

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

===== [] =====



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° / ___ /

**Pathologies chirurgicales de l'appareil
urinaire dans le service de chirurgie «B»
du CHU du Point G Bamako.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie par

Mr Apérou dit Eloi Dara

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

Jury:

Président : **Pr. SISSOKO Filifing**

Membres : **Dr Zanafon Ouattara**

Dr Birama Togola

Directeur : **Pr. Abdoul Kader Traoré dit Diop.**

Dédicaces

A mon père : Ogobara Dara dit Benoît

A mes mères : Monique Dougnon(meilleure santé),
Yakougnon Dara, Amsatou Ongoiba, Fati Guindo

A mes frères et sœurs : Patrice, Fidèle, Marc, Albert
†(dort en paix),Thérèse, Philippe, Paul, Delphine, Catherine,
Joseph, Marie, Martine, Claire, Clément, Mathieu, David,
Hélène, Yassiguè, Evéloume, Amakegara, Michel, Moise,
Emmanuel, Fleming†(dort en paix), Dieu Donné

Remerciements

Je remercie sincèrement :

_ mes oncles et tantes

_ mes cousins et cousines

_ les familles Doumbo et Dara à Bordeaux et Paris pour le soutien indéfectible

_ mes amies et frères Hamidou Niangaly et Aly Bamadio

_ mes amies et compagnons : Dr Etienne Togo, Mamadou Doumbéré, Dr Etienne Guirou, Dr Youssouf Niangaly, Victor Dara, Sidiki A, Dr Sidiki B, Abdias, Dr Be Sao, Dr Séyba Kané, Dr S. Balam, Dr Sory, Dr Yaya, Dr Dramé, B Coulibali

_ à mes amies et compagnons du village du point G : Gladis, Fanta, Larissa, Moussa Traoré

_ à mes amies et compagnons de Sénou : Dr Diarra, Dr Mariko, Keita, Togo, Koniba, Ablo

_ à tous mes professeurs du primaire à la faculté

_ mes frères et sœurs du Gina dogon de la faculté

_ au Pr Fillifing Sissoko

_ au Dr Béréte

_ à tous mes aînés du service : Dr Salif, Dr Timbiné, Dr Tchacko, Dr Aly, Dr Siaka, Dr Papa Cheick, Dr Mama Dembéle

_ mes collègues étudiants hospitaliers de la chirurgie «B » pour la confiance en me désignant comme responsable et pour la bonne collaboration

_ mon très chère compagnons de lutte Sény Kanta

_ tout le personnel de la chirurgie « B »

HOMMAGES AUX JURY

A notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le **Professeur Filifing SISSOKO**, Maître de conférence en chirurgie générale à la FMPOS, Praticien hospitalier dans le service de Chirurgie « B » au CHU du Point-G.

Nous avons été très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré les multiples sollicitations dont vous faites l'objet. C'est un témoignage de plus de vos qualités d'homme de sacrifice qui nous a frappé durant nos études de médecine et surtout pendant nos séjours dans votre service.

Votre sens aigu de la clinique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre habilité technique font de vous un Maître idéal qui a marqué de son sceau le service de chirurgie « A » mais aussi la chirurgie « B ». Cher Maître, veuillez accepter l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Monsieur le **Professeur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP,**

Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMPOS,

Praticien hospitalier dans le service de chirurgie B du CHU du Point-G,

Ancien Député à l'Assemblée nationale du Mali,

Auteur de plusieurs livres, revues, magazine et conte, ce qui fait de vous un Homme de sciences, de culture, d'homme social, bref modèle du savant contemporain. Vous nous avez fasciné par votre simplicité et votre pédagogie de clarté exceptionnelle. C'est un grand honneur que vous nous avez accordé en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail.

Cher Maître, nous avons beaucoup appris avec vous tant sur le plan clinique, thérapeutique que sur le plan social.

Votre exceptionnelle disponibilité pour tous ceux qui vous sollicitent fait également de vous un Maître exceptionnel auquel nous aimerions tant ressembler.

Nous ne pouvons en si peu de lignes vous exprimer tout notre sentiment de gratitude et de respect que nous éprouvons pour vous.

Merci de nous accepter dans votre école.

Qu'allah l'Omniscient vous accorde santé et longévité. Amen !!!

A notre maître et juge,

Monsieur le **Dr Birama TOGOLA,**

Spécialiste en chirurgie générale,

Praticien hospitalier au CHU du point « G »,

Assistant au service de chirurgie « B »,

Enseignant d'anatomie et de pathologie chirurgicale à l'EFS (Ecole de formation sanitaire,

Cher maître, vous nous avez entièrement honoré en acceptant spontanément de juger ce travail.

Honorable maître, nous avons été impressionnés par votre rigueur scientifique et votre sens du devoir bien accompli.

Nous vous prions cher maître, de croire à l'expression de toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

A notre maître et juge,

Monsieur le **Dr Zanafon Ouattara,**

Chirurgien Urologue-Andrologue à HGT,

Assistant chef clinique d'urologie à la FMPOS,

Chef de service d'urologie de l'HGT.

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail, votre rigueur dans le travail, vos qualités scientifiques et votre talent nous ont beaucoup impressionné.

Votre égalité d'humeur, votre bon sens, votre esprit critique et la qualité de vos jugements nous ont permis de comprendre que vous portez un grand intérêt à ce travail.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde considération.

Abréviation

ASP= Abdomen sans préparation

ATCD= Antécédent

DFD= Douleur flanc droit

DFG= Douleur flanc gauche

DFID= Douleur fosse iliaque droite

DFIG= Douleur fosse iliaque gauche

DHD= Douleur hypochondre droit

DHG= douleur hypochondre gauche

ECBU= examen cytobactériologique des urines

Eff= Effectif

FMPOS= Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

HTA= Hypertension artérielle

IST= infection sexuellement transmissible

MLAD= Masse lombo abdominale droite

MLAG= Masse lombo abdominale gauche

TR= Toucher rectal

UIV= Urographie intraveineuse

SOMMAIRE

CHAPITRES.....	PAGES
Introduction et Objectifs.....	1
Généralités.....	3
Matériel et méthode.....	15
Résultats.....	19
Commentaires et discussions.....	39
Conclusion.....	43
Recommandations.....	44
Références bibliographiques.....	45
Annexes.....	49

1- Introduction :

L'appareil urinaire est l'ensemble des organes qui élaborent l'urine et l'évacuent hors du corps [1].

Les pathologies peuvent intéresser soit les reins, soit le système de canalisation. Ces pathologies de par leurs étiologies multiples, acquises ou congénitales, se rencontrent à tous les âges. De nos jours il existe assez de moyens diagnostiques de ces affections. Le traitement de ces pathologies urologiques peut être médical ou chirurgical. Le traitement chirurgical peut intéresser quelques pathologies :

-adénome de la prostate, appelé communément hypertrophie bénigne prostatique. Selon l'étude de BOLEZOGOLA l'adénomectomie prostatique occupe 49,19 % de l'activité chirurgicale dans le service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré [2]

-les lithiases urinaires, définies comme le résultat d'une précipitation anormale à l'intérieur du tractus urinaire. L'étude de DEMBELE [3] a montré dans le service d'urologie de l'hôpital du point G que les lithiases occupent 7,06% des activités opératoires [3]. Selon JUNGERS la lithiase urinaire est une pathologie fréquente qui touche, selon les pays de 4% à 20% de la population [22]

-l'hydrocèle, se définit comme une accumulation de liquide séreux dans la tunique vaginale ou dans les enveloppes du testicule ou dans l'enveloppe du cordon spermatique [4]. La prévalence est estimée à 1% chez l'homme adulte aux Etats-Unis [5]. Au Mali selon KAMPO les hydrocèles ont représenté en moyenne 1,1% de l'ensemble des consultations de la chirurgie «B» pendant 20 ans [6].

-la cystocèle, c'est la descente de la vessie sur le vagin. D'après une étude éthiopienne le prolapsus génital représente 19,9% de l'ensemble des opérations gynécologiques [7]. Au Mali SIDIBE a trouvé une fréquence de 1,04% à l'hôpital du point G en 1998 [8].

