMO.,BOBODIALLOA,GUEYES.M.,DIAGNEB.A:**Urgences péniennes. Ann. Vrol. 2000;34:20

**[47] KIRSH-NOIRF.,MOUREYE.ETHUBERTJ.:**Phimosis- Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Néphrologieurologie, 18-373-A-10 1996,

**[48] ANDERSONJB,WILLIAMSONRe.:**TesticulartorsioninBristol:a25-  
yearsreVlew.BrJSurg.1988;75(10):988-9

**[49] RAMBEAUDJ.1.ETDESCOTTESI-L.-**

Torsionducordonspermatiqueetdesannexes.-

Editionstechniques.Encycl.Méd.Chir.(Paris,France),Néphrologieurologie,18622  
A-10,1991,

**[50] DAWAMD.,KALAYIG.D.,OSUIDEJ.A.,MUHAMMAD1.,GARGS.K.:**  
HaematuriaïnAfrica:isthepatternchanging?BJUinternational2001;8,(4):

**[51] ELANDLA.,VANDERLEIJ.,STICKERB.Re.AndSTURKENBOOMM.  
le.M.**Incidenceofpriapisingeneralpopulation.Urology2001;57(5):970-9

**[52] LATOUNDJIS.,AHLONSOG.M.,ANANIL.,ZOHOUN1.:**Priapismedrép  
anocyttaire.Médecined'AfriqueNoire,1992;39(2):123-1

**[53] RUDELLEE.,BITKERM.-**

**O.,SAADH.,CHATELAINC.:**PriapismeEditionstechniques.-

Encycl.Méd.Chir.(Paris,France)Néphrologie-urologie,18-350-A-IO,1993,

**[54] A.BoboDiallo,I.Bah,T.M.O.Diallo,O.R.Bah,B.Amougou,M.D.Bah,S.Gui  
rassy,M.BoboDiallo-**

LeprofildesurgencesurologiquesauCHUdeConakry,Guinée.Serviced'urologie-  
andrologie,hôpitalIgnace-Deen,CHUdeConakry,BP615,Conakry,Guinée-

Progrèsenurologie(2010)20,214—218

**[55] B.Fall,B.Diao,P.A.Fall,Y.Diallo,Y.Sow,A.A.M.Ondongo,M.Diagana,A.  
K.Ndoye,M.Ba,B.A.Diagne-**

LesurgencesurologiquesenmilieuhospitalieruniversitaireàDakar:aspectsépidémio  
logiques,cliniquesetthérapeutiques ;Serviced'urologie-andrologie,CHUAristide-  
Le-Dantec,B.P.35354Colobane,Dakar,SénégalProgrèsenurologie(2008)18,650—  
653

**[56] ThomasK,OadesG,Taylor-**

**HayC,KirbyRS.**Acuteurinaryretention:whatistheimpact'sonpatientqualityoflife?  
BJUInt2005;95:72—6.

**[57]KONATEID. :EPIDEMIOLOGIEDESINTERVENTIONSCHIRURGICAL  
ESUROLOGIQUESAUCENTREDESANTEDEREFERENCEDELACOMMU  
NEVIDUDISTRICTDEBAMAKO/Thèsemédecine 12-M-22593P**

**[58] DARAElói:**Pathologieschirurgicalesdel'appareilurinaireen2008auservicede  
chirurgie"B"duCHUduPointG.ThèsemédecineBamako.08-M-490;»48P

**[59] MINISTEREDELASANTEDELASOLIDARITEETDESPERSONNES  
AGEES,**Enquêtedémographiquedesante1995-  
1996.Celluledeplanificationetdestatistique.Directionnationaledestatistiqueetdel'i  
nformation

**[60] BAGAYOKOS:**Etudecomparativedupoidsdel'adénomedelaprostateavantet  
après l'adénomectomieà l'hôpitaldeSikasso.ThèsedesMédecine,10-M-464.

**[61] TRAOREB:**EtudedespathologiesurinaireschirurgicalesauCentredesantéde  
RéférencedeNiono.ThèsedesMédecine,10-M-393.