-les cancers du rein, sont des proliférations de cellules anormales ressemblant plus ou moins au tissu initial. BALLO dans une série de 950 patients opérés, rapportait 24 cas de néphrectomie dans le service d'urologie de l'hôpital du point « G » [9]. Les tumeurs malignes du rein représentaient 1,74% de l'ensemble des cancers diagnostiqués dans les formations sanitaires à Yaoundé (Cameroun) [23].

-les cancers de la vessie, sont des proliférations de cellules anormales ressemblant plus ou moins au tissu initial. Théodore en 2004 a trouvé 5,64% de tumeur de la

vessie sur l'ensemble des malades hospitalisés dans le service d'urologie au point « G » [10]. En France le cancer de la vessie représentait 3,3% de l'ensemble des cancers en 2000 [21].

-autres : calcifications vésicales, sténoses bilharziennes urétérales, tumeur de testicule, gangrène de Fournier, kyste testiculaire, hypospadias, ectopie testiculaire, etc....

L'intérêt de l'étude des pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire est que :

~ Le Mali est un pays où la bilharziose urinaire est un problème majeur de santé publique [11] et dont les conséquences sur l'arbre urinaire sont importantes [12]

~ L'hypertrophie bénigne de la prostate est très nettement fonction de l'âge, environ 80% des plus de 80 ans ont une HBP et 25% des plus de 60 ans doivent subir une intervention [24].

~ Les pathologies graves en particulier les cancers (rein, vessie, prostate) sont responsables le plus souvent de l'insuffisance rénale chronique.

La chirurgie « B » est un service de chirurgie générale à tendance digestive, endocrinienne, et vasculaire ; *mais* prend aussi en charge des cas d'urologie. Le traitement chirurgical des pathologies urinaires bien que faisant partie de l'activité de la chirurgie « B » n'a fait l'objet d'aucune étude. Le choix de ce sujet a pour but de combler ce vide.

Objectifs :

Objectif général :

Etudier les pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire dans le service de chirurgie «B » de l'hôpital du point « G ».

Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des affections chirurgicales de l'appareil urinaire opérées dans le service
- Décrire les modalités thérapeutiques de ces pathologies
- Décrire les suites opératoires

2-GENERALITES :

2.1. Rappel embryologique du système uro-génital [13, 14,15]

Le rappel du développement embryonnaire normal est indispensable à la bonne compréhension des anomalies qui peuvent survenir à son niveau durant la vie foétale.

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 para axial ;
- le mésoblaste intermédiaire ;
- le mésoblaste latéral.

Le mésoblaste intermédiaire qui 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 uro-génital. A partir de ce mésoblaste intermédiaire, trois structures rénales se mettent en place suivant une succession cranio-caudale ; ce sont respectivement : le pronéphros, le mésonéphros, le métanéphros.

2.1.1. 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.

2.1.2. Le mésonéphros encore appelé corps de Wolff.

Le mésonéphros 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 mésonéphros. 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 pronephrotique. On parle à ce moment du canal mésonéphrotique ou canal de Wolff. 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 quant à eux proviennent de la crête génitale ou crête gonadique apparue à la quatrième semaine entre le mésonéphros et le mésentère dorsal.

2.1.3. Le métanéphros ou rein définitif.

En même temps qu'a lieu la régression de l'appareil mésonéphrotique, le métanéphros encore appelé rein définitif apparaît. D'abord lombo-sacré, il devient lombaire para vertébral par la suite.

Le bourgeon urétéral apparu à la fin de la quatrième semaine se développe en direction dorso-craniale et pénètre dans le blastème métanéphrogène. L'extrémité distale du bourgeon enveloppée par le blastème métanéphrogène se divise 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 uro-génital 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 s'aboucher 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 bassinnet, aux calices et aux tubules rénaux.

Le sinus uro-génital quant à lui laisse distinguer 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 ;
- la troisième portion ou encore partie pelvienne du sinus uro-génital donnera quant à elle l'urètre pénien chez le garçon et chez la fille une petite portion de l'urètre et le vestibule.

Tableau I: Développement du système uro-génital [15].

Semaines	Appareil urinaire	Appareil génital
3	Mésoblaste intermédiaire	Mésoblaste intermédiaire
4	Blastèmes métanéphrotiques et bourgeons urétiques	Induction crêtes génitales
5	Bifurcation bourgeon urétique	
6	Formation des calices rénaux majeurs	Formation cordons sexuels
7	Formation des calices rénaux mineurs	Formation utérus, vagin
12		Testicules dans le canal inguinal la prostate, la vésicule séminale et glandes bulbo-urétrales se développent
16	Différenciation des vésicules en néphrons	
20	La surface du rein présente des lobes	
32		Les testicules descendent dans le scrotum
38	Le système des tubes collecteur se complète	

2.2. Rappel anatomique du système uro-génital [16,17]

2.2.1. L'appareil urinaire :

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.

2.2.1.1. Le haut appareil urinaire :

2.2.1.1.1. 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 6cm de large et 3 cm d'épaisseur et pesant chacun 150g environ.

Ils sont rétro péritonéaux, thoraco-abdominaux et symétriques, le rein droit étant légèrement plus bas que le rein gauche.

Chaque rein ouvert en deux présente à décrire un parenchyme périphérique et une cavité centrale. Le parenchyme rénal est composé de centaines de milliers de petits tubes urinifères 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 à trois calices majeurs (supérieur, moyen et inférieur). Chaque calice majeur résulte de la réunion de plusieurs calices mineurs.

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

2.2.1.1.2. L'uretère :

Il constitue avec les calices et le bassinnet 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 péritonéale dans sa portion pelvienne où il se termine dans la vessie par un court segment intra vésical.

Dans son ensemble, chaque uretère décrit un S dont la courbe inférieure, pelvienne, est la plus développée.

2.2.1.2. Le bas appareil urinaire :

2.2.1.2.1. 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 varie de 300 à 500cc. 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 détroisor. 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.

2.2.1.2.2. L'urètre :

C'est un conduit qui va du col vésical au méat urétral.

Chez l'homme, il décrit dans son ensemble un S italique formé de deux courbures à sens inverse dont une antérieure et l'autre postérieure et fixe. Il se subdivise 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 18cm.

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.

2.2.2. L'appareil génital :

Il se définit comme étant l'ensemble des organes qui contribuent à la reproduction.

2.2.2.1. 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).

2.2.2.1.1. Les testicules :

Ce sont des glandes sexuelles d'environ 20g contenues dans les bourses ou scrotum qui est 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 pelvienne 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 droit. Les enveloppes du testicule sont de dehors en dedans :

- la peau scrotale,
- le dartos,
- le crémaster,
- la fibreuse externe,
- la musculéuse,
- la fibreuse interne,
- la vaginale.

2.2.2.1.2. 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 que nous avons étudié précédemment.

La verge est flaccide en temps normal et mesure en moyenne 10 à 11cm de long. La portion terminale de la verge est renflée et forme le gland qui est recouvert d'une enveloppe cutané-muqueuse mobile appelée prépuce.

2.2.2.1.3. 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 intra prostatique de l'urètre.

2.2.2.1.3. La prostate :

C'est une glande d'environ 3 cm qui entoure la portion initiale de l'urètre et du sphincter urétral.

Elle a une forme conique et pèse 20g. Elle est placée dans la loge prostatique faite par les aponévroses et est traversée par les deux canaux éjaculateurs qui s'ouvrent dans l'urètre prostatique.

2.2.2.2. Chez la femme :

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

2.2.2.2.1. 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 long environ 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, rond, et utéro-sacrés.

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.

2.2.2.2.2. Les ovaires :

Ce sont deux glandes situées dans le pelvis, à sécrétion exocrine (ovogénèse) et endocrines (œstrogène et progestérone).

Ils ont la forme d'une amande de 3,5 cm de long, 2 cm de large et 1cm d'épaisseur. Les ovaires sont situés dans la cavité pelvienne en position intra-péritonéale, en arrière du ligament large au niveau du pavillon tubaire.

Les moyens de fixité 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 lombo-ovarien qui est constitué par un repli péritonéal et les vaisseaux ovariens.

2.2.2.2.3. 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 pourvu 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.

2.2.2.2.4. 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 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.

2.2.2.2.5. 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.

A la fin de ce rappel 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 uro-génital chez la femme contrairement à celui de l'homme chez qui le système urinaire et génital dans leur partie terminale se confond.

2.3. QUELQUE TRAITEMENT CHIRURGICAL CONCERNANT L'APPAREIL URINAIRE [18,19]

De nos jours les interventions urologiques sont surtout conservatrices et économes sauf dans les cas de cancers ou de perte fonctionnelle.

Au cours des dernières décennies, les incisions chirurgicales ont été modifiées en fonction de chaque approche. Chaque incision devient une variante adaptée au problème particulier du patient et destinée à fournir la meilleure visibilité pour la technique choisie. Une incision plus petite ne donne pas toujours les meilleures suites opérations.

2.3.1. Chirurgie du Rein

Les incisions en ont été considérablement modifiées depuis quelques années. On complète actuellement l'approche lombaire classique (Bergmann, Israël) par incision intercostale, l'incision lombodorsale (Simon), l'incision pararectale et l'incision transpéritonéale ou thoraco-abdominale pour une néphrectomie exigée par la présence d'une tumeur. L'occlusion primaire des vaisseaux et la résection concomitante des ganglions lymphatiques dans le cas d'un cancer posent souvent l'indication d'une incision transabdominale ou thoraco-abdominale.

Les interventions sur le pôle supérieur du rein ou sur la glande surrénale sont mieux réalisées grâce à une incision intercostale qui passe entre la 11^{ème} et 12^{ème} côte ou plus haut. Dans les cas d'interventions plus limitées telles que l'ablation d'un calcul du bassinet, des incisions plus petites (incision lombodorsale) sont moins coûteuses pour les muscles.

2.3.1.1. Néphrectomie :

Son indication est posée par la destruction d'un rein ou par la présence d'un cancer du rein. Dans ce dernier cas il faut d'abord procéder à l'obturation des vaisseaux et à un curage ganglionnaire. L'urétéronéphrectomie est indiquée dans le cas d'une tuberculose, de duplications non fonctionnelles et de cancers de l'épithélium de transition, du bassinet et de l'uretère. On réalise alors l'exérèse du rein avec la totalité de son uretère et un manchon vésical. L'incapacité qui suit une néphrectomie dépend de la valeur du rein restant et des séquelles : on considère en général qu'elle est de 30% si le rein restant est sain.

2.3.1.2. Héminephrectomie et résection partielle du rein :

Une héminephrectomie représente la résection d'une moitié du rein comme dans le cas d'une duplication rénale. La néphrectomie polaire procède à la résection d'un pôle du rein tout en conservant le reste du parenchyme (dans le cas d'un amas de calculs situés au niveau du pôle inférieur par exemple).

2.3.1.3. Pyélotomie, néphrotomie, néphrostomie :

On procède généralement à l'ouverture du bassinet (pyélotomie) pour en retirer un calcul. Une néphrotomie consiste à ouvrir la cavité pyélocalicielle à travers le parenchyme rénal pour en extraire directement un calcul.

La pyélotomie implique l'incision du bassinet entre deux sutures d'appui. On fixe l'uretère avec des lacs et on maintient le parenchyme rénal avec un écarteur de Love. Il est parfois nécessaire d'assurer le drainage de l'urine en créant une fistule, c'est-à-dire en abouchant le bassinet à la peau à travers le parenchyme rénal : c'est la néphrostomie. Après avoir incisé le bassinet on pousse une pince à calcul à partir de la cavité pyélocalicielle à travers une mine bande de parenchyme rénal jusqu'à la peau. On introduit entre les mors de la pince un cathéter qui est attiré jusque dans le bassinet et qu'on fixe au niveau de la peau par des fils transfixiants.

2.3.1.4. Pyéloplastie :

Pour lever une obstruction située à la jonction pyélo-urétérale, on procède à l'excision de la portion sténosée que l'on remplace en anastomosant l'uretère avec la partie restante du bassinet.

2.3.2. Chirurgie de l'uretère :

L'intervention la plus courante est l'ablation de calculs. Dans de bonnes conditions l'extraction à la sonde lasso peut parfaitement réussir : on pousse le panier rétractable au-delà du calcul en le plaçant de façon à pouvoir le retirer ensuite : les ondes péristaltiques s'ajoutent à la traction pour provoquer la dilatation de l'uretère et l'expulsion du calcul se fait au bout de quelques jours. Une anesthésie permet d'exercer une traction suffisante pour extraire immédiatement le calcul.

L'extraction chirurgicale à ciel ouvert d'un calcul urétéral exige l'incision de l'uretère, l'ablation du calcul et la fermeture en surjet continu de l'uretère.

Plusieurs interventions ont été préconisées pour le traitement chirurgical du reflux vésico-urétéral. Elles relèvent toutes du même principe qui est la création d'un tunnel sous-muqueux destiné à l'uretère qui sera alors comprimé par la pression intravésicale, ce qui antagonisera le reflux : les opérations de Politano-Leadbetter, de Glenn-Anderson et de Lich-Gregoir sont basées sur ce principe. Les deux premières mobilisent l'uretère à travers la vessie une fois ouverte et le font passer dans un tunnel sous-muqueux suffisamment long. L'opération de Lich-Gregoir reste extra-vésicale : on incise le muscle vésical jusqu'à la sous-muqueuse pour y enfouir l'uretère par un surjet continu. La technique du lambeau vésical (opération de Boari) consiste à remplacer l'uretère terminal par un lambeau vésical pédiculé et tubulé.

Lorsqu'on a procédé à l'exérèse de la vessie il est indispensable d'établir une dérivation de l'urine dans une anse intestinale dans laquelle on abouche l'uretère.

2.3.3. Chirurgie de la vessie et de la prostate :

Les interventions sur la prostate consistent généralement à pratiquer l'exérèse d'un adénome intraprostatique : la glande en elle-même n'est pas réséquée. On utilise différentes techniques :

- prostatectomie transvésicale ;
- prostatectomie suspubienne ;
- prostatectomie périnéale ;
- prostatectomie par électrocoagulation.

En principes toutes ces techniques sont également valables.

La prostatectomie totale réalise l'exérèse de toute la prostate avec sa capsule et les vésicules séminales. Elle est indiquée dans le cas d'un adénocarcinome aux stades B1 et B2.

La résection partielle de la vessie consiste à faire l'exérèse d'une partie de la paroi vésicale dans toute son épaisseur et à fermer la vessie dont on peut ensuite augmenter la capacité au moyen d'un segment d'intestin prélevé sur intestin grêle (enterocystoplastie).

Une cystectomie implique l'exérèse de toute la vessie suivie généralement par l'abouchement des uretères dans l'ampoule rectale au niveau de la jonction rectosigmoïdienne.

2.3.4. Interventions sur les organes génitaux externes

L'intervention la plus courante est la circoncision (posthectomie) qui procède à l'ablation du prépuce, en général pour libérer un phimosis.

S'il existe en même temps un rétrécissement du méat externe, on peut procéder à une incision du méat (méatotomie).

Certaines interventions de chirurgie plastique sur l'urètre ont été conçues pour réparer des malformations congénitales (hypospadias, épispadias) ou des rétrécissements urétraux. Le cancer pénien pose l'indication de l'amputation du pénis.

On réalise une vasectomie pour éviter une inflammation ou une infection de l'épididyme après une intervention sur la prostate ou pour procéder à une stérilisation élective.

Les interventions les plus importantes sur les testicules et les épидидymes sont la castration (exérèse des deux testicules), la cure d'une hydrocèle et l'orchidopexie qui fixe un testicule cryptorchide.

3. MATERIEL ET METHODES :

3.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective.

3.2. Période d'étude :

L'étude couvrait la période allant de janvier 1979 à décembre 2006, soit 27 ans.