**[62] -**

**SANOGOBAKARYGNIRE:**Etudeepidemiocliniquedel'adénomedelaprostatesu  
rterraindiabétiqueauserviced'urologiedel'HPG.ThèseMed.Bamako,2005

**[63] WALIGORAJ:**Explorationdelaprostate.EMC(Paris)ReinsOrganesgénito-  
urinaires,18500B10,7,1982.

**[64] FallB,DiaoB,FallPA,DialloY,SowY,OndongoAAM,etal.**Lesurgencesurol  
ogiquesenmilieuhospitalieruniversitaireàDakar:aspectsépidémiologiques,cliniqu  
esethérapeutiques.ProgUrol2008;18:650—3

**[65] IkuerowoSO,OgunadeAA,OgunlowoTO,UzodimmaCC,EshoJO.**TheburdenofprolongedindwellingcatheterafteracuteurinaryretentioninIkeja-Lagos,Nigeria.BMJ2007;7:16.

**[66]NdemangaKamouneJ,GaudeuilleA,DouiDoumgbA,OuamaleJ,NaissemA.**Larétentionaiguëd'urine.BeninMed2002;20:29—31.

**[67] DialloAB,BahI,BarryM,BahOR,Baldés,SowKB,etal.**Lafistulepénienneapèsrèscirconcision.Àproposde22cas.AfrJUrol2006;12(3):152—5.

**[68] DialloAB,TouréBM,CamaraC,BarryM,BahI,KeitaM,etal.**Lesaccidentsdelacirconcision:aspectsanatomocliniquesetthérapeutiquesauCHUdeConakry,Guinée.Àproposde44cas.Andrologie2008;18(1):10—6.

**[69] TAPILYDRAMANE** :Etudeépidémiologique,cliniqueetthérapeutiquedesurgencesurologiquesauCentredeSantédeRéférencedeMarkala.ThèsemédecineFMO SdeBamako2022p :101.

**[70] FallB,DiaoB,FallPA,DialloY,SowY,OndongoAAMetal.**lesurgencesurologiquesenmilieuhospitaliersuniversitaireàDakar :aspectsépidémiologiques,cliniquesetthérapeutiques.ProgUrol2008 ;18 :650-3.



**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

**X. FICHED'ENQUETE**

**Données administratives:**

1-Numérodela fiche \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2-NuméroDossierdumalade \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3-NometPrénom \_\_\_\_\_

4-Age \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ ans

5-Sexe :a)M  b)F

6-Datedeconsultation : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

7-Résidence :a)Bamako  b)Autres à préciser : \_\_\_\_\_

8-Résidencehabituelle : \_\_\_\_\_

9-Nationalité :a)Malienn  b)Autres à préciser : \_\_\_\_\_

10-Ethnie :

- a) Sarakolé  b)Dogon  c)Miniaka  d)Bambara  e)Sonrhäï f)Bozo  
g)Malinké  h)Bobo  i)Touareg  j)Peuhl k)Sénoufo  l)Autres

11-Principaleactivité :

- a) Primaire  b)Commerçant  c)Ménagère  d)Cadremoyen e)Cultivateur  
 f)Autres  g)Elève  h)Maind'œuvre  
i)autres à Préciser:.....

12-Dated'entrée \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

13-Dated'hospitalisation \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

14-Durée d'hospitalisation \_\_\_\_\_ jours

15-Datedesortie \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Motifde Consultation :**

1. Douleur(Siège) :

- a) Fosselombaire  b)Suspubienne  c)Autres  d)Rétentionaiguë d'urines   
e)Hématurie  f)Autres à préciser : \_\_\_\_\_