3.3. Lieu d'étude :

Service de chirurgie B de l'hôpital du Point G.

3-1-Hôpital du Point G :

3-1-1- Présentation :

Situé sur une colline au nord de Bamako dont il porte le nom, d'accès relativement difficile, l'hôpital du point G reçoit des malades venant aussi bien de Bamako que du reste du pays.

Construit en 1906, c'est l'un des trois hôpitaux nationaux du Mali. Il se compose de :

- une administration générale
- un service de maintenance
- un plateau technique comprenant les services suivants :
 - . Laboratoire,
 - . Pharmacie hospitalière,
 - . Service d'imagerie et de médecine nucléaire.
- des services médicaux tels que :
 - .service de cardiologie A et B
 - .service de maladie infectieuse,
 - .service d'hémato-oncologie,
 - .service de médecine interne,
 - .service de rhumatologie,
 - .service de néphrologie et d'hémodialyse,
 - .service de neurologie,
 - .service de pneumo-phtisiologie,
 - .service de psychiatrie,
- des services de chirurgie tels que :
 - .Chirurgie A : chirurgie viscérale, thoracique et coelioscopie,
 - .chirurgie B : chirurgie viscérale vasculaire, et endocrinienne

- .service d'urologie,
- .service de gynéco obstétrique,
- .service d'anesthésie et de réanimation.
- morgue,
- l'hôpital possède également des logements pour certains cadres de l'hôpital

3.3.1.2. Mission :

- assurer la prise en charge des malades, des blessés, et des femmes enceintes.
- Participer à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

3.3.2. Notes sur le service de chirurgie B :

3.3.2.1. Présentation :

C'est un des services de chirurgie générale du point « G », spécialisé en chirurgie viscérale, vasculaire et endocrinienne comprenant 2 pavillons (chirurgie I et pavillon Dolo) ; il se compose de :

- un bureau pour le chef de service
- un bureau pour son adjoint
- 3 bureaux pour les 3 assistants
- une salle d'archive
- un secrétariat
- 2 bureaux pour les 2 majors
- 2 salles de garde pour les infirmiers
- 2 salles de garde pour les garçons de salle
- 2 salles de pansement
- une salle de garde pour les internes
- 11 salles d'hospitalisation réparties en 3 catégories :
 - .première : 2 lits par chambre climatisée avec une douche intérieure, située dans le pavillon Dolo,
 - .deuxième : 4 lits par chambre ventilée avec douche intérieure située également dans le pavillon Dolo
 - .troisième : 6 lits par chambre non ventilé avec douche externe commune.
- un bloc opératoire, situé dans un bâtiment comprenant toutes les salles d'opération du point G, se compose de:
 - .une salle d'attente pour les malades,

.une salle ou zone septique qui permet au personnel soignant de se laver les mains et de changer de tenue ou chaussure avant d'accéder à la salle d'opération,

.une salle d'opération de 24,15 mètres carré

3.3.2.2. Personnels du service de chirurgie B :

- un professeur titulaire
- un maître de conférence agrégé
- deux maîtres de conférence (dont un en anatomie et un en chirurgie générale)
- trois assistants
- une secrétaire
- six infirmiers dont deux majors
- trois infirmiers aides de bloc
- six techniciens de surface (garçons de salle)

A ceux-ci s'ajoutent les aides soignants et les internes de la FMPOS.

3.4. Population d'étude :

Notre étude a concerné tous les malades vus dans le service de chirurgie B pendant la période d'étude.

3.5. Echantillonnage :

3.5.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les patients :

- ayant consulté dans le service pour problème urinaire chez qui le diagnostic de pathologie urinaire chirurgicale a été posé
- ayant été opérés dans le service pour pathologie urinaire

2.5.2. Critères de non inclusion :

Ont été exclus de notre étude les patients :

- ayant consulté pour autres problèmes que urinaire,
- ayant consulté pour problème urinaire mais qui n'ont pas été opérés.

3.6. Déroulement de l'étude :

3.6.1. Elaboration de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs. Après correction par le directeur de thèse, elle a été soumise à un pré test sur 20 cas.

Cette fiche d'enquête comprend 3 parties:

- données sociodémographiques,
- données cliniques et para cliniques,
- données thérapeutiques.

3.6.2. Recrutement :

Nous avons recruté sur la base des dossiers les patients répondant à nos critères d'inclusion.

3.7. Saisie et analyse :

La saisie a été faite sur Microsoft Word et l'analyse des données sur le logiciel Epi info.

4-RESULTATS :

Tableau II : La fréquence des uropathies par rapport aux interventions chirurgicales dans le service :

Intervention	Effectif	Pourcentage
Pathologie urinaire	310	3,9
Autres interventions	7703	96,1
Total	8013	100

310, soit 3,9% des interventions concernaient des pathologies de l'appareil urinaire.

Tableau III : Répartition des malades selon le sexe :

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	247	79,7
Féminin	63	20,3
Total	310	100

Le sex ratio a été de 3,9 en faveur des hommes.

Tableau IV : Répartition des malades selon la tranche d'âge (en année) :

Tranche d'âge en année	Effectif	Pourcentage
1-19	39	12,6
20-39	88	28,4
40-59	95	30,6
60-79	84	27,1
>80	4	1,3
Total	310	100

L'âge moyen a été de **43,9±20** ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de **40-59** ans soit **30,6%**.

Tableau V : Répartition des malades selon les ethnies :

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	129	41,6
Peulh	51	16,5
Malinké	32	10,2
Sarakolé	31	9,9
Sonrhaï	12	3,9
Dogon	9	2,9
Bobo	8	2,6
Senoufo	8	2,6
Bozo	5	1,6
Autres	25	8,1
Total	310	100

Les Bambara ont représenté **41,6%** des patients.

Tableau VI : Répartition des malades selon l'année de l'opération :

année	Effectif	Pourcentage
1979	14	4,5
1980	7	2,3
1981	8	2,6
1982	9	2,9
1983	14	4,5
1984	9	2,9
1985	6	1,9
1986	6	1,9
1987	9	2,9
1988	9	2,9
1989	7	2,3
1990	11	3,5
1991	12	3,9
1992	14	4,5
1993	7	2,3
1994	3	1,0
1995	13	4,2
1996	11	3,5
1997	9	2,9
1998	11	3,5
1999	6	1,9
2000	8	2,6
2001	14	4,5
2002	11	3,5
2003	22	7,1
2004	17	5,5
2005	23	7,4
2006	20	6,5
Total	310	100

23 soit **7,4%** de nos malades ont été opérés en **2005**, avec une moyenne de **10,7±4** interventions par an.

Tableau VII Répartition des malades selon la principale occupation :

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	114	36,8
Ménagère	47	15,2
Cadre moyen	31	10,0
Elève/Etudiant	30	9,7
Commerçant	20	6,4
Ouvrier	19	6,1
Cadre supérieur	9	2,9
Autres	40	12,9
Total	310	100

114, soit 36,8% de nos patients étaient des cultivateurs.

Tableau VIII : Répartition des malades selon le statut matrimonial :

Statut	Effectif	Pourcentage
Célibataire	43	13,9
Marié (e)	228	73,5
Divorcé (e)	1	0,3
Veuf /Veuve	11	3,6
Enfant	27	8,7
Total	310	100

228, soit 73,5% de nos patients étaient mariés.

Tableau IX : Répartition des malades selon la résidence :

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	147	47,4
Kayes	28	9,0
Koulikoro	61	19,7
Sikasso	29	9,4
Ségou	30	9,7
Mopti	10	3,3
Tombouctou	2	0,6
Gao	2	0,6
Kidal	1	0,3
Total	310	100

147, soit 47,4% de nos patients résidaient à Bamako.

Tableau X Répartition selon la qualité du référant :

Référant	Effectif	Pourcentage
Médecin	45	14,5
Infirmier	70	22,6
Aide soignant	30	9,7
Venu de lui-même	165	53,2
Total	310	100

165, soit 53,2% de nos patients sont venus d'eux mêmes.

Tableau XI : Répartition des malades selon le motif de consultation :

Motif	Effectif	Pourcentage
Grosse bourse	100	32,3
Sensation de vidange vésicale incomplète	29	9,4
Dysurie	21	6,8
Rétention urinaire	19	6,1
Douleur lombaire	18	5,8
DFD	17	5,5
Pollakiurie	11	3,5
Hématurie	10	3,2
DFID	8	2,6
DFG	7	2,3
Association de signes	6	1,9
Incontinence urinaire	5	1,6
DFIG	5	1,6
MLAG	5	1,6
DHD	5	1,6
MLAD	3	1,0
DHG	1	0,3
Autres	40	12,9
Total	310	100

La **grosse bourse** a représenté **32,3%** de motif de consultation soit **100** malades.

Tableau XII : Répartition des malades selon le signe d'accompagnement à l'arrivée :

Signes d'accompagnement à l'arrivée	Effectif	Pourcentage
Fièvre	53	17,1
Brûlures mictionnelles	30	9,7
Vomissements	28	9,0
Céphalées	9	2,9
Vertiges	5	1,6
Asthénie	1	0,3
Pas de signe	184	59,4
Total	310	100

La fièvre a été retrouvée chez 17,1% de nos patients.

Tableau XIII : Répartition des malades selon l'existence ou non d'un traitement antérieur :

Traitement avant consultation	Effectif	Pourcentage
Traité	166	53,5
Non traité	144	46,5
Total	310	100

166, soit 53,5% de nos patients avaient reçu un traitement avant la consultation dans notre service.

Tableau XIV : Répartition des malades selon le type de traitement effectué avant consultation :

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Traditionnel	30	18,1
Moderne	136	81,9
Total	166	100

136, soit 81,9% de nos patients traités avant l'hôpital avaient fait un **traitement moderne**.

Tableau XV : Répartition des malades selon la nature des produits ou gestes effectués :

Produits ou Gestes effectués	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	47	28,3
Non spécifié	46	27,7
Antalgique	32	19,3
Sonde urinaire	22	13,3
Anti-inflammatoire	13	7,8
Antispasmodique	6	3,6
Total	166	100

47, soit 28,3% de nos malades avaient **reçu un antibiotique avant la consultation** dans le service.

Tableau XVI : Répartition des malades selon le résultat du traitement reçu avant consultation :

Résultat du traitement avant consultation	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	24	14,5
Non satisfaisant	142	85,5
Total	166	100

142, soit 85,5% de nos patients traités avant l'hôpital étaient **non satisfaits du traitement.**

Tableau XVII: Répartition des malades selon les ATCD médicaux :

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage
Bilharziose urinaire	109	35,2
IST	16	5,2
HTA	16	5,2
Diabète	4	1,2
Sans particularité	165	53,2
Total	310	100

109, soit 35,2% de nos patients avaient un **ATCD de bilharziose urinaire.**

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les antécédents et les pathologies :

Antécédents Pathologies	Bilharzirose		IST		HTA		Diabète	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Adénome prostate	13	11,8	0	0	10	62,5	1	25,0
Calculs urinaires	65	59,6	6	37,6	0	0	0	0
Cancer rein	10	9,2	0	0	2	12,5	2	50,0
Cancer vessie	3	2,7	0	0	0	0	0	0
Sténose urétérale	2	1,8	0	0	0	0	0	0
Hydrocèle	7	6,4	3	18,7	4	25,0	1	25,0
Cystocèle	3	2,7	7	43,7	0	0	0	0
Cancer testicule	3	2,7	0	0	0	0	0	0
Autres	3	2,7	0	0	0	0	0	15
Total	109	100	16	100	16	100	4	100

La **bilharzirose** a été un antécédent observé dans **59,6%** des cas pour les calculs urinaires.

NB : L'antécédent de bilharzirose a été observé dans tous les cas du cancer de la vessie et de la sténose urétérale.

Tableau XIX : Répartition des malades selon l'ATCD d'intervention chirurgicale :

ATCD d'opération	Effectif	Pourcentage
Opéré	65	21,0
Jamais opéré	245	79,0
total	310	100

65, soit 21% de nos patients avaient été opérés.

Tableau XX : Répartition des malades selon les habitudes socio alimentaires :

Habitudes socio-alimentaires	Effectif	Pourcentage
Thé	60	19,3
Tabac	30	9,7
Café	18	5,8
Alcool	4	1,3
Sans particularité	198	63,9
Total	310	100

9,7% de nos patients consomment du tabac et 1,3% de l'alcool.

Tableau XXI : Répartition des malades selon l'état général à l'arrivée :

Etat général à l'arrivée	Effectif	Pourcentage
Bon	276	89,0
Passable	30	9,7
Mauvais	4	1,3
Total	310	100

4, soit 1,3% de nos patients avaient un mauvais état général à l'arrivée.

Tableau XXII : répartition des malades selon l'existence ou non de douleur au TR :

TR	Effectif	Pourcentage
Douloureux	50	17
Non douloureux	280	83
Total	294	100

Le TR était douloureux chez **50** malades, soit **17%** des TR réalisés.

Tableau XXIII : Répartition selon le TR anormal et les pathologies :

TR anormal Pathologies	Effectif	Pourcentage
Adénome prostate	40	80
Calculs urinaires	5	10
Cancer rein	2	4
Cancer vessie	3	6
Total	50	100

Le TR anormal a été observé dans **40 cas**, soit **80%** pour l'**adénome de la prostate**.

Tableau XXIV : Répartition des malades selon la réalisation ou non des examens d'imagerie :

Examen imagerie		Effectif		Pourcentage	
ASP	Fait	51	310	16,5	100
	Non fait	259		83,5	
UIV	Faite	73	310	23,5	100
	Non faite	237		76,5	
Echographie	Faite	134	310	43,3	100
	Non faite	176		56,7	
Scanner	Fait	1	310	0,3	100
	Non fait	309		99,7	

L'échographie a été fait chez 134 patients, soit 43,3%.

Tableau XXV : Répartition des malades selon le résultat des examens d'imagerie normal ou anormal :

Résultat de l'imagerie	Anormal		Normal		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Echographie	128	95,5	6	4,5	134	100
UIV	73	100	0	0	73	100
ASP	48	94,1	3	5,9	51	100
Scanner	1	100	0	0	1	100

Le résultat de l'échographie était anormal chez **128**, soit **95,5%** de nos patients ayant bénéficié cet examen.

Tableau XXVI : Répartition selon le résultat anormal des examens d'imagerie et les pathologies :

Imageries Pathologies	ASP		UIV		Echo		Scanner	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Adénome prostate	0	0	0	0	20	15,6	0	0
Calcul urinaire	40	83,3	52	71,2	15	11,7	0	0
Cancer rein	1	2,1	19	26,0	15	11,7	0	0
Cancer vessie	0	0	0	0	2	1,6	1	33,3
Sténose urétérale	0	0	2	2,8	0	0	0	0
Hydrocèle	0	0	0	0	55	43,0	0	0
Cystocèle	0	0	0	0	0	0	0	0
Cancer testicule	0	0	0	0	3	2,3	0	0
Autres	7	14,6	0	0	18	14,1	0	0
Total	48	100	73	100	128	100	1	100

Le résultat anormal de l'échographie a été observé dans **83,3%** pour les calculs urinaires.

Tableau XXVII : Répartition des malades selon la réalisation ou non des examens biologiques :

Examen biologique		Effectif	Pourcentage (%)
ECBU	Fait	27	8,7
	Non fait	283	91,3
Créatininémie	Faite	94	30,3
	Non faite	216	69,7

La créatininémie a été faite chez 94 patients, soit 30,3%.

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon le résultat de l'examen biologique anormal :

Résultat examen biologique	Anormal		Normal		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
ECBU	16	59,3	11	40,7	27	100
Créatininémie	5	5,3	89	94,7	94	100

Le résultat de l'ECBU était anormal chez 16 patients, soit 59,3% ayant bénéficié cet examen.