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

**Caractères de la douleur :**

2. Le début :

a) Brutal  b) Progressif

3. Type de la douleur :

a) Brûlure  b) Piqûre  c) Torsion  d) Pesanteur  e) Autres

4. Irradiation :

a) Fixe  b) Pelvienne  c) Organes génitaux  d) Autres

5. Intensité :

a) Faible  b) Modérée  c) Intense  d) Très intense  e) Inderm

6. Périodicité :

a) Permanente  b) Intermittente  c) Inderm

7. Facteurs aggravants :

a) Spontanée  b) Mouvement  c) Autres

8. Facteurs améliorants :

a) Repos  b) Médicaments  c) Aucun  d) Autres

9. Evolution :

a) 0-5j  b) 6-10j  c) 11-15j  d) ≥15j

**Signes d'accompagnements**

1. Digestif :

a) Nausée  b) Vomissement  c) Autres

2. Urinaire :

a) Dysurie  b) Brûlure mictionnelle  c) Hématurie  d) Autres

3. Gynécologie :

a) Leucorrhée  b) Métrorragie  c) Avortement  d) Accouchement   
e) Autres

4. Autres Signes :

a) Fièvre  b) Frisson  c) Sueur froide  d) Autres

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

**Traitement reçu avant l'arrivée à l'hôpital**

1. Médical : a) Oui  b) Non
2. Prescription :
  - a) Antalgique  b) Antibiotique  c) Anti-inflammatoire  d) Soluté
  - e) Quinimax  f) Inderm  g) Autres  h) Aucun
3. Effets du traitement :
  - a) Diminution de la douleur  b) Disparition de la douleur  c) Aucun
4. Traditionnel : a) Oui  b) Non
5. Effets du traitement :
  - a) Diminution de la douleur  b) Disparition de la douleur  c) Aucun
  - d) Antécédents
6. Antécédents médicaux :
  - a) Bilharziose  b) HTA  c) Asthme  d) Drépanocytose  e) Ulcère gastro-duodénal  f) Diabète  g) Autres
7. Antécédents chirurgicaux \_\_\_\_\_
8. Antécédents gynéco-obstétricaux :
  - a) Gestation  b) Parité  c) Avortement  d) vivant
  - e) Accouchement voie basse  f) Césarienne  g) Aucun

**EXAMEN CLINIQUE**

**SIGNES GENERAUX**

1. Conjonctives :
  - a) Colorées  b) Pâles  c) Ictère
2. Température :
  - a) Normale  b) Hyperthermie  c) Hypothermie
3. Pouls :
  - a) Normal  b) Tachycardie  c) Bradycardie
4. TA en mmHg :

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

**SIGNES PHYSIQUES**

1. Inspection :

a) Abdomen respire  b) Voussures sus-pubienne  c) Autres

2. Palpation :

a. Défense abdominale : Oui  Non

b. Contracture abdominale : Oui  Non

c. Douleur :

1- Fosse lombaire  2- Pelvien  3- Généralisé  4- Autres

3. Percussion :

a) Normale  b) Matité  c) Tympanisme  d) Autres

4. Toucher rectal :

a) Prostate normale  b) Prostate augmentée de volume

c) Bombement du Douglas  d) Douglas douloureux

e) Douglas non douloureux  f) Autres

5. Toucher vaginal :

a) Douglas douloureux  b) Douglas non douloureux  c) Autres

6. Hypothèses diagnostiques :

a) Adénome de la prostate  b) Lithiase (rénale, urétérale, vésicale)

c) Rétrécissement (urétérale, urétrale)  d) Kyste du cordon spermatique

e) hydrocèle  f) tumeur (testiculaire, vésicale)  g) Autres

**C-EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

1. NFS : a) Normal  b) Anomalie

2. Echographie : a) Normal  b) Anomalie

3. ASP : a) Normal  b) Anomalie

4. UIV : a) Normal  b) Anomalie

5. UCR : a) Normale  b) Anomalie

6. Examens parasitologiques des selles : a) Normal  b) anomalie

**LES URGENCES UROLOGIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI  
(CSREF CVI)**

7. Diagnosticpréopératoire : \_\_\_\_\_

8. Diagnosticpost-opératoire : \_\_\_\_\_

**D-TRAITEMENT**

1. Médical :a)Ouib)Non

2. Chirurgical :a)Ouib)Non

3. Typed'intervention : \_\_\_\_\_

4. Suitesopératoires :

a) Simplesb)Abcèspariétalec)Péritonited)Septicémiee)Eventration  
f)Eviscérationg)Décèsh)Autres

5. Duréed'hospitalisation :

a) J0-J3b)J4-J7c)J8-J10d)SupàJ10