Tableau XXIX : Répartition selon le résultat anormal des examens biologiques et les pathologies :

Biologies Pathologies	ECBU		Créatininémie	
	Effectif	%	Effectif	%
Adénome prostate	5	31,3	0	0
Calculs urinaires	10	62,5	2	40,0
Cancer rein	0	0	3	60,0
Cancer vessie	0	0	0	0
Sténose urétérale	1	6,3	0	0
Total	16	100	5	100

Le résultat anormal de l'ECBU a été observé dans **10** cas soit **62,5%** pour les **calculs urinaires**.

Tableau XXX: Répartition des malades selon le diagnostic retenu :

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Hydrocèle	114	36,8
Calcul urinaire	69	22,3
Adénome prostate	46	14,8
Cystocèle	28	9,0
Tumeur maligne rénale	20	6,5
Tumeur maligne du testicule	5	1,6
Tumeur maligne de la vessie	3	1
Sténose urétérale	2	0,6
Autres	23	7,4
Total	310	100

Le diagnostic de **l'hydrocèle** a été retenu chez **114** patients soit **36,8%**.

Tableau XXXI : Répartition des malades selon la technique d'intervention :

Technique d'intervention	Effectif	Pourcentage
Résection vaginale	114	36,8
Ablation calcul	69	22,3
Adénomectomie	46	14,9
Colporraphie antérieure	28	9,0
Néphrectomie	26	8,4
Orchidectomie	8	2,6
Abaissement testicule	7	2,3
Intubation uretéro-vésicale	3	0,6
Cure d'hypospadias selon Onley	2	0,6
Abstention (cancer vessie)	2	0,6
Plastie testiculaire	3	1,0
Kystectomie	1	0,3
Résection tumeur (vessie)	1	0,3
Suture brèche	1	0,3
Total	310	100

La résection vaginale a été la technique d'intervention réalisée chez 36,8%, soit 114 patients.

Les techniques d'intervention selon les pathologies :

Dans tous les cas on a réalisé :

- une résection vaginale pour les hydrocèles,
- une chirurgie à ciel ouvert pour l'ablation des calculs urinaires,
- l'adénomectomie transvésicale pour l'adénome de la prostate,
- la colporraphie antérieure pour la cystocèle,
- une néphrectomie pour les tumeurs malignes du rein,
- une orchidectomie pour les cancers testiculaires.

Et sur les 3 cas de cancers de vessies on a procédé à :

- 2 abstentions de geste chirurgical,
- 1 résection de tumeur.

Tableau XXXII : Répartition des malades selon les complications per opératoires :

Complication	Effectif	Pourcentage
Néant	309	99,7
Décès	1	0,3
Total	310	100

1 décès a été observé en per opératoire soit **0,3%** de nos patients.

NB : Il s'agissait d'un néphroblastome chez un enfant de 8 mois.

Tableau XXXIII : répartition des malades selon les suites opératoires :

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	275	89,0
Infection	15	4,9
Hématome	10	3,2
Fistule	6	2,0
Hémorragie	2	0,6
Décès	1	0,3
Total	309	100

275 soit **89,0%** de nos patients avaient une suite opératoire simple.

Tableau XXXIV : Répartition en fonction de la proportion des complications post-opératoires et les pathologies :

Complication Post-opératoire Pathologies	Hémorragie		Hématome		Infection		Fistule		Décès	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Adénome prostate	0	0	0	0	1	6,7	4	66,7	0	0
Calcul urinaire	0	0	0	0	1	6,7	2	33,3	0	0
Cancer rein	1	50	0	0	3	20,0	0	0	0	0
Cancer vessie	1	50	0	0	0	0	0	0	1	100
Sténose urétérale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hydrocèle	0	0	10	100	10	66,6	0	0	0	0
Total	2	100	10	100	15	100	6	100	1	100

Dans les complications post-opératoires **1 décès** a été observé pour le **cancer de la vessie**.

Tableau XXXV : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire en jours :

Durée d'hospitalisation en jour	Effectif	Pourcentage
< 7	112	36,4
8-14	151	49,0
15-21	32	10,4
22-30	11	3,6
>31	2	0,6
Total	308	100

La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire était de **10 jours ±5,2**.

Tableau XXXVI : Répartition selon la durée d'hospitalisation en jours et les pathologies :

Hospitalisation en jours Pathologies	<7		8-14		15-21		22-30		>31	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Adénome Prostate	25	22,3	15	10,0	2	6,3	3	27,3	1	50
Calcul urinaire	20	18,0	39	25,8	10	31,3	0	0	0	0
Cancer rein	3	2,7	12	7,9	4	12,5	0	0	0	0
Cancer vessie	0	0	1	0,7	0	0	0	0	1	50
Sténose urétérale	0	0	2	1,3	0	0	0	0	0	0
Hydrocèle	60	53,6	40	26,5	11	34,3	3	27,3	0	0
Cystocèle	2	1,8	23	15,2	3	9,3	0	0	0	0
Cancer testicule	2	1,8	3	2,0	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	16	10,6	2	6,3	5	45,4	0	0
Total	112	100	151	100	32	100	11	100	2	100

60 soit **53,6%** des patients ont fait **moins de 7 jours** d'hospitalisations pour les **hydrocèles**.

5. Commentaires et Discussions

5.1. Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude rétrospective couvrant la période allant de **1979** à fin **2006**. Durant la période d'étude, nous avons conformément à nos critères d'inclusion recensé 310 cas d'uropathies opérées.

Notre critère de choix a été tous les malades opérés de pathologie de l'appareil urinaire. Ce critère de choix pose de problèmes réels du fait de la diversité des pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire. La plupart des études effectuées ont porté souvent sur une seule pathologie. Nous avons cependant retenu un tel critère car le but de notre travail était d'appréhender la problématique des pathologies urologiques dans leur intégralité au sein d'un service de chirurgie générale comme la chirurgie « B ».

5.2. Aspects épidémiologiques :

5.2.1. Fréquence :

Durant la période d'étude, les pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire ont représenté **3,9%**, soit **310 patients** de l'ensemble des interventions chirurgicales. La plus grande fréquence a été observée en 2005 avec 7,4%.

Tableau XXXVII : la fréquence des uropathies selon les auteurs

Auteurs	Touré A	Notre étude
Uropathies		
Hydrocèle	9,43%	36,8%
Lithiase urinaire	10,35%	22,3%
Adénome prostatique	33,18%	14,9%

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le travail de Touré a été réalisé dans un service d'urologie.

5.2.2. Caractéristiques socio démographiques :

5.2.2.1. Age :

Il s'agissait de 310 patients âgés de 8 mois à 80 ans avec une moyenne d'âge de 44 ans. On peut donc dire que dans l'ensemble les pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire se rencontrent à tous les âges. Cependant les pathologies comme l'adénome de la prostate se rencontrent chez les personnes âgées [24] et les cancers du rein comme le néphroblastome chez les enfants [28].

5.2.2.2. Sexe :

Nous avons trouvé dans notre étude une fréquence élevée des uropathies chez les hommes avec un ratio de 3,9.

Cette grande fréquence peut s'expliquer par le fait que d'autres pathologies strictement masculines représentent une grande proportion (hydrocèle, adénome de la prostate), mais également par le mode de recrutement (le service ne recrute pas de fistule vesico-vaginale par exemple).

5.2.2.3. Professions :

La majorité des patients de notre série était constituée de cultivateurs avec **36,8%** Probablement imputable à la texture du Mali en tant que pays agro pastoral.

5.2.2.4. Résidence :

La plupart de nos malades résidaient à Bamako (soit **47,4%**), ville la plus peuplée et abritant de surcroît le centre de notre étude.

5.3. Etudes cliniques et paracliniques :

5.3.1. Antécédent de pathologie urinaire :

La notion de bilharziose urinaire a été retrouvée chez **35,2%** des malades opérés. L'endémicité de cette pathologie en a fait un problème de santé publique au Mali [11]. Nous avons relevé dans 100% des cas de cancer de la vessie et de sténose urétérale des antécédents de bilharziose urinaire. Ce résultat diffère de celui de Urogon qui trouve 65,5% de cancer de la vessie et de 67,3% de sténose urétérale dans une étude sur les séquelles de la bilharziose.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Uro-ogon porte uniquement sur une pathologie spécifique de l'appareil urinaire.

5.3.2. Signe physique :

Le TR a été un examen précieux, anormal dans 17% des cas. Ce résultat anormal était en faveur de l'adénome de la prostate dans 80%, semblable à celui de WALIGORA [25] qui avait trouvé 79%.

5.3. 3. Examens paracliniques :

Dans notre étude l'échographie était en faveur du diagnostic dans 43,0% pour l'hydrocèle, l'UIV et l'ASP avec respectivement 71,2% et 83,3% pour les calculs urinaires.

Ce résultat diffère de celui de Touré [26] qui trouve que l'échographie était en faveur du diagnostic dans 34% pour la dilatation pyélocalicielle, l'ASP dans 54,6% pour la lithiase urinaire, l'UIV dans 87,1% pour l'hydronéphrose.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que Touré a étudié uniquement l'apport de l'imagerie dans les pathologies urologiques.

Malgré cette différence on peut donc dire que l'imagerie est d'un apport précieux dans le diagnostic des pathologies de l'appareil urinaire.

5.3.4. Le diagnostic retenu :

Le diagnostic de l'hydrocèle a été retenu chez **114 patients**, soit **36,8%**, suivi de lithiase urinaire et de l'adénome de la prostate avec respectivement **22,3%** et **14,8%** des cas.

Ces diagnostics ont été retenus sur la base des examens cliniques et paracliniques.

5.4. Modalités thérapeutiques :

5.4.1. Traitement effectué :

Dans notre étude, **36,8%** des patients ont bénéficié d'une résection vaginale **suivie** de l'ablation de lithiase chez **22,3%** et l'adénomectomie chez 14,8%.

La technique d'intervention a été :

-une résection vaginale dans tous les cas des hydrocèles (100% des cas). Ce résultat diffère de celui de Kampo qui trouve 87,6%. Cette différence s'explique par le fait que Kampo a pris en compte les complications des hydrocèles opérées avant le service, chez lesquels on a procédé à une orchidectomies.

- une chirurgie à ciel ouvert dans tous les cas de calcul urinaire. Dembelé trouve le même résultat.

-l'adénomectomie transvesicale dans tous les cas de l'adénome de la prostate. Bolezogola trouve le même résultat.

-la colporraphie antérieure dans tous les cas de cystocèle. Ce résultat diffère de celui de Sidibé qui trouve 23,3%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Sidibé porte sur le prolapsus génital.

-une néphrectomie dans tous les cas de tumeur maligne du rein. Ballo trouve le même résultat.

-une orchidectomie dans tous les cas de cancer testiculaire. Goïta trouve le même résultat.

On déplore un décès en per opératoire chez un enfant de 8 mois qui avait une tumeur du rein (néphroblastome)

5.4.2. Suites opératoires :

Les suites opératoires durant la période d'hospitalisation ont été simples dans la plupart des cas soit 89,0% et 15 cas d'infection soit 4,9%.

Cependant il faut noter 1 cas de décès soit 0,3%. il s'agit d'un homme de 50ans qui avait un cancer de la vessie. Ces résultats se rapprochent de ceux de Touré Y [26] qui trouve 91,5% de suites simples, l'infection dans 4,7% des cas et 1,9% de décès.

La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire est de 10 jours \pm 5,2. Alors que TOURE A [20] trouve 7,8 jours. Cependant 36,4% des patients ont fait moins de 7 jours d'hospitalisation, l'extrême allant à 1mois du aux complications.

6. CONCLUSION :

Les pathologies de l'appareil urinaire révèlent une importance particulière du fait que la bilharziose urinaire est un problème de santé publique au Mali. **La notion de bilharziose urinaire** a été retrouvée chez **35,2%** de nos patients.

Notre étude montre que les pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme soit environ **3,9 fois**. Tous les âges sont concernés.

La grosse bourse a été le motif de consultation le plus fréquent suivi de la notion de sensation de vidange vésicale incomplète. De nombreuses pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire ont été retrouvées dont le **plus fréquent a été l'hydrocèle**.

Les examens complémentaires tels que **l'UIV** et **l'échographie** ont une place de choix dans le diagnostic.

Le traitement chirurgical vise dans la plupart des cas un traitement radical et souvent palliatif, l'abstention de geste chirurgical a été observée chez 2 patients qui avaient un cancer de la vessie.

La prise en charge des pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire passe par un examen clinique rigoureux, et des examens complémentaires pour asseoir ou confirmer le diagnostic en vue d'un traitement adéquat.

Ainsi l'accent doit être mis sur la prévention de la bilharziose urinaire pour éviter les complications dont le pronostic est beaucoup plus grave.

7. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités :

Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur les pathologies urinaires,

Mettre en œuvre des campagnes de dépistage de la bilharziose urinaire

Doter les centres de santé des moyens pour le diagnostic des pathologies de l'appareil urinaire tel un labo pour examen d'urine ; l'UIV et l'échographie,

Aux agents de santé :

Faire bénéficier tout patient ayant une pathologie urinaire, d'investigations approfondies,

Mettre une rigueur dans la mise à jour des dossiers médicaux

Aux structures hospitalières :

Une bonne tenue des dossiers médicaux si possible leurs informatisations.

Aux patients :

Aller en consultation précocement devant tout trouble urinaire.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ybert E.

Petit Larousse de la médecine. 3^e éd, 2004 ; 1119p :995

2. BOLEZOGOLA F.

Adénome de la prostate à propos de 760 cas d'adenomectomie à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Thèse médecine Bamako.2002; M-110.

3. DEMBELE Z.

Epidémiologie et traitement des lithiases dans le service d'urologie de l'hôpital du Point G.

Thèse médecine Bamako.2005 ; M-55.

4. MANUILA A, MANUILA L, NICOLE M, LAMBERT H.

Dictionnaire français de médecine et de biologie.

Edition Masson et Cie, Pars, 1971, 2, 923 P

5. Kazzi AA.

Hydrocele. Departement of medical School
Boston Medical Publishing, 1999, 8p

6. KAMPO A.

Les hydrocèles et les kystes du cordon dans le service de Chirurgie B à l'hôpital du Point G.

Thèse médecine Bamako.2000; M-93.

7. LUKAN Y.

Utero-vaginal prolapse: a rural distability of the young.

East African Medical Journal; 1995; 72; №1: 2-9

8. SIDIBE D.

Le prolapsus génital dans le service gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point «G». A propos de 128 cas.

Thèse médecine Bamako.1998 ; M-47.

9. BALLO M.

Les néphrectomies : expérience du service d'urologie de l'hôpital national du point «G» A propos de 24 observations.

Thèse médecine Bamako. 2000 ; M-21.

10. THEODORE S B.

Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU du Point G, à propos de 69cas.

Thèse médecine Bamako. 2004; M-73.

11. Traore, M, Traore H A, Kardoff R, DiarraA, Landoure A, Vester U, Doehring, E, & Bradley D J. The Public health significance of urinary schistosomiasis as a cause of morbidity in two Districts in Mali. Am J Trop Med & Hyg., 1998;. 59(3): 407-413.

12. Audibert, M. Rapport d'étude socio-économique a l'Office du Niger, 1993, Volume3.

13. Langman J.

Système uro-génital.

Abrégé d'embryologie médicale, développement humain et pathologique. Paris Masson, 1984. 411p ;175-207,

14. Mangin P, Choquenot C.

Les malformations urétérales. Rappel embryologique.

Encycl. Méd.chir. (Paris France) Rein organes génito-urinaires 18157 R10, 4-1988, 4p.

15. William J.

Développement du système uro-génital,

Embryologie humaine

2^e ed. Bruxelles : De Boeck, 2003

16. Lemaître L.

Les malformations de l'appareil urinaire à l'âge adulte.

Radiologie uro-génitale.

Edition Guerbert-Edicercf 1994 P9-23.

17. Séguy B.

Anatomie fascicule 3. Appareil uro-génital, glandes endocrine système nerveux, organes de sens. Maloine, 1983 : p6-54

18. ROSEN S.

Les feuilles de sémiologie et de pathologie chirurgicale.

Fascicule V TomeA. Maloine S .A. 1971 P 9-16.

19. ALKEN C, SOKELAND J.

Abrégé d'urologie

Masson. 1984. 313P

20. TOURE A.

Prise en charge des grosses bourses dans le service d'urologie de l'hôpital du point G.

Thèse médecine Bamako.2006; M-169.

21. PARKIN D M, BRAY F I, DEVESA S S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur. J. Cancer,2001;37:s4-s66.

22. JUNGERS P.

Epidémiologie de la lithiase urinaire In : Jungers P.,Daudon., Le Duc A. Lithiase urinaire. Paris, Flammarion Médecine-Sciences,1989,pp.1-34.

23. SOW M, MBAKOP, OBAMA M T, TEDJOUA E, ABONDO A.

Les tumeurs du rein en milieu africain. Incidence et aspect anatomo-cliniques. A propos de 123 cas observés à l'hôpital central et au CHU de Yaoundé(Cameroun). Prog. Urol. 1994,4,212-8.

24. GASSER T.

Urologie de l'homme mûr à l'homme vieillissant.

Forum Med Suisse,2002,8p.

25. WALIGORA J.

Exploration de la prostate.

EMC(Paris) Reins-Organes génito-urinaires,18500 B10,7,1982.

26. TOURE Y.

Apport de l'imagerie dans la pathologie urologique à propos de 108 patients dans le service d'urologie du CHU du point G.

Thèse médecine Bamako.2007 ; M-142.

27. Uro-ogon G.

Prise en charge des séquelles de la bilharziose urinaire dans el service d'urologie du CHU du point G.

Thèse médecine Bamako.2006 ; M-156.

28. FANDJEN CI.

Etude des malformations urogenitales dans services d'urologie de l'hopital du point et de chirurgie pediatrique de l'hopital Gabriel Touré : A propos de 104 cas.

Thèse medecine Bamako.2005 ; M-125.

29. GOITA A.

Aspects epidemio-cliniques et prise en charge des tumeurs testiculaires dans le service d'urologie du CHU du point G.

Thèse médecine Bamako.2007 ; M-208.

Fiche d'enquête : pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire
en chirurgie « B »

Données sociodémographiques :

Q1-numéro de la fiche :...../.../

Q2-numéro du carton :...../.../

Q3-Nom et Prénom :...../.../

Q4-Sexe :...../.../

1=masculin 2=féminin

Q5-Age : (en année)...../ / /

Q6- Profession...../ /

1=Elève-etudiant 2= cadre sup.
3=cadre moyen 4=ménagère
5= cultivateur 6=commerçant
7=ouvrier 8=autres (à préciser)

Q7-Ethnie :...../.../

1=bambara 6=malinké
2=peulh 7=bobo
3=sonrai 8=senoufo
4=dogon 9=bozo
5=Sarakolé 10=autre (à préciser)

Q8-Statut matrimonial :...../.../

1=célibataire 3=divorcé 5=enfant
2=marié 4=veuf/veuve

Q9-provenance :...../.../

1=Bamako 5=Tombouctou 9=Kidal
2=Kayes 6=Sikasso 10=Autres (à préciser)
3=Mopti 7=Ségou
4=Koulikoro 8=Gao

Q10-Adressé (e) par :...../.../

1=personnel de santé 2=venu de lui même

Renseignements cliniques

Q11-Motif de consultation :...../.../

1=douleur lombaire 7=pyurie
2=masse lombo-abdominale droite 8=dysurie
3=masse lombo-abdominale gauche 9=pollakiurie
4=douleur fosse iliaque droite 10=rétention urinaire
5=douleur fosse iliaque gauche 11=incontinence urinaire
6=hématurie 12=grosse bourse
13=douleur flanc droit 14=douleur flanc gauche
15=association 16=autre
17=douleur hypochondre droit 18=douleur hypochondre gauche

Q12-Signes d'accompagnement/.../

1=fièvre 4=vomissement
2=céphalée 5=asthénie
3=vertige 6=autre (à préciser).....

Q13-Traitement déjà reçu...../.../

1=oui 2=non

- Q14-Nature de traitement effectué...../.../
 1=traditionnel 2=médical 3=chirurgical 4=pas de traitement
- Q15-Nature des produits utilisés...../.../
 1=antalgiques 4=antibiotique
 2=antispasmodique 5=anti-inflammatoire
 3=notion de sondage 6=transfusion
 7=non spécifié 8=pas de traitement
- Q16-Résultat du traitement...../.../
 1=satisfaisant 2=non satisfaisant 3=pas de traitement
- Q17-Antécédents médicaux...../.../
 1=bilharziose 3=HTA 5=diabète
 2=IST 4=asthme 6=sans particularité
- Q18-Antécédent chirurgical...../.../
 1=oui 2=non
- Q19-Habitudes alimentaires...../.../
 1=tabac 2=alcool 3=café 4=thé 5=sans particularité
- Signes physiques**
- Q20-Etat général...../.../
 1=bon 2=mauvais
- Q21-Morphologie de l'abdomen...../.../
 1=symétrique 3=voussure
 2=asymétrique
- Q22-Douleur provoquée...../.../
 1=oui 2=non
- tu
 1=oui 2=non 3=non fait
- Q24-Douleur au toucher vaginal...../.../
 1=oui 2=non 3=non fait
- Examens para cliniques**
- Q25-ECBU...../.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q26-Créatininémie...../.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q27-ASP...../.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q28-Echographie vésico-prostatique/.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q29-Echographie rénale...../.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q30-UIV...../.../
 1=fait 2=non faite
 Résultat : /.../ a=normal b=anormal
- Q31- Scanner...../.../
 1=fait 2=non faite

Résultat : /.../ a=normal b=anormal

Q32-Diagnostic positif...../.../

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1=adénome de la prostate | 10=stenose bilharzienne ureterale |
| 2=calcul rénal droit | 11=hydrocele droit |
| 3=calcul renale gauche | 12=hydrocele gauche |
| 4=calcul vesical | 13=hydrocele bilateral |
| 5=tumeur renale droit | 14=cystocele |
| 6=tumeur renale gauche | 15=tumeur testicule gauche |
| 7=calcul ureteral gauche | 16=tumeur testicule droit |
| 8=calcul ureteral droit | 17=association |
| 9=tumeur vessie | 18=autres |

Q33-Indication opératoire...../.../

- 1=oui 2=non

Q34-Voie d'abord...../.../

- 1=lombotomie 2=laparotomie 3=locale

Q35-type d'intervention.....

Q36-Complication per- opératoire...../.../

- 1=néant 2=hémorragie 3=décès
4=autre(à préciser).....

Q37-Suites post opératoire immédiat...../.../

- 1=simple 3=décès 5=fistule
2=hémorragie 4= infection

Q38-Durée d'hospitalisation (en jour)...../.../

Fiche signalétique

Nom : Dara

Prénom : Apèrou dit Eloi

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Chirurgie, Urologie, Santé Publique

Résumé :

Les pathologies de l'appareil urinaire sont fréquentes. Elles se rencontrent à tous les âges.

Notre étude a été rétrospective, et s'est déroulée dans la période allant de 1979 à 2006 soit 27 ans

L'objectif principal était d'étudier la pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire dans le service de chirurgie "B" de l'hôpital du Point G.

Il ressort de notre étude que :

- La pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire est plus fréquente chez l'homme que chez la femme soit environ 3,9 fois.
- Le motif de consultation le plus fréquent a été la grosse bourse avec 35,2% suivi de la notion de sensation de vidange vésicale incomplète avec 19, %.
- De nombreux types de pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire ont été retrouvés dont le plus fréquent a été l'hydrocele.
- Le traitement chirurgical a été un traitement radical dans la plus part des cas.

Ainsi la prise en charge des pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire passe par un examen clinique rigoureux et des examens complémentaires pour asseoir ou confirmer le diagnostic.

Mots clés : Appareil urinaire, Pathologie, Chirurgie, Hôpital du Point G,

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE!